TÜRKİYE SAĞLIK RAPORU 2025

Editörler

Prof. Dr. Bülent Kılıç • Prof. Dr. Ferruh Niyazi Ayoğlu • Prof. Dr. Derya Çamur



Türkiye Sağlık Raporu

2025

EDİTÖRLER

Prof. Dr. Bülent Kılıç
Prof. Dr. Ferruh Niyazi Ayoğlu
Prof. Dr. Derya Çamur

TÜRKİYE SAĞLIK RAPORU 2025

EDİTÖRLER: Prof. Dr. Bülent Kılıç, Prof. Dr. Ferruh Niyazi Ayoğlu, Prof. Dr. Derya Çamur

e-kitap ISBN: 978-625-93709-1-0

Tüm haklan saklıdır. 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri yasası gereği; bu kitabın basım, yayın ve satış hakları HASUDER'e aittir. Kaynak gösterilerek eğitim amacıyla alıntı yapılabilir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Kitap içerisindeki görüşlerin sorumluluğu yazara aittir.

Yayına Hazırlayan : Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)

Korkut Reis Mah. İlkiz Sok. 17/2 Çankaya/ANKARA

: @halksagligiuzmanlaridernegi

: @hasuder

: hasuder@hasuder.org.tr

Grafik Tasarım : Ankara Nobel Tıp Kitabevleri Grafik Birimi

Sağlık 1 Sok. No: 17/A Sıhhiye/ANKARA

HASUDER Yayın No : 2025/3

Sunuş

Değerli Okurlar,

Halk sağlığı, toplumların sağlık düzeyini belirleyen; biyolojik, sosyal ve ruhsal etmenleri bütüncül bir yaklaşımla ele almayı gerektiren, sağlığı koruma ve geliştirme uygulamaları üzerine uzmanlaşan bir disiplindir. Sağlık politikalarının, hizmet sunum modellerinin ve toplumsal dönüşümlerin hızla değiştiği günümüzde, güncel verilerle desteklenen, eleştirel ve bilimsel değerlendirmelere duyulan gereksinim her zamankinden daha fazladır. Bu bağlamda, Türkiye'nin sağlık durumunu inceleyen Türkiye Sağlık Raporu (TSR) 2025 kitabı, halk sağlığı alanında politika geliştirme, izleme ve değerlendirme süreçlerine katkı sunmayı amaçlayan önemli bir referans niteliği taşımaktadır.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından daha önce 2012, 2014 ve 2020 yıllarında hazırlanan Türkiye Sağlık Raporları, Türkiye'nin sağlık alanındaki yapısal sorunlarını ve dönüşüm dinamiklerini dönemsel olarak ele almıştır. HASUDER 2023-2025 Dönemi Yönetim Kurulu'nun kararı doğrultusunda hazırlanan Türkiye Sağlık Raporu 2025 de bu geleneği sürdürerek, 2020–2025 döneminde yaşanan gelişmeleri halk sağlığı bakış açısıyla analiz etmeyi amaçlamaktadır. Raporun bundan sonra beşer yıllık periyotlarla düzenli olarak yayımlanması, izleme ve karşılaştırma açısından önemli bir süreklilik sağlayacaktır.

Türkiye Sağlık Raporu 2025, bir ders kitabı olma iddiası taşımayan; ancak Türkiye'nin güncel sağlık durumunu, sağlık politikaları, uygulamalar ve toplumsal belirleyiciler çerçevesinde değerlendiren bir mevcut durum raporu olarak tasarlanmıştır. Tüm bölümler, Türkiye'ye özgü dinamikler dikkate alınarak hazırlanmış ve son beş yılda yürürlüğe giren politikalar, uygulamalar, krizler ve yapısal değişimler temel alınmıştır. Daha önce yayımlanan raporlar ve halk sağlığı alanındaki mevcut yayınlar göz önünde bulundurularak, tarihsel tekrarlar yerine güncel gelişmelere odaklanılmıştır.

Bu raporun temel hedefi, Türkiye'nin sağlık göstergelerini yalnızca nicel verilerle değil; aynı zamanda eşitsizlikler, erişim sorunları, toplumsal cinsiyet, kırılgan gruplar ve hak temelli yaklaşımlar çerçevesinde ele almaktır. Bu yönüyle TSR 2025, karar vericiler, sağlık profesyonelleri, akademisyenler ve sivil toplum için, halk sağlığının güncel politika ve uygulamalarla nasıl şekillendiğini ortaya koyan kapsamlı bir değerlendirme sunmaktadır.

Raporumuz, Sağlık Politikası ve Yönetimi, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri, Bulaşıcı Hastalıklar, Çocuk ve Ergen Sağlığı, Kadın ve Üreme Sağlığı, Yaşlı Sağlığı, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Toplum Ruh Sağlığı, İş Sağlığı, Çevre ve Sağlık, Afetler, Göç ve Göçmen Sağlığı, Engelsiz Toplum ve Sağlığı Geliştirme başlıkları altında yapılandırılmış 14 bölümden oluşmaktadır. Bu kapsamda, 134 ayrı makale aracılığıyla Türkiye'nin 2020–2025 dönemindeki sağlık durumu, çok boyutlu ve eleştirel bir perspektifle ele alınmıştır.

Raporun hazırlanması kararını alan HASUDER 2023-2025 Dönemi Yönetim Kurulu'na, raporun hazırlanmasında emeği geçen başta bölüm editörleri olmak üzere tüm yazarlarımıza, bilimsel katkıları ve özverili çalışmaları için teşekkür eder; TSR 2025'in halk sağlığı alanında politika geliştirme, savunuculuk ve bilimsel tartışmalara katkı sunmasını temenni ederiz.

Türkiye Sağlık Raporu 2025 Editörleri

Prof. Dr. Bülent Kılıç

Prof. Dr. Ferruh Niyazi Ayoğlu

Prof. Dr. Derya Çamur

İçindekiler

BÖLÜM 1

SAĞLIK POLİTİKASI VE YÖNETİMİ

Bölüm Editörü: *Erhan Eser*

Sunuş **2**
Erhan Eser

Türkiye'de 2020-2025 Döneminde Uygulanan Sağlık Politikalarının Analizi **3**
Bülent Kılıç

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri **25**
Erhan Eser, Müjde İlgün

Yataklı Tedavi Hizmetleri **40**
Ayşegül Ekemen, Ferruh Niyazi Ayoğlu

Türkiye'de Halk Sağlığı Uzmanlarının Dağılımı **53**
Salih Keskin, Eray Öntaş, Bülent Kılıç

Sağlık İnsan Gücü: Diğer Sağlık Profesyonelleri **65**
Mithat Temizer, Hakan Baydur

Mezuniyet Sonrası Halk Sağlığı Eğitimi **77**
Metin Hasde

Türkiye Sağlık Harcamaları Analizi 2018-2023 ..... **83**
Mahmut S. Yardım

Türkiye'de Sağlık Bilgi Sistemleri ve Sürveyans **98**
Tahsin Gökhan Telatar

Türkiye'de 2020-2025 Döneminde Nüfus Politikaları **109**
Nesrin Çilingiroğlu

Türkiye'de Sağlık Araştırma Politikaları: 2020-2025 Uygulamaları Üzerinden Bir İrdeleme **120**
Banu Çakır

Sağlık Mevzuatında 2020 Yılından Sonra Yapılan Değişiklikler **131**
Cemil Özcan, Mithat Temizer

Türkiye'de Sağlık Politikalarında ve Sağlık Yönetiminde Gelecek Projeksiyonları **143**
Erhan Eser

BÖLÜM 2

SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ

Bölüm Editörü: *İlker Kayı*

Sunuş **150**
İlker Kayı

Gelir, Yoksulluk ve Sosyal Koruma **152**
Nilay Etiler

Eğitim ve Sağlık Eşitsizlikleri **166**
Işıl Ergin

Mekânsal Adalet: Türkiye'de Bölgesel ve Kentsel Eşitsizlikler **176**
Alpaslan Türkkan

Türkiye'de 2020-2025 Yılları Arasında Besin Güvencesizliği ve Sağlıklı Besine Erişmek **182**
Dicle Dilan Salman, Reci Meseri

Toplumsal Dışlanma ve Ayrımcılık **192**
Öykü Turunç, Selma Karabey

Halk Sağlığı Etiği ve Sosyal Adalet: Türkiye 2020-2025 209
Ahmet Can Bilgin

Türkiye'de Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Alanında Geleceğe Dönük Değerlendirme 218
İlker Kayı

BÖLÜM 3

BULAŞICI HASTALIKLAR

Bölüm Editörü: *C. Tayyar Şaşmaz*

Sunuş 226
C. Tayyar Şaşmaz

Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı ve Kontrolünde Yaşanan Gelişmeler ve Değişiklikler 228
Burak Kurt, Mine Yenice

Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu 235
Muzaffer Eskiocak, Bahar Marangoz

Aşı İle Önlenebilen Hastalıklar 247
Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın

Hava Yoluyla Bulaşan Hastalıklar 249
Melike Yavuz

Su ve Gıda Kaynaklı Hastalıklar 265
Ahmet Naci Emecen

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar 271
Hıdır Sarı

Vektörlerle Bulaşan Hastalıklar 278
Didem Daymaz Yılmaz

Zoonozlar 283
Mehmet Erdem

Paraziter Hastalıklar 299
Evrim Arslan

Yeni ve Yeniden Ortaya Çıkan Bulaşıcı Hastalıklar 303
Ersin Nazlıcan

COVID-19: Pandemi Sonrası Güncel Durum 312
Tuğrul Erbaydar

Türkiye'de Bulaşıcı Hastalık Kontrolünde Geleceğe Yönelik Değerlendirme 317
Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın, C. Tayyar Şaşmaz

BÖLÜM 4

ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI

Bölüm Editörü: *L. Hilal Özcebe*

Sunuş 322
L. Hilal Özcebe

Türkiye'de 2020-25 Arası Dönemde Çocuk ve Ergen Nüfusun Sosyodemografik Dağılımı, Hastalık ve Ölüm Göstergelerindeki Değişimler 324
Burcu Tokuç

Ülkemizde Çocuk ve Ergen Sağlığı Politikası, Uygulamalar ve Sorun Alanları 335
L. Hilal Özcebe, M. Fatih Önsüz

Çocuk ve Ergenlerde Beslenme Göstergeleri ve Fiziksel Aktivite Göstergeleri 353
Günay Saka, L. Hilal Özcebe

Çocuk ve Ergenlerde Sık Görülen Ruh Sağlığı Sorunları 361
A. Ferdane Oğuzöncül

Çocuk ve Ergenlerde Bağımlılıklardaki Değişim 367
Nurcan Durukan, Türkan Günay

Çocuk ve Ergenlerde Yaralanmalar 377
Serap Baysal, Gamze Varol

Çocuk ve Ergene Yönelik Şiddet, İstismar ve İhmal 385
Edibe Pirinçci, Fatma Nur Çelik

Ergenlerde Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Sorun Alanları 391
Neriman Aydın

Türkiye'de Okul Sağlığı Hizmetleri: 2020-2025 399
Deniz Odabaş

Türkiye'de Suça Sürüklenen Çocuklar 411
Mehtap Türkay

Türkiye'de Çocuk ve Ergen Sağlığı Alanında Geleceğe Yönelik Değerlendirme 418
L. Hilal Özcebe

BÖLÜM 5

KADIN SAĞLIĞI/ÜREME SAĞLIĞI

Bölüm Editörleri: *Ayşe Akın, Şevkat Bahar Özvarış*

Sunuş **422**
Ayşe Akın, Şevkat Bahar Özvarış

Türkiye'de, Ergen/Genç Üreme Sağlığı/ Cinsel Sağlık Sorunları ve Bu Alandaki Gelişmeler **424**
Sare Mıhçıokur, Ayşegül Esin

Anne Ölümleri **435**
Ayşe Akın, Ecenur Yağcı

İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler **446**
Özlem Terzi, Ayşe Akın

Aile Planlaması **455**
Beyhan Cengiz Özyurt, Berna Bilgin Şahin

Nüfus Politikaları ve Kadın Sağlığı **463**
Şevkat Bahar Özvarış, Ayşe Akın

İleri Yaş Kadınlar ve Sağlık Sorunları **471**
Hatice Şimşek Keskin, Rengin Erdal

Kadın Sağlığında Erken Tanı: Türkiye'de Güncel Durum **476**
Ahmet Furkan Süner, Filiz Fatma Bilgin Yanık

Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Eşitliği: Temel Alanlarda Durum ve Gelişmeler **485**
Ezgi Türkçelik Türkel

Kadına Yönelik Şiddet: 2020-2024 Döneminde Türkiye'de Yaşanan Gelişmeler **492**
Nüket Paksoy Erbaydar, Rana Çavuşoğlu

Erken Yaşta Evlilikler **506**
Pınar Okyay

Engelli Bireylerde Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı **511**
Filiz Abacıgil, Hatice Şahin

Çalışma Yaşamında Kadın ve Sağlık **520**
Aslı Davas

Afetlerde Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı **530**
Ferhat Yıldız, Türkan Günay

Kadın Sağlığı ve Çevre **537**
Nurhan Meydan Acımış, Songül Vaizoğlu

Geleceğe Yönelik Değerlendirme: 2030-Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne Yaklaşırken Türkiye'de Kadın Sağlığı/ Üreme Sağlığında Neredeyiz? **541**
Şevkat Bahar Özvarış, Ayşe Akın

BÖLÜM 6

YAŞLI SAĞLIĞI

Bölüm Editörü: *Meral Saygun*

Sunuş **550**
Meral Saygun

Türkiye'de Demografik Değişim: Yaşlanan Toplum **552**
Hatice Şimşek Keskin

Ülkemizde Yaşlıların Sosyal ve Ekonomik Sorunları ve Yaşlı Sağlığına Etkileri **554**
Gülsen Güneş

Yaşlı Nüfusta Morbidite ve Mortalite **560**
Aliye Mandıracıoğlu

Yaşlılara Sunulan Sağlık Hizmetleri ve Sosyal Hizmetler **572**
Reyhan Uçku

Yaşlanma ve Çalışma Yaşamı **576**
Mehmet Ertan Güner, Çiğdem Çağlayan

Yaşlı Erişkinlere Yönelik Şiddet, İhmal, İstismar ve Yaş Temelli Ayrımcılık **583**
Meltem Şengelen, Dilek Aslan

Yaşlılık Döneminde Kazalar **590**
Didem Daymaz Yılmaz

Yerel Yönetimlerin Yaşlılara Yönelik Hizmetleri **595**
Pınar Okyay

Sağlıklı Yaşlanma İçin Çevre **600**
Atalay Aktuna, Hür Hassoy

Türkiye'de Yaşlı Sağlığı Alanında Geleceğe Yönelik Değerlendirme **610**
Emine Baran Deniz, Meral Saygun

BÖLÜM 7

BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR

Bölüm Editörü: *Sultan Eser*

Sunuş **620**
Sultan Eser

Türkiye'de Kalp Damar Hastalıkları **621**
Melike Nur Ünver Şimşek, Belgin Ünal

Kanserler ve Kanser Kontrolü **629**
Sultan Eser, Mustafa Enes Özden

Kronik Solunum Yolu Hastalıkları **647**
Elif Altundaş Hatman

Diyabet **657**
Pınar Dündar

Öne Çıkan Diğer Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar **661**
Didem Arslantaş

BOH'da Temel Risk Faktörleri: Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Obezite **669**
Asya Banu Babaoğlu

BOH'da Temel Risk Faktörleri: Tütün Kontrolü **681**
Dilek Aslan

BOH'da Temel Risk Faktörleri: Ağız ve Diş Sağlığı **689**
Bahar (Güçiz) Doğan, Cansu Özşin Özler

Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Yönelik Politikalar **695**
Toker Ergüder

Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Alanında Geleceğe Yönelik Değerlendirme **703**
Sultan Eser

BÖLÜM 8

TOPLUM RUH SAĞLIĞI

Bölüm Editörü: *Özge Karadağ*

Sunuş **706**
Özge Karadağ

Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri - Güncel Durum **707**
Pelin Şavlı Emiroğlu, Meryem Merve Ören Çelik

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2021-2023 ..... **712**
Irmak Polat, Selma Karabey

Türkiye'de Ruh Sağlığı İnsan Gücü **718**
Fahriye Oflaz, Gökçe Hazar Otçu

Bir Toplum Sağlığı Sorunu Olarak Madde İle İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Davranışları **724**
Yıldız Akvardar

Dayanıklı Toplum, Afetler ve Toplum Ruh Sağlığı Açısından Türkiye 2020-2025 ..... **733**
Tacettin İnandı

Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Açısından Geleceğe Yönelik Değerlendirme **739**
Okan Taycan, Özge Karadağ

BÖLÜM 9

İŞ SAĞLIĞI

Bölüm Editörü: *Mine Esin Ocaktan*

Sunuş **746**
Mine Esin Ocaktan

Temel İş Sağlığı ve Güvenliği İlkeleri Kapsamında Türkiye'de Güncel Yasal Durum ve Uygulamadaki Süreçler **747**
Ceyda Şahan

Bir Halk Sağlığı Acili Olarak Büyük Endüstriyel Kazalar **753**
Volkan Medeni

İş Kazaları **763**
Ferruh Niyazi Ayoğlu, Serol Deveci, Bilgehan Açıkgöz

Meslek Hastalıkları **774**
Ferruh Niyazi Ayoğlu, Bilgehan Açıkgöz, Serol Deveci

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet **784**
Meral Saygun

Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliği **799**
Ferdi Tanır

Çocuk İşçiliği **808**
Mehtap Türkay

Yeni/Değişen İstihdam Modelleri **818**
Zeynep Aytül Çakmak

Artan Yapay Zeka Uygulamaları ve İş Sağlığı 823
Nazım Ercüment Beyhun

Türkiye'de İş Sağlığı Alanında Geleceğe Yönelik Değerlendirme 826
Mine Esin Ocaktan

BÖLÜM 10

ÇEVRE VE SAĞLIK

Bölüm Editörü: *Melike Yavuz*

Sunuş 830
Melike Yavuz

İklim Krizi ve Sağlık: Türkiye'de Etkiler Eşitsizlikler ve Politika Gelişmeleri 831
Sümeyye Nur Budak, Cavit Işık Yavuz

Türkiye'de Madencilik Faaliyetleri ve Halk Sağlığına Etkileri: 2020-2025 838
Ahmet Alp Aker

Türkiye'de Hava Kirliliği ve Sağlık (2020–2025) 875
Gamze Varol, Melike Yavuz

Su Kaynakları, Su Kirliliği ve Türkiye'nin Geleceği: Sağlık Boyutuyla Değerlendirme 887
Ayşe Seval Palteki

Türkiye'de Toprak Kirliliği ve Sağlık 893
Nurhan Meydan Acımış

Radyasyon Kirliliği ve Sağlık: Türkiye'de Maruziyet Kaynakları ve Korunma Politikaları 897
Burcu Ecem Uğuz, Gülçin Yapıcı

Türkiye'de Katı ve Sıvı Atık Yönetimi: Çevre Sağlığı Açısından Güncel Durum 907
Seher Palanbek Yavaş

Türkiye'de Gıda Güvenliği, Sağlıklı Beslenme ve Çevre İlişkisi 914
Ayşe Emel Önal

İklim, Enerji Politikaları ve Halk Sağlığı 923
Ümit Şahin

Tek Sağlık Yaklaşımı: Türkiye'de Durum, Uygulamalar ve Olanaklar 931
Mustafa Enes Özden, Çiğdem Çağlayan

Çevre ve Sağlık Bağlamında Geleceğe Yönelik Değerlendirmeler 940
Melike Yavuz

BÖLÜM 11

AFETLER

Bölüm Editörü: *Recep Akdur*

Sunuş 944
Recep Akdur

Sağlık Sisteminin Afet ve Acil Durumlara Hazırlığı 946
Selen Gürsoy Turan

İnsan Kaynaklı Afetler 951
Berna Bilgin Şahin

Hidrolojik ve Klimatolojik Afetler 959
Arda Borlu

Jeolojik Kaynaklı Afetler 963
Recep Akdur

6 Şubat 2023 Depremleri Sonrasında HASUDER Çalışmaları 969
Derya Çamur

Türkiye'de Afetler Alanında Geleceğe Yönelik Değerlendirme 979
Recep Akdur

BÖLÜM 12

GÖÇ VE GÖÇMEN SAĞLIĞI

Bölüm Editörü: *A. Ferdane Oğuzöncül*

Sunuş 984
A. Ferdane Oğuzöncül

Ülkemizde Göç Politikaları, Mevzuat ve Göçmene Duyarlı Sağlık Hizmetleri 985
A. Ferdane Oğuzöncül

Göçmenlerde Üreme Sağlığı Hizmetleri 989
Filiz Abacıgil

Göçmenlerde Bulaşıcı Hastalıklar ve Bağışıklama Hizmetleri 999
Ferit Kaya

Göçmenlerde Kronik Hastalıkların Kontrolü Hizmetleri 1003
Pınar Soylar, Gülsen Güneş

Göçmenlerde Çalışan Sağlığı Hizmetleri 1009
Arda Borlu

Göçmenlerde Çocuk Sağlığı Hizmetleri..... 1012
Ufuk Acar

Göçmenlerin Ruh Sağlığı ve Şiddet Sorunu ... 1018
Osman Kurt

Uluslararası Göç Politikalarının Türkiye'de STK Faaliyetlerine Etkisi 1022
A. Ferdane Oğuzöncül, Ayşe Yüksel

Göç ve Göçmen Sağlığı Bağlamında Geleceğe Yönelik Değerlendirme..... 1025
A. Ferdane Oğuzöncül

BÖLÜM 13

ENGELSİZ TOPLUM

Bölüm Editörü: *Hatice Şahin*

Sunuş 1028
Hatice Şahin

Sağlık Hizmetleri ve Rehabilitasyon..... 1029
Filiz Abacıgil

Eğitimde Kapsayıcılık 1044
Selma Metintaş

Engelli Bireylerin İstihdam Hakkı 1051
Nurhan Meydan Acımış

Krizler ve Afetlerde Engellilik (Pandemi & Deprem)..... 1054
Elçin Balcı

Engelli Bireylerde Dijital Katılım ve Erişilebilirlik..... 1058
Dilek Yapar

Toplumsal Algı ve Katılım 1069
Hatice Şahin

Engellilikte Yasal Düzenlemeler ve Haklar 1078
Feyza Dereli, Ferhat Yıldız

Engelsiz Toplum Konusunda Geleceğe Yönelik Değerlendirme 1089
Hatice Şahin

BÖLÜM 14

SAĞLIĞI GELİŞTİRME

Bölüm Editörü: *Deniz Odabaş*

Sunuş 1096
Deniz Odabaş

Sağlığı Geliştirme Stratejileri İle Güncel Halk Sağlığı Sorunlarına Yaklaşım: 2020-2025 Dönemi..... 1097
Çağrı Emin Şahin, Asiye Uğraş Dikmen

Sağlığı Geliştirmede İyi Uygulama Örnekleri 1104
L. Hilal Özcebe, Sarp Üner

Sağlığı Geliştirmede Sağlık Okuryazarlığı ve Türkiye'de Durum 1113
Hülya Şirin, Seçil Özkan

Sağlık Okuryazarlığını Geliştirmeye Yönelik İyi Uygulama Örnekleri 1119
Zeynep Devran Muharremoğlu, Hakan Tüzün

Türkiye'de Sağlığı Geliştirmede Dijital Sağlık Okuryazarlığı 1137
Özgür Önal, Ersin Uskun

Türkiye'de Sağlık İletişiminin Gücü 2020-2025 Dönemi Değerlendirmesi 1156
Nezih Orhon, Deniz Odabaş

Türkiye'de Sağlığı Geliştirme Alanında Geleceğe Yönelik Değerlendirme..... 1161
Deniz Odabaş

Yazarlar Listesi

Prof. Dr. Filiz Abacıgil
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nurhan Meydan Acımış
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Recep Akdur
Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ayşe Akın
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi

Prof. Dr. Yıldız Akvardar
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Dilek Aslan
Hacattepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Didem Aslantaş
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Neriman Aydın
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ferruh Niyazi Ayoğlu
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Elçin Balcı
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hakan Baydur
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Nazım Ercüment Beyhun
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Arda Borlu
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Çiğdem Çağlayan
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Banu Çakır
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Aytül Çakmak
Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Derya Çamur
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nesrin Çilingiroğlu
Hacettepe Üniversitesi Emekli Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Asiye Uğraş Dikmen
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Bahar Güçiz Doğan
Hacattepe ÜniversitesiTıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Pınar Dündar
Manisa Celal Bayar Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nüket Paksoy Erbaydar
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Tuğrul Erbaydar
İstanbul Okan Üniversitesi Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Rengin Erdal
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yazarlar Listesi

Prof. Dr. Işıl Ergin
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Toker Ergüder
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Erhan Eser
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Sultan Eser
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak
İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nilay Etiler
Nevada Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu

Prof. Dr. Türkan Günay
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Gülsen Güneş
TOBB ETÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Metin Hasde
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hür Hassoy
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Tacettin İnandı
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Selma Karabey
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Özge Karadağ
Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hatice Şimşek Keskin
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Bülent Kılıç
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğu
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Selma Metintaş
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ersin Nazlıcan
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mine Esin Ocaktan
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Deniz Odabaş
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Fahriye Oflaz
Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. A. Ferdane Oğuzöncül
Arel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Pınar Okyay
İzmir Büyükşehir Belediyesi Genel Sekreter Yardımcısı, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Emekli Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Nezih Orhon
Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Ayşe Emel Önal
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Fatih Önsüz
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Cemil Özcan
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Emekli

Prof. Dr. L. Hilal Özcebe
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Seçil Özkan
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi

Prof. Dr. Beyhan Cengiz Özyurt
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Edibe Pirinçci
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Günay Saka
Dicle Üniversitesi Emekli Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Meral Saygun
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hatice Şahin
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

Prof. Dr. C. Tayyar Şaşmaz
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ferdi Tanır
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Okan Taycan
Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Özlem Terzi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Burcu Tokuç
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Alparslan Türkkan
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Reyhan Uçku
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ersin Uskun
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Belgin Ünal
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Sarp Üner
Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Songül Vaizoğlu
Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Gamze Varol
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Filiz Bilgin Yanık
Başkent Üniversitesi Emekli Öğretim Üyesi, Türkiye Materal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Yönetim Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Gülçin Yapıcı
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Cavit Işık Yavuz
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ayşe Yüksel
Arel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Asya Banu Babaoğlu
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Meryem Merve Ören Çelik
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Aslı Davas
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Serol Deveci
T.C. Sağlık Bakanlığı Manisa Şehzadeler İlçe Sağlık Müdürlüğü

Doç. Dr. Ahmet Naci Emecen
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Elif Altundaş Hatman
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İş ve Meslek Hastalıkları Eğitim Programı

Doç. Dr. Ferit Kaya
Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. İlker Kayı
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Osman Kurt
İnönüÜniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Volkan Medeni
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Reci Meseri
Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Doç. Dr. Sare Mıhçıokur
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi

Doç. Dr. Özgür Önal
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Cansu Özşin Özler
Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı

Doç. Dr. Hıdır Sarı
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Pınar Soylar
Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği

Doç. Dr. Ceyda Şahan
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Hülya Şirin
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Tahsin Gökhan Telatar
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mehtap Türkay
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Hakan Tüzün
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Dilek Yapar
T.C. Sağlık Bakanlığı Antalya Muratpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mahmut S. Yardım
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç.Dr. Seher Palanbek Yavaş
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Melike Yavuz
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Ufuk Acar
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Bilgehan Açıkgöz
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Alp Aker
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Atalay Aktuna
Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Evrim Arslan
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Serap Baysal
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Emine Baran Deniz
Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Feyza Dereli
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül Ekemen
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Erdem
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Burak Kurt
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Bahar Marangoz
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Seval Palteki
Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Irmak Polat
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Berna Bilgin Şahin
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Çağrı Emin Şahin
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Mithat Temizer
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Didem Daymaz Yılmaz
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Öğr. Gör. Dr. Ahmet Can Bilgin
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Öğr. Gör. Dr. Eray Öntaş
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Öğr. Gör. Dr. Meltem Şengelen
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Öğr. Gör. Ezgi Türkçelik Türkel
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi

Uzm. Dr. Sümeyye Nur Budak
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Fatma Nur Çelik
T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Sincan İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm. Dr. Nurcan Durukan
T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü

Uzm. Dr. Pelin Şavlı Emiroğlu
T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü

Uzm. Dr. Ayşegül Esin
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

Uzm. Dr. Mehmet Ertan Güner
T.C. Sağlık Bakanlığı Sarıkamış İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm. Dr. Müjde İlgün
T.C. Sağlık Bakanlığı Manisa Şehzadeler İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm. Dr. Salih Keskin
T.C. Sağlık Bakanlığı Balıkesir Karesi İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm. Dr. Zeynep Devran Muharremoğlu
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

Uzm. Dr. Gökçe Hazar Otçu
T.C. Sağlık Bakanlığı Hatay Antakya İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm. Dr. Mustafa Enes Özden
T.C. Sağlık Bakanlığı Kars Kağızman İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm. Dr. Ahmet Furkan Süner
T.C. Sağlık Bakanlığı Zonguldak Çaycuma İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm. Dr. Selen Gürsoy Turan
T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl sağlık Müdürlüğü

Uzm. Dr. Öykü Turunç
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Burcu Ecem Uğuz
T.C. Sağlık Bakanlığı Şırnak İdil İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm. Dr. Ecenur Topal Yağcı
T.C. Sağlık Bakanlığı Şırnak Cizre İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm. Dr. Mine Yenice
T.C. Sağlık Bakanlığı Silivri İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm. Dr. Ferhat Yıldız
İzmir Büyükşehir Belediyesi

Dr. Rana Çavuşoğlu, PhD
Serbest araştırmacı

Dr. Ümit Şahin, PhD
Sabancı Üniversitesi İstanbul Politikalar Merkezi İklim Değişikliği Programı Koordinatörü

Dyt. Dicle Dilan Salman Salman
BAYETAV Okulları

Arş. Gör. Dr. Melike Nur Ünver Şimşek
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

BÖLÜM 1

SAĞLIK POLİTİKASI VE YÖNETİMİ

Bölüm Editörü: *Erhan Eser*

Sunuş

Erhan Eser

2012 yılından bu yana HASUDER tarafından hazırlanan Türkiye Sağlık Raporlarının (TSR) dördüncüsünün ilk bölümü olan "Sağlık Politikası ve Sağlık Yönetimi" bölümünde Türkiye'de son beş yılda Sağlık yönetimi, politikaları ve sağlık hizmetleri alanındaki gelişmelere bütüncül bir bakış getirmeye, değerlendirme yapmaya çalıştık. Önceki HASUDER TSR'larında olduğu gibi bu raporda ve bizim bölümümüzde de hemen tüm yazarlar istenenin üzerinde uzun metinler hazırladılar. Bu nedenle bu doküman, kısmen bir politika dokümanı, kısmen de ülkemizde Halk Sağlığı ile ilgili gelişmeleri de ayrıntılı olarak irdeleyen bir eğitim dokümanı oldu. Öncekiler gibi..

Raporun bu bölümünde, ilk olarak Türkiye'deki sağlık politikalarının son beş yıla ait genel bir değerlendirmesi yapılmaktadır. Daha sonra Sağlık Yönetiminin çeşitli boyutları (Sağlık örgütlenmesi, sağlık ve halk sağlığı insan gücü, sağlık harcamaları, sağlık mevzuatı, sağlık bilgi sistemleri ve sürveyansı, halk sağlığı eğitimi) mercek altına alınmıştır. Ayrıca Türkiye Sağlık ve Demografi politikasının genel değerlendirmesi yanında Sağlıkla ilgili araştırma politikaları da irdelenmiştir. Raporda yataklı tedavi hizmetleri verileri yanında bölge sağlık yönetimi ve birinci basamak sağlık örgütlenmesine daha yakından bakmaya çalıştık. 2025 TSR'nun Sağlık Politikası ve Yönetimi bölümü, birçok yönden ulaşılması kolay olmayan bazı önemli bilgileri okura sunması açısından değer taşımaktadır. Bunlar arasında Sağlık Mevzuatı bölümündeki yönerge ve genelgeler derlemeleri dikkate değerdir.

Geçtiğimiz beş yıllık dönem, ülkemiz ve dünya için çok ciddi olayların yaşandığı, gelişmelerin olduğu bir dönem olarak değerlendirilebilir. Her ne kadar rapor önceki 5 yıla odaklanmaya özen gösterse de birinci rapor yayınlanmadan hemen önce başlayan Covid-19 Salgının ve "daha kötüsü olmaz" derken başımıza gelen büyük Şubat Depremleri felaketinin ve ülkemizin güney sınırlarında yaşanan ve son 5 yılda büyük ivme kazanan ve çehre değiştiren sıcak savaşların *-yol açtığı olumsuz demografik etkileri dahil-* her yönüyle sağlık ve sosyal sisteme olan yıkıcı ve yıldırıcı etkilerinin yol açtığı sorunlara bu bölümde dolaylı olarak değinilse de raporun ilgili diğer bölümlerinde yeri geldikçe ayrıntılı olarak verilecektir. Bu dönemde yaşanan bu üç büyük felaket yanında belki de toplumun sağlığı üzerinde çok daha yıkıcı etkileri olan yoksullaşma ve gelir dağılımındaki hızlı bozulmanın etkileri de ele alınmaya çalışıldı.

Türkiye'de Sağlık Politikaları ne yazık ki uygulamada devletin planlama dokümanlarındaki hedeflere yakınlaşamamaktadır. Bu dönemde yayınlanan 12. Kalkınma Planı hedefleri, politikanın tüm aktörleri tarafından ilk cümlede ifade edilse de 11. Planla ilgili birçok konuda somut ilerlemeler kaydedilememiştir. Sağlık sistemini kuşatan ve hareket kabiliyetini sınırlayan "popülist uygulamalar" ve "liyakatsizlik" sorunu bu dönemde de olanca büyüklüğü ile devam etti. Raporumuzda, sistemi rehabilite etmek için gerçekleştirilen olumlu yönetsel uygulamalara ve her şeye rağmen büyük çabalarla sistemin yürümesini sağlamak için canla başla çalışan sağlık profesyonellerinin çabalarının bazı olumlu sonuçlarına da değindik doğal olarak...

Halk Sağlığının büyük birikimini bir kez daha ortaya koyan bu raporlar serisinin çıkarılması için inançla çalışan HASUDER Yönetim Kurulu ve yayın editörlerini tebrik etmemiz gerekir. Halk Sağlıkçılara karşı olan onca yıldırıcı uygulamalara rağmen uzmanlık alanımızın ülkemizin sağlık alanında gelişimine ışık tutmaya devam ettiğini bu raporlar olanca açıklığı ile gösteriyor.

Bölümümüze katkı sağlayan büyük bir özenle yazılarını hazırlayan yazarlara gönülden teşekkür ediyorum.

Herkese iyi okumalar..

Saygılarımla

Türkiye'de 2020-2025 Döneminde Uygulanan Sağlık Politikalarının Analizi

Bülent Kılıç

"İnsan doğası itibarıyla politik bir hayvandır"

Aristo (İÖ 335)

1. Giriş

Bu yazıda Türkiye'de 2020-2025 döneminde uygulanan sağlık politikalarının analizinin yapılması amaçlanmaktadır. Sağlık politikası, sağlık sistemini oluşturan temel bileşenleri etkileyen çeşitli seçenekler arasından, uygulanabilecek en uygun yöntemin belirlenmesine yönelik kararlar bütünü olarak tanımlanmaktadır.[1] Karar verme süreci, sağlık politikasının üç temel bileşeninden birisini oluştururken; diğer bileşenler strateji oluşturma ve yönetimdir.

Strateji, bir kurum ya da kuruluşun genel amaçları, hedefleri ve politikaları doğrultusunda, ulaşılması istenen sonuçlara erişebilmek için geniş bir bakış açısıyla geliştirilen; tüm koşulların değerlendirildiği ve uzun erimde ortaya çıkabilecek olası senaryoların dikkate alındığı, çok sektörlü ve çok disiplinli bir planlama sürecidir.[1] Politika oluşturma sürecinde öncelikle stratejik bir bakış açısıyla kararlar alınmakta, ardından bu kararların uygulanması yönetim mekanizmaları aracılığıyla gerçekleştirilmektedir.

Bu çerçevede, bu çalışmada Türkiye'de 2020-2025 döneminde sağlık sisteminde benimsenen stratejiler, alınan politik kararlar ve bu kararların nasıl yönetildiği (uygulanma biçimleri) analiz edilecektir. Analizde kullanılacak olan sağlık hizmetlerine ilişkin temel göstergeler ise WHO (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından önerilen ana başlıklar doğrultusunda ele alınmaktadır. Söz konusu göstergeler, bir sağlık sisteminin dirençliliğini; yani çeşitli şok ve stres faktörleri karşısında hazır olma, korunma, uyum sağlama ve ortaya çıkan sorunları absorbe edebilme kapasitesini yansıtan temel sağlık indikatörlerini ifade etmektedir.[2] Bu göstergeler aşağıda sunulmuştur:

1. Sağlık Hizmet Sunumu
2. Sağlık İnsan Gücü
3. Sağlık Bilgi Sistemi
4. İlaç ve Tıbbi Teknoloji
5. Sağlık Finansmanı
6. Yönetim ve Planlama

2. Sağlık Hizmet Sunumu Politikalarının Değerlendirilmesi

Bu başlık altında sağlık hizmetleri 1.Koruyucu/Geliştirici; 2.Tedavi/Rehabilite Edici ve 3.Halk Sağlığı Hizmetlerinin Entegrasyonu olmak üzere üç başlık altında ele alınmıştır:

2.1. Koruyucu/Geliştirici Sağlık Hizmetlerine İlişkin Politikalar

2.1.1. Pronatalist Nüfus Politikaları

Türkiye'de nüfus politikaları, özellikle 1960'lı yıllardan itibaren doğurganlığın sınırlandırılmasına yönelik antinatalist bir çerçeve içinde şekillenmiştir. Ancak son yıllarda, en üst düzey siyasi otoriteler tarafından bu yaklaşımın doğru olmadığı yönünde eleştiriler giderek artmıştır. Toplam doğurganlık hızının nüfusun yenilenme düzeyinin altına düşmesi, yaşlanma eğilimlerinin hızlanması ve işgücü yapısına ilişkin kaygılar, politika tartışmalarının merkezinde yer almıştır. Bu eleştiriler, 25 Aralık 2024 tarihinde yayımlanan Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile kurumsal bir nitelik kazanmıştır.

Kararname ile doğurganlık hızının nüfusun yenilenme düzeyinin üzerinde tutulması açık bir politika hedefi olarak benimsenmiş; bu hedef doğrultusunda Nüfus Politikaları Kurulu oluşturulmuş ve 2025 yılı "Aile Yılı" olarak ilan edilmiştir.[3] Böylece Türkiye, uzun süredir benimsediği antinatalist yaklaşım yerine, belirgin biçimde pronatalist bir nüfus politikasına yönelmiştir.

Bu politika değişikliği, yalnızca demografik göstergeler açısından değil, kadın sağlığı, toplumsal cinsiyet eşitliği ve sosyal politika alanları bakımından da çok boyutlu sonuçlar doğurma potansiyeline sahiptir. Doğurganlığın artırılmasına yönelik teşvikler, uygun sağlık hizmetleri, bakım altyapısı ve sosyal destek mekanizmalarıyla desteklenmediği takdirde, özellikle kadınlar üzerinde artan bakım yükü ve sağlık riskleri yaratabilir. Ayrıca, üreme sağlığı hizmetlerine erişimde yaşanabilecek kısıtlar, mevcut eşitsizlikleri derinleştirme riski taşımaktadır.[3]

Kadın sağlığı ve toplumsal cinsiyet eşitliği alanlarında yapısal iyileştirmeler gerçekleştirilmeden uygulamaya konulacak salt nüfus artırıcı politikalar, mevcut sağlık düzeyinin daha da gerilemesine yol açabilir. Anne sağlığı göstergelerinde bozulma, güvencesiz istihdam koşullarında çalışan kadınlar için artan riskler ve bakım hizmetlerinin aile içinde kadınlara yüklenmesi, bu politikanın olası olumsuz sonuçları arasında yer almaktadır. Bu durum, nüfus politikalarının halk sağlığı perspektifinden bütüncül biçimde ele alınmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.[3]

Türkiye'de nüfus politikalarında yaşanan bu yön değişimi, yalnızca demografik kaygılarla değil, hak temelli, toplumsal cinsiyet duyarlı ve sağlık odaklı bir çerçevede değerlendirilmelidir. Bu kapsamda, söz konusu politika değişikliği Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Türkiye Sağlık Raporu (TSR) 2025'in birinci bölümünde, *"Nüfus Politikaları"* başlığı altında ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Politikanın olası etkilerini ve risklerini daha kapsamlı biçimde değerlendirmek isteyen okurlar, ilgili bölümden yararlanabilirler.

2.1.2. Kadın Sağlığı, Cinsel Sağlık, Üreme Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Politikaları

Kadın sağlığı; cinsel sağlık, üreme sağlığı ve toplumsal cinsiyet gibi konuların bir bütünüdür. Öncelikle hükümetin kullandığı dilin bu anlamda eleştirilmesi gerekmektedir. Son beş yılda dikkat çekici bir söylem gelişmiş durumdadır. Hükümet kaynakları uzun süredir cinsel sağlık, üreme sağlığı ve toplumsal cinsiyet kavramlarını kullanmamaya çalışmaktadır. Artık resmi kaynaklarda "Kadın" yerine "Aile" sözcüğünün kullanıldığı daha politik ve ayrımcı bir dille karşılaşmaktayız. Oysa tüm dünyada yapılan çalışmalar, kadın sağlığı yerine aile merkezli oluşturulan politikaların, kadın sağlığını bozan bir rolü olduğunu göstermektedir. Bunun temel nedeni, aile merkezli politikaların, kadınları sadece "eş" ve "anne" olarak tanımlaması, kadınların ekonomik bağımsızlığını sınırlaması, çalışma yaşamına katılmalarını engellemesi ve eğitimlerine ara vermek zorunda bırakmasıdır. Bu politikalar geleneksel toplumsal cinsiyet rollerini pekiştirerek kadınların ekonomik ve sosyal bağımsızlığını sınırlamaktadır. Türkiye geçmişte bu politikaların sonuçlarını, uzun yıllar boyunca yüksek anne ve bebek ölümleriyle acı bir şekilde yaşamıştır.[3]

Bu nedenle kadınların sağlığına olumlu etki edecek politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Örneğin ülkemizde hızla kadının statüsü üzerine olumlu etki edecek politikalar uygulamaya konulmalıdır. Kadınların statüsünü belirleyen önemli bir değişken olan kadınların politik yaşamda yer alma durumu ülkemizde giderek kötüleşmektedir. OECD (Türkiye, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) üyelerinin de arasında bulunduğu 42 ülke içinde kadın bakan oranında son sırada bulunuyor. 1 Ocak 2023 verilerine göre meclisteki kadın milletvekili oranı Türkiye'de yüzde 17 ve Türkiye bu alanda sondan üçüncü durumda.[4]

Bugün Türkiye'de kadınların aile planlaması (AP) hizmetlerine ulaşımlarında engeller söz konusudur. AP, hem istenmeyen gebelikleri hem de aşırı doğurganlığı önlemede çok önemli bir sağlık hizmetidir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre ülkemizdeki kadınların %30'u herhangi bir AP yöntemi kullanmamakta, yöntem kullanan kadınların ise %20'si geleneksel yöntemler kullanmaktadır. Kadınların karşılanmamış AP yöntem gereksinimi ise %6'dan %12'ye çıkarak iki kat artmıştır.[5] Bu kritik göstergeler ışığında, son beş yıl içerisinde Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz AP yöntemlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinden fiilen çekilmesi ve istemli düşük hizmetlerinin kamu hastanelerinde düzenli ve erişilebilir biçimde sunulmaması, önemli bir sağlık politikası sorunu olarak öne çıkmaktadır. Bu uygulamalar, üreme sağlığı hizmetlerine erişimde ciddi kısıtlılıklara yol açmaktadır. İstemli düşük talebinde bulunan kadınlar, kamu sağlık sisteminde hizmete erişememeleri nedeniyle ya özel sağlık kuruluşlarına yönelmekte ya da güvenli olmayan yöntemlere başvurmak zorunda kalmaktadır. Bu durum, sağlıkta eşitsizlikleri derinleştirmekte ve kadınların üreme sağlığı ve yaşam hakkı açısından önemli riskler oluşturmaktadır.

Bunun yanı sıra kadınlar sağlık hizmetlerine erişimde de engellerle karşılaşmaktadır. Kadınlar bazı bölgelerde

geleneksel baskıcı tutum altında isteklerini ifade edememekte, sağlık sorunlarını dile getirememektedirler. Sağlık hizmetlerine erişim için eşinden veya büyüklerinden izin almak zorunda kalmaktadır. Ayrıca ağır gündelik iş yükü (çocuk bakımı, ev işi) altında buna zaman da bulamamaktadırlar.

Son yıllarda gündeme gelen bir başka sorun artan sezaryen doğum (C/S) oranlarıdır. Sağlık Bakanlığı, %50'nin üzerine çıkan sezaryen oranlarını azaltmak amacıyla, medikal ve halk sağlığı açısından haklı gerekçelere dayanan biçimde normal doğumu teşvik eden politika ve uygulamaları hayata geçirmiştir. Bu doğrultuda gebe okulları, her gebeye bir ebe uygulaması gibi programlar başlatılmış; ayrıca ilk gebeliğini yaşayan ve doğuma üç ayı kalan tüm gebelere ev ziyareti yapılması zorunlu hale getirilmiştir. Söz konusu girişimler, anne ve bebek sağlığını iyileştirmeyi hedefleyen koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilebilir.

Bununla birlikte, bu politikaların uygulanma sürecinde kullanılan söylem, sloganlar ve iletişim dili, kadınların doğum tercihleri üzerindeki bedensel ve üreme özerkliğini yeterince gözetmediği yönünde eleştirilere yol açmıştır. Özellikle feminist kadın grupları tarafından dile getirilen bu eleştiriler, doğum biçiminin yalnızca tıbbi değil aynı zamanda sosyal, kültürel ve bireysel bir tercih alanı olduğuna "benim bedenim" sloganıyla vurgu yapmaktadır. Kadın sağlığı literatürü, doğuma ilişkin kararların kadınların bilgilendirilmiş onamı ve özgür tercihi temelinde alınmasının, sağlık sonuçları kadar insan hakları açısından da merkezi öneme sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu bağlamda, uygulamalar ile hedeflenen halk sağlığı amaçları arasında bir *"politika tasarımı–uygulama farkı" (policy–implementation gap)* oluştuğu görülmektedir. Politika belgelerinde normal doğumun desteklenmesi bilimsel kanıtlara dayandırılmakla birlikte, sahadaki uygulamalarda kadınların öznel deneyimlerinin ve sosyal bağlamlarının yeterince dikkate alınmadığı anlaşılmaktadır. Ayrıca aile sağlığı çalışanları, İlçe Sağlık Müdürlükleri ve hastanelerden görevlendirilen ebeler tarafından gerçekleştirilen ev ziyaretlerinin, kurumlar arası rol tanımı ve koordinasyon eksikliği nedeniyle beklenen etkililiğe ulaşamadığı gözlenmiştir. Bu durum, sağlık politikalarının yalnızca doğru hedefler belirlemesinin değil, aynı zamanda etkili yönetişim ve uygulama kapasitesiyle desteklenmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Öte yandan, WHO anne sağlığına ilişkin rehberlerinde *vurgulanan "saygılı doğum (respectful maternity care)"* yaklaşımı, kadınların doğum sürecinde ayrımcılıktan uzak, bilgilendirilmiş, onurlu ve özerk bireyler olarak desteklenmesini temel ilke olarak benimsemektedir.[6]

Bu kapsamda, kadın sağlığı ile ilgili tüm uygulamalar HASUDER TSR 2025'in beşinci bölümünde, *"Aile Planlaması", "Nüfus Politikaları ve Kadın Sağlığı" ve "Toplumsal Cinsiyet Eşitliği"* başlıkları altında ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Bu politikaların olası etkilerini ve risklerini daha kapsamlı biçimde değerlendirmek isteyen okurlar, ilgili bölümlerden yararlanabilirler.

2.1.3. Sosyal Politikalar

Türkiye'de son beş yılda gelişen ekonomik kriz başta yoksulluk ve işsizlik olmak üzere gıdaya erişimden sağlıklı konut hakkına kadar pek çok sosyal değişkene etki etmiştir. İzmir'in Selçuk ilçesinde Kasım 2025'te yaşanan ve kamuoyuna yansıyan trajik olay,[7] sağlık hizmetlerinin, mutlaka sağlığın sosyal belirleyicileri bağlamında ele alınması gerektiğini çarpıcı biçimde ortaya koymaktadır.

Söz konusu olayda annenin çalışmak amacıyla evden ayrılmak zorunda kalması ve çocuklarını evde yalnız bırakması, bireysel bir tercihten çok; yoksulluk, çocuk bakım hizmetlerine erişim, kreş eksikliği, güvencesiz çalışma koşulları ve toplumsal cinsiyet temelli bakım yükü gibi sosyal belirleyicilerin bir sonucudur. Evde devrilen elektrik sobasının neden olduğu yangın sonucunda beş çocuğun yaşamını yitirmesi ise, barınma koşulları, konut güvenliği ve enerji yoksulluğu gibi sosyal belirleyicilerin, sağlık ve yaşam hakkı üzerindeki doğrudan etkisini ortaya koymaktadır. Beş çocuğuyla yalnız yaşayan ve eşinden ayrı olan annenin, çocuklarının yaklaşık birer yıl arayla dünyaya gelmiş olması da son beş yıl içerisinde kesintisiz doğurganlık sürecini deneyimlediğini göstermektedir.

Bu bağlamda söz konusu olay, yalnızca üreme davranışlarına indirgenemeyecek çok katmanlı bir halk sağlığı sorununa işaret etmektedir. WHO'nun sağlığın sosyal belirleyicileri çerçevesinde vurguladığı üzere; sağlık çıktıları, bireylerin yalnızca sağlık hizmetlerine erişimiyle değil, aynı zamanda eğitim düzeyi, istihdam durumu, gelir, toplumsal destek ağları ve yaşanılan çevrenin güvenliği gibi yapısal faktörlerle şekillenmektedir.[8]

Ayrıca son yıllarda dışardan aşırı göçmen akımına maruz kalan Türkiye'nin uyguladığı göçmen politikalarındaki yetersizlikler de önemli sosyal sorunlara yol açmaktadır. Bu kapsamda, sosyal belirleyicilerle ilgili tüm uygulamalar HASUDER TSR 2025'in ikinci bölümünde, *"Sağlığın Sosyal Belirleyicileri"* içinde ve on ikinci bölümünde, *"Göç ve Göçmen Sağlığı"* içinde ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Bu politikaların olası etkilerini

ve risklerini daha kapsamlı biçimde değerlendirmek isteyen okurlar, ilgili bölümlerden yararlanabilirler.

2.1.4. Aşı Politikaları

Aşılama uygulamaları alanında, özellikle COVID-19 pandemisi sonrasında COVID-19 aşılarına yönelik gelişen olumsuz tutumların etkisiyle aşı reddi ve aşı tereddüdü sorununun belirgin biçimde arttığı görülmektedir. WHO, aşı tereddüdünü; bireylerin aşı hizmetlerine erişim mevcutken, aşı olma konusunda gecikme yaşaması ya da aşıyı reddetmesi durumu olarak tanımlamakta ve bu olguyu güven, kayıtsızlık ve erişim sorunları olmak üzere üç temel bileşen üzerinden açıklamaktadır.[9] Türkiye'de pandemi sonrası dönemde yaşanan gelişmeler, özellikle güven bileşeninin zayıfladığını ve bu durumun aşı kabul oranlarını olumsuz etkilediğini düşündürmektedir. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tarafından aşı reddi ve aşı tereddüdüne ilişkin açık, net ve bağlayıcı bir yasal düzenlemenin hâlen yürürlüğe konmamış olması, halk sağlığını koruma sorumluluğu ile bireysel özerklik arasındaki dengenin yeterince tanımlanamadığını göstermektedir. Aşılama politikalarının hukuki bir çerçeveye kavuşturulmaması, hem sağlık çalışanlarını uygulama sürecinde belirsizliklerle karşı karşıya bırakmakta hem de toplumda aşıya ilişkin kafa karışıklığını derinleştirmektedir. Etik açıdan bakıldığında ise, çocukların üstün yararı ve toplum sağlığının korunması ilkeleri ile bireysel karar verme hakkı arasında denge kurulmasını sağlayacak şeffaf ve katılımcı düzenlemelere duyulan gereksinim açıkça ortaya çıkmaktadır.

Aşı reddiyle mücadele amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde oluşturulan sağlık ekiplerinin yürüttüğü ikna çalışmaları, ilkesel olarak olumlu ve halk sağlığına duyarlı bir yaklaşım olmakla birlikte; bu ekiplerin risk iletişimi, davranış değişikliği kuramları ve güven temelli iletişim teknikleri konusunda yeterince yapılandırılmış bir eğitim almadan sahaya yönlendirilmesi, beklenen etkinin ortaya çıkmasını geciktirebilmekte ve bazı durumlarda ters etki yaratabilmektedir. Sağlık iletişimi literatürü, aşı tereddüdü yaşayan bireylerle kurulan iletişimde tek yönlü bilgilendirme yerine, karşılıklı diyalog, empati ve güven ilişkisi kurmanın belirleyici olduğunu vurgulamaktadır.

Tüm bu olumsuzluklara karşın, Sağlık Bakanlığı'nın bebeklik dönemi aşı takviminde altılı karma aşıya geçiş yapması ve HPV aşısının ulusal aşı programına alınmasına yönelik olarak Bilim Kurulu kararının beklendiğinin kamuoyuna açıklanması, kanıta dayalı ve olumlu politika değişiklikleri olarak değerlendirilmektedir. Özellikle HPV aşısının programa dâhil edilmesi, kadın ve erkeklerde önlenebilir kanser yükünün azaltılması açısından önemli bir halk sağlığı kazanımı potansiyeli taşımaktadır.

Türkiye'de aşılama politikalarının güçlendirilmesi; yalnızca teknik program güncellemeleriyle değil, hukuki çerçevenin netleştirilmesi, etik ilkelerin açık biçimde tanımlanması ve güven temelli, profesyonel sağlık iletişimi stratejilerinin kurumsallaştırılması ile mümkün olacaktır. Aksi takdirde, aşı tereddüdü ve reddi sorununun sağlık sistemi dirençliliğini zayıflatmaya devam etmesi kaçınılmazdır. Bu kapsamda, aşı ile ilgili tüm uygulamalar HASUDER TSR 2025'in üçüncü bölümünde, *"Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu" ve "Aşı İle Önlenebilir Hastalıklar"* bölümlerinde ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Bu politikaların olası etkilerini ve risklerini daha kapsamlı biçimde değerlendirmek isteyen okurlar, ilgili bölümlerden yararlanabilirler.

2.1.5. Tütünle Mücadele Politikaları

OECD ve Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında, Türkiye tütün kullanımı açısından en yüksek prevalansa sahip ilk üç ülke arasında yer almaktadır. Nüfusun %34,8'i tütün ve tütün ürünleri kullanmaktadır (erkekler %46,1; kadınlar %23,6). [10] Daha da önemlisi WHO verilerine göre, ülkemizde kadınlarda sigara kullanım oranı 2020-22 yılları arasında %13'ten %19'a çıkmıştır.[11] Bu artış, tütünle mücadele politikalarının etkinliği açısından ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık Bakanlığı, tütün bağımlılığıyla mücadele kapsamında halen 565 sigara bırakma polikliniği ve bu alanda sertifika almış 6.533 hekim ile hizmet sunmaktadır. Ancak sertifikalı hekimlerin yalnızca 1.032'sinin aktif olarak sigara bırakma polikliniklerinde görev yapıyor olması, mevcut insan kaynağının etkin kullanılmadığını göstermektedir.[11] Bu durum, özellikle sigara bırakma hizmetlerinin sürekliliği ve niteliği açısından önemli bir kapasite sorununa işaret etmektedir. Tütün bağımlılığı, uzun süreli izlem, davranış değişikliği desteği ve multidisipliner yaklaşım gerektiren özgün bir alan olduğundan; sigara bırakma polikliniklerinde bu alana yeterli zamanı ayırabilecek, eğitimli ve deneyimli hekimlere, özellikle de halk sağlığı uzmanlarına duyulan gereksinim belirgindir.[12] Bu bağlamda, Şubat 2025'te yayımlanan Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü yazısıyla halk sağlığı uzmanlarının yeniden sigara bırakma polikliniklerinde görevlendirilmesine karar verilmesi, tütünle mücadele politikaları açısından olumlu ve yerinde bir adım olarak değerlendirilmektedir.

Bununla birlikte, bu olumlu gelişmeye rağmen, Türkiye'de tütünle mücadele politikalarının genel seyri değerlendirildiğinde, özellikle politika sürekliliği, denetim mekanizmaları ve toplum temelli önleyici stratejiler açısından bir gerileme eğiliminin devam ettiği görülmektedir. Bu durum, tütün kontrolünde kazanılmış başarıların korunması ve geliştirilmesi için daha güçlü, bütüncül ve sürdürülebilir politikalara duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır. Bu kapsamda, tütünle mücadele konusunda güncel tüm uygulamalar HASUDER TSR 2025'in yedinci bölümünde, *"Tütün Kontrolü"* bölümünde ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Bu politikaların olası etkilerini ve risklerini daha kapsamlı biçimde değerlendirmek isteyen okurlar, ilgili bölümden yararlanabilirler.

2.1.6. Çalışan Sağlığı Politikaları ve Denetimler

Türkiye'de çalışan sağlığı ve iş sağlığı güvenliği (İSG) alanında yürütülen politikaların, kapsam ve etkililik açısından oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. İş kazaları ve meslek hastalıklarının gerçek boyutlarına ilişkin güvenilir ve bütüncül veriler bulunmamakta; kayıt, bildirim ve tanı koyma süreçleri hâlen önemli yapısal sorunlar içermektedir. Özellikle meslek hastalıklarının tanınması ve bildirilmesi sürecindeki yetersizlikler, çalışan sağlığına ilişkin risklerin görünmez kalmasına neden olmaktadır. Kayıt dışı istihdamın yaygınlığı, iş sağlığı ve güvenliği alanındaki denetim mekanizmalarını daha da zayıflatmakta; kaçak çalıştırılan iş yerlerinde meydana gelen ve kamuoyunda sıklıkla "işçi cinayetleri" olarak anılan ölümler, bu yapısal sorunun en ağır sonuçları arasında yer almaktadır. Son yıllarda farklı illerde yaşanan ve kamuoyuna yansıyan ölümcül iş kazaları, çalışan sağlığının yalnızca bireysel işveren sorumluluğu ile açıklanamayacak kadar sistemik bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Bir kaç ay önce Kasım 2025'te Kocaeli'nde yaşanan dördü çocuk 6 kadın işçinin yanarak ölümü bu soruna örnek trajik olaylardan birisidir.

Bu olumsuz tablo içerisinde, 2025 yılında başlatılan kamu kurumlarındaki ve küçük iş yerlerindeki İş Sağlığı ve Güvenliği uygulamalarının güçlendirilmesine yönelik düzenlemeler ile Çalışan Sağlığı Merkezlerinin (ÇASMER) faaliyete geçmeye başlaması, çalışan sağlığı hizmetlerinin kurumsallaşması açısından kısmen olumlu adımlar olarak değerlendirilebilir. Bilindiği üzere 50'den az çalışanı bulunan az tehlikeli sınıftaki işyerleri ile kamu kurum ve kuruluşları için iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekiminden hizmet alma zorunluluğu 31 Aralık 2024 itibarıyla yürürlüğe girdi. Diğer yandan 50'den az çalışanı bulunan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerine ÇASMER'lerden hizmet alabilme imkanı getirildi. Bu kapsamda küçük esnaf statüsündeki bu işyerleri Sağlık Bakanlığı'na bağlı ÇASMER'lerden hizmet alarak iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekimi görevlendirebilecekler. Bu kapsamda apartmanlar da ÇASMER'lerden hizmet alabilecek.

ÇASMER'ler, özellikle birinci basamak çalışan sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve meslek hastalıklarının erken tanısı açısından önemli bir potansiyel taşımaktadır. Ancak mevcut durumda, birkaç il dışında ÇASMER sayısının ve hizmet kapasitesinin son derece sınırlı olduğu görülmektedir. Çalışan sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında, devletin özellikli kamu kurumlarının (valilikler, kaymakamlıklar, adliyeler gibi) bu hizmetleri doğrudan kamu eliyle ve kamu güvencesi altında sunmasının kritik önemde olduğu değerlendirilmektedir. Bu yaklaşım, bir yandan çalışanların nitelikli ve bağımsız sağlık hizmetlerine erişimini güçlendirirken, diğer yandan işyeri hekimleri ve iş güvenliği uzmanlarının mesleki bağımsızlığını ve güvencesini artırma potansiyeline sahiptir. Ancak zamanla kamu kurumlarındaki uygulamaların gerilemesi, ciddiye alınmaması, denetlenmemesi gibi riskler bulunmaktadır. Üstelik Sağlık Bakanlığı ve Çalışma-Sosyal Güvenlik Bakanlığı bu konuyu tam olarak sahiplenmemiş durumdadırlar. Organizasyon, örgütlenme ve insan gücü sorunları ise diğer sorunlardır. Bu kapsamda, çalışan sağlığı konusunda güncel tüm uygulamalar HASUDER TSR 2025'in dokuzuncu bölümünde, *"İş Sağlığı"* bölümünde ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Bu politikaların olası etkilerini ve risklerini daha kapsamlı biçimde değerlendirmek isteyen okurlar, ilgili bölümden yararlanabilirler.

2.1.7. Gıda Güvenliği Politikaları, Çevre Sağlığı ve Denetimler

Türkiye'de son yıllarda gıda güvenliği alanında yaşanan sorunlar nedeniyle çok sayıda gıda zehirlenmesi vakası ve salgın meydana geldiği görülmektedir. Basına yansıyan verilere göre, yalnızca Kasım 2025 ayında bildirilen gıda zehirlenmesi vakalarının yaklaşık 900 kişiyi etkilediği ifade edilmektedir.[13] Bu durum, gıda güvenliği denetimlerinin etkinliği ve kurumsal sorumluluk paylaşımı açısından ciddi bir halk sağlığı sorununa işaret etmektedir.

Gıda güvenliği, doğrudan insan sağlığını ilgilendiren çok sektörlü bir alan olmasına karşın, Sağlık Bakanlığı'nın son yıllarda bu alandaki aktif denetim rolünden büyük ölçüde çekilmiş olması, sağlık temelli risk değerlendirmelerinin ve önleyici yaklaşımların yetersiz kalmasına yol açmaktadır. Denetim süreçlerinin ağırlıklı olarak tarımsal ve ticari boyutlara indirgenmesi,

gıdanın halk sağlığı üzerindeki etkilerinin ikincil plana itilmesi sonucunu doğurabilmektedir. Özellikle tarım ilaçları kalıntıları ile böcek kıran insektisitlerin kontrolsüz ve mevzuata aykırı kullanımı, insan sağlığı açısından ciddi ve uzun vadeli riskler oluşturmaktadır.[13] Bu kimyasallara maruziyet; akut zehirlenmelerin yanı sıra, kronik hastalıklar ve çevresel sağlık sorunları açısından da önemli bir tehdit olarak değerlendirilmektedir. Nitekim 2025 yılı Kasım ayında bir otelde kullanılan alüminyum fosfit nedeniyle dört kişilik bir ailenin yaşamını yitirmesi, gıda ve çevre güvenliği denetimlerinin yetersizliğinin ölümcül sonuçlara yol açabileceğini gösteren çarpıcı bir örnek olmuştur.

Bu bağlamda, Türkiye'de gıda güvenliği politikalarının yeniden yapılandırılması; sağlık odaklı risk değerlendirmesinin güçlendirilmesi, kurumlar arası yetki ve sorumlulukların netleştirilmesi ve denetim mekanizmalarının bağımsız, şeffaf ve caydırıcı hale getirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Gıda güvenliğinin yalnızca tarımsal üretim ve ticaret alanı olarak değil, temel bir halk sağlığı meselesi olarak ele alınması, önlenebilir hastalık ve ölümlerin azaltılması açısından kritik önemdedir.

Denetim süreçlerinin ve cezaların uygulanmasının önemi, Bolu Kartalkaya'daki otel yangını ile İstanbul Fatih'te bir konaklama tesisinde gerçekleştirilen ilaçlama uygulaması sonrasında yaşanan ölümcül olaylar nedeniyle daha iyi anlaşılmıştır. Denetim mekanizmalarının yetersizliğinin ağır sonuçlar doğurabildiği son derece açıktır. Bu tür örnekler, iş yerleri, gıda ve çevre güvenliği alanındaki denetimlerin ciddi biçimde uygulanması, tespit edilen ihlallerin somut ve bağlayıcı yaptırımlarla karşılanması ve caydırıcılığı yüksek cezaların devreye sokulmasının zorunlu olduğunu göstermektedir. Bu kapsamda, gıda güvencesi, kazalar ve denetimler konusunda güncel tüm uygulamalar HASUDER TSR 2025'in onuncu bölümünde, *"Çevre Sağlığı"* bölümünde ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Bu politikaların olası etkilerini ve risklerini daha kapsamlı biçimde değerlendirmek isteyen okurlar, ilgili bölümden yararlanabilirler.

2.1.8. Obezite ve Kalp Damar Hastalıklarından Korunma

Türkiye'de obezite, Kalp ve Damar Hastalıkları ve Diabetes Mellitus (KDH–DM) alanında yürütülen epidemiyolojik çalışmalar, bu hastalıkların yüksek prevalansa sahip olduğunu ve ölümlerin başlıca nedeni olarak öne çıktığını göstermektedir. Mevcut veriler, ölümlerin yaklaşık %38'inin iskemik kalp hastalıkları ve inmelerden kaynaklandığını ortaya koymaktadır. Hastalık yükü çalışmalarında ise, iskemik kalp hastalıkları, neden olduğu engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı (DALY) kaybı açısından erkeklerde birinci, genel toplumda ise ikinci sırada yer almaktadır.[10] Bu göstergeler, Türkiye'de KDH–DM grubundaki hastalıkların önlenebilir ve yönetilebilir olmalarına karşın, sağlık sistemi açısından önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaya devam ettiğini göstermektedir. Özellikle birincil korunma (sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite, sigara kullanımının önlenmesi) ve erken tanı alanlarında birinci basamak sağlık hizmetlerinde ciddi yapısal ve işlevsel sorunlar bulunmaktadır. Birinci basamakta risk değerlendirmesi, yaşam tarzı danışmanlığı ve sürekli izlem mekanizmalarının yeterince etkin çalışmaması, hastalık yükünün azaltılmasını güçleştirmektedir.

Bu bağlamda, Türkiye'de KDH–DM hastalıklarına yönelik bütüncül ve sürdürülebilir halk sağlığı politikalarının geliştirilmesi gerekliliği açıkça ortaya çıkmaktadır.[14] Ancak Sağlık Bakanlığı'nın son bir yıl içerisinde uygulamaya koyduğu ve toplumsal tabanlı olmadan, salt fırsatçı bir tarzda yapılan boy–kilo ölçümü uygulamasının, her ne kadar toplumda bir ilgi uyandırsa da yeterli planlama, hedefleme ve izlem mekanizmaları oluşturulmadan hayata geçirilmesi nedeniyle, beklenen etkililiğe ve verimliliğe ulaşamadığı görülmektedir. Bu durum, KDH–DM ile mücadelede tekil ve ölçüm odaklı girişimler yerine; risk temelli, davranış değişikliğini hedefleyen ve birinci basamağı güçlendiren kapsamlı politika tasarımlarına ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu kapsamda, BOH (Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar) konusunda güncel tüm uygulamalar HASUDER TSR 2025'in yedinci bölümünde, *"Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar"* bölümünde ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Bu politikaların olası etkilerini ve risklerini daha kapsamlı biçimde değerlendirmek isteyen okurlar, ilgili bölümden yararlanabilirler.

2.1.9. Sağlık Okuryazarlığı Politikaları

2023 yılı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması sonuçlarına göre, nüfusun %21,0'ının yetersiz, %32,9'unun sorunlu–sınırlı, %34,4'ünün yeterli ve %11,7'sinin mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyindeki yetersizlik, kadınlarda %35,3, erkeklerde ise %26,4 olarak saptanmış; bu durum toplumsal cinsiyete dayalı belirgin bir eşitsizliğe işaret etmiştir.[15] Söz konusu farkın, özellikle düşük gelirli ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bölgelerde yaşayan kadınlarda daha da belirginleştiği görülmektedir. Düşük düzeyde sağlık okuryazarlığı; acil servislerin daha sık kullanılması, hastaneye yatış oranlarının ve ilaç tüketiminin artması, buna karşılık koruyucu ve

önleyici sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının azalması ile ilişkilendirilmektedir. Bu durum, bireysel sağlık çıktılarının kötüleşmesine yol açmasının yanı sıra, sağlık sistemi üzerinde artan maliyet yükü oluşturmaktadır.

Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı'nın son bir yıl içerisinde uygulamaya koyduğu SAHA (Sağlıklı Hayat Akademisi) programı, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik önemli bir girişim olarak değerlendirilebilir. Ancak program, hedeflenen nüfus gruplarında ölçülebilir ve sürdürülebilir bir etki yaratamamıştır. Bu durum, tekil bir uygulama hatasından ziyade, program tasarımı, uygulama süreci ve yapısal bağlam ile ilişkili çok boyutlu sorunlardan kaynaklanmaktadır. Öncelikle SAHA uygulamasında hedef kitle çok iyi belirlenememiştir. Hedefleme eksikliği, programın eşitsizlikleri azaltma ve başarılı olma potansiyelini zayıflatmıştır. İkinci önemli sorun SAHA programının, büyük ölçüde tek yönlü bilgi aktarımına dayalı bir eğitim modeli içermesidir. Oysa yetişkin eğitimi ve davranış değişikliği kuramları, katılımcı, etkileşimli ve deneyime dayalı yöntemlerin daha etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık iletişimi becerileri konusunda yeterli eğitim almamış eğiticilerin sahada görev alması, mesajların güvenilirliğini ve etkisini sınırlamıştır. En önemlisi birinci basamak ve toplum temelli yapılarla zayıf bir entegrasyon içermesidir. Programın, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları ile yeterince bütünleşik çalışmaması, sahadaki görünürlüğünü ve erişimini azaltmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleriyle organik bağ kurulamaması, programın sürekliliğini ve izlenebilirliğini zayıflatmıştır.

SAHA programının beklenen başarıyı gösterememesi; hedefleme eksikliği, iletişim ve eğitim yöntemlerindeki yetersizlikler, birinci basamakla zayıf entegrasyon, izleme–değerlendirme eksikliği ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin göz ardı edilmesi gibi çok katmanlı nedenlerin birleşimiyle açıklanabilir. Sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik müdahalelerin etkili olabilmesi için, dezavantajlı grupları önceleyen, katılımcı yöntemlere dayanan, birinci basamak ve yerel yapılarla bütünleşmiş ve güçlü bir değerlendirme sistemiyle desteklenen politikalar geliştirilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda, sağlık okuryazarlığı konusunda güncel tüm uygulamalar HASUDER TSR 2025'in on dördüncü bölümünde, *"Sağlığı Geliştirme"* bölümünde ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Bu politikaların olası etkilerini ve risklerini daha kapsamlı biçimde değerlendirmek isteyen okurlar, ilgili bölümden yararlanabilirler.

2.1.10. Salgınlarla Mücadele Politikaları

2020 yılında başlayan COVID-19 pandemisi sürecinde Türkiye, politik kararlılık, şeffaflık ve kanıta dayalı karar alma açısından tartışmalı bir performans sergilemiştir. Salgın yönetimine ilişkin en önemli eleştiri alanlarından biri, vaka ve ölüm sayılarına dair verilerin tam, zamanında ve uluslararası karşılaştırılabilir biçimde paylaşılmaması olmuştur. Veri şeffaflığındaki bu sınırlılık hem kamuoyunun güvenini zedelemiş hem de akademik çevrelerin ve bağımsız uzmanların salgının gerçek boyutunu analiz etmesini güçleştirmiştir. Pandeminin erken dönemlerinde, bilimsel kanıtları sınırlı olan bazı tedavi protokollerinin (örneğin kinin türevlerinin) merkezi biçimde ve zorunlu olarak uygulanması, klinik karar alma süreçlerinde bilimsel özerklik ile politik yönlendirme arasındaki sınırların bulanıklaştığını göstermiştir. Benzer biçimde, zorunlu aşılama politikalarına geçilmemesi, aşı tereddüdünün yaygınlaştığı bir dönemde toplum bağışıklığının sağlanmasını zorlaştırmış ve bireysel tercih ile toplum sağlığı arasındaki dengeye ilişkin etik tartışmaları derinleştirmiştir.

Öte yandan, pandemi sürecinde sağlık çalışanları başta olmak üzere, topluma yönelik maddi ve sosyal destek mekanizmalarının oldukça sınırlı kalması, salgının yarattığı fiziksel, ruhsal ve ekonomik yükün büyük ölçüde bireylerin omuzlarına bırakıldığı yönünde eleştirilere yol açmıştır. Bu durum, WHO'nun pandemi rehberlerinde vurgulanan "sağlık iş gücünün korunması ve desteklenmesi" ilkesinin yeterince hayata geçirilemediğini düşündürmektedir.[16]

Buna karşın, COVID-19 pandemisinin ağır sonuçlarının Türkiye'de görece sınırlandırılabilmesinde, büyük ölçüde sağlık çalışanlarının özverili ve fedakâr çabalarının belirleyici olduğu görülmektedir. Ancak kriz dönemlerinde bireysel fedakârlıklara dayalı bu yaklaşım, sağlık sisteminin kurumsal kapasite ve dirençliliğini güçlendiren sürdürülebilir bir model olarak değerlendirilemez. Aksine, bu durum sistemin yapısal eksikliklerini görünür kılmaktadır.

WHO'nun sağlık sistemi dirençliliği yaklaşımı; sistemlerin yalnızca krizlere yanıt verebilme kapasitesini değil, aynı zamanda öğrenme, uyum sağlama ve yeniden yapılanma yeteneklerini de içermektedir.[2] Türkiye'de COVID-19 pandemisi sonrasında kapsamlı, bağımsız ve şeffaf bir salgın değerlendirme ve politika öğrenme sürecinin yürütülmemiş olması, bu açıdan önemli bir eksikliktir. Salgın yönetiminin güçlü ve zayıf yönlerinin sistematik biçimde analiz edilmemesi, elde edilen deneyimlerin kurumsal belleğe dönüştürülememesi ve bu derslerin mevzuat, hazırlık planları ve erken uyarı

sistemlerine yansıtılmaması, gelecekte ortaya çıkması muhtemel yeni salgınlara karşı yetersiz bir hazırlık düzeyine işaret etmektedir. Bu kapsamda, salgınlar konusunda güncel tüm uygulamalar HASUDER TSR 2025'in üçüncü bölümünde, *"Bulaşıcı Hastalıklar"* bölümünde ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Bu politikaların olası etkilerini ve risklerini daha kapsamlı biçimde değerlendirmek isteyen okurlar, ilgili bölümden yararlanabilirler.

2.2. Tedavi ve Rehabilite Edici Sağlık Hizmetlerine İlişkin Politikalar

Son on yıllık döneme bakıldığında gerek küresel ölçekte gerekse Türkiye'de halk sağlığı alanında iki temel konunun belirgin biçimde öne çıktığı görülmektedir. Bunlardan ilki, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH) olup; özellikle KDH, kanserler ve ruhsal hastalıklar bu grubun başlıca bileşenlerini oluşturmaktadır. İkinci temel alan ise yeni ve yeniden ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklarla kendini göstermektedir. Bu iki ana hastalık grubunun hem sağlık sistemi üzerindeki yükü hem de mortalite ve morbiditeye katkısı giderek artarken, Sağlık Bakanlığı'nın bu alanlara yönelik politika ve uygulamalarının önemli yapısal ve işlevsel eksiklikler içerdiği görülmektedir.[14] Tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin, koruyucu sağlık hizmetleriyle bütünleşik biçimde planlanamaması; erken tanı, süreklilik ve multidisipliner yaklaşım gerektiren hastalık gruplarında hizmet sunumunun etkililiğini sınırlamaktadır.

Bununla birlikte, son beş yıl içinde kanser tarama programlarının kısmen de olsa yaygınlaştırılması, Sağlıklı Hayat Merkezlerinin (SHM) açılması gibi bazı olumlu politika adımları ile birlikte özellikle Hastalık Yönetim Platformu (HYP) uygulamasının performans sistemine dâhil edilmesi, belirli alanlarda kısmi ilerlemeler sağlamıştır. Ancak bu girişimlerin, ülke genelinde eşit, sürdürülebilir ve bütüncül bir halk sağlığı yaklaşımıyla uygulanamaması, elde edilen kazanımların sınırlı kalmasına neden olmaktadır.

2.2.1. Hastalık Yönetim Platformu (HYP)

Birinci basamakta (aile hekimleri), KDH-DM ile ilgili rutin bir hizmet sunum çabası ancak son bir yılda HYP üzerinden başlatılabilmiştir. Türkiye, Avrupa'da %16 DM prevalansı ile ilk sıradadır. Ayrıca birinci basamakta, KDH-DM ile ilgili erken tanı ve tedavi protokollarının tam olarak uygulanmadığı da görülmektedir. Birinci basamak hem hastalar hem de sağlık personeli tarafından, çoğunlukla hastanede tanısı konulmuş hastaların reçetelerinin yazıldığı sınırlı bir yer olarak görülmektedir.[14] Hastalar birinci basamakta tam olarak muayene edilmemekte, tanı almış hastaların düzenli bir kontrol ve izlem programı bulunmamaktadır. Bu nedenle HYP uygulaması başta olmak üzere bu alanda daha fazla geliştirmeye ve özendirmeye gereksinim vardır.

HYP, Türkiye'de özellikle BOH izlenmesi, yönetimi ve hizmet sunumunun standardize edilmesi amacıyla geliştirilmiş bir araçtır. Platform, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasında veri akışını güçlendirmeyi ve klinik süreçleri izlenebilir hale getirmeyi hedeflemektedir. Bununla birlikte, HYP'nin sahadaki etkisi değerlendirildiğinde, güçlü yönlerinin yanı sıra önemli yapısal sınırlılıklar da dikkat çekmektedir. HYP'nin en önemli sorunu nicelik odaklı performans baskısıdır. HYP'nin performans sistemiyle güçlü biçimde ilişkilendirilmesi, izlem süreçlerinin niteliksel değerlendirme yerine sayısal hedeflere indirgenmesine yol açabilmektedir. Bu durum, hastayla kurulan ilişkinin derinliğini ve bireyselleştirilmiş bakımın kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir.

Bu alandaki ikinci önemli sorun Birinci Basamak iş yükünün artmasıdır. HYP'nin gerektirdiği kayıt ve izlem yükümlülükleri, halihazırda yoğun iş yükü altında çalışan birinci basamak sağlık çalışanları için ek bir idari yük oluşturmuştur. Zaman kısıtı, danışmanlık ve yaşam tarzı değişikliği gibi kritik müdahalelere ayrılabilecek süreyi azaltabilmektedir. Ayrıca HYP'nin sevk zinciri ve geri bildirim mekanizmaları açısından ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleriyle entegrasyonu sınırlı kalmıştır. Bu durum, bakım sürekliliğini ve disiplinler arası koordinasyonu zayıflatmaktadır.

Ancak kuşkusuz HYP'nin olumlu yanları da vardır. HYP, hipertansiyon, DM ve KDH gibi kronik hastalıklarda tanı, izlem ve tedavi süreçlerinin belirli algoritmalar çerçevesinde yürütülmesini teşvik ederek klinik uygulamalarda ilerde belli bir standardizasyon sağlayabilir. Bu durum, özellikle birinci basamakta bakım kalitesinin artırılması açısından önemli bir kazanım olarak değerlendirilebilir. Ayrıca platform, hasta verilerinin elektronik ortamda düzenli olarak kaydedilmesini ve izlenmesini mümkün kılarak sağlık hizmetlerinde veriye dayalı karar alma kapasitesini güçlendirebilir.

HYP, Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde dijitalleşme ve standardizasyon açısından önemli bir adım olmakla birlikte; performans baskısı, iş yükü artışı, sınırlı hasta katılımı ve zayıf entegrasyon gibi yapısal sorunlar nedeniyle potansiyelini tam olarak gerçekleştirememektedir. HYP'nin etkili bir halk sağlığı aracına dönüşebilmesi için, nicelik odaklı performans yaklaşımından uzaklaşılması, birinci basamağın desteklenmesi, aile hekimi başına düşen nüfusun azaltılması,

hasta katılımını artıran mekanizmaların geliştirilmesi ve başta üniversiteler ve il sağlık müdürlüklerindeki halk sağlığı uzmanları ve epidemiyologlar olmak üzere ilgili uzmanlar tarafından verilerin değerlendirmelerinin yapılması gerekmektedir. Bu kapsamda, HYP uygulaması HASUDER TSR 2025'in birinci bölümünde, *"Birinci Basamak"* bölümünde; BOH (Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar) konusu ise HASUDER TSR 2025'in yedinci bölümünde, *"Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar"* bölümünde ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Bu politikaların olası etkilerini ve risklerini daha kapsamlı biçimde değerlendirmek isteyen okurlar, ilgili bölümden yararlanabilirler.

2.2.2. Sağlıkta Özelleştirme Politikası

Türkiye'de son yirmi yıldır desteklenen sağlıkta özelleştirme politikası, son beş yıllık dönemde de özel sektörün desteklenmesiyle devam etmiştir. Son beş yıllık süreçte özellikle özel sektörde yoğun bakım yataklarının sayısının artması ve bu alanlarda taşeronlaşma ve hizmet alımı modellerinin yaygınlaşması, sağlık hizmetlerinin sunumu ve denetimi açısından yeni ve ciddi sorunları gündeme getirmiştir. Bu bağlamda, 2024 yılında kamuoyuna yansıyan ve uzun süredir devam ettiği anlaşılan yenidoğan yoğun bakım hizmetlerine ilişkin ciddi usulsüzlük iddiaları, özel sağlık sektöründe denetim ve yönetim mekanizmalarının yetersizliğini ortaya koyan çarpıcı bir örnek olarak değerlendirilmektedir. Yapılan incelemelerde, İstanbul ve Tekirdağ'daki bazı özel sağlık kuruluşlarının yenidoğan yoğun bakım servislerine ilişkin uygulamalarında, 2019 yılından itibaren süregelen sistematik sorunlar tespit edilmiştir.

Söz konusu iddialara göre, yenidoğan yoğun bakım ünitesine sahip bazı özel sağlık kuruluşlarının; 112 Acil Sağlık Hizmetleri ile ilişkili personel, hekimler ve hemşireler aracılığıyla yenidoğan bebekleri anlaşmalı hastanelere yönlendirdiği, bu bebeklerin tıbbi gereklilik olmaksızın yoğun bakım yatışına alındığı, gereksiz tedaviler uygulandığı ve yatış sürelerinin uzatıldığı öne sürülmektedir. Bu uygulamalar sonucunda, Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan (SGK) haksız kazanç elde edildiği iddiaları kamuoyunda geniş yankı bulmuştur.

Kamuoyunda "Yenidoğan Çetesi" olarak anılan bu olaylar, özel sağlık hizmetlerinin finansmanı, yoğun bakım hizmetlerinin tıbbi endikasyonlara uygunluğu ve kamu–özel ilişkilerinin denetimi açısından derin yapısal sorunlara işaret etmektedir. Olayın hâlen yargı sürecinde olması nedeniyle hukuki değerlendirmelerin mahkemeler tarafından yapılacağı açıktır. Bununla birlikte, ortaya çıkan iddialar; yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinde hasta güvenliği, etik ilkeler, kamusal kaynakların korunması ve özel sağlık kuruluşlarının denetlenmesi konularında mevcut düzenlemelerin ve denetim mekanizmalarının yeterliliğinin ciddi biçimde sorgulanmasını gerektirmektedir.

Sağlıkta özelleştirme, sağlık hizmetlerinin bir kamu hakkı olmaktan ziyade, piyasa mantığı içinde kâr odaklı bir mal ve hizmet olarak sunulmaya başlanmasını ifade etmektedir. Bu bağlamda, özellikle yoğun bakım hizmetleri gibi yüksek maliyetli ve geri ödeme oranları görece yüksek olan alanlarda, finansal teşviklerin tıbbi gerekliliklerin önüne geçmesi riski artmaktadır. Yoğun bakım yatak kapasitesinin özel sektörde hızla artması ve bu alanlarda taşeronlaşma uygulamalarının yaygınlaşması, hizmet sunumunun etik ve klinik sınırlarını zorlayan bir zemin oluşturmuştur.

Bu süreç Türkiye'de özel sağlık sektörünün büyümesinin, etkili bir düzenleme ve denetim sistemiyle desteklenmediği takdirde, sağlık hizmetlerinin niteliği, hasta güvenliği ve kamu kaynaklarının kullanımı açısından önemli riskler doğurabileceğini göstermektedir. Yenidoğan ve yaşlılarda yoğun bakım hizmetleri gibi yüksek riskli ve yüksek maliyetli alanlarda, kamu yararını önceleyen daha güçlü, şeffaf ve bağımsız denetim mekanizmalarının oluşturulması gerekliliği açıkça ortaya çıkmaktadır.

2.2.3. Şehir Hastaneleri Politikası

Türkiye'de son yıllarda sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün rolü belirgin biçimde artmış; bu süreç, Kamu–Özel Ortaklığı (KÖO-PPP) modelleri ve hizmet alımı mekanizmaları aracılığıyla kurumsallaştırılmıştır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda KÖO modelinin en kapsamlı uygulamalarından biri, 2010–2020 yılları arasında yapımı tamamlanarak hizmete açılan 18 şehir hastanesi olmuştur. Aynı dönemde inşaatına başlanmış olan 6 şehir hastanesi ise 2021–2024 yılları arasında tamamlanarak faaliyete geçmiştir. 2020 yılı öncesinde yapımı tamamlanan ilk 18 şehir hastanesinin toplam inşaat maliyetinin yaklaşık 10,5 milyar ABD doları olduğu ifade edilmesine karşın, Sağlık Bakanlığı'nın bu hastaneler için 25 yıl boyunca toplam 30,2 milyar ABD doları tutarında ödeme taahhüdünde bulunduğu bilinmektedir.[17]

Bu taahhütlerin bütçeye yansıması incelendiğinde, şehir hastanelerine ödenen kira bedellerinin yıllar içinde hızla artan bir mali yük oluşturduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı bütçesinden şehir hastanelerinin kira giderleri için; 2020 yılında 8,7 milyar TL, 2021 yılında 16 milyar TL, 2022 yılında 21,5 milyar TL, 2023 yılında 75 milyar TL, 2024 yılında 83 milyar TL, 2025 yılında 95 milyar TL ödeme yapılmış; 2026 yılı için ise 104,6

milyar TL ödeme yapılacağı kamuoyuna açıklanmıştır. Bu tutarlar, Sağlık Bakanlığı bütçesinin yaklaşık %10'una karşılık gelmekte olup, sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliği açısından ciddi bir baskı oluşturmaktadır.[17,18]

Bu mali yükün büyüklüğü karşısında Sağlık Bakanlığı, kamu–özel ortaklığı modelinden kısmen vazgeçerek, 2020 yılından sonra planlanan ve inşaatına başlanan 17 şehir hastanesinin genel bütçe kaynaklarıyla finanse edilmesi yönünde bir politika değişikliğine gitmiştir. Bu çerçevede yapımı başlatılan ve halen devam eden 12 şehir hastanesinin, 2026–2027 yıllarında hizmete açılması planlanmaktadır. Söz konusu karar, şehir hastaneleri deneyiminin maliyet–etkinlik açısından yeniden değerlendirilmesi gerektiğini göstermesi bakımından önemlidir.

Şehir hastaneleri projesi, nitelikli yatak kapasitesinin artırılması ve ileri teknolojiye sahip sağlık tesislerinin oluşturulması açısından belirli kazanımlar sağlamış olmakla birlikte, ölçek büyüklüğü, karmaşık yönetim yapıları ve yüksek işletme maliyetleri nedeniyle sağlık sistemi açısından ciddi sorunlar yaratmıştır. Özellikle KÖO modeliyle işletilen hastanelerin, yatırımcı firmalar açısından yüksek ve uzun vadeli kârlılık sağlarken; kamu bütçesi üzerinde orantısız ve kalıcı bir mali yük oluşturduğu görülmektedir. Buna ek olarak, şehir hastanelerinin yalnızca sağlık hizmeti sunan kurumlar olmaktan çıkıp; otopark, yemek, güvenlik, restoran ve ticari alanlar gibi yan hizmetler üzerinden gelir üreten kompleksler hâline gelmesi, sağlıkta ticarileşme tartışmalarını daha da derinleştirmiştir. Bu yapı, sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinin zayıflaması ve kamu kaynaklarının uzun vadeli sözleşmeler aracılığıyla özel sektöre aktarılması riskini beraberinde getirmektedir. Bu kapsamda, özel hastaneler ve şehir hastaneleri konusunda güncel tüm uygulamalar HASUDER TSR 2025'in ilk bölümünde, *"Sağlık Politikası ve Yönetimi"* bölümünde ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Bu politikaların olası etkilerini ve risklerini daha kapsamlı biçimde değerlendirmek isteyen okurlar, ilgili bölümden yararlanabilirler.

2.2.4. Sağlıkta Aşırı Tüketim Politikası

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kullanım sıklığı son yıllarda belirgin biçimde artmıştır. Kişi başı yıllık sağlık hizmeti başvuru sayısı 2019 yılında 9,8 iken, COVID-19 pandemisi dönemindeki geçici düşüşe rağmen 2024 yılında 12,2'ye yükselmiştir.[19] Üstelik bu başvuruların üçte ikisi hastanelere, yaklaşık 1-2 tanesi de acil servislere yapılmaktadır. Bu artış, sağlık hizmetlerine erişimin niceliksel olarak genişlediğini göstermekle birlikte, aşırı ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımına işaret eden önemli bir politika sorunu olarak değerlendirilmektedir. Muayene sayılarındaki bu artışın, büyük ölçüde sağlık politikalarının talep yönlü ve popülist bir yaklaşımla kurgulanmasından kaynaklandığı görülmektedir. Özellikle Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) aracılığıyla, ortalama beş-on dakikada bir hasta muayenesine olanak verecek biçimde randevu planlaması yapılması, sağlık hizmetlerinde niceliğin niteliğin önüne geçtiğini göstermektedir. Bu uygulama, klinik değerlendirme, hasta eğitimi ve koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılabilecek zamanın ciddi biçimde kısıtlanmasına yol açmaktadır.

Öte yandan, bu yoğunluk politikalarının sağlık çalışanları üzerindeki etkileri de dikkate değerdir. Hekimlerin giderek artan iş yükü altında çalışmak zorunda kalmaları, mesleki tükenmişlik riskini artırmakta; bu durum hem hizmet sunumunun kalitesini hem de sağlık çalışanlarının iş doyumunu olumsuz etkilemektedir. Aşırı iş yükü ve zaman baskısı, hekim–hasta iletişiminin zayıflamasına ve sağlık hizmetlerine duyulan güvenin aşınmasına yol açabilmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin aşırı tüketimini teşvik eden politikalar; kısa vadede erişimi artırıyor gibi görünse de uzun vadede hizmet kalitesinin düşmesi, sağlık çalışanlarının tükenmesi ve sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliğinin zayıflaması gibi ciddi riskler barındırmaktadır. Sağlık politikalarının, talep artırıcı uygulamalar yerine; ihtiyaç temelli hizmet sunumu, birinci basamağın güçlendirilmesi ve nitelikli hasta–hekim etkileşimini önceleyen bir çerçevede yeniden ele alınması gerekmektedir.

2.2.5. Geleneksel Tıp Uygulamaları

Türkiye'de geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları, 2014 yılında yürürlüğe giren yasal düzenlemeler ile resmî bir çerçeveye kavuşturulmuş ve bu tarihten itibaren giderek yaygınlaştırılmıştır. Mevcut mevzuat kapsamında 14 farklı geleneksel uygulama alanı tanımlanmış; bu uygulamaların bir bölümü, modern tıp tarafından etkililiği ve güvenilirliği yeterli düzeyde kanıtlanmamış olmasına rağmen, Sağlık Bakanlığı'nın desteğiyle Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) geri ödeme kapsamına dâhil edilerek teşvik edilmiştir. Buna karşın, literatürde yer alan bilimsel çalışmalar incelendiğinde, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının klinik sonuçlar üzerindeki etkisini güçlü biçimde ortaya koyan yüksek nitelikli kanıtların sınırlı olduğu görülmektedir.[20] Randomize kontrollü çalışmalar, sistematik derlemeler ve meta-analizler açısından bakıldığında, bu uygulamaların çoğunun etkililiğine ilişkin bulguların

tutarsız olduğu ve metodolojik açıdan önemli sınırlılıklar içerdiği bildirilmektedir.

Tüm bu kanıt eksikliklerine rağmen, özellikle 2020 yılı sonrasında, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının hem kamu hem de özel sağlık kuruluşlarında belirgin biçimde yaygınlaştığı ve 200'den fazla farklı endikasyon için önerildiği saptanmıştır. Bu durum, sağlık hizmetlerinde kanıta dayalı tıp ilkeleri, hasta güvenliği ve kamu kaynaklarının etkin kullanımı açısından ciddi soru işaretleri doğurmaktadır. Geleneksel tıp uygulamalarının, bilimsel etkinlik ve güvenilirlik kriterleri yeterince karşılanmadan yaygınlaştırılması; hastaların etkisiz ya da gecikmiş tedavilere yönlendirilmesi, yanlış umut yaratılması ve sağlık hizmetlerinde bilimsel standartların aşınması riskini beraberinde getirmektedir. Ayrıca bu uygulamaların kamu tarafından finanse edilmesi, sınırlı sağlık bütçesinin kanıtlanmış etkisi olmayan müdahalelere yönlendirilmesi anlamına gelmekte; bu durum, sağlık politikalarının rasyonelliği ve önceliklendirme ilkeleriyle çelişmektedir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının sağlık sistemi içindeki yerinin; ideolojik ya da popüler yaklaşımlar yerine, bilimsel kanıt düzeyi, etik ilkeler ve kamu yararı temelinde yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu uygulamaların ancak etkinliği ve güvenliği güçlü bilimsel kanıtlarla gösterildiği ölçüde, tamamlayıcı nitelikte ve sıkı düzenleme–denetim mekanizmaları altında sunulması, halk sağlığının korunması açısından zorunludur.

2.3. Halk Sağlığı Hizmetlerinin Entegrasyonu

Türkiye sağlık sisteminin en önemli yapısal sorunlarından biri, aile hekimliği sistemi ile halk sağlığı hizmetleri arasındaki entegrasyonun yetersizliğidir. Sağlık ocağı sisteminin yerine hayata geçirilen aile hekimliği uygulamaları, ağırlıklı olarak bireye yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sunulduğu bir yapıdadır. Buna karşın, halk sağlığı hizmetleri büyük ölçüde İlçe Sağlık Müdürlükleri bünyesinde, topluma yönelik müdahaleler şeklinde ve aile hekimliği hizmetlerine yeterince entegre edilmeden örgütlenmiştir.

Bu ikili yapı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde işlevsel bir ayrışmaya yol açmakta; özellikle bulaşıcı hastalıklarla mücadele, kanser tarama programları, çevre sağlığı, okul sağlığı hizmetleri ve iş sağlığı uygulamaları gibi alanlarda koordinasyon ve süreklilik sorunları yaratmaktadır.[21,22] Aile hekimlerinin bireysel hasta izlemi ile sınırlı kalan rolü, toplumun genel sağlık gereksinimlerinin bütüncül biçimde ele alınmasını zorlaştırmakta ve birinci basamakta önemli kaçırılmış koruyucu hizmet fırsatlarına neden olmaktadır.

Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin mevcut yapısıyla yeterli düzeyde etkin olmadığı ve halk sağlığı sistemiyle bütünleşik bir biçimde çalışamadığı görülmektedir. Oysa etkili halk sağlığı politikalarının geliştirilebilmesi için, sağlık yöneticilerinin nüfus temelli bir bakış açısına, sağlık verilerini analiz edebilecek güçlü bir epidemiyoloji bilgisine ve kanıta dayalı karar alma yetkinliğine sahip olmaları gerekmektedir. Ayrıca sağlık politikalarının yalnızca biyomedikal bir perspektifle değil; sosyoloji, ekonomi, davranış bilimleri ve politika bilimi gibi sosyal bilimlerle birlikte geliştirilmesi, müdahalelerin etkililiği ve toplumsal kabulü açısından kritik öneme sahiptir. Ancak mevcut uygulamalar değerlendirildiğinde, Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimliği–halk sağlığı entegrasyonunu güçlendiren, disiplinler arası yaklaşıma dayalı ve nüfus tabanlı bir bütüncül halk sağlığı politikası geliştirebildiğini söylemek güçtür.[23]

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılabilmesi için; aile hekimliği sistemi ile halk sağlığı hizmetleri arasındaki entegrasyon sorununun giderilmesi, görev ve sorumlulukların bütünleştirilmesi ve toplum temelli, veriye dayalı bir sağlık politikası yaklaşımının benimsenmesi gerekmektedir. Bu kapsamda, birinci basamak konusunda güncel tüm uygulamalar HASUDER TSR 2025'in ilk bölümünde, *"Sağlık Politikası ve Yönetimi"* bölümünde ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Bu politikaların olası etkilerini ve risklerini daha kapsamlı biçimde değerlendirmek isteyen okurlar, ilgili bölümden yararlanabilirler.

3. Sağlık İnsan Gücü Politikalarının Değerlendirilmesi

3.1. Halk Sağlığı Uzmanları İnsan Gücü Politikaları

Sağlık politikası alanında yaşanan sorunların önemli nedenlerinden biri, halk sağlığı insan gücünün geliştirilmesine yeterli önemin verilmemesidir. Özellikle bireylerin yaşam tarzı değişikliklerinin desteklenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve tedavi süreçlerinde etkili danışmanlık sunulması açısından, halk sağlığının kuramsal ve uygulamalı bilgi birikimi belirleyici bir role sahiptir. Halk sağlığı disiplininin temel bileşenleri olan epidemiyoloji, sağlık yönetimi ve kanıta dayalı tıp yaklaşımı, yalnızca koruyucu/geliştirici sağlık hizmetleri alanında değil; aynı zamanda verimli araştırmaların yürütülmesi, araştırma yoluyla üretilen yeni bilgilerin değerlendirilmesi, yorumlanması ve sağlık politikalarına aktarılması açısından da vazgeçilmezdir. Bu yetkinlikler, sağlık sisteminin hem hizmet sunumu hem de yönetişim kapasitesini doğ-

rudan etkilemektedir. Sonuç olarak, halk sağlığı insan gücüne yapılacak stratejik yatırımlar; sağlık politikalarının etkinliği, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği ve toplum sağlığının geliştirilmesi açısından temel bir ön koşul niteliği taşımaktadır.

Türkiye'de 2025 yılı itibarıyla, halk sağlığı uzmanı ya da halk sağlığı alanında doktora derecesine sahip tıp doktoru sayısının yaklaşık 1.350 olduğu bildirilmektedir. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından yapılan hesaplamalara göre bu sayı, uluslararası standartlarda kabul edilen yüz binde 3 halk sağlığı uzmanı hedefinin oldukça altında kalmaktadır.[24] Mevcut tablo, Türkiye'de halk sağlığı insan gücünün niceliksel olarak yetersiz olduğunu ve sağlık sisteminin ihtiyaçlarını karşılamaktan uzak kaldığını göstermektedir. Bu bağlamda, halk sağlığı uzmanı açığının kapatılabilmesi için Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) kontenjanlarının artırılması zorunlu bir politika gereksinimi olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak son üç yıl içerisinde, halk sağlığı uzmanlık ve ilgili yan dal alanlarında ayrılan kontenjanların düzenli olarak azaltıldığı görülmektedir. Bu eğilim, halk sağlığı insan gücünün stratejik öneminin sağlık politikası yapıcıları tarafından yeterince kavranamadığına işaret etmektedir.

Niceliksel yetersizliğin yanı sıra, halk sağlığı uzmanlarının istihdam alanlarının sınırlılığı da önemli bir yapısal sorundur. Mevcut çalışma alanlarına ek olarak; SHM, Sigara Bırakma Polikliniklerı, Halk Sağlığı Acil Müdahale Ekipleri ve Çalışan Sağlığı Merkezleri gibi birimlerde halk sağlığı uzmanlarının istihdamının artırılması, mevcut ve gelecekteki halk sağlığı gereksinimlerinin karşılanabilmesi açısından kritik önemdedir. Ayrıca halk sağlığı uzmanlarının, bilgi ve yetkinliklerine uygun biçimde yönetici ve karar verici pozisyonlarda görevlendirilmesi; uzmanlık alanı dışında kalan uygulamalara yönlendirilmemesi ve sürdürülebilir bir insan gücü planlaması çerçevesinde istihdam edilmeleri gerekmektedir.[24]

Bu açıdan bakıldığında, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından 2025 yılında yayımlanan iki ayrı yazıyla halk sağlığı uzmanlarının halk sağlığı acilleri ve tütünle mücadele alanlarında yer almalarının açık biçimde tanımlanmış olması, politika düzeyinde olumlu bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte, halk sağlığı uzmanlarının görev tanımları, çalışma alanları ve çalışma koşullarını net biçimde düzenleyen daha kapsamlı bir mevzuat düzenlemesine acilen gereksinim bulunmaktadır.

Ayrıca, 2022 yıl sonunda yapılan yeni bir düzenlemeyle 4924 sayılı Kanun kapsamında eleman temininde güçlük çekilen bölgelerde birinci basamak sağlık personelinin istihdamına olanak tanıyan uygulamanın kaldırılması, özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde halk sağlığı uzmanı görevlendirilmesini daha da güçleştirmiştir. Bu durum, bölgesel eşitsizlikleri derinleştirmekte ve dezavantajlı bölgelerde halk sağlığı hizmetlerinin niteliğini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle 4924 sayılı Kanun kapsamında eleman temininde güçlük çekilen bölgelerde halk sağlığı uzmanlarının istihdamına yeniden olanak tanıyan bir düzenleme yapılması gerekmektedir.

Türkiye'de halk sağlığı politikalarının etkinliğinin artırılabilmesi için; halk sağlığı uzmanı sayısının hızla artırılması, istihdam alanlarının genişletilmesi, görev tanımlarının mevzuatla netleştirilmesi ve bölgesel eşitsizlikleri azaltacak insan gücü politikalarının hayata geçirilmesi gerekmektedir. Halk sağlığı insan gücüne yapılacak bu yatırımlar, yalnızca bir meslek grubunun güçlendirilmesi değil, aynı zamanda sağlık sisteminin bütüncül kapasitesinin artırılması anlamına gelmektedir. Bu kapsamda, halk sağlığı insan gücü konusunda güncel tüm uygulamalar HASUDER TSR 2025'in ilk bölümünde, *"Sağlık Politikası ve Yönetimi"* bölümünde ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Bu politikaların olası etkilerini ve risklerini daha kapsamlı biçimde değerlendirmek isteyen okurlar, ilgili bölümden yararlanabilirler.

3.2. Aile Hekimliği İnsan Gücü Politikaları

Türkiye'de aile hekimliği insan gücüne yönelik politikalar kapsamında, aile hekimi başına düşen nüfusun azaltılması hedeflenmekte; bu doğrultuda hekim başına düşen nüfusun yaklaşık 3.000 kişiye çekilmesine yönelik düzenlemeler yapılmaktadır. Bu hedef, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesinin artırılması ve koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla zaman ayrılabilmesi açısından olumlu bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir. Bu çerçevede, özellikle 2025 yılında uygulamaya konulan MERNİS temelli düzenleme ile kayıtlı olduğu ildeki aile hekiminden hizmet almayan nüfusa yönelik yeni bir uygulama başlatılmıştır. Bu uygulamayla Sağlık Bakanlığı, aile hekimliği sisteminde, aile hekimine kayıtlı olduğu il ile ikametleri farklı olan vatandaşların aile hekimliği kayıtlarını, otomatik olarak ikamet ettikleri adreste en uygun aile hekimine taşımıştır. Amaç, nüfusun kayıtlı olduğu aile hekimi üzerinden birinci basamak hizmetlerine yönlendirilmesini sağlayarak sistemin işlevselliğini artırmaktır.

Ayrıca 2025 yılında sevk zinciri uygulamasına geçiş yönünde de ilk adımlar atılmış; aile hekimlerinin belirli alanlarda ek eğitimler almaları ve bazı branşlara yapı-

lacak sevklerin birinci basamak üzerinden gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Bu kapsamda, aile hekimlerinin dermatoloji alanında ek eğitim almalarının ardından, hastaların MHRS üzerinden doğrudan dermatoloji randevusu almalarının sınırlandırılması öngörülmüştür. Söz konusu uygulama, birinci basamağın güçlendirilmesi ve gereksiz uzman başvurularının azaltılması hedefiyle uyumlu olmakla birlikte, uygulamanın niteliği ve sonuçlarının dikkatle izlenmesi gerekmektedir.

Öte yandan, aile hekimliği insan gücünü artırmaya yönelik olarak, Sağlık Bakanlığı'nın son yıllarda TUS kapsamında aile hekimliği uzmanlık kontenjanlarını aşırı biçimde artırdığı görülmektedir. Ancak sahadaki uygulamalar incelendiğinde, aile hekimliği uzmanlarının önemli bir bölümünün aile hekimliği hizmeti sunmak yerine il ve ilçe sağlık müdürlükleri, Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) gibi birimlerde yönetici pozisyonlarda istihdam edildiği dikkat çekmektedir. Bu durum, bir yandan aile hekimi sayısını artırmayı hedefleyen politikalarla çelişirken, diğer yandan bu görev alanlarının halk sağlığı uzmanları tarafından doldurulması gereken alanlar olması nedeniyle, halk sağlığı insan gücünün etkin kullanımını da sınırlamaktadır. Aile hekimliği uzmanlarının klinik hizmetten uzaklaştırılarak idari görevlere yönlendirilmesi, birinci basamak hizmet sunumunda beklenen niceliksel ve niteliksel iyileşmenin sağlanmasını güçleştirmektedir.

Aile hekimliği insan gücü politikalarının başarılı olabilmesi için; aile hekimliği uzmanlarının öncelikle birinci basamakta klinik hizmet sunumunda istihdam edilmesi, idari ve yönetsel görevlerin uzmanlık alanlarına uygun biçimde planlanması ve aile hekimliği ile halk sağlığı uzmanlık alanları arasında net ve tamamlayıcı bir görev paylaşımının oluşturulması gerekmektedir. Bu yaklaşım hem birinci basamağın güçlendirilmesine hem de halk sağlığı insan gücünün etkin kullanımına katkı sağlayacaktır. Bu kapsamda, birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda güncel tüm uygulamalar HASUDER TSR 2025'in ilk bölümünde, *"Sağlık Politikası ve Yönetimi"* bölümünde ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Bu politikaların olası etkilerini ve risklerini daha kapsamlı biçimde değerlendirmek isteyen okurlar, ilgili bölümden yararlanabilirler.

4. Sağlık Bilgi Sistemi Politikalarının Değerlendirilmesi

Türkiye'de son beş yıllık dönemde sağlık bilgi sistemlerine ilişkin olarak eş zamanlı biçimde hem olumlu hem de olumsuz gelişmeler yaşandığı görülmektedir. Bu alandaki en önemli kazanımlardan biri, e-Nabız sistemi aracılığıyla bireylerin sağlık verilerinin elektronik ortamda toplanması ve yetkili hekimler tarafından erişilebilir hâle getirilmesidir. e-Nabız, sağlık hizmetlerinde süreklilik, klinik karar destek süreçleri ve hasta katılımı açısından önemli bir dijital dönüşüm aracı olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte, özellikle BOH alanında sağlık kayıtlarının eksikliği, tutarlılığı ve güvenilirliği konusunda ciddi sorunlar bulunmaktadır. Mevcut veri setlerinin standartlaştırılmamış olması ve verilerin bütüncül biçimde analiz edilememesi, sağlık politikalarının kanıta dayalı olarak geliştirilmesini güçleştirmektedir. Ayrıca elektronik kayıt sistemlerinin il ve ilçe düzeylerinde aşırı kısıtlamalara tabi tutulması, veri erişiminin parçalı ve sınırlı kalmasına yol açmaktadır. Bu durum, başta epidemiyologlar ve halk sağlığı uzmanları olmak üzere, sağlık verilerini analiz etmesi gereken uzman grupların yetkinliklerini etkin biçimde kullanamamasına neden olmaktadır.

Sağlık bilgi sistemlerine ilişkin bir diğer önemli sorun alanı ise veri güvenliği ve kişisel verilerin korunmasıdır. Gerek e-Nabız gerekse SGK kayıtları üzerinden sağlık verilerinin çalındığı ya da ticari amaçlarla kullanıldığına ilişkin iddialar, sağlık sistemine duyulan güveni zedeleyen ciddi bir risk oluşturmaktadır. Sağlık verilerinin niteliği gereği yüksek hassasiyet taşıdığı dikkate alındığında, veri güvenliğinin sağlanması ve kişisel sağlık bilgilerinin korunmasına yönelik güçlü teknik ve hukuki önlemlerin bir an önce hayata geçirilmesi zorunludur.

Sağlık bilgi sistemi politikalarındaki en sorunlu uygulamalardan biri ise COVID-19 pandemisi sürecinde izlenen veri yönetimi yaklaşımı olmuştur. Pandemi döneminde, "hasta" ve "vaka" ayrımı gibi kavramsal belirsizlikler üzerinden uzun süre gerçek vaka sayılarının kamuoyuyla paylaşılmadığı, veri şeffaflığının sınırlı kaldığı yönünde yaygın eleştiriler dile getirilmiştir. Bu yaklaşım, hem toplumun salgınla ilgili risk algısını hem de bilimsel çevrelerin salgının seyrini doğru biçimde analiz edebilmesini olumsuz etkilemiştir.

Öte yandan, ulusal sağlık verilerinin kullanımında etik ve yönetim sorunları da dikkat çekmektedir. Sağlık Bakanlığı üst düzey yönetiminde yer alan sınırlı sayıdaki kişinin, bu yetkilerini ve kamuya ait sağlık verilerini kullanarak, aynı isimlerle fakat birbirinden tamamen farklı bilimsel konularda, sadece isim sıralamalarını değiştirerek ve düzenli olarak uluslararası bilimsel yayınlar üretmesi; buna karşın veri erişiminin konunun uzmanı bağımsız araştırmacılar ve akademik çevreler için kısıtlı kalması, etik, bilimsel ve politik açıdan sorgulanması gereken bir durum ortaya çıkarmaktadır.[25]

Sağlık verilerinin kamusal bir kaynak olduğu gerçeği göz önünde bulundurulduğunda, bu verilerin kullanımında şeffaflık, adil erişim ve bağımsız denetim ilkelerinin gözetilmesi gerekmektedir.

Türkiye'de sağlık bilgi sistemleri alanında önemli teknolojik ilerlemeler sağlanmış olmakla birlikte; veri kalitesi, erişilebilirlik, güvenlik, şeffaflık ve etik yönetişim alanlarında ciddi yapısal sorunlar devam etmektedir. Sağlık bilgi sistemlerinin, etkili ve güvenilir sağlık politikalarının temel altyapısı olduğu dikkate alındığında; bu alandaki eksikliklerin giderilmesi, halk sağlığı uygulamalarının başarısı ve sağlık sisteminin dirençliliği açısından kritik öneme sahiptir. Bu kapsamda, sağlık bilgi sistemleri konusunda güncel tüm uygulamalar HASUDER TSR 2025'in ilk bölümünde, *"Sağlık Politikası ve Yönetimi"* bölümünde *"Türkiye'de Sağlık Bilgi Sistemleri ve Sürveyans"* başlığı ve *"Türkiye'de Sağlık Araştırma Politikaları"* başlıkları altında ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Bu politikaların olası etkilerini ve risklerini daha kapsamlı biçimde değerlendirmek isteyen okurlar, ilgili bölümden yararlanabilirler.

5. İlaç ve Teknoloji Politikaları

Türkiye'de tıbbi ürünlere erişim, özellikle ilaç geri ödeme politikaları ve sağlık teknolojilerinin finansmanı bağlamında giderek daha sorunlu bir alan haline gelmektedir. SGK'nın Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında uyguladığı geri ödeme düzenlemeleri, başta kanser ilaçları, vitamin ve dermatolojik ürünler olmak üzere birçok tedavi alanında erişim kısıtlılıklarına yol açmaktadır. Sağlık harcamalarının yaklaşık %75'inin kamu kaynaklarıyla karşılandığı Türkiye'de, buna karşın cepten yapılan sağlık harcamalarının dolar bazında sürekli artış göstermesi, mevcut geri ödeme politikalarının koruyuculuğunu yitirdiğine işaret etmektedir.[26]

Ancak söz konusu olumsuz gelişmelere karşın son yıllarda önemli bir başarı ise reçetesiz antibiyotik satışıyla mücadele kapsamında atılan adımlarla gerçekleştirilmiştir. Avrupa ülkeleri arasında antibiyotik tüketiminin en yüksek olduğu ülkelerden biri olan Türkiye'de, antimikrobiyal dirençle mücadele için alınan önlemler olumlu olmakla birlikte daha da güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu çerçevede, Türkiye'de yalnızca antibiyotikler değil, eczanelerdeki tüm reçetesiz ilaç satışlarının da yeniden düzenlenmesi ve kademeli biçimde sınırlandırılması önem taşımaktadır. Ancak bu sürecin, eczacıların hizmet içi eğitimleri ile desteklenmesi ve İngiltere ve ABD gibi ülkelerde uygulanan danışmanlık temelli eczacılık modelleri ile zenginleştirilmesi hem hasta güvenliği hem de hizmet kalitesi açısından kritik önemdedir.

Öte yandan, ülkemizde son yıllarda geliştirilmeye başlanan dijital halk sağlığı uygulamaları, tıbbi ürünlere erişim ve sağlık hizmetlerinin kullanımını kolaylaştıran önemli araçlar olarak öne çıkmaktadır. Özellikle kadın ve çocuk sağlığı, gebelik izlemi ve aşılama gibi alanlarda hayata geçirilen mobil uygulamaların, toplumun sağlık okuryazarlığını artırması ve sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırması beklenmektedir.

Bununla birlikte, 2020'li yılların başında TÜSEB ve TÜBİTAK aracılığıyla desteklenmeye başlanan bilimsel araştırmalar ile yeni sağlık teknolojilerine yönelik yatırımların, son üç yılda yaşanan ekonomik kriz nedeniyle giderek azaldığı görülmektedir. Bu durum, yerli ilaç ve aşı geliştirme kapasitesinin sürdürülebilirliği açısından önemli bir risk oluşturmaktadır. Her şeye karşın, Türkiye'de aşı üretimine yönelik çalışmaların başlatılmış olması, yeni aşı projeleri, kanser ilaçlarına yönelik araştırmalar ve yerli üretimin desteklenmesi yönünde atılan adımlar, stratejik açıdan olumlu gelişmeler olarak değerlendirilmektedir. Ancak gene de aşı üretimine ayrılan finansman, teknik altyapı ve nitelikli insan gücü düzeyinin hâlen yetersiz olduğu görülmektedir. Bu alanlarda hızlı ve planlı bir kapasite artışı sağlanmadığı takdirde, yerli üretim girişimlerinin kalıcı ve rekabetçi bir yapıya kavuşması güçleşecektir. Dolayısıyla tıbbi ürünlere erişim politikalarının, kısa vadeli maliyet kontrolü hedeflerinin ötesine geçerek; uzun vadeli yerli üretim, teknolojik bağımsızlık ve halk sağlığı önceliklerı doğrultusunda yeniden yapılandırılması gerekmektedir.

6. Sağlık Finansmanı Politikaları

Sağlık sisteminin finansmanı açısından değerlendirildiğinde, Türkiye'de son beş yıllık dönemde toplam sağlık harcamalarında nominal olarak çok hızlı bir artış yaşandığı görülmektedir. Toplam sağlık harcaması 2020 yılında yaklaşık 250 milyar TL iken, 2024 yılında 2,4 trilyon TL düzeyine ulaşmış; bu artış nominal olarak yaklaşık on kat olarak gerçekleşmiştir. Ancak bu artış, sağlık harcamalarının Gayrisafi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) içindeki payına aynı oranda yansımamış; söz konusu oran %4,7'den %5,3'e yükselmiştir.[27]

Bu durum, sağlık harcamalarındaki artışın büyük ölçüde Türk lirasının değer kaybı ve yüksek enflasyon kaynaklı olduğunu; harcamaların reel anlamda ve uluslararası ölçekte yeterli bir genişlemeye işaret etmediğini göstermektedir. Nitekim Avrupa Birliği ve OECD ülkeleriyle yapılan karşılaştırmalarda, Türkiye'nin sağlık

harcamalarının GSYİH içindeki payının hâlen düşük seviyelerde kaldığı ve sağlık sisteminin finansal kapasitesinin sınırlı olduğu görülmektedir.

Öte yandan, son yıllarda izlenen sağlık politikalarının talep ve tüketimi artırmaya odaklanan bir yapıya sahip olması; cepten yapılan sağlık harcamalarında reel ve orantısız bir artışa yol açmış, sağlıkta özelleşme eğilimlerini güçlendirmiştir. Buna karşın, koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan payın aynı ölçüde artırılamaması, artan sağlık harcamalarının toplum sağlığı üzerindeki etkisini sınırlamıştır. Sağlık sisteminin ağırlıklı olarak tedavi edici hizmetler üzerinden yapılandırılması, uzun vadede hem mali sürdürülebilirlik hem de sağlık çıktıları açısından dezavantajlı bir tablo ortaya çıkarmaktadır.

Türkiye'de sağlık finansmanı politikalarının öncelikli hedeflerinden biri, koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların artırılması olmalıdır. Bu hedef; giderek yaşlanan nüfusun artan sağlık gereksinimleri, yeni ve yeniden ortaya çıkan salgınlarla mücadele, sağlıkta eğitim ve araştırma yatırımları ile birinci basamak ve toplum temelli sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi açısından stratejik bir önem taşımaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerine yapılacak yatırımlar, yalnızca sağlık göstergelerini iyileştirmekle kalmayacak; aynı zamanda uzun vadede sağlık sisteminin mali yükünü azaltarak sürdürülebilirliğini artıracaktır. Bu kapsamda, sağlık finansmanı konusunda güncel tüm uygulamalar HASUDER TSR 2025'in ilk bölümünde, *"Türkiye'de Sağlık Harcamaları Analizi"* bölümünde ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Bu politikaların olası etkilerini ve risklerini daha kapsamlı biçimde değerlendirmek isteyen okurlar, ilgili bölümden yararlanabilirler.

7. Yönetim ve Planlama

Sağlık Bakanlığı'nın stratejik planlama sürecine bakıldığında, ilk stratejik planın 2010 yılında hazırlandığı; bunu 2012 ve 2019 yıllarında yayımlanan iki stratejik planın izlediği görülmektedir. Bu planlar, Bakanlığın sağlık politikalarına yön verme, öncelik belirleme ve kaynak tahsisini çerçevelendirme açısından temel politika belgeleri niteliği taşımaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2019–2023 Stratejik Planı incelendiğinde, planın vizyonunun *"sağlıklı hayat tarzının benimsendiği, herkesin sağlık hakkına kolaylıkla ve yüksek hizmet kalitesiyle eriştiği bir Türkiye"* olarak tanımlandığı görülmektedir. Aynı planda misyon ise *"insan merkezli bir yaklaşımla birey ve toplumun sağlık hakkını ve sağlığını en üst düzeyde korumak; sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözümleri yüksek hizmet kalitesiyle sunmak"* şeklinde ifade edilmiştir.[28] Bu vizyon ve misyon ifadeleri, sağlık hizmetlerine erişim, kalite ve insan hakları temelli yaklaşım açısından iddialı ve kapsamlı hedefler ortaya koymakla birlikte HASUDER tarafından hazırlanan Türkiye Sağlık Raporlarında bu hedeflere yeterince ulaşılamadığı görülmektedir.[18,29]

Bununla birlikte, hazırlanan son stratejik planın, doğrudan Bakanlık bünyesinde değil; Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı koordinasyonunda 2023 yılında hazırlandığı görülmektedir. On İkinci Kalkınma Planı olarak yayımlanan bu rapor, 2024–2028 dönemini kapsamakta ve sağlık alanına ilişkin stratejik hedefleri 17 ana başlık altında sunmaktadır.[30] Bu durum, sağlık politikalarının belirlenmesinde merkezi planlama yaklaşımının güçlendiğini ve Bakanlığın stratejik özerkliğinin göreli olarak azaldığını düşündürmektedir.

Söz konusu plan kapsamında belirlenen hedefler, sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, insan gücü, dijitalleşme ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Ancak bu hedeflerin, önceki stratejik planlarda yer alan vizyon ve misyonla ne ölçüde uyumlu olduğu; uygulanabilirlik, ölçülebilirlik ve kaynak tahsisi açısından ne derece gerçekçi olduğu, ayrıca sağlık sisteminin mevcut yapısal sorunlarına ne ölçüde yanıt verdiği ayrı bir değerlendirme konusudur.

Bu çerçevede, öncelikle On İkinci Kalkınma Planı'nda yer alan sağlıkla ilgili stratejik hedeflerin bir bölümü aşağıda ele alınmakta ve bu hedeflere ilişkin eleştirel değerlendirmelerimiz sunulmaktadır.

Aile Hekimliği:[30] *Aile hekimliği sisteminde bölgesel hiyerarşi önemli bir çözüm önerisi olarak görülmektedir. Konuya bölgesel hiyerarşik konsültasyon zincirleri sağlayacak şekilde yaklaşılmasında ve konsültasyon zinciri gibi bir sistemin aile hekimliği sistemine dâhil edilmesinde fayda görülmektedir. Kadın doğum ve pediatri gibi uzmanlık alanlarındaki hekimler, diş hekimleri, eczacılar ve diyetisyenler ile güçlendirilmiş aile sağlığı merkezleri, hizmet basamakları arasındaki entegrasyonun geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.*

Aile hekimliği uygulamalarındaki sorunların nihayet fark edilmeye başlandığı ve getirilen önerilere az da olsa kulak verildiği görülmektedir. Bu çerçevede aile hekimliği hızla bölgesel tabanlı ve çekirdek aileye dayalı gerçek bir aile hekimliği uygulamasına döndürülmeli, birinci basamak sağlık kuruluşlarına uzman hekimler ve eczacıların desteği sağlanarak hastanelerdeki yoğunluk ve yığılmalar da azaltılmalıdır.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri:[30] *Primordial (temel) korunmanın bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadelede-*

ki öneminin farkına varılarak temel eğitim programları içerisine bu korunma yöntemlerine yer verilmesi gerekmektedir. Aile öyküsüne dayalı bir tarama programının geliştirilmesi ve aile öyküsüne bağlı taramalar yapılmasının daha pratik ve ekonomik sonuçlar oluşturacağı öngörülmektedir. Sağlık okuryazarlığının teşvik edilmesi ve koruyucu sağlık ile ilgili birey sorumluluğunun geliştirilmesine yönelik faaliyetlerin planlanması önerilmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinde primordial korumaya yer verilmesi önemli olmakla birlikte bu konu ancak hükümetin sosyal politikalara destek vermesiyle çözülebilir. Yoksulluk, işsizlik, konut ve gıda güvencesizliği gibi sorunlar doğrudan sağlığı etkileyen sorunlardır. Bu nedenle bu konunun stratejik planda daha geniş kapsamlı bir şekilde ele alınmaya ihtiyacı vardır. Ayrıca koruyucu hekimlik alanında uzmanlaşmış halk sağlığı uzmanlarına stratejik planda hiç yer verilmemiş olması çok önemli bir eksikliktir.

Salgınlarla Mücadele:[30] *Pandemiler henüz ortaya çıkmadan önce onu tespit ve takip edecek sistemlerin kurulması gerekmektedir. Farklı türde pandemiler söz konusu olabilir ve bu noktada jenerik uygulamalara ve jenerik pandemi ile mücadele planlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Pandemi ile mücadelede alınan önlemler konusunda kamuoyunun ikna edilmesinin önemi bilinmektedir. Bu konuda içinde sivil toplum kuruluşları temsilcilerinin de yer aldığı bağımsız kalıcı bir pandemi kurulu oluşturulması değerlendirilmelidir. Aşı geliştirilmesi ve üretimi alanlarına yatırım yapılmasının oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Aşılama programlarının, "yaşam boyu bağışıklama programları" şeklinde ele alınması gerekmektedir.*

Yeni pandemi ve salgınlarla mücadeleye yer verilmesi ve ülkemizde aşı üretimine vurgu yapılması son derece önemlidir. Ancak salgınlarla mücadele alanında uzmanlaşmış halk sağlığı uzmanlarına stratejik planda yer verilmemiş olması bir eksiklik olarak göze çarpmaktadır.

Kadın-Çocuk Sağlığı:[30] *Kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi konusunda; kadının eğitimi, doğum aralıklarının yönetimi, bölgesel bebek ve anne beslenmesi ile ilgili farklılıkların giderilmesi, akraba evliliklerinin ve erken yaşta evliliklerin önlenmesi gibi tedbirlerin dikkate alınması gerekmektedir.*

Planda hükümet taraflarının özellikle kullanmaktan kaçındığı "kadına yönelik şiddet" ve "üreme sağlığı" gibi kavramlara az da olsa yer verilmesi olumlu bir gelişmedir. Ancak "toplumsal cinsiyet" kavramına hiç yer verilmemesi devletin egemen dilindeki sorunun devam ettiğini göstermektedir. Ayrıca planda Ana Ölüm Hızı ve Bebek Ölüm Hızındaki sorunun yeterince tartışılmadığı görülmektedir.

Yataklı Sağlık Hizmetleri:[30] *Var olan yatak sayısı ile etkili bir hizmet sunumunun gerçekleştirilebilmesi için; ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin hızlandırılması ve imkânlarının artırılması, evde bakım ve palyatif bakım merkezlerinin iyileştirilmesi, uzaktan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve personel yetersizliklerinin giderilmesi önerilmektedir. Üniversite hastanelerinin yeniden yapılanma ihtiyacı olduğu düşünülmektedir. Üniversite hastaneleri için yeni bir yönetim modeli oluşturulması oldukça önemlidir. Yaşlı bakımı ve palyatif bakım konusunda özel sektöre de olanaklar tanınmalıdır*

Raporun en eksik ve stratejik hatası bu alanda saptanmıştır. Özel sağlık sektörünün yeterince tartışılmadığı ve olası "yenidoğan çetesi" benzeri skandallara yönelik ne tür önlemler alınması gerektiği hiç tartışılmamaktadır. Skandalın 2024 yılında ortaya çıkması ve raporun 2023 yılında yayınlanmış olması bu gerçeği değiştirmemektedir. Örneğin yaşlı sağlığı bölümünde de palyatif bakım vb alanlarda "özel sektör"e atıf yapılması devletin çok stratejik bir hata yaptığının en temel göstergesi olmuştur. Sağlık hizmetlerinin özel sektör üzerinden planlanması ve çocuk, yaşlı sağlığı gibi savunmasız ve kırılgan grupların özel sektöre yönlendirilmesi büyük bir hatadır. Bununla birlikte planda üniversite hastanelerinin yeniden yapılanmasına yer verilmesi olumlu bir öneridir.

İnsan Gücü:[30] *Sağlık insan gücü dağılımdaki dengesizliklerin bir insan kaynakları yönetimi sorunu olduğu dikkate alındığında nitelikli insan gücünü istihdam edebilmeyi kolaylaştıracak, yarı zamanlı ya da anlaşmalı kadrolar gibi çeşitli kadro tiplerini değerlendirmeye alarak istihdam modellerinde çeşitlendirmeye gidilmesi önerilmektedir.*

Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının görevlerinin yeniden tanımlanması ve herkesin kendi uzmanlık alanlarında çalıştırılması oldukça önemlidir.

Raporun hekimlerin kendi uzmanlık alanlarında çalıştırılması önerisi çok yerinde olmakla birlikte Sağlık Bakanlığının yıllardır halk sağlığı uzmanlarıyla ilgili olumlu ve somut hiçbir adımı atmadığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı halk sağlığı uzmanlarını birçok ilde sağlık memuru, ebe, hemşire, mühendis, psikolog gibi mesleklerin altında çalıştırmakta; pratisyen hekimleri ve aile hekimi uzmanlarını halk sağlığı uzmanlarına yeğlemektedir. Bu durum bakanlığın halk sağlığı uzmanlık eğitimi konusunda bilgisinin ve görgüsünün halen yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir. Öte yandan bilimsel bir sağlık insan gücü planlamasına

stratejik planda yeterince atıf yapılmaması, uzmanlık derneklerine ve TTB'ye planda çok az yer verilmesi diğer sorunlardır.

Sağlık Bilgi Sistemi:[30] *Farklı kurumların ürettikleri sağlık verilerinin birbirinden haberdar olmasını, eşgüdümlü olmasını ve aynı havuzda toplanmasını sağlayacak karar destek sistemlerinin kurulması önerilmektedir. Dijital teknolojilerin sağlık sektöründe hangi alanlarda nasıl kullanılacağı konusunda sınırlılıkların belirlenmesi ve dijitalleşmenin hukuki ve etik yönden değerlendirilerek yasal mevzuatın oluşturulması gerekmektedir. Dijital teknolojiler vasıtasıyla pek çok sağlık hizmetinin verilmesinin ya da bu hizmetlerin verilmesini kolaylaştıracak hususların değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Dijital sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmak için mutlaka geri ödeme kapsamında alınmaları tartışılmalıdır.*

Raporda dijitalleşmeye yer vermesi son derece önemli olmakla birlikte dijital halk sağlığı uygulamalarına ve dijital koruyucu sağlık hizmetleri uygulamalarına çok az yer verilmesi eleştirilmesi gereken önemli bir eksiklik olarak göze çarpmaktadır.

Finansman:[30] *SUT fiyatlarının gerçekçi maliyet değerlendirilmeleri yapılarak düzenlenmesi, sağlık kuruluşlarının mali sürdürülebilirliği açısından oldukça önemlidir. Yaşlılığın beraberinde getirdiği her türlü sağlık hizmeti ile beslenme, ilaç, tedaviye yardımcı araçlar gibi çeşitli masrafların karşılanmasının Sosyal Güvenlik Kurumunun ödeme kapsamına dâhil olması düşünülmelidir. Evde bakım ve palyatif bakımın finansal olarak sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için finansal bir modele ihtiyaç vardır. Sağlıkta hizmet sunum kalitesinin artırılabilmesi için kalitenin uygun ödeme ya da ödüllendirme sistemi ile desteklenmesi gerekmektedir. Farklı ilaç ve tedavi yöntemleri arasında hangisinin geri ödeneceği ya da bir hizmetin geri ödeme kapsamına alınıp alınmayacağı ile ilgili çalışmalar yürütmek için geri ödemeden bağımsız bir yapılanmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Geri ödeme kararlarının özellikle sağlık teknolojisi değerlendirme çalışmalarına dayandırılması ise oldukça önemlidir.*

Raporun tüm hekimlerce ve uzmanlık derneklerince sık sık eleştirilen "performansa dayalı ödeme sistemini" ve SGK geri ödeme planlarındaki yetersizlikleri yeterince ele almadığı dikkati çekmektedir.

Sağlık Turizmi:[30] *Sağlık turizmi mali yönden bir hizmet ihracatı olarak değerlendirildiğinde bu alandaki talebin gelecekte de artması beklenmektedir. "Health Türkiye" sağlık markası, Türkiye'de sağlık turizminin çok yönlü gelişimi açısından oldukça önemlidir. Sağlık turizminde katma değeri daha yüksek alanlara yönelmek gerekmektedir. Sağlıklı yaşam, termal köyler, palyatif bakım, yaşlı bakımı gibi önemli potansiyel konular ile sağlık turizmini çok geniş bir alanda düşünmek önemlidir. Sağlık turizmi ülkemiz için önemli bir kaynaktır. Özellikle özel hastanelerin sağlık turizmi arayışı kaçınılmazdır ve özel sektörün bu konuda teşvik edilmesi oldukça önemlidir.*

Raporun sağlıkta özelleştirme açısından sağlık turizmini önemli bir alan olarak saptadığı görülmektedir. Ancak yeterince denetlenemeyen ve kar güdüsüyle her türlü yolsuzluk ve istismara açık bu sektörlerin ön plana çıkarılması ülkemiz açısından yeni ve üstelik uluslararası boyutta skandallara yol açma riskini taşımaktadır.

Sonuç olarak, Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından hazırlanan On İkinci Kalkınma Planı'nın (2024–2028), özel sağlık sektörünün desteklenmesi, halk sağlığı uzmanlarının göz ardı edilmesi ve şehir hastanelerinin getirdiği mali yüke yeterince yer verilmemesi dışında, amaç ve hedefler açısından kapsamlı, ayrıntılı ve teknik olarak yeterli bir çerçeve sunduğu görülmektedir. Ancak Türkiye'nin sağlık politikaları bağlamındaki temel sorun, kalkınma planlarında ve strateji belgelerinde tanımlanan hedeflerin uygulamaya geçirilmesinde yaşanan yapısal ve yönetsel aksaklıklardır. Başka bir ifadeyle, sorun büyük ölçüde metinlere geçen politika tasarımından ziyade uygulama kapasitesi ve yönetim eksikliklerinden kaynaklanmaktadır.

Bu bağlamda öne çıkan sorun alanlarından biri, stratejik belgelerde sıklıkla vurgulanan sektörler arası iş birliğinin uygulamada yeterince hayata geçirilememesidir. Her ne kadar kalkınma planlarında çok paydaşlı yaklaşım ve iş birliği ilkesi dile getirilse de uygulamada bu ilkenin sınırlı kaldığı görülmektedir. Özellikle hükümet dışı aktörler arasında (üniversiteler, meslek örgütleri, uzmanlık dernekleri, sendikalar ve siyasi partiler) kamu otoritelerine yönelik güven eksikliği, sektörler arası iş birliğini zayıflatan temel faktörlerden biri olarak öne çıkmaktadır. Nitekim bu durum, söz konusu paydaşlar tarafından dile getirilen yoğun eleştirilere de yansımaktadır.[17]

İkinci önemli eksiklik alanı ise Sağlık Bakanlığı'nın şeffaflık ve hesap verebilirlik düzeyidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) raporlarında da sürekli olarak vurgulandığı üzere, bir ülkenin sağlık sisteminin etkinliği ve güvenilirliği; şeffaflık, ölçülebilirlik ve veriye dayalı değerlendirme ilkeleri üzerinden analiz edilmelidir.[31] Bu açıdan bakıldığında, Türkiye'de sağlık sisteminin yeterince şeffaf olmadığı yönünde güçlü göstergeler bulunmaktadır. Özellikle ulusal sağlık verilerinin üniversiteler ve bağımsız araştırmacılarla paylaşılmasında

yaşanan güçlükler, veri tabanlarına erişimdeki kısıtlamalar ve araştırma izin süreçlerinde karşılaşılan engeller, bilimsel üretimi ve politika değerlendirmesini olumsuz etkilemektedir. Bu süreçlerde, özellikle eleştirel tutum sergilediği bilinen akademisyenlerin daha fazla güçlükle karşılaşması iddiaları, etik, bilimsel ve yönetsel açıdan kaygı verici bir tablo ortaya koymaktadır. Oysa Sağlık Bakanlığı'nın, ülkede sağlık politikalarına yön veren lider bir kurum olmasının yanı sıra, farklı kurum ve paydaşların katılımını teşvik eden kapsayıcı ve çoğulcu bir yönetişim anlayışını benimsemesi gerekmektedir. Ulusal düzeyde yeterli, güvenilir ve erişilebilir veri üretimi, Sağlık Bakanlığı'nın vazgeçilmez kurumsal sorumlulukları arasında yer almalıdır.[32] Bu tür bir yaklaşım, yalnızca bilimsel üretimi desteklemekle kalmayacak; aynı zamanda sağlık yöneticileri ve hükümetlerin toplumsal güvenilirliğini artıracaktır. Ancak bunun sağlanabilmesi, Sağlık Bakanlığı'nın yönetsel alanda yapısal reformlar gerçekleştirmesini gerektirmektedir.

Öte yandan, önceki stratejik planlara yönelik olarak dile getirilen bazı eleştirilerin, yeni plan çerçevesinde kısmen karşılık bulduğu da görülmektedir. Özellikle önceki planda finansal adalet ve hakkaniyet vurgusunun zayıf olması ve misyonun daha çok birey merkezli bir söylem içermesi yönündeki eleştiriler, yeni planda daha dengeli bir yaklaşımla ele alınmıştır. Bununla birlikte, ulusal politika ve strateji belgelerinin hazırlanmış olmasının tek başına yeterli olmadığı; bu belgelerin uygulamaya geçirilmesinde karşılaşılan kayırmacılık, aşırı merkeziyetçilik, zayıf yönetişim ve şeffaflık eksikliği gibi sorunların, sağlık politikalarının etkililiğini ciddi biçimde sınırladığı gerçeği değişmemektedir. Sonuç olarak, Türkiye'de sağlık politikalarının başarısı; yalnızca iyi hazırlanmış strateji ve kalkınma planlarına değil, bu planların adil, şeffaf, katılımcı ve hesap verebilir bir yönetişim anlayışıyla uygulanmasına bağlıdır. Aksi takdirde, güçlü hedefler ve iyi tanımlanmış politikalar, uygulama aşamasında beklenen toplumsal ve sağlık kazanımlarını üretmekte yetersiz kalacaktır.

8. Analitik Değerlendirme

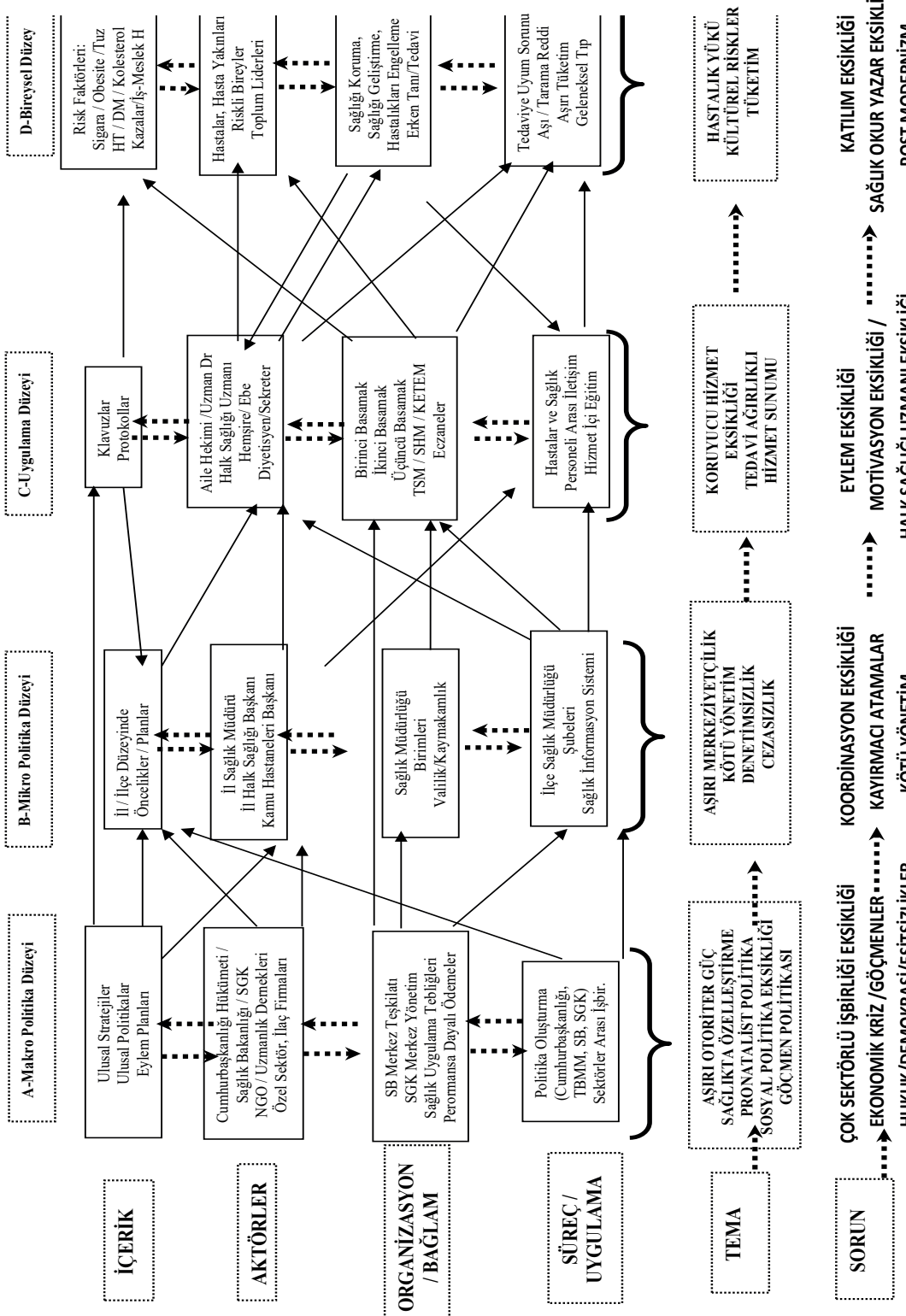
Bu bölümde buraya kadar ele alına tüm verilerin analizi Gill Walt'ın gelişmekte olan ülkeler için önerdiği "politika analizi" yöntemi ve WHO EMCONET grubunun "toplumsal düzeyler" yaklaşımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Walt'ın önerdiği analiz modelindeki başlıklar şöyledir: [33,34]

1. **İçerik:** Politik hedefler, stratejiler, eylem planları, mevzuat hükümleri, bilimsel araştırmalar, raporlar.
2. **Aktörler:** Sağlık politikasının oluşturulması ve uygulanmasında rolü olan kamu/özel tüm kurumlar, bireyler ya da gruplar.
3. **Bağlam:** Sağlık politikasının uygulanacağı ülkeye özgü siyasi, ekonomik, sosyokültürel ve demografik koşullar ve organizasyon durumu.
4. **Süreç:** Sahada yürütülmekte olan süreç ve pratik durumdur.

WHO EMCONET grubunun önerisi ise politikanın düzeylere göre dört başlık altında analiz edilmesidir. Bunlar, makro/mikro düzey, uygulama ve bireysel düzeydir.[35] Makro düzeyde politika ulusal ve uluslararası düzeyde düzenlemeleri içerirken, mikro düzeyde il ve ilçe düzeyindeki yerel politikalar analiz edilir. Üçüncü düzey olan uygulama düzeyi daha çok birinci basamak ve hastaneleri; son düzey ise bireylerin yaşam stili davranışlarını içerir. Bu iki temel yöntem kullanılarak 4x4; toplam 16 başlık altında Türkiye için yapılan politika analizinin temel bulguları **Şekil 1**'de verilmiştir.

Türkiye'nin son beş yıla ait sağlık politikaları bütüncül biçimde değerlendirildiğinde, sorunların daha çok makro, mikro ve uygulama düzeylerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Makro düzeyde, Sağlık Bakanlığı ile SGK'nın, sağlık politikalarının belirlenmesi ve uygulanmasında aşırı merkezi ve otoriter aktörler olarak öne çıktığı; bu süreçlerde çok sektörlü iş birliği yaklaşımının yeterince benimsenmediği saptanmaktadır. Sağlık politikalarının doğası gereği gerektirdiği; eğitim, sosyal hizmetler, çevre, çalışma hayatı ve yerel yönetimlerle etkileşim, mevcut yapıda sınırlı kalmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı ile SGK ve diğer bakanlıklar arasında koordinasyon ve kurumsal iletişimin zayıf olması, sağlık sisteminin bütüncül yönetimini zorlaştıran önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Tüm bu sorunların yanı sıra Türkiye'nin son beş yıldır yaşadığı ekonomik krizin kronikleşmiş olması, yoğun göçmen akımı ve yanlış göçmen politikaları, hukuk, barış ve demokrasi alanında yaşadığı sorunların eklenmesi ve sağlık alanında yaşanan eşitsizlikler belirgin makro sorunlar olarak dikkati çekmektedir.

Mikro düzeyde, Sağlık Bakanlığı'nın aşırı merkeziyetçi örgütlenme yapısı ve merkez–taşra koordinasyonundaki yetersizlikler dikkat çekmektedir. İl ve ilçe düzeyindeki sağlık yöneticilerinin politika üretme ve uygulama süreçlerinde sınırlı inisiyatife sahip olması, yerel ihtiyaçlara duyarlı ve esnek çözümler geliştirilmesini güçleştirmektedir. Bu düzeydeki bir diğer önemli sorun ise, insan kaynakları yönetiminde liyakat ilkesinin zayıflamasıdır. Atama ve görevlendirme süreçlerinde; açık kriterlere dayalı, akademik ve mesleki yeterliliği



Şekil 1. Türkiye Sağlık Politikası Analizi (2020-2025)

esas alan kurumsallaşmış kariyer sistemlerinin yeterince işletilmediği; bunun yerine kayırmacı uygulamaların yaygınlaştığı yönünde güçlü göstergeler bulunmaktadır. Bu durum, kurumsal kapasiteyi zayıflatmakta ve yönetsel performansı olumsuz etkilemektedir. Mikro düzeyde görülen diğer bir sorun denetimsizlik ve cezasızlık anlayışının yaygınlaşmasıdır. Toplum yaşadığı gerçekler karşısında hak edenin cezalandırılmadığı, güçlülerin korunduğu, suçsuzların ise hak etmediği ağır sonuçlarla karşı karşıya kaldığını gördükçe ruhsal, etik ve ahlaki açıdan kötüye doğru gitmektedir.

Uygulama düzeyinde, sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak tedavi edici hizmetler ekseninde yapılandığı, buna karşılık koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin yeterince önceliklendirilmediği görülmektedir. Halk sağlığı uzmanlarının politika geliştirme ve uygulama süreçlerinde sınırlı rol üstlenmesi, toplum temelli müdahalelerin etkinliğini azaltmaktadır. Aynı zamanda sağlık personeli arasında artan iş yükü, tükenmişlik ve motivasyon kaybı, hizmet kalitesini ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini tehdit eden unsurlar olarak öne çıkmaktadır.

Bireysel düzeyde ise, gittikçe artan hastalık yükü, düşük sağlık okuryazarlığı, toplum katılımının zayıflığı ve bireylerin sağlıkla ilgili karar alma süreçlerine yeterince dâhil edilememesi temel sorun alanları arasında yer almaktadır. Yanlış inanışlar, bilim dışı yaklaşımlar, geleneksel tıp uygulamaları, post modernizm bağlamında aşırı bireysel davranışlar ve özellikle dijital ortamda hızla yayılan infodemi, bireysel ve toplumsal sağlık davranışlarını olumsuz etkilemektedir. Buna karşın, yanlış bilgiyle mücadeleye yönelik sistematik, sürdürülebilir ve güven temelli politikaların yeterince geliştirilemediği görülmektedir.

9. Sonuç

Sonuç olarak, Türkiye'de sağlık politikalarının son beş yıllık performansı; aşırı merkeziyetçilik, kötü yönetim, denetimsizlik/cezasızlık, koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci planda kalması ve toplum katılımının zayıflığı gibi çok katmanlı yapısal sorunlar içermektedir. Sağlık sisteminin etkinliğinin ve sürdürülebilirliğinin artırılabilmesi için; çok sektörlü iş birliğini güçlendiren, liyakat temelli yönetimi esas alan, halk sağlığı perspektifini merkeze koyan ve toplumun aktif katılımını teşvik eden bir sağlık politikası yaklaşımının benimsenmesi zorunlu görünmektedir.

Bu çerçevede, 2026 yılı Sağlık Bakanlığı bütçe görüşmeleri sırasında Bakanlık tarafından sunulan *"Sağlıklı Türkiye Yüzyılı"* vizyonu yakından incelendiğinde, söylem ile mevcut sağlık göstergeleri arasındaki belirgin uyumsuzluk dikkati çekmektedir. Türkiye; doğuşta beklenen yaşam süresi, bebek ölümleri, anne ölümleri ve bulaşıcı hastalık göstergeleri açısından OECD ülkeleri arasında en alt sıralarda yer almaya devam etmektedir.[36] Bu durum, iddialı politika söylemlerinin, ölçülebilir sağlık çıktılarıyla desteklenmediği sürece toplumsal bir karşılık üretmesinin güç olduğunu göstermektedir.

Öte yandan, Trump sonrası dönemde ABD sağlık politikalarında yaşanan yön değişiklikleri ve başta WHO ve CDC olmak üzere sağlık alanındaki küresel fonlarda gözlenen daralma, Türkiye açısından da dikkatle ele alınması gereken yeni bir dışsal risk alanı yaratmaktadır.[37] Halihazırda son yılların en derin ekonomik krizlerinden birini yaşayan Türkiye'nin, halk sağlığı gibi stratejik bir alanda kamu harcamalarını kısıtlaması, orta ve uzun vadede sağlık göstergelerinde daha ciddi bozulmalara yol açma riski taşımaktadır. Bu nedenle, sağlık politikalarında tedavi edici hizmetler odaklı yaklaşımın, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri lehine yeniden dengelenmesi kritik önem taşımaktadır.

Bununla birlikte, Türkiye'de hukuk devleti, demokrasi, toplumsal barış ve ifade özgürlüğü alanlarında yaşanan gerilemelerin, toplum sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri de giderek daha görünür hâle gelmektedir. Uluslararası raporlarda da vurgulandığı üzere, bu alanlardaki sorunlar yalnızca siyasal değil, aynı zamanda doğrudan bir halk sağlığı meselesi niteliği taşımaktadır.[38] Toplum ruh sağlığına ilişkin değerlendirmelerde Türkiye'nin en mutsuz ve en öfkeli ülkeler arasında gösterilmesi; yaşamın farklı alanlarında gözlenen şiddet artışı, sağlık politikalarının yalnızca sağlık sektörüyle sınırlı ele alınamayacağını ortaya koymaktadır.

Türkiye'de son yıllarda sağlık politikaları alanındaki en kritik sorunlardan biri de giderek derinleşen sağlık eşitsizlikleridir. Bebek ve çocuk ölümlerinde ülkenin farklı bölgeleri arasında üç ila dört kata varan farkların bulunması, sağlık hizmetlerine erişim ve sosyal belirleyiciler açısından ciddi yapısal eşitsizliklere işaret etmektedir. Gerek bu eşitsizliklerin azaltılması gerekse yeni ve yeniden ortaya çıkan salgın tehditleri, halk sağlığının merkezi rolünü daha da belirgin hâle getirmektedir. Bu bağlamda, halk sağlığı disiplinine yeterli ve sürdürülebilir kaynak ayrılması, stratejik bir zorunluluk olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle kaynakların; tedavi edici hizmetlerden, koruyucu hizmetlere, çevre sağlığına ve sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik müdahalelere kaydırılması bu aşamada büyük önem taşımaktadır.

Geleceğin sağlık sistemlerinin; dijital sağlık uygulamaları, bütünsel sağlık yaklaşımı ve sağlıkta yenilikçilik ekseninde şekilleneceği öngörülmektedir.[39] Türkiye'nin, başta hızla yaşlanan nüfusu olmak üzere, bu dönüşümün getireceği tüm demografik ve epidemiyolojik değişimlere yönelik proaktif önlemler alması gerekmektedir. Ancak bu hedeflere ulaşılabilmesi, parçalı ve kısa vadeli müdahalelerle değil; ulusal düzeyde kapsamlı ve cesur yapısal reformlarla mümkün olacaktır.

Bu süreçte, politik karar vericilerin, akademisyenlerin ve meslek örgütlerinin birlikte çalıştığı, katılımcı ve bilim temelli bir politika üretim sürecine duyulan gereksinim açıktır. Dirençli sağlık sistemlerinin oluşturulması bağlamında, halk sağlığı uzmanlarının bilgi ve deneyimine ve HASUDER'in kurumsal katkısına olan gereksinim giderek artmaktadır. Halk sağlığının güçlendirilmesi, yalnızca sağlık sektörünün değil, Türkiye'nin toplumsal refahının ve geleceğinin korunması açısından da vazgeçilmez bir öncelik olarak değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kılıç B. Değişen Dünyada 21. Yüzyıl Sağlık Politikaları. Piyal B, editör. 21. Yüzyılda Halk Sağlığı: Değişen Dünya, Değişen Sorunlar. Türkiye Klinikleri, 2019:21-28.
2. WHO. Health system resilience indicators an integrated package for measuring and monitoring health system resilience in countries. World Health Organization, Geneva, 2024.
3. HASUDER, SSYV. Nüfus Politikaları ve Kadın Sağlığı (B Kılıç). Nüfus Politikaları ve Üreme Hakları Çalıştayı Raporu içinde, Şubat 2025, s:3-4, Ankara.
4. EuroNews. Siyasette kadın: Türkiye kadın bakan oranında 42 ülke içinde son sırada. 22.08.2023 https://tr.euronews.com/2023/08/22/siyasette-kadin-turkiye-kadin-bakan-oraninda-42-ulke-icinde-son-sirada
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2018.
6. WHO. Compendium on respectful maternal and newborn care. 7 August 2025. https://www.who.int/publications/i/item/9789240110939
7. BBC News. İzmir'de beş çocuğun hayatını kaybettiği yangınla ilgili neler biliniyor? 12 Kasım 2024. https://www.bbc.com/turkce/articles/c1jr8y1j91wo
8. WHO. Social Determinants of Health. Overview. 2022. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
9. World Health Organization. Summary WHO SAGE Conclusions and Recommendations on Vaccine Hesitancy. 2015.
10. Sağlık Bakanlığı. Türkiye hanehalkı sağlık araştırması "bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2023. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara, 2023.
11. BBC News Türkçe. Dünya Tütünsüz Günü: WHO raporuna göre Türkiye'de tütün kullanan erkeklerin oranı azalırken kadınların oranı artıyor. 31 May 2022. https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-61645103
12. HASUDER. Tütün Bağımlılığıyla Mücadelede Halk Sağlığı Uzmanlarının Rolü. HASUDER, 20 Eylül 2024.
13. Güler Ç. Halk Sağlığı Alarm Veriyor. Cumhuriyet Gazetesi. 01.12.2025
14. Kılıç B, Kalaça S, Ünal B, Phillimore P, Zaman S. Health policy analysis for prevention and control of cardiovascular diseases and diabetes mellitus in Turkey. International Journal of Public Health, 2015, 60 (supplement 1) S47-S53.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Sağlık okuryazarlığı ulusal eylem planı 2025-2028 (Yayın No: 1331). 2025, Ankara.
16. WHO. Addressing backlogs and managing waiting lists during and beyond the COVID-19 pandemic. Policy Brief 47, Copenhagen, 2022.
17. Kılıç B. Türkiye'de 2000 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları. Okyay P, Dedeoğlu N, Öztek Z. (editörler). Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı. HASUDER Yayın No:2018-5, s:42-64, Ankara, 2018.
18. Kılıç B. Sağlık Politikası. Üner S, Okyay P. (Ed.) Türkiye Sağlık Raporu 2020 içinde (5-8). Hipokrat Yayınevi, ISBN:978-605-7874-83-2, Ankara, 2020.
19. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024 Haber Bülteni, 2025.
20. Taneri PE, Civaner M. What do we know about some popular methods of complementary and alternative medicine: An overview of Cochrane systematic reviews. Turkish J Public Health, 2023, Volume: 21 Issue: 2, 261 – 336.
21. Çevik C, Kılıç B. Change from health center to family physician period in Turkish health system: a qualitative study. International Journal of Health Planning and Management, Volume 33, Issue 3, e1022-e1036, July/September 2018.
22. Çevik C, Sözmen K, Kılıç B. How primary care reforms influenced health indicators in Manisa district in Turkey: Lessons for General Practitioners. European Journal of General Practice, 2018, 24(1):74-83.
23. Kılıç B. Toplum Yönelimli Bölge Sağlık Yönetiminde Ülke Örnekleri. Türkiye Klinikleri, Eser E (editör), Bölge Sağlık Yönetimi, Haziran 2021, pp:27-35.
24. Kılıç B, Keskin S, Öntaş E. (editörler) Türkiye'nin Halk Sağlığı Uzmanı Gereksinimi:Planlama-İstihdam ve TUS-YDUS Kontenjanları Çalıştay Raporu. HASUDER yayınları, 84 sayfa, Ankara, 2025.
25. Kartoğlu Ü. Bilimsel dürüstlükten ve bilim ahlakından nasibini almamış araştırma yapmak kişilik hakkı mıdır? T24, 9 Haziran 2024. https://t24.com.tr/yazarlar/umit-kartoglu/bilimsel-durustlukten-ve-bilim-ahlakindan-nasibini-almamis-arastirma-yapmak-kisilik-hakki-midir,45159

26. Kılıç B. Türkiye'de Sağlık Finansmanı. Türkiye Sağlık Raporu 2014 içinde. Ed: Ertem M, Çan G. HASUDER Yayın No: 2014-8. s:770-781, Ankara, Ocak 2015.
27. TÜİK. Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2024-54188
28. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2019-2023 Stratejik Planı. Yayın No: 1148, Ankara, 2019. Johansen A.S. Strategic planning for health: a case study from Turkey. WHO European Region, Copenhagen, 2015.
29. HASUDER. Türkiye Sağlık Raporu 2020. Üner S, Okyay P. (Ed.) Hipokrat Yayınevi, ISBN:978-605-7874-83-2, Ankara, 2020.
30. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028) Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi. Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 2023.
31. Juan Tello, Claudia Baez-Camargo (ed) Strengthening health system accountability: a WHO European Region multi-country study. World Health Organization, Copenhagen, 2015.
32. WHO. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care, WHO/HIS/SDS/2018.61, 25-26 October 2018.
33. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Plan. 1994;9(4):353–70.
34. Walt G. Health Policy: An introduction to process and power. Zed Books, 3rd ed. USA, 1998.
35. Benach J, Muntaner C, Santana V. EMCONET (Employment Conditions Knowledge Network), Employment Conditions and Health Inequalities (Final Report), World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health, Geneva, 2007.
36. Kartoğlu Ü. Prof Kayıhan Pala'dan Sağlık Bakanlığına Halk Sağlığı Dersi. Birgün Gazetesi, 27.11.2025 https://www.birgun.net/makale/prof-kayihan-pala-dan-saglik-bakanligina-halk-sagligi-dersi-672029
37. Harmancı H. Küresel Sağlık Finansmanının Daralmasının Sonuçları. IX. Uluslararası, XXVII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 10 Aralık 2025, Antalya.
38. Blanchet K. Türkiye:the threat on academic freedom, democracy, and migrants' rights requires international attention. The Lancet, 2025, 101304.
39. Bulut M. Geleceğin Sağlığı. Workshop Magazin, 2025, s:19-20

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Erhan Eser, Müjde İlgün

1. Giriş

Raporun bu bölümünde Türkiye'de Birinci basamak sağlık hizmetlerinin son beş yıldaki yapısal ve işlevsel durumunu değerlendirmeye çalışacağız. Aşağıdaki rapor, 2020–2025 döneminde Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerindeki (Aile hekimliği/ASM, TSM/İSM ve Sağlıklı Hayat Merkezleri gibi bağlı birimlerin hizmetleri) başlıca -mevzuat ve uygulama- değişimleri, mevcut veriler ve saha gözlemleri üzerinden özetlemeyi hedeflemektedir. HASUDER'in 2020 yılında yayınladığı son Türkiye Sağlık Raporundan (TSR) bugüne dek yaşanan bazı değişiklikleri sahada çalışanlar dışındaki yönetici ve okuyucunun daha iyi kavrayabilmesi için daha ayrıntılı olarak verdik. Raporun bu bölümünün olabildiğince bir ders notu ya da akademik bir metin niteliğinde değil kısa bir yönetim dokumanı olmasını hedefledik ancak yine de -vazgeçemediklerimiz nedeniyle- biraz uzun oldu… Ancak yine de artık neredeyse bir norm haline gelen veri yoksunluğu ve sınırlamaları nedeniyle uygulama değişikliklerini sonuçlarını yeterince değerlendiremedik. Bu yetersizlik sadece bizim için değil, Sağlık Bakanlığı (SB) taşra örgütü çalışan ve yöneticileri için de geçerli. Şu anda sağlık hizmetleri kapsamında bilgi edinebildiğimiz en önemli kaynak halen Türkiye Sağlık İstatistikleri raporlarıdır. Bu istatistik raporların en sonuncusu verilerinin çoğunluğu 2022 yılına ait olan 2023 yılı raporudur. Ayrıca Sağlık Bakanlığının çıkardığı faaliyet raporları da vardır. En son faaliyet raporu da 2024 yılına aittir.

SB'na bağlı resmi birinci basamak (BB) sağlık kuruluşlarının yönetiminin Sağlıkta dönüşüm ile birlikte değişen en önemli ve en olumsuz özelliği BB kuruluşların ürettiği hizmetlerin sürveyansında ve raporlanmasındaki eksikliktir. Bu durum özellikle sağlık hizmetinin niteliğini geliştirmeyi hedefleyen yeni uygulamalar da dahil olmak üzere hizmetlerin başarılıları veya eksikliklerini sahada bölge düzeyinde zamanında tespit etmeyi ve önlem almayı güçleştirmektedir; özellikle de birinci basamaktaki en büyük sorun olan İlçe SM (TSM) – Aile Hekimliği Birimleri (AHB) arasındaki entegrasyon kopukluğunu daha da derinleştirerek.

Raporun bu bölümü, devletin ve bakanlığın strateji metinleri temel alınarak, genellikle "yatay" ancak bazen de dikey bir yaklaşımla "hizmet konusuna "dayanan başlıklar altında sunulmuştur. Burada tekrardan kaçınmak için değinilmeyen ve yıllar içinde değişiklik sağlanamayan bazı konulardaki bilgiler için okuyucuların bir önceki (2020 TRS) raporun Birinci Basamak Sağlık hizmetleri bölümünü okumalarını öneririz.

Ayrıntılar içinde meselenin bütününü atlamamak amacıyla baştan söylemek gerekirse Sağlık Bakanlığının, son 5 yılın ikinci yarısında birinci basamak sağlık hizmetinin yaygın ve etkin sunumu için ciddi çabaları göze çarpmaktadır. Bu çabalar zaman zaman bilimsel olmayan bir yaklaşımla plansız başlasa da değişikliklerin sonuçlarına göre düzenlemeler yapılsa da (kervan yolda dizilse de) birinci basamağa en nihayet gösterilen bu özen aile hekimliğine geçişten sonraki en olumlu dönem olarak değerlendirilebilir. Bu iyimser yaklaşımımızda, hizmeti üreten sağlık çalışanlarının hizmet koşullarının ve özlük haklarında meydana gelen olumsuzlukların giderilmesi gerektiğini tabii ki saklı tutuyoruz.

Ancak BB sağlık hizmetlerinin birçok alanında var olan köklü sorunlar devam etmektedir. Üreme sağlığı gibi bazı hizmet açıklarına göz yumulabilmekte, sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı eğiliminin bir türlü önüne geçilememektedir.

2. Yöntem

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmeti sunan Aile Sağlığı merkezleri ve İlçe SM/TSM ve bağlı birimlerle ilgili altyapı-donanım ve faaliyetler veriler elverdiği ölçüde değerlendirilmiştir. Aile Hekimliği Birimleri (AHB) için Kişiye yönelik koruyucu hekimlik ve Ayaktan tanı tedavi hizmetleri, İlçe SM/TSM'leri için de Yönetim, Sağlığı Geliştirme Hizmetleri ve Çevreye yönelik koruyucu hizmetleri değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Aile Hekimliği Birimleri (AHB) Hizmetleri

Kişiye Yönelik Koruyucu Hizmetler:

Bu hizmetler başlığı altında, risk grubu izlemleri, aşılama hizmetleri, değerlendirilmiştir.

Ayaktan tanı tedavi hizmetleri:

Bu raporda da 2020 raporunda olduğu gibi AHB Ayaktan tanı tedavi hizmetlerini değerlendirirken Starfield ve arkadaşlarının önerdiği birinci basamak hizmet değerlendirme yöntemini izleyeceğiz.[1] Buna göre: Bir sağlık sisteminin üç temel bileşeni vardır. Bunlar, yapı, faaliyet (işleyiş) ve sonuç bileşenleridir.

a- Yapı Bileşeni

Bu bileşenin unsurları, hizmetlerin sunumunda gerekli olan - *personel, bina ve donanım, hizmet yelpazesi (çeşitliliği), örgütsel yapılar (sorumluluk kimde?) bireysel sunum, ekip hizmeti vb. yönetim düzenekleri ve finansman (ödeme) biçimi gibi* - altyapı kaynaklardır.

b- İşleyiş (Faaliyet) Bileşeni

Bu bileşen, -ayrı ayrı- hizmeti sunanların ve hizmetten yararlananların faaliyetlerini içerir.

c- Sonuç Bileşeni

Nesnel veya öznel hizmet başarı göstergelerinden oluşur. Bu göstergeler raporun ilgili diğer bölümlerinde sunulduğu için burada tekrara girmemek için verilmeyecektir. *Bu yöntemin daha ayrıntılı açıklamasını HASUDER 2020 raporunda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri bölümünde bulabilirsiniz.*[2]

İlçe SM/TSM ve bağlı birimlerle ilgili donanım ve Hizmetler

Bu hizmetler 3 ayrı başlık altında incelenmiştir:

a-Bölge Sağlık Yönetimi hizmetleri

b-Sağlığın Geliştirilmesi hizmetleri

c-Çevreye yönelik koruyucu hizmetler

3. Bulgular ve Tartışma

3.1. Aile Hekimliği Birimleri (AHB)

3.1a. Altyapı-Donanım

2024 yılı sonu itibarı ile Türkiye'de 8228 Aile Sağlığı Merkezi (ASM), 28 645 Aile hekimliği birimi (AHB), 4775 Sağlık Evi, 70 Entegre Sağlık Hizmeti Sunan Merkez, birinci basamak sağlık hizmeti sunulmaktadır.[3]

Türkiye'de 2024 yılında 101 yeni ASM ve 856 yeni AHB açılmıştır. Son 6 yılda (2018-2024) ASM sayısı %3.1, AHB sayısı ise %9.1 artmıştır. Son 5 yılda ülkenin kendi nüfus artışı ve dış göçle Türkiye'ye gelen göçmenlerin büyük sayısı hesaba katıldığında bu artış yeterli değildir (*Göçmen Sağlığı Merkezlerine ayrıca değinilecektir*). AHB başına düşen nüfus 2018 yılında 3405 iken Türkiye genelinde 2023 yılı itibarıyla ortalama 3043 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir *(Sağlık Bakanlığı, 2023)*. Bu sayı, kentsel gelişmiş bölgelerde 3100'ün üstündedir. Aile Sağlığı Merkezi (ASM) binası içinde yer alan ortalama AHB sayısı, 2014 yılında 3.13, 2018 yılında 3.29, 2024 yılında yaklaşık 3.48 olmuştur. AH başına düşen nüfusu düşürmek amacıyla bu artış olumlu bir göstergedir ancak şimdilik bunların azımsanmayacak kısmı "sanal" niteliktedir, faaliyette değildir. Yine de Aile Sağlığı Merkezlerinin önemli çoğunluğu, sağlık hizmetine elverişli olmayan binalarda hizmet verdiği gözlenmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın sağladığı ödenekle aile sağlığı merkezlerinin tüm fiziki, idari ve mali sorumluluklarını üstlenen aile hekimleri açısından, artan maliyetler ve kiralar karşısında ödeneğe yapılan artışın yıllar içerisinde giderek azaldığı gözlenmektedir. Aile Sağlığı Merkezi olarak özel kişilerden kiralanan alanların giderlerinin cari gider tarafından, karşılanması zor miktarlara ulaşması söz konusu olabilmektedir. Yeni açılan AHB'leri için özellikle kentsel bölgelerde ve eski yerleşim alanlarında gerekli koşullara haiz bina bulunamaması, özellikle sanal sıfır nüfuslu birimler başta olmak üzere birçok aile hekimliği biriminin boş kalması hizmet sunumunu önemli ölçüde etkilemektedir. *ASM'lerinin "kamu" binalarında hizmet vermesi gerekir*, bu hedefe adım adım yaklaşmak için tüm kaynaklar seferber edilmelidir. Özellikle kentsel bölgelerde *belediyelere de bu konuda görev düşmektedir*: SB yeni bir ASM yapmayı planlasa da imar planlarında ayaktan tanı tedavi amaçlı sağlık kurumları için arsa tahsis edilememekte ya da bu konuda yetersizlikler vardır.

Özellikle bakanlığın büyük kentlerde A ve B tipi ASM'ne geçiş konusunda aile hekimlerini teşvik etmeye devam ettiğini izliyoruz. A tipi ASM'lerinin artışını desteklemek olumlu bir adımdır. Ancak halen ASM tiplendirmeleri konusunda da bir bilgiye veya SB tara-

fından oluşturulmuş bir envantere ya da envanter varsa da bu konuda bilgiye sahip değiliz.

ASM'lerinde tanı ve tedavi için araç-gereçler yeterli düzeydedir ancak hizmet yelpazesinin ve hizmet sunum önceliğinin bu olmaması nedeniyle çoğunlukla bu teknoloji atıl durumdadır. Acil Sağlık hizmetleri ile ilgili (küçük cerrahi müdahaleler vb.) donanım ve üreme sağlığı hizmetlerinde kullanılması beklenen üreme sağlığı ve AP donanımı da neredeyse hiç kullanılmamaktadır. Birinci basamağın statüsü ve etkinliğinin artırılması geniş bir hizmet yelpazesini uygulayabilmekten geçer.

Ayrıca, aile hekimliği mevzuatı ile aile sağlığı merkezleri dışında birinci basamak sağlık hizmeti veren; üniversiteler, askeri birlikler, hastaneler, kurum ve işyerlerinde yetkilendirilmiş aile hekimliği hizmeti verilebileceği hüküm altına alınmıştır. 2024 yılı içinde 22 yetkilendirilmiş aile hekimliği birimi açılmış, 28 yetkilendirilmiş aile hekimliği birimi kapatılmıştır.[4]

3.1b. Sağlık İnsan Gücü

Türkiye'de 100 bin nüfus başına düşen pratisyen hekim sayısı (AH uzmanları da dahil edilirse) yaklaşık olarak 69'dur, bu rakam Avrupa'da sadece Yunanistan, Karadağ, İsveç ve Bulgaristan'ın hekim sayılarından daha iyidir (2022 yılında Yunanistan'da 46, Karadağ'da 51, İsveç'de 62, Bulgaristan'da 60'dır).[5]

Türkiye'de 2023 TÜİK verilerine göre 54899, SB 2024 Faaliyet Raporuna *(TC. Sağlık Bakanlığı, 2024)* göreyse SB'da görevli olan 48646 pratisyen hekim vardır. Aradaki farka bakıldığında 6253 pratisyen hekimin Sağlık Bakanlığı dışındaki kamu ya da özel kuruluşlarda görev yaptığı anlaşılmaktadır. AH birimi başına düşen ortalama nüfusun (*85 milyonda 28845 AHB hesabıyla*) yaklaşık 2964 olduğu düşünüldüğünde ve pratisyen hekim açığı dikkate alındığında bu hekimlerin birinci basamağa çekilmesi için bir çabaya değer. AHB başına düşen ortalama nüfusun, sanal AHB'leri dikkate alındığında fiilen 3200'leri bulduğunu da anımsatmak yerine olur.

Türkiye'de 2024 yılı sonu itibarıyla 28845 AHB (AH ve ASÇ) görev yapmaktadır. SB bünyesinde görevli olan toplam 48646 *pratisyen* hekim olduğuna göre *(TC. Sağlık Bakanlığı, 2024 Haber Bülteni)*, bu hekimlerin %59'unun AH olarak çalıştığı, geri kalanların çoğunluğunun Acil Sağlık hizmetlerinde (hastanelerde) ve İl ve İlçe SM'lerinde (TSM'lerinde) çalıştıkları anlaşılmaktadır. Yeni mezun hekimler devlet hizmeti yükümlülüğünde ya acil servislerde ya da İlçe SM / TSM'lerinde görev yapmaktadırlar. Tıp fakültelerinden zaten kapasite üstüne hekim mezun edilirken ve Türk hekimlerin Avrupa'nın en genç hekimleri olması dikkate alınırsa, AHB başına düşen nüfusun azaltılması için özelikle acil servislerdeki deneyimli pratisyen hekimlerin AH kadrolarında görev yapmaları planlanmalı ve teşvik edilmelidir.

ASM'lerinde aile hekimleri (AH) ve Aile Sağlığı Çalışanları (ASÇ), gruplandırma kriterlerine esas sayıda aile hekimleri ile sözleşmeli olarak hizmet veren diğer çalışanlar görev yapmaktadırlar. Aile sağlığı çalışanı olmayan birçok "boş" birime bağlı bulundukları İlçe Sağlık Müdürlükleri/TSM'leri tarafından sürekli olarak personel görevlendirilmesi yapılması gerekmekte, bu durum da özellikle Sağlıklı Hayat Merkezinde görev yapmakta olan kişilerin vermekte oldukları esas hizmetin sürekliliğini kesintiye uğratmaktadır. ASM'de görev yapan AH ve ASÇ'ları sözleşmeli olarak görev yapmaktadırlar. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel aktörleri olan Aile Hekimleri ve ASÇ'ları geçici güvenceli çalışmakta ve birlikte ekip oluşturmak zorunda oldukları aile hekiminin/aile sağlığı çalışanının ortak çalışma disiplinine uymadığı durumlarda da birim değişikliği ya da farklı bir çalışma arkadaşı ile görev almaya devam etme imkanına sahip olamamaktadır. Aile Sağlığı Merkezinde çalışan personelin tamamının kadrosunun, bulunduğu ilçe sağlık müdürlüğünde olmaması nedeni ile sözleşmelerinin feshedilmesi ya da kendi istekleri ile sözleşmelerini bitirmeleri sonrasında asıl kadrolarının bulunduğu ilçe ve sağlık kurumuna dönmek zorunda olmaları hizmete devam etmelerini zorunlu kılmaktadır. Yanı sıra, kişi hizmet puanı esasına dayalı bir yerleştirme ile aile hekimi kadrosunun bulunduğu ilçede kalmadan, muvafakat almak sureti ile il içerisinde istediği pozisyona yerleşebilmekte ve bunu avantaj olarak kullanabilmektedir.

Yukarda da belirtildiği gibi yeni mezun hekimler zorunlu hizmette ya Acil Servislerde ya da İlçe SM / TSM'lerinde görev yapmaktadırlar. SB'nın ASM'lerinde çok ciddi AH açığı bulunurken ve bakanlık tarafından ABH nüfusunu 2500'e düşürmek açık hedef olarak belirtilirken acil servislerde bu kadar fazla pratisyen hekim istihdamı düşündürücüdür ve üzerinde tartışmaya değer. Türkiye'de birinci ve ikinci basamak hizmetlerin niteliğindeki (personel hoşnutsuzluğu, personel üstündeki zaman baskısı vb. nedenlerle) sorunlar sağlık hizmet kullanımının bir kısmını acil servislere yönlendirmiştir. Bu kısır döngü kırılarak acil serviste görevli pratisyen hekimlerin AH birimlerine kaydırılması önerilir.

Sağlık Evleri, 2003 öncesi Sosyalleştirme döneminden kalma çok önemli örgütlenme birimleridir. 2028-2024

döneminde Türkiye'deki Sağlık Evi sayıları 5259'dan 4775'e düşmüştür (%29'luk bir düşüş). Görüldüğü gibi bunların yine de önemli bir kısmı halen faaliyete devam etmekte, etkinliklerini korumaktadır. Ancak anlaşılan o ki buralarda görevli olan ebe-hemşireler emekli oldukça ya da başka görevlere atandıkça yerlerine yenileri atanmamakta ve sağlık evi hizmetleri böylece fiilen son bulmaktadır. Bakanlığın bu birimlerin kaldırılması konusunda bir eğilimi olduğu anlaşılmaktadır, ancak toplumun sağlık evlerine sahip çıktığı ve sağlık evi personelinin (ebe/hemşire) etkili görev yaptığını sahada bizzat gözlüyoruz. Belki de bu nedenle sistem içinde sağlık evleri korunmaktadır ancak bunların hizmete olumlu katkıları gözlendiğine göre yaygınlaştırılmaları hiçbir sorun yaratmaz, kırsal bölgelerdeki risk grubu izlemlerinin nicelik ve niteliğine katkıda bulunur. AH'lerinin kendilerine bağlı olan kırsal yerleşim birimlerine haftada bir gün iki saat uğramasıyla yürütülen ayaktan tanı tedavi ile sınırlı kalan genellikle popülist amaçlı olan bu hizmetle karşılaştırıldığında sağlık evi personelinin verdiği hizmet, AH'lerinin mobil hizmeti ile karşılaştırılamaz önemdedir.

3.1c- Birinci Basamak Faaliyetleri

3.1c.i Hizmetten Yararlananların (Toplumun) Faaliyeti (Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin Kullanımı)

Türkiye'de toplumun ortalama sağlık hizmeti başvurusu (birinci ve 2. ve 3. basamak başvurular) Avrupa'da çok daha genç bir nüfusa sahip olan Türkiye için çok yüksektir (kişi başına yıllık 12.2 başvuru).[6] Avrupa'da 5 ülke dışındaki diğer tüm ülkelerde yıllık ortalama hekim başvuruları artmaktadır. Avrupa'da bu başvuru oranı en yüksek olan ülke 12.6 ile yaşlı bir nüfusu olan Avusturya'dır. Onu 11.0 ile Slovakya izlemektedir. Görüldüğü gibi Türkiye genç nüfusuna karşın Avrupa'da *çok aşırı sağlık hizmeti kullanan birinci ülkedir.*[7] Diğer taraftan Türkiye'de kişi başına ortalama birinci basamak (BB) başvurusu 5.3 olmuştur. Bu sayı da Avrupa ölçeğinde dramatik düzeyde yüksek bir ortalamadır. Öte yandan ortalama BB başvurusu bizden düşük olan Almanya'da nüfusun %79'unun yılda bir kez birinci basamak sağlık hizmetli kullanmaktadır. Bildiğimiz kadarıyla Türkiye'de AH'lerine kayıtlı nüfusun yaklaşık %30'u hizmeti hiç kullanmamaktadır. Bu da sorunun bir başka boyutunu yansıtmaktadır. Özetle Türkiye'de birinci basamak sağlık kurumları nicel olarak çok fazla kullanılıyor gibi görünse de hizmetin niteliğini nesnel olarak değerlendirecek verilere ihtiyaç vardır.

Birinci basamak faaliyet bileşenine hizmeti alanların faaliyetleri açısından bakıldığında toplumun büyük çoğunluğuna göre Aile Hekimliği hizmet kapsamı daha çok ana-çocuk sağlığı sorunları ile sınırlıdır. Kronik hastalık ilaç tekrarları da diğer bir ana hizmet kalemini oluşturmaktadır. Dolayısıyla onlara göre bu kuruluşlar aslında çocuk ve kadınlara hizmet veren kuruluşlardır. Dolayısıyla bir faaliyet olarak hizmet yelpazesi son 5 yılda genişlese de AHB'lerini toplumun oldukça dar bir kesimi kullanmaya devam etmektedir.

Birinci basamağın diğer bileşenleri olan İlçe SM/TSM ve SHM hizmetleri aradan bu kadar yıl geçmesine karşın henüz toplum tarafından yeterince bilinmemektedir ve son derecede dar bir toplum kesimi tarafından kullanılmaktadır. Hizmetin etkin yürütülebilmesi için bu temel sorunların çözümüne ihtiyaç vardır. 2020-2025 yılları arasında aile hekimliği modeline yönelik mevzuat değişiklikleri ile başta birinci basamak sağlık hizmet kullanımının arttırılması hedeflenmiş, yakın zamanda yapılan düzenlemeler aracılığı ile de hem aile hekimi başına düşen nüfus miktarı azaltılmış hem de koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik teşvik katsayıları ödemeye esas oluşturacak şekilde düzenlenmiştir. Yine son bir yıl içerisinde aile hekiminden hizmet almayan kişilerin katsayısının yarıya indirilmesi; birinci ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonu kapsamında aile hekimlerinin kayıtlı nüfuslarına randevu için ek kontenjan ayrılması ile birçok sağlık hizmetinin yalnızca kayıtlı oldukları hekim tarafından verilebiliyor (sürücü belgesi vb.) olması gibi uygulamalar aracılığı ile 2. ve 3. basamağın yükü azaltılmaya çalışılmıştır.

3.1c.ii Aile Hekimliği Birimlerinin Faaliyeti (Hizmeti sunan kurumun Faaliyeti)

Hizmetin Ulaşılabilirliği

Kişi başına yılda aile hekimi Ayaktan Tanı Tedavi başvuru sayısı 2018 yılında 3.29 iken, 2024 yılı Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporunda 5.2 olarak belirtilmiştir. Birinci basamak hizmet kullanımı yıllar içerisinde artmıştır. Hastane başvuruları da artış göstererek 2018 yılında yıllık kişi başına başvuru 6.3; 2024 yılında 6.9'a yükselmiştir

Aile hekimliği hizmetlerinde ulaşılabilirlik diğer hizmet özellikleri arasında en az sorunlu olan özelliktir. Kırsal bölgelerde ve yüksek nüfusta birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşabilirliği sınırlı düzeyde kalmış olduğundan yapılan sistem ve mevzuat entegrasyonları ile bu durum yıllar içerisinde aşılmaya çalışılmıştır. Aile hekimi başına düşen nüfusun düşürülmesine yönelik bugüne dek "0" nüfuslu yeni birimler açılması yönünde çalışılmış ancak 21/02/2025 tarih ve 32820 sayılı "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" 2. Maddesine dayanarak

yapılan düzenlemeler ile kişilerin değişiklik hakkı saklı kalmak kaydıyla, kayıtlı oldukları aile hekimliği birimi nüfusu 3100 ve üzerinde olan ve mevcut ikamet adreslerine uzak olan kişilerin talepleri alınmaksızın adreslerine en yakın düşük nüfuslu birime İl Sağlık ve İlçe Sağlık Müdürlükleri tarafından atamaları yapılmıştır. Bu durum bölge tabanlı sağlık hizmetleri sunum modeline doğru bir yaklaşım göstermesi açısından olumlu bir gelişmedir. Yine nüfusu 3100 ve altında olan birimler tarafından kronik hastalık takibi, risk gruplarının izlenmesi, ve yeni eklenen performans kriterleri (lohusa izlemi, KKK aşısı vb.) aracılığı ile daha nitelikli bir birinci basamak sağlık hizmet sunum modeli geliştirme çabaları olumludur.

Türkiye genelinde ASM ve İlçeSM/TSM'leri aracılığı ile birinci basamak sağlık hizmetleri için oluşturulmaya çalışılan yaygın fiziksel altyapı ve hizmet ağı, iletişim ve bilişim teknolojilerindeki ilerlemeler entegrasyonu ile sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli kolaylıklar sağlamıştır. e-Nabız, MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi) ve e-reçete gibi uygulamalar, hasta takibini ve hizmete ve sağlık hizmet sunucularının ihtiyaç duydukları verilere erişimini kolaylaştırmaktadır. Ancak yine de birinci basamak sağlık hizmetlerinde ulaşılabilirliğin tam anlamıyla sağlanabilmesi için bazı alanlarda iyileştirmelere ihtiyaç duyulmaktadır:

- Fiziksel Erişilebilirlik: Özellikle kırsal ve ulaşımın zor olduğu bölgelerde sağlık merkezlerine fiziksel erişim hala bir sorun teşkil edebilmektedir. Mobil sağlık hizmetleri gibi alternatif çözümler kağıt üzerinde anlamlı görünse de halen birçok sorun barındırmakta ve nitelikli sağlık hizmetine ulaşmayı sağlayamamaktadır. *Gezici Ayaktan tanı Tedavi Hizmeti* AH modelinde kırsal nüfus için -en azından ayaktan tane tedavi hizmetlerinin- ulaşılabilirliği artırmak için geliştirilmiş bir modeldir. 7.452 AHB ise kendilerine bağlı kırsal yerleşimlere günlük gezici ayaktan tanı tedavi hizmeti vermektedir (2024 yılı sonu itibariyle 7.452 (%26) AHB tarafından 5.633.125 (%7) kişiye gezici sağlık hizmeti sunulmaktadır.[4] Öncelikle bu hizmetin "gezici" olarak tanımlanması doğru değildir ve karışıklığa yol açmaktadır. Türkiye'de "Gezici hizmetler" denilince akla risk grupları izlemleri gelir. Şu anda gezici hizmet olarak tanımlanan -aslında Ayaktan tanı Tedavi Hizmeti olan- bu uygulamanın birçok yönüyle sağlık hizmetine uygun olmadığını söyleyebilir. Özellikle de Sağlık Evi olmayan kırsal mahallelerde (yani eski tanımlamayla köylerde) ayaktan tanı tedavi hizmetinin o yerleşimde bulunan uygun olmayan yapılarda (muhtarlık, cami okul vb.) verilmesi, hizmetin sadece popülist ve işlevsiz kaldığı söylenebilir. Bu hizmetlerin niteliği konusunda da bakanlığın raporları mevcut değildir.
- Ekipman ve Altyapı: Bazı sağlık tesislerinde kullanılan ekipmanların yetersizliği, eski teknolojiye sahip cihazlar ve düzenli bakım eksikliği hizmet kalitesini etkileyebilmektedir.
- Teknoloji Kullanımı ve Eğitim: Sağlık personeline yönelik teknoloji kullanım eğitimlerinin sürekli güncellenmesi ve desteklenmesi, aynı zamanda halkın bu teknolojileri etkin kullanabilmesi için bilgilendirme kampanyalarının artırılması önemlidir. Özellikle pandemi sonrası yaygın olarak kullanımı başlayan online sistemler/uzaktan erişim ile sağlık hizmet sunum modelleri de kolaylaştırıcı rol oynayabilir.

AH birimlerinin farklı hizmetlere ulaşabilirliği ile ilgili olarak son zamanlarda getirilen bazı *maddi zorunluklar* ise şöyle listelenebilir:

- Aile hekimlerince düzenlenen evlilik raporları ve askerlik ile ilgili ASAL raporları dışındaki özel amaçlı durum bildirir raporlar hizmet ücretlendirme listesi üzerinden ücretli olarak sunulacaktır.
- Akupunktur ve fitoterapi uygulamaları, mesai saatleri dışında olmak üzere hafta sonları ve genel tatil günlerinde aile hekimleri tarafından sunulacak olup bu şekilde hizmet sunmak isteyen aile hekimleri yetkilendirilecektir. Yapılacak hizmetler hizmet ücretlendirme listesi üzerinden ücretli olarak sunulacaktır. Burada bir not düşme ihtiyacı doğar: "*Bilimsel etkililiği kanıtlanmamış tıp dışı -Tamamlayıcı ya da alternatif – uygulamaların birinci basamak hizmet kapsamına alınması uygun değildir, tartışmaya açıktır*".

Hizmetlerin Sürekliliği

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin **sürekliliği**, bireylerin sağlık ihtiyaçlarının zaman içinde kesintisiz ve bütüncül bir şekilde karşılanmasını ifade eder. Birinci basamakta sürekliliğin sağlanması ile kronik hastalıkların etkin yönetimi birinci basamakta sorunların çözülmesi, daha ileri basamaklara yönlendirilen hasta sayısını azaltarak genel sağlık sistemi üzerindeki yükü hafifletir, ayrıca güvenilir ve sürekli bir sağlık hizmeti ilişkisi, hasta memnuniyetini ve sağlık sistemine olan güveni artırır. Türkiye'de AH modelinde nüfusun hizmet kullanımı sürekliliğini sağlam bir yöntemle değerlendiren herhangi bir çalışma ya da hizmet dokumanı yoktur, ancak hekim başvurularının çoğunun hastanelere olması sürekliliğin beklenenin çok altında oldu-

ğunu düşündürmektedir. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde süreklilik ilkesinin tam anlamıyla hayata geçirilmesinde bazı zorluklar bulunmaktadır. Nüfus artışına oranla aile hekimi ve ASM sayısındaki yetersizlik, özellikle büyük şehirlerde ve dezavantajlı bölgelerde hizmet sunumunda aksamalara neden olmaktadır. Bu durum, AHB başına düşen kayıtlı nüfusun artmasına ve aile hekimlerinin iş yükünün yoğunlaşmasına yol açmakta, böylece her hastaya yeterli zaman sunulamayarak süreklilik zedelenmektedir. Yine özellikle kırsal ve dağlık bölgelerde yaşayan vatandaşlar için ASM'lere ulaşım zorluğu, sağlık hizmeti alımında kesintilere neden olabilmektedir. Her ne kadar HYP uygulaması daha etkin hale gelse de, basamaklar arası entegrasyon konusunda olumlu gelişmeler sağlanmış olsa da Birinci basamak ile uzmanlık gerektiren hastaneler arasındaki bilgi akışı ve koordinasyonda yaşanan sorunlar, hastaların farklı hekimler arasında tekrar tekrar muayene girişlerine ve tetkiklere maruz kalmasına yol açabilir. Bu durum sürekliğin sağlanamaması sonucunu doğurmaktadır.

Türkiye'de her vatandaşın bir aile hekimine kayıtlı olması ve ikametgahına yakın bir ASM'den hizmet alması esası, sürekliliğin temelini oluşturmakla birlikte Aile Hekimliği sisteminin hizmete girdiği tarihlerden 2025 yılına kadar ikametgah tabanlı olmayan bir kayıt sistemi devredeydi. 21 Şubat 2025 *tarihli ve* 32820 *sayılı Resmi Gazetede yayınlanan* Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte yer alan düzenlemeler ile Aile hekimliğinde kayıtlı kişi sayısının dengeli dağıtılması için kayıt değişikliği hakkında ikametgah değişikliği ve adres yakınlığı şartı getirilmiş ve kayıtlı kişiler için üst sınır düzenlemesi yapılmıştır. Bu şekilde tüm birim nüfusları her birimde öngörülen sayıların altına indirilmiş, birim başına düşen nüfustaki azaltma kayıtlı kişilerin en uzakta ikameti olan kişiden başlayarak her bireyin kendi ikametine en yakın birime kaydedilmesi ile sağlanmıştır. *Dolayısıyla ilk kez bölge tabanlı bir sağlık hizmetine doğru bir adım atılmıştır.*

Sonuç olarak, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde süreklilik, vatandaşların sağlığını korumak ve geliştirmek için hayati önem taşımaktadır. Hizmet Sürekliliği izlenmeli ve raporlanmalıdır. Mevcut Aile Hekimliği Sistemi, temelde süreklilik ilkesini destekleyen bir örgütlenme modeli olmakla birlikte personel ve kaynak yetersizliği, koordinasyon eksiklikleri ve coğrafi zorluklar gibi sorunlar hayata geçirilmesindeki engeller devam etmektedir.

Hizmetlerin Kapsayıcılığı ve Hizmet yelpazesi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı ve sunulan hizmet yelpazesinin genişliği, sağlık hizmetlerinin bölgedeki öncelikli sağlık sorunları başta olmak üzere toplumun tüm kesimlerine etkin ve adil bir şekilde sunulmasını ifade eder.

Aile Hekimliği Modeli ile uygulanan birinci basamak hizmetlerin hizmet yelpazesi istenen genişlikte olsa da hizmet kapsayıcılığı istenenin çok altındadır. Ancak SB son beş yılda kapsayıcılığı artırmak amacıyla bir dizi girişimde bulunmuştur. Hizmetin kapsayıcılığı AH birimleri ve İlçe Sağlık Müdürlüğüne bağlı birimlerce sağlanmaya çalışılmaktadır. Yakın zamana kadar halk tarafından sadece Ana Çocuk Sağlığı hizmetleri ile sınırlı olduğu düşünülen AH hizmetlerinin kapsamı son 5 yılda başta Hastalık Yönetim Platformu olmak üzere, Aile Hekimlerinin sözleşme yaptığı tüm nüfus ile en az 12 ayda bir temas kurması zorunluğu gibi bir dizi yapısal düzenleme ile genişletilmeye çalışılmaktadır. Ümit veren bu düzenlemeler henüz yeni olduğundan henüz bir değerlendirme yapmak için erkendir. Ancak daha önce de belirttiğimiz gibi Doğurgan Çağ kadın izlemleri ve üreme sağlığı hizmetleri doğurganlığı artırmaya yönelik politikalar çerçevesinde bilinçli bir şekilde sınırlanırken, yaşlı izlemleri için henüz daha model arayışları sürmektedir.

Bazı ASM'lerdeki tıbbi cihazların eski olması veya yetersizliği, laboratuvar hizmetlerinin her merkezde aynı standartta ve yeterlilikte sunulamaması sunulan tanı ve tedavi hizmetlerinin kapsamını sınırlayabilmektedir. Ayrıca aile sağlığı çalışanlarının (hemşire, ebe, sağlık memuru, ATT) görev tanımlarının netleştirilmesi ve ekip çalışmasının daha etkin kullanılması, hizmet yelpazesinin genişlemesine katkı sağlayacaktır. Bu sorunların çözümü, birinci basamak sağlık hizmetlerinin hem kapsayıcılığını hem de hizmet yelpazesini daha da genişleterek, toplum sağlığına daha etkin bir şekilde fayda sağlayabilecektir.

Ayrıca her ilçede bulunan İlçe Sağlık Müdürlüğü/TSM'ler ve bünyelerinde -henüz Türkiye'deki ilçelerin büyük çoğunluğunda kurulamamış olan "Sağlıklı Hayat Merkezleri", bölgelerindeki toplum sağlığı sorunlarını belirlemek, önleyici ve koruyucu hizmetleri koordine etmek ve sağlığı geliştirmeye yönelik çalışmalar yapmak üzere yapılandırılmıştır. Bu merkezler, özellikle halk sağlığı odaklı hizmetlerde kapsayıcılığı desteklemektedir. Ancak öte yandan kırsal ve ulaşımın zor olduğu bölgelerde ASM'lerin yetersizliği veya uzaklığı, bazı vatandaşlar için hala erişim engeli oluşturmaktadır. Göçmenler, yabancı uyruklular veya ka-

yıt dışı nüfus gibi dezavantajlı gruplar sağlık sistemine entegrasyonda ve hizmet alımında zorluklar yaşanabilmektedir. Yine 2025 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan planlama ile nüfusu 3500 ve üzeri olan tüm aile hekimliği birimlerinde kayıtlı yabancı göçmen/uyruklu kişiler bağlı bulundukları birimden silinerek İlçe Sağlık Müdürlüğü/TSM içerisinde hizmet vermekte olan Yabancı Uyruklular Poliklinikleri (YUP) ya da göçmen sağlığı merkezlerine (GSM) kaydedilmişlerdir. Bu durum nüfusun stabilize edilmesi hedefini içerse de ikamet adresi YUP/GSM'ye uzak olan kişilere yönelik kapsayıcı hizmet sunumu etkilenebilmektedir.

Hizmetlerin Koordinasyonu (Diğer Sağlık kurum ve yapıları ile Eşgüdüm)

Önceki yıllarda sorunlu olan ASM-İlçeSM eşgüdümünün sağlanması bağlamında bu dönemde atılan en önemli adım, mevzuat değişikliği ile ilçe SM'lerinin, AH'lerinin sicil amiri olmasıdır. Bunun yanında AH'lerinin Sağlıklı hayat Merkezleri ile olan eşgüdümünde de gelişmeler izlenmektedir (Kanser taramaları vb. alanlarda).

İlçe Sağlık Müdürü her ne kadar beklenen ve olması gereken şekilde sonunda ASM personelinin disiplin amiri olarak tanımlanmış olsa da (Aile Hekimliği Sözleşme Yönetmeliği- RG-29/7/2023-32263-CK-7432/5)[8], ASM'leri de içeren bölge yönetim işlevine kavuşamamıştır. AHB'ler özerk yapılarını ısrarla korumaya çalışmakta, Sağlık Bakanlığı da bu durumu destekler görünmektedir. "AHB-Hastane" eşgüdümü ile ilgili önemli bir entegrasyon planlaması ve altyapı çalışması yapılmış olup 1 Ocak 2025 itibarıyla tüm illerde birinci basamak sağlık hizmetleri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasındaki dijital entegrasyon uygulanmaya başlanmıştır. Bu entegrasyon çerçevesinde, aile hekimlikleri ve sağlıklı hayat merkezleri, hastanelerle dijital olarak entegre olmuş, aile hekimleri INR, röntgen, mamografi, yenidoğan kalça ultrasonografisi gibi tetkikleri doğrudan talep ederek hastaların, hastaneye gidip herhangi bir poliklinik kaydı yaptırmadan tetkiklerini çektirebilecekleri ve sonuçların aile hekimlerinin ekranlarında görüntülenebileceği bir sistem başlatılmıştır. Ayrıca aile hekimlerinin, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) üzerinden kendilerine kayıtlı hastaları için hastanelerden alabildiği muayene randevularına ek olarak yalnızca kendi hastalarına özel kullanılabilecek kontenjanlar oluşturulmuştur. Bu durum kayıtlı nüfusun aile hekimliği birimlerine bireysel başvurularını arttırmaları ve öncelikli olarak birinci basamakta görülmeleri hedeflenmiştir. Aile hekimleri, kendisine kayıtlı hastasını muayene veya değerlendirmesi sonucunda hastaneye yönlendirilmesine karar verdiğinde kullandıkları sağlık bilgi yönetim sistemi üzerinden sevk veya hekim notu oluşturabilmekte, oluşturulan not bilgisi, hastanedeki hekimler tarafından görüntülenebilmektedir. Aynı şekilde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki hekimler de aile hekimleri tarafından yönlendirilen hastaları veya doğrudan hastaneye başvuran hastaları değerlendirdikten sonra sağlık bilgi yönetim sistemi üzerinden aile hekimine geri bildirim notu yazabilmektedirler. Entegrasyon açısından oldukça olumlu gelişmelere rağmen pratikte maalesef şimdilik istenen sonuçlar elde edilememektedir. Her üç basamakta da hekimler yüksek olasılıkla poliklinik hasta sayılarının fazlalığı nedeni ile bilgi sistemleri ve randevu sistemleri üzerinden iletişim kurma fikrine sıcak bakmamakta, yalnızca ilgili birkaç hekim ve talepte bulunan hastalar üzerinden entegrasyon sağlanabilmektedir.

Bir diğer olumlu gelişme, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki hekimlerin, uygun gördükleri hastalarına danışmanlık hizmetlerinden faydalanmaları amacıyla Sağlıklı Hayat Merkezlerine MHRS üzerinden randevu oluşturabilmeleridir. Yönlendirilen hastaya ilişkin bilgi notu Sağlıklı Hayat Merkezi personelinin (sorumlu hekim, diyetisyen, psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, çocuk gelişimci vb.) kullandıkları sağlık bilgi yönetim sistemi üzerinden görüntülenebilmekte, Sağlıklı Hayat Merkezi personeli, kişiye verdiği danışmanlık faaliyetleri ile ilgili bilgi notunu, kullandığı sağlık bilgi yönetim sistemi ekranları üzerinden oluşturabilmektedir. Ancak sağlıklı hayat merkezleri her ilçede bulunmamakta, mevcut yapılar da ihtiyaca cevap verememektedir. Danışmanlık veren personelin danışmanlık, saha çalışmaları, ev ziyaretleri, eğitim vb. birçok hizmet alanında bulunması ve niceliksel olarak hizmet üretmesi beklenmekte ancak çoğunlukla her branşta tek olan personelin sunduğu hizmetin, günlük rutinine yetişememesi nedeni ile niteliğinin azalması önemsiz sayılmaktadır.

Son olarak SB kaynaklarında diğer kamu kurum/kuruluşları ile olan eşgüdüm sorunları da vurgulanmaktadır. Diğer kamu kurum/kuruluşlarının halk sağlığının da çalışma alanına giren düzenlemeleri ile ilgili olarak iş birliği yapmamasının uygulamada yol açtığı aksaklıklardan söz edilmektedir. Belediyelerle çevre sağlığı; örneğin aşı reddi, aile içi şiddet, bağımlılıkla mücadele, besin güvenliği gibi alanlarda Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, İç İşleri Bakanlığı, Tarım-Orman Bakanlığı taşra teşkilatları ile koordinasyon zorunludur.

3.1c.iii ASM'lerinde sunulan bazı önemli hizmet alanları ile ilgili tespitler

Risk Grubu İzlemleri

a. Bebek Çocuk Sağlığı İzlemleri

Bebek Çocuk Sağlığı İzlemlerinde 2020 HASUDER Türkiye Sağlık Raporunda belirtilen olumlu ve olumsuz koşullar değişmemiştir. İzlemler sahada olmaktan çok kurumda yapılmaya devam edilmektedir. Bebeklik sonrası izlemlerin niteliği düşüktür. Çocukluk dönemi psikososyal gelişimi kapsam dışında kalmış, hastanelere terk edilmiştir. Ayrıca çocuk izlemlerine, son zamanlarda giderek artan çocuk istismarı ve öğrenme bozuklukları entegre edilebilmiş değildir. Bu konudaki ayrıntılar bu raporun ilgili diğer bölümlerinde verilmiştir.

b. Gebe-Lohusa İzlemleri

Bebek-çocuk izlemlerinde olduğu gibi gebe-lohusa izlemleri de pasif ve sadece kurumda yapılmaktadır. Son dönemde performans kriterleri arasına giren "lohusa izlemleri" ise yine izlemler niceliksel olarak artış göstermiştir. Bu konudaki ayrıntılar bu raporun ilgili diğer bölümlerinde verilmiştir.

c. 15-49 Yaş Kadın İzlemleri

Birinci basamak risk grubu izlemleri içinde neredeyse terk edilmiş olan, sadece başvuranlar üzerinde yapılan nicel izlemlerle sınırlı duruma gelen bir hizmettir. İzlemlerin etkin olarak yapılmaması, Türkiye'nin üreme sağlığı verilerinin kaybedilmesine yol açarak gelecek planlarının yapılabilmesini olanaksızlaştırmıştır. AP hizmetlerine karşı geliştirilen bu bilinçli olumsuz tutum, ASM'lerindeki jinekoloji masalarının kullanımını ve dolayısıyla jinekolojik sorunların tanı ve tedavisini de imkansız hale getirmiş, hizmet kapsayıcılığını düşürmüştür. Bu konudaki ayrıntılar bu raporun ilgili diğer bölümlerinde verilmiştir.

Bulaşıcı Hastalıklarla mücadele çalışmaları

Bu başlığa raporun ilgili bölümünde ayrıntılı olarak değinilecektir. Burada hizmetin daha çok yönetsel boyutu ile ilgili birkaç sözle yetinilecektir.

Aşılar

Öncelikle Hepatit B ve Td gibi aşı tedarikinde -muhtemelen ihale bürokrasisine bağlı olarak- sürekli sorunlar yaşanmaktadır.

Yaşlı aşılamaları özellikle İnfluenza ve Pnömokok aşıları için hala sorunludur. SGK bu aşıları kapsam içine almış olsa da oranlar çok düşük düzeydedir. EUROSTAT verilerine göre Türkiye, 65 yaş ve üstü bireylerde %10.8 İnfluenza aşılama oranı ile Avrupa'nın aşı oranı en düşük olan 6. ülkesidir.[9]

Okul aşılarında olduğu gibi *kışla (asker) aşılarının* da askerlik önceki AH birimlerinde yapılması uygun olmakla birlikte yeterli kapsayıcılığın sağlanamaması İlçe SM/TSM'lerin kışla aşılarını sürdürmelerine yol açmaktadır. Bu konu çifte yük açısından tekrar değerlendirilmelidir. Bu bağlamda askeri kışlalarda görevli sivil hekimlerin hizmette ne kadar etkin oldukları, kışlalarda askeri hekimlerin eskiden olduğu gibi tekrar görevlendirilmesi gerektiği ile ilgili görüşler tartışmaya değerdir.

Aşı tereddüdü ve reddi çığ gibi büyüyen bir sorundur. Aşı retlerinde aileyi ikna etmek, toplumu tanıyan, aşıyı yapanın (ASM) değil, İlçe SM'lüğünün görevidir. Özellikle sosyoekonomik olarak gelişmemiş illere sadece aileden imza almakla yetinilirken bu sorumluğu ciddiye alan bölgelerde ise bu işi hakkıyla yapmak için ne insan gücü, ne araç ne de zaman olmadığından kişilere çoğunlukla sadece telefonla ulaşılmakta, bu da ikna başarısını düşürebilmektedir. Soruna yaklaşım için -ivedilikle- farklı çözüm modelleri geliştirilmezse toplum bağışıklığını sağlamak birçok aşı için zorlaşacak ve kaçınılmaz olarak salgınlar görülecektir.

Çocuk-Ergen, Kadın Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) çalışmaları

Risk grubu olarak Çocuk-Ergen ve Gebe/Lohusa izlemleri ile ilgili konulara bu raporun ilgili bölümlerinde yer verilecektir. Biz burada Çocuk-Ergen sağlığı konusunda sadece İlçe SM faaliyetleri kapsamında yürütülen – etkinliği tartışmalı olan- "Bebek/Çocuk/Ergen Akademisinden" söz edersek, bu programın daha çok torunları olan yaşlıları yakalayarak yürütüldüğü ve kapsayıcılığının tartışmalı olduğu düşünülebilir.

Kadın ve üreme sağlığı başlığı altında öncelikle Aile Planlaması konusundaki "karşılanmamış gereksinime vurgu yapmak ihtiyacını duyuyoruz. Gerek 11. Gerekse 12. Kalkınma planlarında nüfus artışının teşvik edilmesi yönündeki kararlar yer alsa da konuya "*insan hakkı / üreme hakkı*" yönüyle yaklaşmak gerektiğini düşünüyoruz. Öncelikle AP hizmetlerinin performans ödemelerine (ne AH ne de İlçe SM çalışmalarında) dahil edilmemesi açıkça hizmetin gerçekleştirilmesinin özendirilmediği anlamına gelir. AP lojistiği bakanlığa değil illere bırakılmıştır. Taşra teşkilatı bu alımları yapmakta zorlanırken, yerelde görülen beklenmedik anne ve bebek ölümleri nedeniyle taşta teşkilatı AP malzeme alımlarına hız vermeye başlamıştır. Üreme sağlığı ile ilgli uygulamaların İllere bırakılması uygun değildir. AP malzeme ihale zorlukları bir yana örneğin Aile

Planlaması Eğitim Merkezi (APEM) Eğitimleri, lojistik, personel ve ihtiyaç ve talep olmadığı için kaldırıldı; ASM tiplendirmelerinde eskiden bir koşul olan APEM Sertifika zorunluluğu kaldırıldı, ancak bunun sahaya etkisi olmadı, çünkü zaten sahadaki RIA sertifikalı hekim ve hemşire/ebeler RIA takmıyorlar!

Birinci basamakta üreme sağlığının sağlıklı bir şekilde ele alınması için "A tipi ASM'lerinde" şu ortak personel çalıştırılması zorunlu olmalıdır:

1. Resepsiyonist Hemşire
2. Kayıt Bildirim Personeli
3. Üreme Sağlığı Personeli

Üreme sağlığı ile ilgili olan AH Modelinde popüler olarak uygulanan bir yaklaşım, *"gebe okulu/gebe sınıfı"* uygulamalarıdır. Bu uygulamanın, gebe izleminden sorumlu ASÇ ile entegre olmadıkça etkili olması beklenemez ve zaten kapsayıcılığı da çok çok sınırlı olur, göstermelik olmaktan öteye gidemez.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH) çalışmaları

On ikinci Kalkınma planında "sağlıklı yaşam tarzı teşvik edilerek bulaşıcı olmayan hastalık risklerine karşı koruyucu sağlık hizmetleri güçlendirilecektir" ifadesi yer almaktadır. Son 5 yıllık dönemde, SB, AH birimlerinde Hastalık Yönetim Platformu (HYP) uygulaması ile, BOH hastalıkların erken tanısı ve izlemleri konusunda ciddi adımlar atmıştır. AH'lerin iş yükünü ciddi biçimde artıran bu uygulamaya AH'lerinden ve bağlı örgütlerinden ardışık grevlere kadar giden karşı çıkışlar olsa da 2025 yılı ikinci yarsında SB ve AH'leri arasında bir mutabakat sağlanarak (*diabetes mellitus, hipertansiyon, obezite, kvs risk faktörleri ve yaşlılık kapsamındaki*) HYP uygulaması kapsayıcılığı artmaya başlamıştır. AH'ler, teşvik ödemelerini artık daha çok ayaktan tanı tedavi (poliklinik) başvurularından değil HYP vizitlerinden almaktadır. HYP ekranları eskiden sadece AH'ne açıkken ekranlar şimdi Aile Sağlığı Çalışanına da (AÇS) açılmıştır. Ayrıca HYP performans ödemelerinde sadece AH değil Aile Sağlığı Çalışanının (AÇS) performans ödeme payı da artırılmıştır. ASÇ'larının bu konudaki sorumlukları artarken haklarında da bir gelişme sağlanmıştır. Hatta HYP uygulamasında katılmayan AH'lerinin ekibinde çalışan ASÇ'larının AH ile yaptıkları sözleşme fesihlerinde de artışlar başlamıştır. Yaşlı izlemleri ise (performans kapsamındaki etkisizliği! nedeniyle) hala daha AH'lerinin ilgi alanı dışındadır. Ancak yine de HYP *(%50'sini tespit et, tespit ettiğin olguların en az %40'ını izle*) hedefleri düşük düzeydedir ve etkinliği yeterli sayılamayabilir.

HYP uygulamasındaki bir başka yenilik de yaşlıların katılımını artırmak amacıyla 2025 yılından başlatılan "Uzaktan Sağlık Hizmeti" başlatılmasıdır. Bu Tele-tıp uygulamasında MHRS'den uzaktan erişim randevusu alınabilmekte, randevu saatinde sağlık personeli ile görüşme yapılmaktadır. Bu uygulamanın yaşlılar için ne kadar uygun olduğu tartışmalıdır. Avrupa'da tele sağlık uygulamasının yapılmadığı birkaç ülkeden birisi olduğunu düşünürsek bu tip uygulamaların uygun demografik gruplarda denenmesi yararlı olabilir.

2024 yılında HYP ile, obezite tarama oranı %24; diyabet tarama oranı %62 olmuştur. 2024 yıl sonu itibarıyla meme kanseri tarama oranı %44,3 olarak gerçekleşmiştir. 2024 yıl sonu itibarıyla serviks kanseri tarama oranı %89,4, kolon kanseri tarama oranı %30,4 olarak gerçekleşmiştir.[3]

3.2. İlçeSM, Toplu Sağlığı Merkezleri (TSM) ve Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM)

3.2a İlçeSM (Altyapı-Donanım)

Sağlık Bakanlığı 2024 Yılı Faaliyet Raporu verilerine göre, Türkiye'de 434 İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSM), 539 Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), 4775 Sağlık Evi, 90 ÇEKÜS birimi, 170 Verem Savaş Birimi, 84 Halk Sağlığı Laboratuvarı, 70 Entegre Sağlık Hizmeti Sunan Merkez, 94 KETEM birimi, 22 Hemoglobinopati Tanı Birimi, 7 Deri ve Zührevi Hastalıklar Birimi, 26 Sıtma Savaş Birimi, 44 ÇASMER, 281 Sağlıklı Hayat Merkezi, 176 Göçmen Sağlığı Merkezi (GSM), 44 Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezi (GGSB), 7 Göçmen Sağlığı Eğitim Merkezi (GSEM), 795Göçmen Sağlığı Birimi (GSB), 3060 diğer olmak üzere 2024 yılı sonu itibarıyla toplam 18.946 birimde birinci basamak sağlık hizmeti sunulmaktadır. (Sağlık Bakanlığı 2024 Yılı Faaliyet Raporu).

SB kayıtlarına göre son 6 yılda (2018-2024) Türkiye'de İlçeSM ve Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) sayısı % 25.4 artış göstermiştir.

İlçe SM ve TSM'de ise sağlık çalışanları olarak halk sağlığı uzmanı, aile hekimliği uzmanı, pratisyen hekim, diş hekimi, hemşire, ebe, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, tıbbi teknolog, psikolog, fizyoterapist, çocuk gelişim uzmanı, sosyal çalışmacı, diyetisyen, röntgen teknisyeni, tıbbi sekreter, veri hazırlama kontrol işletmeni ve destek personeli (hizmetli, şoför vb.) görev yapmaktadırlar.

Öncelikle bina sorunları İlçe SM/STM ve Sağlıkla Hayat Merkezleri (SHM) için de önemlidir. Özellikle SHM'leri için imar planlarında arsa tahsis edilmelidir.

Bu tahsis, her 50 bin nüfusa bir SHM hesabıyla yapılabilir.

Birinci basamak örgüt yapısı içinde ASM'lerinden sonra ikinci önemli hizmet birimi olan Sağlıklı Hayat Merkezlerinin (SHM) İlçeSM+TSM 'lerinin sadece %28.9'unda açılabildiği görülmektedir. İlçelerimizin yaklaşık %70'inde Sağlıklı Hayat Merkezi açılamamıştır. Nüfusu 30 binin üstündeki ilçelerimizde ise bu oran %64.7'dir. T.C. 12. Kalkınma planının 709.5. maddesinde "Sağlıklı hayat merkezlerinin sayısı artırılacak, hizmet sunum niteliği geliştirilecek ve bu merkezlerin aile sağlığı merkezleriyle etkileşimi sağlanacaktır" denilmektedir. SB, SHM'lerin sınırlı sayıda sayısal artışından söz etmekte, ancak yaygınlaştırılmaları ve nitelikleri ile personel sayıları, nitelikleri konusunda açıklama ve planlamaya yer verilmemiştir. Oysaki aile hekimliği sisteminin aile sağlığı birimleri tarafından karşılanamayan, tüm bireylere ve topluma yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin SHM"ler aracılığı ile verilmesi ihtiyacı göz önüne alındığında her İlçe SM bünyesinde nüfusa göre yeterli sayıda SHM açılması gerektiğini ve hizmetin sürdürebilir olabilmesi için gerekli personel planlamasının yetersiz olduğunu söylemek gerekir. Yine hizmetin devamlılığını sağlayabilmek nitelik açısından önem arz etmekte, bu nedenle görevli personelin geçici görev/farklı kurumda görevlendirme gibi hizmeti kesintiye uğratacak uygulamalardan muaf olması sağlanmalıdır. SHM'nin hizmet yelpazesi ve toplumu kapsayıcılığı konusunda ise elimizde değerlendirme yapacak veri yoktur.

İlçeSM, TSM'ler ve Sağlıklı Hayat Merkezleri gibi bağlı birimlerde tıbbi araç-gereçler, bulundukları ilçenin nüfusu, ihtiyaçları ve bağlı birimlerine göre değişkenlik göstermekle birlikte, özellikle birimlerde bulunması gereken asgari tıbbi ve sarf malzemeleri bulunmaktadır. Yine nüfusa göre dijital mamografi, dijital röntgen cihazı, vücut bioanaliz cihazı, karbon monoksit ölçüm cihazı vb. donanım kullanımdadır. İlçeSM/TSM'lerinde bölge düzeyinde geniş hizmet yelpazesinde vazgeçilmez önemdeki "ulaşım araçları" için neredeyse her zaman sınırlılıklar mevcuttur. Özellikle de planlama dışı aniden ortaya çıkan sağlık hizmet programları söz konusu olduğunda araç sıkıntısı ciddi boyutlara ulaşmaktadır.

Ayrıca, Türkiye'de dış göçmenlerle ilgili çeşitli hizmet birimleri açılmıştır: Bunlar Göçmen Sağlığı Merkezleri (n=176), Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezleri (n=44), Göçmen Sağlığı Birimleri (n=795), Yabancı Uyruklular Poliklinikleri (n=94), Göçmen Sağlığı Eğitim Merkezleridir (n=7). "*Göçmen Sağlığı Merkezleri*", "Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimleri Yönetmeliği" doğrultusunda "TSM Bağlı Birimi" olarak teşekkül ettirilmektedir. Göçmen Sağlığı Merkezleri, Türkiye'de yaşayan Geçici Koruma altındaki Suriyelilere (GKaS) birinci basamak sağlık hizmeti sunulması amacıyla Türkiye aile hekimliği standartlarında 4000 GKaS için bir birim olacak şekilde tasarlanmış merkezlerdir.

22/10/2014 tarihli ve 29153 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Geçici Koruma Yönetmeliği'ne istinaden,[10] "Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar" 25/03/2015 tarih ve 2875 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulmuş ve "Göçmen Sağlığı Merkezleri" de TSM/İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olarak tanımlanmıştır. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü verilerine göre, geçici koruma altına alınan Suriyelilerin yanında çoğu Pakistan, Afganistan ve Irak'tan olmak üzere farklı uyruklardan göçmene de ev sahipliği yapmakta olduğundan söz konusu kişilere, koruyucu sağlık hizmetleri ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele öncelikli olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmak için de "Yabancı Uyruklular Polikliniği (YUP)" ların açılmasına karar vermiştir. YUP'ların ilgili kişilerin en yoğun olduğu ilçelerde, Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesinde hizmet vermektedirler. Sağlık hizmeti sunumu bakımından özel mevzuat düzenlemesi bulunmayan yabancılara yönelik;

- İkamet izni olan yabancılar yayınlanacak olan hizmet ücretlendirme listesi üzerinden ücretini yatırarak 6 ay boyunca sağlık hizmeti alabilecektir.
- İkamet izni olmayan yabancılar ise yine yayınlanacak olan hizmet ücretlendirme listesi üzerinden ücretlendirilerek sağlık hizmeti alabilecektir.

Buna istinaden 2025 yılı içerisinde kademeli olarak her aile hekimi başına düşen nüfusun azaltılması çerçevesinde başlatılan yabancı uyrukluların AHB nüfuslarından silinerek YUP'lara kaydedilmesini takiben sağlık hizmetini AHB'lerden ücretli olarak almaya başlamışlardır. Sonuç olarak ilçe sağlık müdürlükleri bünyesinde bulunan YUP'lar artık sabit personeli olan ve tüm gün Sağlık Bakanlığı bilgi yönetim sisteminde tanımlanan özel bir modül kullanarak koruyucu ve tedavi edici hizmet sunan birimler haline gelmişlerdir. Buna istinaden 2025 yılı içerisinde kademeli olarak her aile hekimi başına düşen nüfusun azaltılması çerçevesinde başlatılan yabancı uyrukluların AHB nüfuslarından silinerek YUP'lara kaydedilmesini takiben sağlık hizmetini AHB'lerden ücretli olarak almaya başlamışlardır. Sonuç olarak ilçe sağlık müdürlükleri bünyesinde bulunan YUP'lar artık sabit personeli olan ve tüm gün Sağlık Bakanlığı bilgi yönetim sisteminde tanımlanan

özel bir modül kullanarak koruyucu ve tedavi edici hizmet sunan birimler haline gelmişlerdir.

Ayrıca Göçmen Sağlığı Merkezlerinde, SIHHAT Projesi[11] kapsamında 2024 yılında Göçmen Sağlığı Merkezlerinde görev yapan personele yönelik Üreme Sağlığı Klinik Uygulama (RİA Uygulama) Eğitimleri verilmiştir.

3.2b. Bölge Sağlık Yönetimi

HASUDER'in 2020 TSR'de özellikle vurguladığımız bölge düzeyinde "yönetim sorunları" konusunda hemen tüm noktalarda bir gelişme sağlanamamıştır. İlçe SM'lerinin bir yönetim birimi mi, yoksa bir hizmet birimi mi olduğu karmaşası halen daha sürmektedir. Her İlçe SM"ne bir Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM) açılamadığı sürece bunun devam edeceği aşikardır. Öte yandan SHM'nin bir Personel Dağılım Cetveli (PDC) henüz yoktur. Bununla ilgili ivedilikle bir mevzuat düzenlemesine gereksinim vardır. Görevin AH'ne verilmesi, izlemin İl Sağlık Müdürlüğüne verilmesi, cezanın da İlçe Sağlık Müdürlüğü tarafından kesilmesi modern yönetim anlayışına uymamaktadır. Hatta saptanan eksiklik AH tarafından yerine getirilmezse bunun cezası bölge yöneticisi kimliği nedeniyle İlçe SM'ne kesiliyor, böyle olunca da bu eksiklikleri AH tamamlamazsa İlçe SM tamamlamak zorunda kalıyor. Ama 2023 yılında İlçe SM'nün bölge yöneticiliği kimliğini güçlendiren olumlu bir gelişme de oldu: İlçe SM Aile Hekiminin Disiplin amiri oldu.

Son beş yılda da BB sağlık hizmetinin periyodik olarak raporlanması sorununda bir ilerleme sağlanamamıştır. Bilişim verileri sadece bireysel düzeyde sınırlı kalmaktadır. İlçe SM/TSM tarafından dahi bölgesel veri ilgili alt birimler tarafından süzülüp kullanılamamaktadır. Ancak AH'nin kullandığı yazılımlarda bir TEKLEŞTİRME çabaları izlenmektedir.

Aile Hekimlerinin İzleme-Değerlendirmelerinin doğrudan İl Sağlık Müdürlüğü birimlerince yapılması ve bu konuda İlçe Sağlık Müdürlüğüne hizmetin bütünlüğü ile ilgili etkin bir denetleme yetkisi verilmemesi hala önemli bir sorun olarak önümüzde durmaktadır. İlçe SM/TSM bölgede yönetim rolünü gerçekleştirememektedir. AH'lerinin hizmetleri bölge yöneticisi rolünü üstlenmesi gereken İlçe SM/TSM tarafından gerçekleştirilememektedir.

2021-2025 döneminde Türkiye'de birinci basamağın "Aile Hekimliği" bileşeninde çıkan yeni mevzuat ve uygulamalar nedeniyle Sağlık Bakanlığı ile Aile Hekimleri arasında ciddi fikir ayrılıkları ve reaksiyonel tutumlar gözlenmiştir. Bunun özellikle yönetim barışı açısından hizmetleri ciddi düzeyde etkileyebilecek potansiyele sahip olması nedeniyle bu raporda değinmeyi uygun bulduk.

30.06.2021 tarih ve 31527 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği eski çerçeveyi kaldırarak ödemeler, izinler, sözleşme/fesih şartlarını güncelledi, ardından tarama ve takip katsayısı gibi performans bileşenleri için yönerge yayımlandı. Her ne kadar aile hekimliği çalışanları yeni çerçeveye itiraz etmiş ve kimi zaman da yargı yoluna başvurmuş olsalar da bu durum, performans ve disiplin hükümlerinin motivasyon ve iş barışı üzerindeki etkisine dair tartışmaları da gündeme taşımıştır. Yeni Yönetmelik ile;

- Sözleşmelerin yenilenmesi başlıklı, 7. maddeye göre, iki yılda 5 veya daha fazla kez ihtar puanı alınması ya da puan toplamının 150 veya üstüne ulaşması halinde, İl Sağlık Müdürlüğü tarafından oluşturulacak bir komisyon aile hekiminin sözleşmesinin yenilenip yenilenmeyeceğine karar verilecek, ayrıca "entegre sağlık hizmetlerinde mazeretli olup olmadığına bakılmaksızın beş nöbet görevini yerine getirmemek" sözleşmenin feshi sebeplerinden sayılmıştır,
- Bazı fiillerin ihtar puanı arttırılmış olmakla beraber, yeni fiiller ve ihtar puanları da getirilmiştir "Yönetim karar defterini uygun şekilde tutmamak", "Mazeretsiz aile sağlığı merkezi yönetim toplantılarına katılmamak", "Kalibrasyon gerektiren cihazların kalibrasyonunu yaptırmamak" fiilleri 10 ihtar puanı gerektirecek şekilde düzenlenmiş. "Kusurlu olarak miadı geçmiş aşı ve/veya ilaç uygulamak", "Kamu görevleri hakkında izinsiz olarak basına, haber ajanslarına, radyo ve televizyon kurumlarına veya sosyal medya araçlarıyla bilgi veya demeç vermek", "Görev yerinde kişilere basit tıbbi müdahale ile giderilebilir fiili eylemde bulunmak veya tehdit etmek" fiilleri 50 ihtar puanı gerektirecek şekilde düzenlenmiştir,
- "Aile hekimi ödeme esasları" başlıklı 18. maddede değişiklik yapılarak, kayıtlı kişilerle ilgili olarak hipertansiyon, diyabet, kanser ve obezite gibi hastalıkların taranması, takibi, değişim oranları ile vaka yönetimi görevi tanımlanmıştır. (*olumlu bir adım olarak değerlendiriyoruz*)

Ayrıca, 30.10.2024 tarihli ve 32707 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 01.11.2024 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yürürlüğe girmiş olup, bu düzenleme *ile,*

- Sözleşme süresi sonunda görevine devam etmek isteyen aile hekimi ve aile sağlığı çalışanın sözleşmeleri sözleşme bitiminde bir kritere bağlı olmaksızın yenilenirken artık belli kriterlere bağlanmıştır. Buna göre; gebe, lohusa, bebek ve çocuk izlemleri, bağışıklama, kronik hastalık tarama ve izlemleri, kanser taramaları gibi koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri kapsamında Bakanlıkça belirlenecek ve her sözleşme dönemi öncesinde ilan edilecek göstergelerden aile hekimliği biriminin aldığı toplam puanın yine Bakanlıkça belirlenecek ve her sözleşme dönemi öncesinde ilan edilecek gösterge hedef puanına eşit olması ya da hedef puanı geçmesi halinde yenilenmektedir, (*olumlu bir adım olarak değerlendiriyoruz*),
- Altı ay üzerinde destek ödeme kesintisine sebebiyet verecek şekilde disiplin cezası alanların sözleşmesi feshedilmesi, bu düzenleme ile kanuna uygun hale getirilmiştir,
- Kayıtlı kişi sayısı 4000'den 3500'e düşürülmüştür, (*olumlu bir adım olarak değerlendiriyoruz*)
- Yönetmeliğin "Aile hekimi ödeme esasları" başlıklı 18. maddesinin 2. fıkrasının (a) bendinin 1. alt bendinde ve Aile sağlığı çalışanı ödeme esasları" başlıklı 21. maddesinin 2. fıkrasının (a) bendinin gebeler için belirlenen katsayısına lohusa takibi de eklenmiştir, (*olumlu bir adım olarak değerlendiriyoruz*)
- Günlük muayene sayıları üzerinden belirlenen teşvik ödemelerini düzenleyen 18. maddenin 2. fıkrasının 12. alt bendi tamamen değiştirilerek aile hekimlerine yapılacak teşvik ödemesine dair kriter ve hesaplama formülleri değiştirilmiştir,
- Yönetmeliğin "Aile hekiminden yapılacak kesintiler" başlıklı 20. maddesinde performans hesaplamasına aşılama, gebe, bebek ve çocuk takiplerinin yanı sıra "lohusa" takibi ifadesi de eklenmiştir, (*performansa 15-49 yaş izlemlerinin dahil edilmemesi göz göre göre üreme sağlığı kadın kanserlerinin erken tanınması hizmetlerinde bir hizmet açığına neden olmaktadır*)
- Kişilerin son 6 ayda birime müracaat etmemesi durumunda katsayılar yarı oranında uygulanacaktır, (*Bu uygulama aile hekimleri tarafından en çok itiraz edilen uygulamadır*)
- Aile hekimliği sözleşmelerini Bakanlık adına imzalamaya artık Vali yetkilidir.

Sonuç olarak; yapılan değişiklikle kayıtlı kişi sayıları düşürülmüş, son 6 ay içinde muayene olmamış nüfusa ilişkin katsayılar azaltılmıştır, disiplin cezaları nedeniyle destek ödeme kesintisi ve hedef puana bağlı sözleşme feshi ve yenilememe durumu getirilerek, teşvik ek ödeme katsayılarında belirlenen hedef ve oranlarda çalışan aleyhine düzenlenmiş, lohusa izlemlerinin negatif performans olarak düzenleme altına alınması, cari gider kesintisi gibi çalışan aleyhine düzenlemeler hayata geçirilmiştir.

21 Şubat 2025 *tarihli ve* 32820 *sayılı Resmi Gazetede yayınlanan* Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik *ile de;*

- Yönetmelikte yer alan "aile sağlığı elemanı" ibareleri "aile sağlığı çalışanı" olarak değiştirilmiştir, (*olumlu bir adım olarak değerlendiriyoruz*),
- İkametgahını değiştiren kişiler bir ay içinde aile hekimlerini değiştirmezse bölgeye en yakın ve uygun aile hekimine otomatik kaydedilecektir, (*olumlu bir adım olarak değerlendiriyoruz*),
- Aile hekimliğinde kayıtlı kişi sayısının dengeli dağıtılması için kayıt değişikliği hakkında ikametgah değişikliği ve adres yakınlığı şartı getirilmiş ve kayıtlı kişiler için üst sınır düzenlemesi yapılmıştır (*olumlu bir adım olarak değerlendiriyoruz*),
- Bakanlık veya müdürlük tarafından aile hekimi kaydı değiştirilen kişiler, değişiklik yapıldıktan bir ay sonra tekrar aile hekimlerini değiştirme hakkına sahip olacaktır, (*olumlu bir adım olarak değerlendiriyoruz*),
- Bakanlık tarafından belirlenen özel durumlar haricinde, aile hekimliği birimlerine kayıtlı nüfusun belirli sınırları aşmaması esas alınacaktır, (*olumlu bir adım olarak değerlendiriyoruz*),
- *Aile hekimliğine kayıtlı nüfus için belirlenen üst sınır:*
  - Entegre sağlık hizmeti sunulan aile hekimliği birimlerinde kişi sayısı 2.100'ü
  - Cezaevi aile hekimliği birimlerinde 2.000'i,
  - Diğer aile hekimliği birimlerinde ise 3.500'ü geçmeyecektir,
- Entegre acil sağlık hizmetlerinin sunumunda; bütünleşmiş sağlık hizmetinin ayaktan sunulduğu merkezler ile yataklı sunulduğu merkezler olarak farklı nöbet düzenlemesi yapılmıştır. Entegre aile hekimliklerinin nöbet hizmetleri daha kapsamlı hale getirilmiştir,
- Aile hekimlerinin Ölüm belgesi (defin ruhsatı) düzenleme yetkisi hakkında değişiklikler yönetmeliğe eklenmiştir,

- Yeni açılacak aile hekimliği birimlerinin öncelikli olarak hizmet mekanı uygun olan mevcut aile sağlığı merkezleri bünyesinde açılması ile ilgili düzenleme yapılmıştır, (*olumlu bir adım olarak değerlendiriyoruz*)
- Yıkım kararı, kentsel dönüşüm ve imar düzenlemesi gibi zorunlu nedenlere bağlı olarak aile sağlığı merkezinin boşaltılması durumunda öncelikle kamuya ait mekanlara, yoksa ek süre verilerek aile hekimlerince adres belirlenebilecektir, (*olumlu bir adım olarak değerlendiriyoruz*)
- Aile sağlığı merkezi için yeni bina inşa edilmesi veya kamu binası oluşturulması durumunda müdürlükçe yapılan planlama çerçevesinde aile sağlığı merkezinin veya aile hekimliği birimlerinin yeni hizmet mekanına taşınması zorunlu olmuştur, (*olumlu bir adım olarak değerlendiriyoruz*)
- Aile sağlığı merkezlerinin iç ve dış standartlarının, Bakanlıkça belirlenecek kurumsal kimlik kılavuzlarına uygun olma zorunluluğu getirilmiştir. (*olumlu bir adım olarak değerlendiriyoruz*)

Bu gelişmelerin sonunda Bakanlığın önerdiği uygulamalar önemli ölçüde uygulanmaya başlamıştır. Ancak 2. Basamakta yapıldığı gibi çalışanların yükü dikkate alınmadan salt performans odaklı uygulamaların başarılarının sürdürülebilir olması güçtür. Daha da kötüsü çalışanların her türlü değişikliği ya da yeni iş başlıklarını hayata geçirmek için teşvik ödemesi (performansa dayalı ödeme) koşulu ile kabul etme alışkanlığının gelişmesidir. Nitekim "Hastalık Yönetim Platformu" uygulamaları üzerinde yapılan tartışmalar bu yararlı uygulamaların AH'leri tarafından kabul edilmesine yol açsa da performansta karşılığı olmayan "yaşlı izlemleri" halen hemen hemen hiç yapılmamaktadır!

3.2c. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

İlçe SM ve bağlı birimlerden Sağlıklı Hayat Merkezlerinin aracılığı ile topluma sunduğu hizmetlerin başında Sağlığı Geliştirme (SG) Hizmetleri gelir. Son beş yılda İkinci Basamaktaki tıkanmalar, birinci basamağa olan ilgiyi artırırken SG hizmetlerindeki çabalar dikkati çekmektedir. SB Sağlığın Geliştirmesi Genel Müdürlüğü'nün (SGGM) Eylem Planı uzman toplantıları bu yazı hazırlanırken Kasım 2025 tarihinde yapılmıştır. Bu planda doğal olarak beklenen Birinci Basamak kuruluşların ağırlığı olacaktır.

Her şeyden önce sahanın (İlçe SM / TSM çalışanlarının) ortak yakınması aydan aya sürekli değişen (biri bitmeden diğeri başlayan) SG programları ya da uygulamalarının çalışmaları verimsizleştirdiğidir. Hazırlanacak eylem planının bu dağınıklığı önlemesi beklenir.

Tütün

Toplum düzeyinde *Tütün bağımlılığı* önleme programları tekrar canlandırılmak istenmektedir. Yıllar önceki kazanımlarda tekrar başa dönülünce tütün konusu tekrar öne çıkmıştır. Ancak bu çabaların çok etkin olduğu söylenemez Uygulamaların başarılı/başarısız ya da eksik yönlerine kısaca değinelim (*daha ayrıntılı bilgilere bu raporun tütün bölümünde yer verilmiştir*.)

- MHRS'de Sigara Bırakma Polikliniği randevuları alınabilmektedir.
- Yıllardır açılması için (özellikle Halk Sağlığı uzmanlarına yönelik) büyük kısıtlamaların yaşandığı "Sigara bırakma polikliniği eğitici sertifika programları" tekrar başlamıştır,
- Sigara bırakma polikliniklerinin can damarı olan ilaç tedarikinin sürekliliği sağlanamamaktadır.
- Dumansız hava sahası ekipleri artık rutin denetimle ceza kesememekte, ancak ihbarlarla ceza kesebilmektedirler. (Yerle baskılara teslim olunduğu izlenimi veren bu uygulama, gelişmeden çok bir gerilemeyi düşündürmektedir).
- Yeni kurulan "Sigara timleri" etkinliği tartışılabilecek bir yöntemle mücadeleye katkı sağlamaya çalışmaktadırlar. Bu timler sokakta ya da kahve/kafeteryalarda sigara içtiği gözlemlenen kişilerin yanına gidip bu kişileri sigara bırakma polikliniğine yönlendirmektedirler! Bu timler Karbon Monooksit ölçümleri yapsalar da etkili olamamaktadırlar.

Obesite ve Fiziksel Aktivite (*FA)*

SB'nın 2025-2028 Obezite ile Mücadele ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı kapsamındaki ilk uygulamalardan birisi toplum içinde fazla kilolu olduğu düşünülen kişilerin "rasgele" tespit edilip İlçe SM/TSM 'nin ilgili birimlerine yönlendirilmeleri ile, etkisi sınırlı olan bir farkındalık programıdır. Programın sürdürülebilirliği ve çıktıları için henüz zaman erkendir.

Diğer Bazı Programlar

SGGM'nün bir diğer yeni (2025 yılı) uygulaması da "Sağlık Okuryazarlığı" programıdır. İlçe SM/TSM her ay ilçedeki 30 kişiye bu başlıkta bir eğitim programı vermekle yükümlüdür. Saha programında 12 konuda eğitim verilmektedir. Bu eğitimlerin tüm topluma nasıl yaygınlaştırılacağı ve toplumun her kesimine (*ör: düşük eğitim düzeyindekilere*) uygun olup olmadığı tartışılmamıştır.

Diğer bir saha uygulaması ise (okulu da kapsayan) Beslenme ve Fizik Aktivite Dostu İşyeri uygulamasıdır. Binlerce işyerinin olması nedeniyle program çok yavaş ilerlemektedir. Bu programın başarısı, anca Milli Eğitim Bakanlığı başta olmak üzere diğer bakanlıkların taşra teşkilatları ve Belediyelerle entegrasyondan geçer.

Okul sağlığı ile ilgili geliştirilen Beyaz Bayrak uygulaması kaldırılarak program "Beslenme Dostu Okul" a dönüştü ancak programın etkin olarak uygulandığı söylenemez.

Son olarak SG amacıyla bazı İlçe SM/TSM'lerde uygulanana *Evlilik Öncesi danışmanlık* uygulamalarının sistematik olarak yaygınlaştırılması önerilir. Sorumluluk AH'ne de verilebilir.

3.2d. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetinde çevre sağlığı, yalnızca fiziksel çevrenin korunması değil, aynı zamanda toplumun sağlık bilincinin yükseltilmesi anlamına da gelir. Çevre sağlığı hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmelidir. Ancak günümüzde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü İçleSM/TSM'lerinde yasal olarak çevreye yönelik güçlü bir mevzuat ve net bir çerçeve bulunmamaktadır. Çevrenin sorumluluğu ağırlıklı olarak il SM Çevre birimine verilmiştir. Ancak tespit edilen sorunlara ve risklere yönelik yaptırım uygulanamamakta, su sanitasyonu dışında da yetki sahibi olunan bir alan bulunmamaktadır. Bu durum hizmet sunumu sırasında Sağlık Bakanlığının taşradaki gücünü ve etkinliğini azaltmaktadır.

3.3. Diğer Birinci Basamak Hizmet Birimleri

Entegre Hastaneler

2024 yılı sonu itibari ile; 301 entegre ilçe hastanesinde ve 70 entegre sağlık hizmeti sunulan merkezde toplam 1.055 (%4) aile hekimliği birimi tarafından bütünleşmiş sağlık hizmeti sunulmaktadır.

Sağlık Eğitim Araştırma Bölgeleri (SEAB)

Türkiye'de sosyalleştirme döneminde uygulanmaya başlanan üniversitelerle SB arasında imzalanan bir protokolle yürütülen birinci basamak sağlık kuruluşları ve bölgelerinde Halk Sağlığı uygulamalarının laboratuvarı niteliğinde işlevleri olan Sağlık Eğitim Araştırma Bölgeleri (SEAB) etkinlikleri zayıflasa da Aile Hekimliği döneminde de yeni protokollerle varlığını sürdürmektedir. Her ne kadar protokol ilin valisi ve üniversite rektörünün imzası ile yürürlüğe konsa da SEAB'nin sayıları ve nitelikleri nedense SB faaliyet raporlarında yer almamaktadır! Bu nedenle vereceğimiz sayılar kesin olmayabilir.

Eğitim Aile Hekimliği Birimi (EAHB)

28 Nisan 2023 tarihli Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Eğitim Aile Sağlığı Merkezi Yönetmeliği kapsamında 2024 yılında 30 adet Eğitim Aile Hekimliği Birimi (EAHB) açılmıştır. 2024 yıl sonu itibarıyla toplam EAHB sayısı 229 ve kayıtlı nüfus ortalaması 2.023 kişi olarak gerçekleşmiştir.

Verem Savaş Dispanseri (VSD) sayısının 2015'ten 2020 yılına kadar düşüş (179'dan 173'e) göstermektedir. 2024 yılı sonu itibarı ile bu sayı sağlıklı hayat merkezleri bünyesinde yer alan 170 Verem Savaş Birimine inmiştir. Ülkemizde verem açısından da yüksek riskli dezavantajlı grupların oranı ve düzenli olarak ülkemizde artış gösteren Verem Ölümleri göz önüne alınacak olursa bu rakam kaygı vericidir.

Türkiye'deki 490 Askeri Sağlık Biriminde sivil hekimler hizmet vermektedir. Ayrıca 2024 yılında entegre hizmet veren 170 Veremle Savaş birimi; 90 ÇEKÜS, 94 KETEM, 26 Sıtma Savaş birimi, 44 ÇASMER ve 2472 Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi hizmet vermektedir.[12]

4. Sonuç ve Öneriler

1. *Aile Sağlığı Merkezleri ve İlçe SM/TSM binaları yetersizdir, imar planlarında bu kuruluşlara yer ayrılmalı, birinci basamak sağlık hizmetleri, hizmete uygun yapıdaki "**kamu binalarında" hizmet verilmelidir**.*
2. ***Aile hekimi başına düşen nüfus** etkin bir birinci basamak hizmet vermeyi engelleyecek düzeyde **yüksektir**. Ülkemizdeki pratisyen hekimlerin sadece %59'u AH olarak görev yapmaktadır. AH olarak görev yapmayan hekimlerin AH olarak çalıştırılması için düzenlemeler yapılmalı, başta Acil Servislerde görevlendirilen pratisyen hekimler olmak üzere sayıca **planlama fazlası olan hekimler AH olarak görevlendirilmelidir**. Bu düzenleme boş kalan AH birimlerinin İlçe SM/TSM hekimleri ile ikame edilmesi iş barışını bozmakta birinci basamak sağlık hizmetinin sürekliliğine zarar vermektedir. **Bütün ASM'lerinin "A" tipi ASM olması sağlanarak** başta yarı kentsel ve kırsal bölgeler olmak üzere hızla grup pratiği uygulamasına geçilmelidir.*
3. *AHB'lerinin **hastanelerle eşgüdümünü geliştiren uygulamalar** başlangıç aşamasında olmasına karşın **olumludur**.*

4. ***AHB'leri nüfusunun Coğrafi yerleşime uygun*** *olarak yeniden düzenlenmesi* ***yararlı bir uygulamadır.***

5. ***BOH tespit ve izlemleri (HYP)*** *ve hastanelerle eşgüdümü sağlayan uygulamalar henüz daha başlangıç aşamasında olmasına karşın* ***ümit verici*** *uygulamalardır. Bunlara ısrarla devam edilmeli ve geliştirilmelidir.*

6. *Dar ve geniş bölge* ***hizmetlerin periyodik olarak raporlanması sorunu*** *kronikleşen ve yıllar içinde hiçbir* ***gelişme sağlanamayan*** *bir sorundur. Hizmetlerde yapılan müdahalelerin başarısının ölçümü ancak hizmet sürveyansı ile mümkündür. Aksi düşünülemez.*

7. ***Kırsal kesim birinci basamak hizmetten giderek daha az yararlanmaktadır****. AH tarafından bu bölgelere yapılan "gezici sağlık hizmetini" bu tanımı karşılamaktan uzak olan etkisi çok sınırlı olan popülist bir hizmet olarak değerlendiriyoruz.*

8. *İlçe düzeyindeki sağlık örgütlenmesinde* ***yönetim*** *(İlçeSM-TSM)* ***ve hizmet birimleri*** *(Sağlıklı Hayat Merkezi-SHM)* ***birbirinden ayrılmalıdır.*** *Çevreye yönelik ve Sağlığı geliştirici hizmet veren SHM'lerinin görev tanımları netleştirilerek halk tarafından daha iyi tanınır olması ve etkin hizmet üretmesi sağlanmalı, Her ilçeye en az bir tane (büyük nüfuslu bölgelerde nüfusa göre sayıları artırılarak birden fazlada olabilir) Sağlıklı Hayat Merkezi Kurulmalıdır.*

9. *Hem sağlık profesyonelleri hem de vatandaşlar için* ***dijital sağlık okuryazarlığını artıracak eğitimler düzenlenmeli ve teknolojik altyapı sürekli geliştirilmeli****, hizmet sunumunu ve erişilebilirliği arttırabilecek uzaktan muayene/danışmanlık vb. çalışmalar altyapısı ve mevzuat desteği tamamlanarak kullanıma açılmalıdır.*

10. *Farklı dezavantajlı grupların,* ***yaşlıların ve engelli bireylerin*** *kapsayıcı hizmet modelleri aracılığı ile* ***sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıracak özel politikalar*** *geliştirilmelidir.*

KAYNAKLAR

1. Starfiled B. Primary Care (concept, evaluation and policy). Oxford University Press, NewYork, 1992. ISBN:0-19-507489-0.
2. Üner,S. ve Okyay, P. (Ed.). (2020). *Türkiye Sağlık Raporu 2020.* Ankara: Hipokrat Yayınevi. ISBN: 978-605-7874-83-2.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı 2024 Faaliyet Raporu. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/50450/0/tc-saglik-bakanligi-2024-yili-faaliyet-raporupdf.pdf)
4. TC.Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Birim Faaliyet Raporu 2024. Ocak 2025. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/HSGM_2024_Birim_Faaliyet_Raporu_PDF.pdf.
5. EUROSTAT, Healthcare personnel statistics–physicians, Güncelleme Aralık.2024. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians
6. TC. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024 Haber Bülteni. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/51942/0/haber-bulteni-2024-trpdf.pdf
7. EUROSTAT, Healthcare activities statistics – consultations. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_activities_statistics_-_consultations#:~:text=The%20average%20number%20of%20consultations%20generally%20ranged%20between%204.4%20and,physician%20per%20inhabitant%20during%202023).
8. Aile Hekimliği Sözleşme Yönetmeliği- RG-29/7/2023-32263-CK-7432/5 md.
9. EUROSTAT, Influenza vaccination rate of elderly. https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/ddn-20171127-1
10. TC. Resmi Gazete. Geçici koruma yönetmeliği. *Resmî Gazete Tarihi: 22.10.2014 Resmî Gazete Sayısı: 29153*
11. TC Sağlık Bakanlığı. SIHHAT - Türkiye'de Göçmen Sağlığı Hizmetlerinin Desteklenmesi Projesi (IPA-III/2023/433-160). https://sihhatproject.saglik.gov.tr/
12. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetleri GM, 2024

Yataklı Tedavi Hizmetleri

Ayşegül Ekemen, Ferruh Niyazi Ayoğlu

Yataklı tedavi hizmetleri ulusal ve/veya uluslararası ölçekte sağlık hizmetlerinin önemli bileşenlerinden biridir. Bu bölümde temel veri kaynağı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlık İstatistik Yıllıklarında paylaşılan veriler kullanılmıştır. Çalışma daha önce yayınlanmış olan Türkiye Halk Sağlığı Raporu 2012[1], Türkiye Sağlık Raporu 2014[2] ve Türkiye Sağlık Raporu 2020[3] başlıklı çalışmalarda yer alan bölümlerin devamı niteliğindedir ve geçmiş yayınlarda yer alan verilerin yinelenmemesi için Sağlık Bakanlığı tarafından 2019-2023 yılları için yayınlanan İstatistik Yıllıklarında[4-8] paylaşılan veriler temel alınarak 2019-2023 yıllarına odaklanmaktadır.

Türkiye'de 2023 yılında gerçekleşen hekime başvuru sayısı 973 milyon 519 bin 87'dir ve başvuruların %55.2'si hastanelerde gerçekleşmiştir; aynı yıl için yıllık kişi başına hekime başvuru sayısı 1. basamak sağlık hizmetlerinde 4.9, 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerinde 6.5 olmak üzere toplamda 11.4'tür.[8] Türkiye'de 2019-2023 yılları arasında gerçekleşen sağlık kuruluşuna başvuruların %55.2-62.8'i hastanelerde gerçekleşmiştir.[4-8] Hastanelerin ve hasta yataklarının sektörlere göre dağılımı **Tablo 1** ve **Tablo 2**'de paylaşılmıştır.

Tablo 1. 2019-2023 yılları arasında hastanelerin sektörlere göre dağılımı.

Yıl	S. Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
2019	895	58.2	68	4.4	575	37.4	1538
2020	900	58.7	68	4.4	566	36.9	1534
2021	908	58.7	68	4.4	571	36.9	1547
2022	915	58.8	68	4.4	572	36.8	1555
2023	933	59.6	68	4.3	565	36.1	1566

Kaynak:4-8.

Tablo 2. 2019-2023 yılları arasında hastane yataklarının sektörlere göre dağılımı.

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
2019	143412	60.4	42925	18.1	51167	21.5	237504
2020	156965	62.5	41987	16.7	52230	20.8	251182
2021	157714	61.9	42978	16.9	53805	21.1	254497
2022	163207	62.3	43914	16.7	55069	21.0	262190
2023	167649	62.9	43878	16.5	55067	20.7	266594

Kaynak: 4-8.

Tablo 3. 2019-2023 yılları arasında hastane başvurularının sektörlere göre dağılımı.

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
Yıl	n	%	n	%	n	%	
2019	391526250	76.7	46211148	9.1	72669168	14.2	510406566
2020	242701322	72.4	31725506	9.5	60906243	18.1	335333071
2021	308173929	73.8	40102992	9.6	69311238	16.6	417588159
2022	379606795	75.9	45746680	9.2	74777721	14.9	500131196
2023	424550715	78.9	45534172	8.5	67440929	12.6	537525816

Kaynak: 4-8.

Türkiye'de 2023 yılı itibarı ile bulunan 1566 hastanenin 933'ü (%59,6) Sağlık Bakanlığı'na, 68'i (%4.3) Üniversitelere, 565'i (%36.1) özel sektöre aittir ve 266 bin 594 hastane yatağının 167 bin 649'u (%62.9) Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, 43 bin 878'i (%16.5) üniversite hastanelerinde, 55 bin 67'si (%20.6) özel sektör hastanelerinde bulunmaktadır[8]. Görüldüğü gibi, hastanelerin %4.3'ünü oluşturan üniversite hastaneleri hastane yataklarının %16.5'ine sahipken, hastanelerin %36.1'ini oluşturan özel hastaneler hastane yataklarının %20.6'sına sahiptir. Bu durum söz konusu kurumların hastane yatağı tercihlerinin bir sonucudur; hastane başına düşen ortalama yatak sayısı 2023 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 179.2, üniversite hastanelerinde 645.3, özel hastanelerde ise 97.5'tir.

Değerlendirilmesi gereken bir diğer konu, **Tablo 1** ve **2**'de paylaştığımız mevcut sayı ve yatak kapasiteleri ile Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sektör hastanelerinin hastane başvurularını ne düzeyde karşıladıklarıdır ve buna yönelik veriler **Tablo 3**'te paylaşılmıştır. 2019-2023 yıllarını kapsayan beş yıllık dönemde yıllık hastane başvurularının %72.4-78.9'u Sağlık Bakanlığı hastaneleri, %8.5-9.6'sı üniversite hastaneleri, %12.6-18.1'i özel hastaneler tarafından karşılanmıştır.[4--8] Bu oran 2023 yılında sırasıyla %78.9, %8.5 ve %12.6 şeklindedir. Başka bir ifade ile, yaklaşık olarak her 10 hastaneden 6'sına, her 10 hasta yatağından 6'sına sahip olan Sağlık Bakanlığı, hastane başvurularının ¾'ünü karşılamıştır.

Benzer bir değerlendirme hastane yatışları için de yapılabilir (**Tablo 4**). 2023 yılı itibarı ile ülke genelinde 13 milyon 391 bin 434 hastane yatışı gerçekleşmiştir ve bu yatışların %57.4'ü Sağlık Bakanlığı hastaneleri, %14,9'u üniversite hastaneleri, %27.7'si ise özel hastaneler tarafından karşılanmıştır[8]. Söz konusu oranlar 2019-2023 yıllarında Sağlık Bakanlığı hastaneleri için %56.1-57.4 arasında, üniversite hastaneleri için %14.9-15 arasında, özel hastanelerde %28.9-27.7 arasında değişmektedir.[4-8] Hastane, yatak, başvuru ve yatış sayıları birlikte değerlendirildiğinde sektörler arasında farklılıklar izlenmektedir. Sağlık Bakanlığı hastaneleri 2023 yılında hastanelerin %59.6'sını oluştururken ve hastane yataklarının %62.9'una sahipken, hastane başvurularının %78.9'u, hastane yatışlarının ise %57.4'ü bu hastanelerde karşılanmıştır. Buna karşılık, özel hastaneler hastanelerin %36.1'ini oluştururken ve hastane yataklarının %20 .7'sine sahipken, hastane başvurularının %12.6'sı, hastane yatışlarının %27.7'si bu hastanelerce karşılanmıştır. Hastanelerin %4.3'ünün oluştururken hastane yataklarının %16.5'ine sahip olan üniversite hastaneleri, hastane başvurularının %8.5'ini, hastane yatışlarının ise %14.9'unu karşılamış durumdadır.

Türkiye'de 2023 yılında toplam hastanede yatılan gün sayısı 56 milyon 594 bin 852'dir ve bunların %63.5'i Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %18.4'ü üniversite hastanelerinde, %18.1'i de özel hastanelerde gerçekleşmiştir[8]. Bu oranlar 2019-2023 yıllarını kapsayan dönemde Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %58.7-63.5 arasında, üniver-

Tablo 4. 2019-2023 yılları arasında hastane yatışlarının sektörlere göre dağılımı.

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
Yıl	n	%	n	%	n	%	
2019	7742707	56.1	2072720	15.0	3990922	28.9	13806349
2020	5517337	51.9	1546362	14.5	3556818	33.5	10620517
2021	6110494	51.9	1859399	15.8	3815599	32.4	11785492
2022	7167463	54.0	2044982	15.4	4068175	30.6	13280620
2023	7691800	57.4	1989553	14.9	3710081	27.7	13391434

Kaynak: 4-8.

site hastanelerinde %18.3-19.3 arasında, özel hastanelerde ise %18.1-22.2 arasında değişmektedir (**Tablo 5**)[4-8]. Bu durumda, 2023 yılında, hastanelerin %59.6'sına, hastane yataklarının %62.9'una ve nitelikli yatakların %65.2'sine sahip olan Sağlık Bakanlığı hastaneleri hastanelere başvuruların %78.9'unu, yatışların %57.4'ünü, yatış günlerinin %63.5'ini karşılarken, hastanelerin %36.1'ine, hastane yataklarının %20.7'sine ve nitelikli yatakların %20.2'sine sahip olan özel hastaneler ise hastane başvurularının %12.6'sını, yatışların %27.7'sinin ve yatış günlerinin %20'sini karşılamaktadır. Aynı yılda ülke genelindeki hastanelerin %4.3'ünün, hastane yataklarının %16.5'inin ve nitelikli yatakların %14.6'sının bulunduğu üniversite hastaneleri de hastane başvurularının %8.5'ini, yatışların %14.9'unu ve yatış günlerinin ise %18.4'ünü karşılaşmış durumdadır.

Daha önce de değinildiği gibi 2023 yılı itibarı ile ülke genelinde 266 bin 594 yatağın bulunduğu 1566 hastaneye 537 milyon 525 bin 816 başvuru gerçekleşmiş, bu başvuruların %2.5'ini oluşturan 13 milyon 391 bin 434'üne yatış kararı verilmiş ve toplam hastane yatış günü de 56 milyon 594 bin 852 olarak gerçekleşmiştir.[8] Bununla birlikte, 2023 yılında ülke genelindeki yatak doluluk oranı %58.2'dir ve yatış verilen hastaların ortalama hastanede kalış süresi 4.2 gündür (**Tablo 6**). Bu değerler sırasıyla Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %58.8 ve 4.7 gün, üniversite hastanelerinde %65 ve 5.2 gün, özel hastanelerde %50.9 ve 2.8 gündür. 2019-2023 yıllarını kapsayan dönemde söz konusu değerler Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %50-67.3 ve 4.6-5.2 gün arasında, üniversite hastanelerinde %57.7-69.8 ve 5.2-5.7 gün arasında, özel hastanelerde %50.9-60.7 ve 2.8-3 gün arasında görece sabit bir değişimle seyretmiştir.

Tanımlanan genel tabloda dikkati çeken bir nokta, ortalama hastanede kalış günü yönünden sektörler arasında izlenen farklılık, özellikle de özel hastanelerde daha düşük olan hastanede kalış süresidir. Yatış kararı verilen hastaların hastanede kalış süresinin "tıbbi gereklilikler tümüyle yerine getirilebilecek biçimde olası olduğunca kısa" olması hastane enfeksiyonları gibi ek morbiditelerden korunmada önemli olduğu kadar, mevcut hastane yataklarının verimli kullanılabilmesi için de istenen bir durumdur. Bununla birlikte, hastaneler arasında ortalama hastanede kalış gününde izlenen farklılıklar, başvuru nedenlerinin farklılığı, yatış verilen hastalarda klinik seyrin ağırlığı, hastanelerin sahip olduğu tıbbi donanım ve insan gücüne bağlı olarak tıbbi tetkik, tanı koyma ve gerekli müdahaleleri gerçekleştirme süreçlerinin hızı gibi tıbbi nedenlere bağlı olarak oluşabileceği gibi, hastanelerin ve/veya sektörlerin yatış vermeye yönelik eğilim ya da politikalarının bir sonucu da olabilir. Dikkate değer bir konu da hastanelerde izlenen yatak doluluk oranlarıdır ve bu oranlar ilerleyen bölümlerde nitelikli

Tablo 5. 2019-2023 yılları arasında sektörlere göre hastanelerde yatılan gün sayısı.

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
Yıl	n	%	n	%	n	%	
2019	35229409	61.3	10935287	19.0	11336841	19.7	57501537
2020	28641582	59.5	8839894	18.3	10686986	22.2	48168462
2021	30370013	58.7	9971722	19.3	11400432	22.0	51742167
2022	33434089	60.1	10715296	19.3	11459996	20.6	55609381
2023	35953868	63.5	10412638	18.4	10228346	18.1	56594852

Kaynak: 4-8

Tablo 6. 2019-2023 yılları arasında sektörlere göre yatak doluluk oranları (YDO, %) ve yatan hasta ortalama kalış günü (YHOKG).

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam	
Yıl	YDO	YHOKG	YDO	YHOKG	YDO	YHOKG	YDO	YHOKG
2019	67.3	4.6	69.8	5.3	60.7	2.8	66.3	4.2
2020	50.0	5.2	57.7	5.7	56.1	3.0	52.5	4.5
2021	52.8	5.0	63.6	5.4	58.1	3.0	55.7	4.4
2022	56.1	4.7	66.9	5.2	57.0	2.8	58.1	4.2
2023	58.8	4.7	65.0	5.2	50.9	2.8	58.2	4.2

Kaynak: 4-8.

Tablo 7. 2019-2023 yıllarında İBBS-1'e göre 10000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı.

Bölge	2019	2020	2021	2022	2023
Doğu Karadeniz	32.9	35.7	34.6	34.6	33.7
Batı Karadeniz	32.6	34.3	34.3	34.6	33.8
Kuzeydoğu Anadolu	29.6	30.8	31.6	31.7	31.5
Ortadoğu Anadolu	30.5	31.0	31.9	33.1	33.1
Batı Marmara	29.5	30.4	30.6	30.3	29.9
Batı Anadolu	33.9	35.5	34.5	39.9	41.1
Orta Anadolu	31.0	31.5	33.6	33.2	32.9
Ege	29.0	29.0	29.3	29.5	31.2
Doğu Marmara	26.2	27.8	27.4	27.1	27.6
Akdeniz	28.7	29.3	29.5	29.4	30.0
Güneydoğu Anadolu	23.3	24.1	24.2	24.9	26.3
İstanbul	26.2	30.0	29.6	30.2	29.9
Türkiye geneli	28.6	30.0	30.1	30.7	31.2

Kaynak: 4-8.

yatak sayıları ve oranları ile birlikte yeniden değinilmeyi gerektirmektedir.

Hastane yataklarının ülke genelinde dağılımına yönelik olarak sıkça kullanılan ölçütlerden birisi 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısıdır. Ölçüt, hastane yatakların belirli bir coğrafyada nüfusa göre dengeli bir biçimde dağılıp dağılmadığını yorumlamaya olanak sağlaması nedeniyle de kullanışlı bir ölçüttür. Bireylerin yataklı tedavi hizmetlerinden eşitlikçi bir biçimde yararlanabilmesi için, 10 bin kişiye düşen yatak sayısının ülke genelinde dengeli dağılımının sağlanması önemli katkı sağlayacaktır.

Türkiye'de İBBS-1'e göre 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayıları incelendiğinde (**Tablo 7**), 2019 yılında ülke geneli için 28.6 olan 10 bin kişiye düşen yatak sayısı 2023 yılında 31.2'ye ulaşmıştır[4-8]. 2019-2023 yılları arasını kapsayan 5 yıl boyunca 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı en yüksek olarak 2019, 2022 ve 2023 yıllarında Batı Anadolu bölgesinde, 2020 ve 2021 yıllarında Doğu Karadeniz bölgesinde izlenmiştir. Ülke ortalamasının altında kalan bölgeler; 2019 yılında Doğu Marmara, Güneydoğu Anadolu bölgeleri ve İstanbul, 2020 yılında Ege, Doğu Marmara, Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri, 2021 yılında Ege, Doğu Marmara, Akdeniz, Güneydoğu Anadolu bölgeleri ve İstanbul, 2022 yılında Batı Marmara, Ege, Doğu Marmara, Akdeniz, Güneydoğu Anadolu bölgeleri ve İstanbul, 2023 yılında Batı Marmara, Doğu Marmara, Akdeniz, Güneydoğu Anadolu bölgeleri ve İstanbul olmuştur.[4-8]

Yataklı tedavi kurumlarının sahip olduğu hasta yataklarına yönelik bir değerlendirme de nitelikli yatakların durumudur. Nitelikli yatak, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan istatistik yıllıklarında "içinde tuvaleti ve banyosu ile en fazla 2 hasta yatağı, televizyon, telefon, buzdolabı, yemek masası, etajeri ve yatılabilen refakatçi koltuğu bulunan odalardaki yatak" olarak tanımlanmaktadır.[4--8] Nitelikli yataklar yataklı tedavi hizmetlerine yönelik bir kalite göstergesi olarak kabul edilmekle birlikte, özellikle bulaşıcı hastalıklarda bir grup hastanın hastanede izolasyonuna gereksinim duyulan durumlarda da önemli bir işleve sahiptir ve COVID-19 pandemisi süresince de yoğun biçimde gündeme gelmiştir.

Türkiye'de 2023 yılında bulunan toplam 266 bin 594 hastane yatağının 179 bin 597'si (%67.4) nitelikli hastane yatağı özelliğine sahiptir, nitelikli hastane yataklarının %65.2'si Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %14.6'sı üniversite hastanelerinde, %20.2'si özel hastanelerde bulunmaktadır ve nitelikli yatak oranı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %81.9, üniversite hastanelerinde %70.8, özel hastanelerde %96.3'tür[8] (**Tablo 8** ve **Tablo 9**). Nitelikli hastane yataklarının 2019-2023 yılları arasında sektörlere göre dağılımı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %61.5-65.2 arasında, üniversite hastanelerinde %14.6-16.1 arasında, özel hastanelerde %20.2-22.4 arasında değişmektedir[4-8]. Süreç içerisinde nitelikli hastane yataklarının sektörlere göre dağılımında Sağlık Bakanlığı hastanelerinin payı giderek artmaktadır. Hastane başına düşen yatak sayısının Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinden daha düşük olarak planlandığı özel hastanelerde hastane yataklarının tamamına yakını, %96.3'ü nitelikli hastane yatağı şeklindedir. Diğerleri ile karşılaştırıldığında, %70.8 ile en düşük nitelikli hastane yatağı

Tablo 8. 2019-2023 yılları arasında nitelikli hastane yataklarının sektörlere göre dağılımı.

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
2019	90770	61.5	23790	16.1	33095	22.4	147655
2020	101388	63.5	24172	15.1	34205	21.4	159765
2021	103945	63.4	24929	15.2	35119	21.4	163993
2022	110670	64.1	25884	15.0	36109	20.9	172663
2023	117112	65.2	26129	14.6	36356	20.2	179597

Kaynak: 4-8

Tablo 9. 2019-2023 yılları arasında sektörlere göre nitelikli yatak oranları (%).

Yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
2019	72.0	64.8	95.1	74.7
2020	76.2	68.8	96.8	78.5
2021	77.9	69.3	96.7	79.7
2022	79.6	70.2	96.5	80.9
2023	81.9	70.8	96.3	82.5

Kaynak: 1-5.

oranının 3. basamak sağlık hizmeti sunması beklenen üniversite hastanelerinde olması da değerlendirmeye değer bir durum oluşturmaktadır.

Nitelikli hastane yatağı oranları bölgeler arasında farklılık göstermektedir (**Tablo 10**). Nitelikli hastane yatağı oranı yönünden, 2019-2023 yılları arasındaki süreçte Doğu Karadeniz, Batı Anadolu, Ege ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri tüm yıllarda, Batı Karadeniz ve Ortadoğu Anadolu bölgeleri 2021-2022 yıllarında, Orta Anadolu bölgesi 2023 yılında, İstanbul 2019 yılında ülke ortalamasının altında kalmaktadır; nitelikli hastane yatağı oranının en yüksek olduğu bölgeler ise 2019 yılında Ortadoğu Anadolu, 2020, 2021 ve 2022 yıllarında Doğu Marmara, 2023 yılında Kuzeydoğu Anadolu bölgesi olmuştur.[4-8]

Tablo 10. 2019-2023 yılları arasında ibbs-1'e göre nitelikli yatak oranı (%).

Bölge	2019	2020	2021	2022	2023
Doğu Karadeniz	73.2	75.1	78.6	79.7	82.2
Batı Karadeniz	77.3	78.7	79.5	81.4	83.8
Kuzeydoğu Anadolu	77.2	84.5	84.5	86.5	89.5
Ortadoğu Anadolu	81.8	81.1	79.6	80.7	82.6
Batı Marmara	77.8	83.7	84.3	85.0	85.0
Batı Anadolu	71.6	78.3	78.9	80.9	78.6
Orta Anadolu	75.8	80.8	81.0	82.3	82.2
Ege	69.9	72.0	72.9	75.1	78.2
Doğu Marmara	83.3	84.9	86.0	86.7	89.2
Akdeniz	78.6	80.5	80.9	82.8	87.6
Güneydoğu Anadolu	68.6	70.3	73.8	73.6	76.3
İstanbul	71.9	79.5	81.8	82.1	83.0
Türkiye geneli	74.7	78.5	79.7	80.9	82.5

Kaynak: 4-8.

Daha önce de vurgulandığı gibi, 2020 yılında yaşanan COVID-19 pandemisi hastanede izolasyonu gereken hastalar ile nitelikli hastane yatağı ve yoğun bakım yatağı sayılarını gündemin ön sıralarına taşımış ve bu yataklara duyulan gereksinim çok sayıda tartışmanın odak noktası haline gelmiştir. Pandeminin ülkemizdeki merkez üssü olarak nitelendirilen İstanbul 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısında olduğu gibi, nitelikli hasta yatağı oranında da 2019 yılında %71.9 ile %74.7 olan ülke ortalamasının altında kalarak salgına dezavantajlı olarak yakalanmıştır. Bu kapsamda İstanbul'da bulunan yoğun bakım yatakları da ilerleyen bölümlerde ele alınacaktır.

Yataklı tedavi hizmetlerinin önemli bir bileşeni de yoğun bakım hizmetleridir. Yoğun bakım yataklarının sektörlere göre dağılımı ve 10 bin kişiye düşen yoğun bakım yatağı sayıları Tablo11 12'de paylaşılmıştır. Türkiye'de 2023 yılı itibarı ile 48 bin 966 yoğun bakım yatağı bulunmaktadır ve bu yataklar tüm hastane yataklarının %18.4'ünü oluşturmaktadır[8]. Yoğun bakım yataklarının %50.3'ü Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %14.3'ü üniversite hastanelerinde, %35.4'ü özel hastanelerde bulunurken, yoğun bakım yataklarının hastane yatakları içerisindeki oranı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %14.7, üniversite hastanelerinde %15.9, özel hastanelerde %31,5'tir.

Türkiye'de 10 bin kişiye düşen yoğun bakım yatağı sayısı 2023 yılı itibarı ile 5.7'dir ve ölçüt bölgeler ve şehirler arasında farklılık göstermektedir.[8] 2019-2023 yılları arasını kapsayan 6 yıllık süreç boyunca Doğu ve Batı Karadeniz, Kuzeydoğu Anadolu, Orta Anadolu, Batı ve Doğu Marmara ile Ege bölgeleri tüm yıllarda, Ortadoğu Anadolu ise 2020 ve 2021 yıllarında ülke ortalamasının altında iken, Batı Anadolu 2020-2023 döneminde, Akdeniz ise 2019-2022 döneminde 10 kişiye düşen yoğun bakım yatağı yönünden en avantajlı bölgeler olmuştur.[4-8]

Tablo 11, 12'de paylaşılan yoğun bakım yatağı sayıları erişkin, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım yataklarının toplamını yansıtmaktadır. Türkiye'de 2023 yılı itibarı ile 48 bin 966 yoğun bakım yatağının %67'si erişkin, %27.9'u yenidoğan yoğun bakım yatağı iken, sadece %5.2'si çocuk yoğun bakım yatağı niteliğindedir.[8] Ülke genelinde 2023 yılı itibarı ile bulunan 32787 erişkin

Tablo 11. 2019-2023 yılları arasında yoğun bakım yataklarının sektörlere göre dağılımı.

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
Yıl	n	%	n	%	n	%	
2019	17389	43.5	6199	15.5	16367	41.0	39955
2020	23939	50.2	6866	14.4	16895	35.4	47700
2021	24264	49.8	6995	14.3	17494	35.9	48753
2022	24142	49.5	7020	14.4	17645	36.1	48807
2023	24639	50.3	6995	14.3	17332	35.4	48966

Kaynak: 4-8.

Tablo 12. 2019-2023 yılları arasında İBBS-1'e göre 10000 kişiye düşen yoğun bakım yatağı sayısı.

Bölge	2019	2020	2021	2022	2023
Doğu Karadeniz	4.2	5.4	5.4	5.0	5.0
Batı Karadeniz	4.4	5.5	5.5	5.4	5.2
Kuzeydoğu Anadolu	3.4	4.1	4.2	4.4	4.4
Ortadoğu Anadolu	5.0	5.5	5.7	5.9	5.8
Batı Marmara	4.5	5.2	5.5	5.4	5.3
Batı Anadolu	5.1	6.4	6.4	7.1	7.1
Orta Anadolu	4.7	5.5	5.6	5.3	5.2
Ege	4.3	5.1	5.1	5.1	5.4
Doğu Marmara	4.3	5.4	5.3	5.0	5.2
Akdeniz	5.6	6.4	6.4	6.2	6.1
Güneydoğu Anadolu	5.3	5.7	5.9	5.7	6.0
İstanbul	4.9	6.0	6.1	6.0	5.9
Türkiye geneli	4.8	5.7	5.8	5.7	5.7

Kaynak: 4-8.

Tablo 13. 2019-2023 yılları arasında erişkin yoğun bakım yataklarının sektörlere göre dağılımı.

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
Yıl	n	%	n	%	n	%	
2019	12136	47.9	4168	16.4	9060	35.7	25364
2020	18440	56.5	4635	14.2	9588	29.3	32663
2021	18545	55.7	4746	14.2	10032	30.1	33323
2022	17974	54.8	4741	14.4	10099	30.8	32814
2023	18116	55.2	4718	14.4	9953	30.4	32787

Kaynak: 4-8.

Tablo 14. 2019-2023 yılları arasında çocuk yoğun bakım yataklarının sektörlere göre dağılımı.

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
Yıl	n	%	n	%	n	%	
2019	1043	58.6	588	33.1	147	8.3	1778
2020	1138	58.2	651	33.3	167	8.5	1956
2021	1286	60.2	661	30.9	188	8.8	2135
2022	1430	61.9	662	28.7	216	9.4	2308
2023	1616	64.1	671	26.6	235	9.3	2522

Kaynak: 4-8.

Tablo 15. 2019-2023 yılları arasında yenidoğan yoğun bakım yataklarının sektörlere göre dağılımı.

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
Yıl	n	%	n	%	n	%	
2019	4210	32.9	1443	11.3	7160	55.8	12813
2020	4361	33.3	1580	12.1	7140	54.6	13081
2021	4433	33.4	1588	11.9	7274	54.7	13295
2022	4738	34.6	1617	11.8	7330	53.6	13685
2023	4907	35.9	1606	11.8	7144	52.3	13657

Kaynak: 4-8.

yoğun bakım yatağının %55.2'si Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %14.4'ü üniversite hastanelerinde, %30.4'ü özel hastanelerde (**Tablo 13**), 2522 çocuk yoğun bakım yatağının %64.1'i Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %26.6'sı üniversite hastanelerinde, %9.3'ü özel hastanelerde (**Tablo 14**), 13657 yenidoğan yoğun bakım yatağının ise %35.9'u Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %11.8'i üniversite hastanelerinde, %52.3'ü özel hastanelerde bulunmaktadır (**Tablo 15**).

Yoğun bakım yataklarının ve alt grupların sektörler arasındaki dağılımı, bu yatakların planlanmasına yönelik yaklaşımlardaki farklılıkları yansıtacak niteliktedir. Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler erişkin ve çocuk yoğun bakım yataklarının dağılımındaki %55.2 ve %64.1'lik oranlarla ilk sırada bulunurken, yenidoğan yoğun bakım yataklarında %52.3'lük oran ile özel hastaneler ilk sırayı almaktadır. Farklı sektörlerdeki hastanelerin yoğun bakım yataklarına yönelik planlama farklılıklarını destekleyen diğer bir değerlendirme de, yoğun bakım yatağı alt gruplarının farklı sektörlerdeki dağılımıdır. Her üç sektörde de en çok bulunan yoğun bakım yatağı sırasıyla erişkin, yenidoğan ve çocuk yoğun bakım yataklarıdır. Bununla birlikte, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bulunan yoğun bakım yataklarının %73.5'i erişkin, %19.9'u yenidoğan, %6.6'sı çocuk yoğun bakımı iken, üniversite hastanelerinde %67.4'ü erişkin, %23'ü yenidoğan, %9.6'sı çocuk yoğun bakım yatağıdır. Özel sektörde ise dağılım %57.4 erişkin, %41.2 yenidoğan ve %1.4 çocuk yoğun bakım yatağı şeklindedir. Yenidoğan yoğun bakım yataklarının ağırlıklı olarak özel hastanelerde bulunması ulusal sağlık planlamalarında üzerinde durulması gereken bir unsurdur.

Tablo 16: 2019-2023 yılları arasında ameliyat odalarının sektörlere göre dağılımı.

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
Yıl	n	%	n	%	n	%	
2019	3562	52.5	1066	15.7	2156	31.8	6784
2020	3527	52.0	1068	15.8	2185	32.2	6780
2021	3739	52.9	1067	15.1	2267	32.1	7073
2022	3999	54.0	1074	14.5	2331	31.5	7400
2023	4102	54.5	1074	14.3	2355	31.2	7531

Kaynak: 4-8.

Tablo 17. 2019-2023 yılları arasında ameliyatların sektörlere göre dağılımı.

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
Yıl	n	%	n	%	n	%	
2019	2796484	53.5	948936	18.2	1478395	28.3	5223815
2020	1613841	43.3	708994	19.0	1399383	37.6	3722218
2021	2191281	46.6	939861	20.0	1572952	33.4	4704094
2022	2997651	51.9	1077013	18.7	1698385	29.4	5773049
2023	3342804	55.7	1114775	18.6	1534759	25.6	5992338

Kaynak: 4-8.

Yataklı tedavi hizmetleri kapsamında değerlendirilecek diğer bir bileşen de ameliyatlardır (**Tablo 16** ve **Tablo 17**). 2023 yılı itibarı ile Türkiye'de 1959 ameliyathane, 7531 ameliyat odası ve 7663 ameliyat masası ile hizmet sunulmaktadır ve toplam 5 milyon 992 bin 338 ameliyat gerçekleştirilmiştir.[8] Yine 2023 yılı itibarı ile ameliyat odalarının %54.5'i Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %14.3'ü üniversite hastanelerinde, %31.2'si özel hastanelerde bulunurken ameliyatların %55.7'si Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %18.6'sı üniversite hastanelerinde, %25.6'sı özel hastanelerde gerçekleştirilmiştir.[8]

2019-2023 yıllarını kapsayan 5 yıllık dönemde ameliyat odası başına düşen yıllık ameliyat sayısı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %3.8'lik artışla 7855.1'den 814.9'a, üniversite hastanelerinde %16.6'lık artışla 890.2'den 1038'e yükselmiş, buna karşılık özel hastanelerde %5'lik azalma ile 685.7'den 51.7'ye inmiştir4-8. Süreç içerisinde yaşanan söz konusu değişim üniversite hastanelerinde görev yapan ameliyathane çalışanlarının iş yükü artışı yönünden düşündürücüdür.

Türkiye'de 2023 yılında gerçekleştirilen ameliyatların %14.1'i A grubu, %35.9'u B grubu, %49.9'u C grubu ameliyatlardır; A grubu ameliyatların %45.5'i Sağlık Bakanlığı, %30.7'si üniversite hastaneleri, %23.8'i özel hastanelerde gerçekleştirilmişken, bu değerler sırasıyla B grubu ameliyatlar için %58.5, %18.5, %23, C grubu ameliyatlar için %56.7, %15.2 ve %28'dir[8]. Sektörlere göre ameliyat grupları değerlendirildiğinde Sağlık Bakanlığı hastanelerinde gerçekleştirilen ameliyatların %11.5'i A, %37.7'si B, %50.8'i C grubundadır ve bu değerler sırasıyla üniversite hastanelerinde %23.3, %35.8 ve %40.9, özel hastanelerde ise %13.1, %32.3 ve %54.6'dir[8]. Hastanelerde gerçekleştirilen ameliyatların gruplara göre dağılımı Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile özel hastanelerde benzer bir dağılım gösterirken, üniversite hastanelerinde diğerlerine göre A ve B grubu ameliyatların ağırlığı görece fazla, C grubu ameliyatların ağırlığı görece azdır.

Türkiye'de yataklı tedavi kurumlarında 2023 yılı itibarı ile 1001 MR, 1359 BT, 5750 ultrason, 8053 dopler ultrason ve 3127 EKO, 959 mamografi cihazı bulunmaktadır[1]. 2019-2023 yıllarını kapsayan 5 yıllık dönemde MR cihazlarında %10.9, BT cihazlarında %12 artış izlenirken, artış oranı EKO cihazlarında %15.2, dopler ultrason cihazlarında ise %26.2'dir. Ultrason cihazlarında %5.7, mamografi cihazlarında ise %0.2 azalma izlenmiştir.[4-8]

Yataklı tedavi kurumlarında bulunan MR, BT ve mamografi cihazları ve bu cihazlarla gerçekleştirilen görüntüleme işlemleri bu kurumlarda sunulan hizmetlerin önemli bileşenlerinden biridir. Bununla birlikte, söz konusu cihazların ve bu cihazlarla gerçekleştirilen görüntüleme işlemlerin sektörlere göre dağılımında farklılıklar izlenmektedir. Öncelikle, cihazların artış

oranı sektörel farklılıklar göstermektedir. 2019-2023 döneminde yataklı tedavi kurumlarında bulunan MR cihazı sayısı ülke genelinde %10.9 artış gösterirken, bu artış Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %19.8, üniversite hastanelerinde %5.4 iken, özel hastanelerde %5.7'dir (**Tablo 18**). Yataklı tedavi kurumlarında bulunan BT cihazları için ülke genelinde %12 olan artış, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %20.7, üniversite hastanelerinde %7.9 iken özel hastanelerde %4'tür (**Tablo 19**). Yataklı tedavi kurumlarında bulunan Mamografi cihazlarının sayısında aynı dönemde ülke genelinde %0.2'lik azalma olmuştur; ancak, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %3.7, üniversite hastanelerinde %8.2 artış izlenirken, özel hastanelerde %4.7 azalma olmuştur (**Tablo 20**).

Ülke genelinde MR ve BT cihazlarının 2019-2023 yılları arasındaki bölgesel dağılımları **Tablo 21** ve **Tablo 22**'de paylaşılmıştır. Batı Karadeniz, Doğu Marmara, Orta Anadolu, Ortadoğu Anadolu, ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri bir milyon kişiye düşen MR ve BT sayısında tüm yıllarda ülke ortalamasının altında yer almaktadır. MR cihazı yönünden Doğu Karadeniz, BT cihazı yönünden de Ege bölgeleri 4 yıl Türkiye ortalamasının altında yer almıştır. Bir milyon kişiye düşen MR cihazında 2019'da Ege, 2020-2023'te Batı Anadolu en avantajlı bölge iken, bir milyon kişiye düşen BT cihazında 2019-2023'de Batı Anadolu en avantajlı konumdadır. 2019 yılında MR cihazı yönünden en avantajlı konumda bulunan Ege bölgesi, takip eden yıllar boyunca BT cihazı yönünden ülke ortalamasının altında bulunmaktadır.

MR, BT ve mamografi cihazlarının sektörel dağılımlarında gözlenen farklılıklar bu cihazlarla gerçekleştirilen görüntüle işlemlerinin dağılımı yönünden de

Tablo 18. 2019-2023 yılları arasında sektörlere göre yataklı tedavi kurumlarında bulunan MR cihazı sayısı.

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
Yıl	n	%	n	%	n	%	
2019	338	37.5	112	12.4	452	50.1	902
2020	369	39.3	113	12.0	457	48.7	939
2021	375	39.1	111	11.6	474	49.4	960
2022	379	39.0	114	11.7	480	49.3	973
2023	405	40.5	118	11.8	478	47.8	1001

Kaynak: 4-8.

Tablo 19. 2019-2023 yılları arasında sektörlere göre yataklı tedavi kurumlarında bulunan BT cihazı sayısı.

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
Yıl	n	%	n	%	n	%	
2019	550	45.4	139	11.4	524	43.2	1213
2020	570	45.7	144	11.5	534	42.8	1248
2021	583	45.8	146	11.5	542	42.7	1271
2022	636	47.8	150	11.3	545	40.9	1331
2023	664	48.9	150	11.1	545	40.2	1359

Kaynak: 4-8.

Tablo 20. 2019-2023 yılları arasında sektörlere göre yataklı tedavi kurumlarında bulunan mamografi cihazı sayısı.

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
Yıl	n	%	n	%	n	%	
2019	403	42.0	73	7.6	485	50.5	961
2020	412	41.9	75	7.6	495	50.4	982
2021	396	41.1	78	8.1	490	50.9	964
2022	416	42.8	78	8.0	479	49.2	973
2023	418	43.6	79	8.2	462	48.2	959

Kaynak: 4-8.

Tablo 21. 2019-2023 yılları arasında İBBS-1'e göre hastanelerde bir milyon kişiye düşen MR cihazı sayısı.

Bölge	2019	2020	2021	2022	2023
Doğu Karadeniz	9.8	9.4	9.3	11.0	10.6
Batı Karadeniz	10.0	8.5	8.2	9.2	9.0
Kuzeydoğu Anadolu	7.7	10.0	10.0	10.9	11.4
Ortadoğu Anadolu	9.0	8.4	8.4	8.1	8.6
Batı Marmara	9.5	10.4	11.2	11.0	10.8
Batı Anadolu	11.3	11.7	12.3	13.5	13.0
Orta Anadolu	8.8	9.5	8.5	8.9	9.3
Ege	12.6	9.8	10.2	10.4	11.0
Doğu Marmara	9.0	9.5	9.7	10.0	9.5
Akdeniz	10.4	10.2	10.9	11.3	12.6
Güneydoğu Anadolu	7.5	7.8	8.2	8.3	8.7
İstanbul	12.4	10.3	10.9	10.9	12.4
Türkiye geneli	10.4	9.7	10.1	10.5	10.9

Kaynak:4-8.

Tablo 22. 2019-2023 yılları arasında İBBS-1'e göre hastanelerde bir milyon kişiye düşen BT cihazı sayısı.

Bölge	2019	2020	2021	2022	2023
Doğu Karadeniz	14.9	16.0	15.5	14.4	14.4
Batı Karadeniz	13.8	13.6	13.3	13.6	14.2
Kuzeydoğu Anadolu	13.1	15.0	16.4	17.3	16.5
Ortadoğu Anadolu	13.0	12.4	12.8	13.6	13.5
Batı Marmara	16.2	15.5	16.2	15.1	16.0
Batı Anadolu	16.3	17.6	16.9	17.8	17.0
Orta Anadolu	12.1	11.6	11.6	11.9	12.3
Ege	15.4	13.6	13.6	13.7	13.9
Doğu Marmara	11.0	11.3	12.0	12.1	12.0
Akdeniz	13.6	14.2	14.9	15.6	16.6
Güneydoğu Anadolu	11.4	11.4	11.6	11.4	12.2
İstanbul	16.0	14.3	15.7	15.9	16.0
Türkiye geneli	14.1	13.8	14.2	14.4	14.7

Kaynak:4-8.

izlenmektedir. Türkiye'de 2023 yılında hastanelerde 18 milyon 916 bin 503 MR, 26 milyon 764 bin 331 BT, 2 milyon 704 bin 397 mamografi görüntülemesi gerçekleştirilmiştir (**Tablo 23**, **Tablo 24** ve **Tablo 25**). 2019-2023 yılları arasında yer alan 5 yıllık süreçte hastanelerde gerçekleştirilen MR görüntülemelerinde %16.8, BT görüntülemelerinde %37.9, mamografi görüntülemelerinde %20.1 artış olmuştur; artış değerleri Sağlık Bakanlığında MR için %24.2, BT için %46.2, mamografi için %15.9'dır. Üniversite hastanelerinde görüntüleme sayısı BT için %15.8, mamografi için %16.3 artarken, MR için %0.04 azalmıştır. Buna karşılık, özel hastanelerde MR görüntülemelerinde %2.5, BT görüntülemelerinde %16, mamografi görüntülemelerinde ise %38.9 artış gerçekleşmiştir.

Daha önce, BT cihazlarının Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve özel hastaneler arasında görece dengeli dağıldığını, MR ve mamografi cihazlarının ise yaklaşık yarısının özel hastanelerde bulunduğuna değinilmişti. Bu tabloya karşılık, MR görüntülemelerinin %71.7'si, BT görüntülemelerinin %77.1'i mamografi görüntülemelerinin ise %66.8'i Sağlık Bakanlığı hastanelerinde gerçekleştirilirken bu oranlar üniversite hastanelerinde MR için %11.5, BT için %13.0, mamografi için %12.7, özel hastanelerde ise MR için %16.7, BT için %9.9, ma-

Tablo 23. 2019-2023 yılları arasında sektörlere göre hastanelerde gerçekleştirilen MR görüntüleme sayıları.

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
Yıl	n	%	n	%	n	%	
2019	10930353	67.5	2176295	13.5	3089036	19.1	16195684
2020	7293718	62.3	1685449	14.4	2722694	23.3	11701861
2021	10023807	65.8	1984267	13.0	3230906	21.2	15238980
2022	12185571	69.1	2083456	11.8	3365175	19.1	17634202
2023	13576247	71.7	2175428	11.5	3164828	16.7	18916503

Kaynak: 4-8.

Tablo 24. 2019-2023 yılları arasında sektörlere göre hastanelerde gerçekleştirilen BT görüntüleme sayıları.

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
Yıl	n	%	n	%	n	%	
2019	14107645	72.7	2996732	15.5	2295910	11.8	19400287
2020	16103574	71.2	2914855	12.9	3590494	15.9	22608923
2021	18008250	73.0	3171108	12.8	3509229	14.2	24688587
2022	18807818	74.7	3372514	13.4	2998495	11.9	25178827
2023	20630935	77.1	3470036	13.0	2663360	9.9	26764331

Kaynak: 4-8.

Tablo 25. 2019-2023 yılları arasında sektörlere göre hastanelerde gerçekleştirilen mamografi görüntüleme sayıları.

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
Yıl	n	%	n	%	n	%	
2019	1559142	69.3	296278	13.1	397395	17.6	2252815
2020	781975	62.0	201307	15.9	278382	22.1	1261664
2021	1189994	61.8	273676	14.2	463047	24.0	1926717
2022	1596897	65.1	326572	13.3	529573	21.6	2453042
2023	1808025	66.8	344460	12.7	551912	20.4	2704397

Kaynak: 4-8.

mografi için %20.4'tür.[8] MR, BT ve mamografi cihazlarının ve görüntüleme işlemlerinin sektörler arasındaki dağılımında izlenen farklılıklar, bu cihazlara yönelik talepte ve cihazların kullanımında farklılık bulunup bulunmadığının incelenmesini gerektirmektedir. **Tablo 26** ve **Tablo 27**'de söz konusu talep ve kullanıma yönelik olarak paylaşılan değerler bu anlamda değerlendirilmiştir.

Bu bölümde değerlendirmeye alınan 2019-2023 yıllarına ait veriler, önceki Türkiye Sağlık Raporlarında incelenen verilerde olduğu gibi, yataklı tedavi hizmetlerinin ulusal ölçekte sunulan sağlık hizmetlerinin ağırlıklı bileşeni olmaya devam ettiğini destekler niteliktedir; anımsanacak olursa, Türkiye'de 2023 yılında gerçekleşen sağlık başvurularının %55.2'si yataklı tedavi hizmeti veren kuruluşlara yapılmıştır; ülke genelinde 11.4 olan yıllık kişi başına hekim başvuru sayısının 6.5'i de bu kuruluşlara yapılmıştır. Bununla birlikte, yataklı tedavi hizmetlerine ait verilerin gerek sektörel düzeydeki, gerekse de bölge ve il düzeyindeki dağılımı önemli farklılıkların varlığını sürdürdüğüne dikkat çekici niteliktedir.

Yataklı tedavi hizmetlerine yönelik olarak ele alınması gereken olgulardan biri de şehir hastaneleridir. Türkiye Sağlık Raporu 2020 başlıklı çalışmada Pala tarafından şehir hastanelerine yönelik detaylı bir inceleme yer almaktadır.[9] Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllıklarında son yıllarda sayıları giderek artan, finansmandan hizmet sunumuna kadar pek çok konuda tartışılan şehir hastanelerine ait veriler ayrı olarak izlenememektedir. Türkiye'de adında "Şehir Hastanesi" ifadesi bulunan Sağlık Bakanlığı'na bağlı

Tablo 26. 2019-2023 yılları arasında sektörlere göre yataklı tedavi kurumlarında yapılan her 1000 muayenede istenen MR, BT ve mamografi görüntüleme sayısı.

Yıl	MR				BT				Mamografi			
	SB	Üni.	ÖS	Top.	SB	Üni.	ÖS	Top.	SB	Üni.	ÖS	Top.
2019	27.9	47.1	42.5	31.7	36.0	64.8	31.6	38.0	4.0	6.4	5.5	4.4
2020	30.1	53.1	44.7	34.9	66.4	91.9	59.0	67.4	3.2	6.3	4.6	3.8
2021	32.5	49.5	46.6	36.5	58.4	79.1	50.6	59.1	3.9	6.8	6.7	4.6
2022	32.1	45.5	45.0	35.3	49.5	73.7	40.1	50.3	4.2	7.1	7.1	4.9
2023	32.0	47.8	46.9	35.2	48.6	76.2	39.5	49.8	4.3	7.6	8.2	5.0

Kaynak:4-8.

Tablo 27. 2019-2023 yılları arasında sektörlere göre MR, BT ve mamografi cihazı başına düşen görüntüleme sayısı.

Yıl	MR			BT			Mamografi		
	S.B.	Üni.	Ö.S.	S.B.	Üni.	Ö.S.	S.B.	Üni.	Ö.S.
2019	32338	19431	6834	25650	21559	4382	3869	4059	819
2020	19766	14915	5958	28252	20242	6724	1898	2684	562
2021	26730	17876	6816	30889	21720	6475	3005	3509	945
2022	32152	18276	7011	29572	22483	5502	3839	4187	1106
2023	33522	18436	6621	31071	23134	4887	4325	4360	1195

Kaynak:4-8.

çok sayıda hastane bulunmakla birlikte, burada değinilecek olanlar kamu özel işbirliği kapsamında kurgulanmış olan şehir hastaneleridir ve Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Şehir Hastaneleri Koordinasyon Daire Başkanlığı internet sitesinde bu kapsamda yer alan 18 şehir hastanesine ait bilgiler paylaşılmaktadır.[10] Şehir hastanelerine yönelik derlenen bazı bilgiler **Tablo 28**'de paylaşılmıştır.

Söz konusu tabloda Sağlık Bakanlığı tarafından verilen bilgiler dikkate alındığında 2023 yılında açık olan 15 şehir hastanesi, Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde bulunan hastane yataklarının 24 bin 297'sine (%14.5), ameliyathanelerin 808'ine (%19.7), yoğun bakım yataklarının 4622'sine (%18.8) sahip durumdadır.

Tablo 28. Şehir hastaneleri, yatak (YS), ameliyathane (AS), yoğun bakım yatağı (YBYS) sayıları ve açılış tarihleri.

Şehir Hastanesi	YS[10]	AS[10]	YBYS[10]	Açılış tarihi[11]
Adana Ş.H.	1640	60	290	2017
Ankara Bilkent Ş.H.	4050	131	958	2019
Ankara Etlik Ş.H.	4050	125	747[a]	2022
Başakşehir Çam ve Sakura Ş.H.	2720[b]	90	429[c]	2020
Bursa Ş.H.	1435[d]	49	235[e]	2019
Elazığ Fethi Sekin Ş.H.	1085[f]	35	187	2017
Eskişehir Ş.H.	1150	37	209	2018
Gaziantep Ş.H.	1875	64	259	2024
Isparta Ş.H.	845	20	188	2017
İzmir Ş.H.	2060[g]	54[h]	374[i]	2024
Kayseri Ş.H.	1607	43	266[j]	2018
Kocaeli Ş.H.	1220	63	208	2023
Konya Ş.H.	1295	49	300	2020
Kütahya Ş.H.	610	20	79	2024
Manisa Ş.H.	680	19	148	2018
Mersin Ş.H.	1440	51	256	2017
Tekirdağ Dr. İ. Fehmi Cumalıoğlu Ş.H.	605	18	119	2020
Yozgat Ş.H.	475	18	82	2017

Kaynak: 10, 11. a: Hastanenin resmi internet sitesinde 869 olarak veriliyor. b: Hastanenin resmi internet sitesinde 2682 olarak veriliyor. c: Hastanenin resmi internet sitesinde 475 olarak veriliyor. d: Hastanenin resmi internet sitesinde 1355 olarak veriliyor. e: Hastanenin resmi internet sitesinde 203 olarak veriliyor. f: Hastanenin resmi internet sitesinde 1038 olarak veriliyor. g: Hastanenin resmi internet sitesinde 2200 olarak veriliyor. h: Hastanenin resmi internet sitesinde 56 olarak veriliyor. i: Hastanenin resmi internet sitesinde 400 olarak veriliyor. j: Hastanenin resmi internet sitesinde 258 olarak veriliyor.

KAYNAKLAR

1. Ayoğlu F. Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumları. (In) Halk Sağlığı Uzmanları Deerneği Türkiye Halk Sağlığı Rapporu 2012. (Eds) Ertem M, İnandı T, Çan G, Ergör A, Şaşmaz CT, Ayoğlu F, Kaya M. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Ankara, 2012:8-14.
2. Ayoğlu FN, Açıkgöz B. Yataklı Tedavi Kurumları. (In) Türkiye Sağlık Raporu 2014. (Eds) Ertem M, Çan G. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Trakya Üniversitesi Matbaası, Ocak 2015:748-769.
3. Açıkgöz B, Ayoğlu FN. Yataklı Tedavi Hizmetleri. (In) Türkiye Sağlık Raporu 2020. (Eds) Üner S, Okyay P. Hipokrat Yayınevi, Ankara, 2020:29-42.
4. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. Sağlık Bakanlığı Yayın No 1185, Ankara, 2021.
5. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020. Sağlık Bakanlığı Yayın No 1240, Ankara, 2022.
6. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021. Sağlık Bakanlığı Yayın No 1260, Ankara, 2023
7. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. Sağlık Bakanlığı Yayın No 1279, Ankara, 2024.
8. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. Sağlık Bakanlığı Yayın No 1301, Ankara, 2025.
9. Pala K. Şehir Hastaneleri. (In) Türkiye Sağlık Raporu 2020. (Eds) Üner S, Okyay P. Hipokrat Yayınevi, Ankara, 2020:43-50.
10. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Şehir Hastaneleri Koordinasyon Daire Başkanlığı. Şehir Hastanelerimiz. https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/TR-96318/sehir-hastanelerimiz.html (Erişim tarihi: 22.08.2025).
11. Şehir Hastanesi https://tr.wikipedia.org/wiki/%C5%9Eehir_hastanesi (Erişim tarihi: 22.08.2025).

Türkiye'de Halk Sağlığı Uzmanlarının Dağılımı

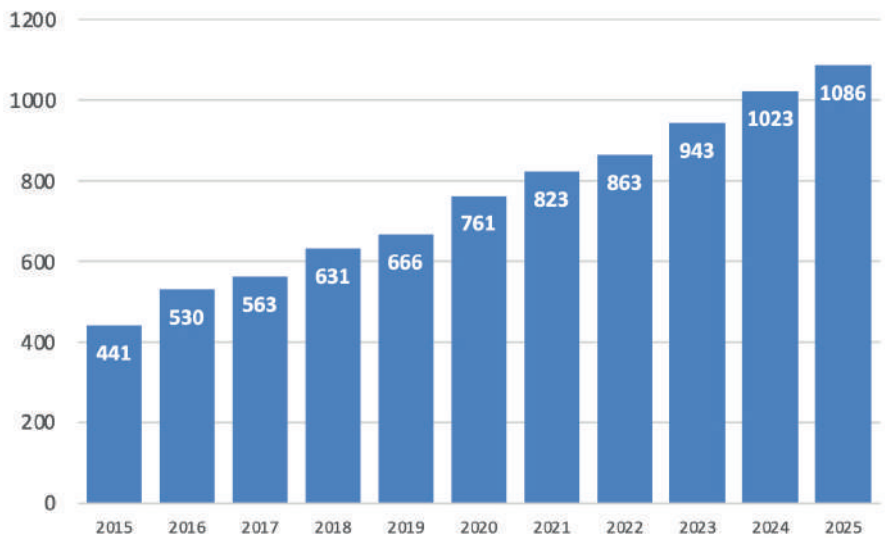
Salih Keskin, Eray Öntaş, Bülent Kılıç

1. Giriş

Halk Sağlığı Uzmanlarının (HSU) güncel sayıları Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden ve Yükseköğretim Kurulu Akademik Arama portalından elde edilmiştir. Ülkemizde 2025 yılı Eylül ayı itibariyle kamu kurumlarında aktif olarak görev yapan 1086 HSU bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre uzmanların %61'i kadındır. Yaş grupları incelendiğinde ise %41,5'i 35-44 yaş grubunda yoğunlaşmış olup, bunu %24,0 ile 25-34 yaş, %17,1 ile 45-54 yaş, %14,4 ile 55-64 yaş ve %3,0 ile 65 yaş üstü grubu takip etmektedir.

Yıllara göre HSU sayısı **Şekil 1**'de gösterilmektedir. Grafikte de görüldüğü gibi, 2015 yılında 441 olan uzman sayısı (Doktora derecesine sahip olanlar hariç), son on yılda istikrarlı bir artış eğilimi göstererek 2025'te 1086'ya ulaşmış ve bu süreçte iki katından fazla artmıştır. Bu niceliksel artış, halk sağlığı uzmanlık eğitimine olan talebin veya açılan kadroların arttığının bir göstergesi olarak olumlu yorumlanabilir. Ancak, toplam sayının artışına rağmen, HSU insan gücünün nüfusa oranı ve ülkenin epidemiyolojik ihtiyaçlarına yanıt verme durumu henüz yeterli değildir.

Bu niceliksel artış olumlu bir gelişme olmakla birlikte, asıl çarpıcı değişim uzmanların kurumsal dağılımında yaşanmıştır. HSU'ların yıllara ve çalıştıkları kurumlara göre dağılımı incelendiğinde, veriler, HSU istihdamında 2010'lu yıllardan bu yana akademiden saha hizmetlerine doğru radikal bir kayma yaşandığını ortaya koymaktadır. 2025 yılı itibarıyla HSU'ların %79,2'si (860 kişi) Sağlık Bakanlığı (SB) kadrolarında istihdam edilmektedir. Bu oran, SB'ye bağlı çalışan uzmanların payının 2020 yılındaki %66,7 seviyesinden önemli ölçüde yükseldiğini göstermektedir. HSU'ların çalıştıkları kurumlara ve yıllara göre ayrıntılı dağılımı **Tablo 1**'de verilmiştir.



Şekil 1. Yıllara göre Halk Sağlığı Uzmanı Sayısı (2015-2025)

Tablo 1. Halk Sağlığı Uzmanlarının Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımı (2020-25)

Çalışılan Kurum	2020[1]	%	2025[2]	%
Üniversite	235*	33,3	226**	20,8
Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı	20	2,8	45	4,1
İl Sağlık Müdürlüğü	137	19,4	248	22,8
İlçe SM / TSM / SHM / GSM / KETEM	294	41,7	539	49,6
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	19	2,7	28	2,6
TOPLAM	705	100	1086	100

(1) Kılıç, B., Gümüş, M., Temizer, M. (2020). Halk Sağlığı Uzmanlarının Durumu. S.Üner, P.Okyay (Ed.), Türkiye Sağlık Raporu 2020 içinde (51-56).
(2) HASUDER (2025) Türkiye'nin Halk Sağlığı Uzmanı Gereksinimi: Planlama-İstihdam ve TUS-YDUS Kontenjanları Çalıştay Raporu. HASUDER, 14 Şubat 2025, Ankara.
*2020 yılı verilerinde Üniversite sayılarına Halk Sağlığı Doktoralılar dahil; 2025 yılı verilerine dahil değildir.

**Ekim 2025 itibariyle Anabilim Dallarındaki toplam (HSU + Doktora) Öğretim Üyesi sayısı 310'dur.

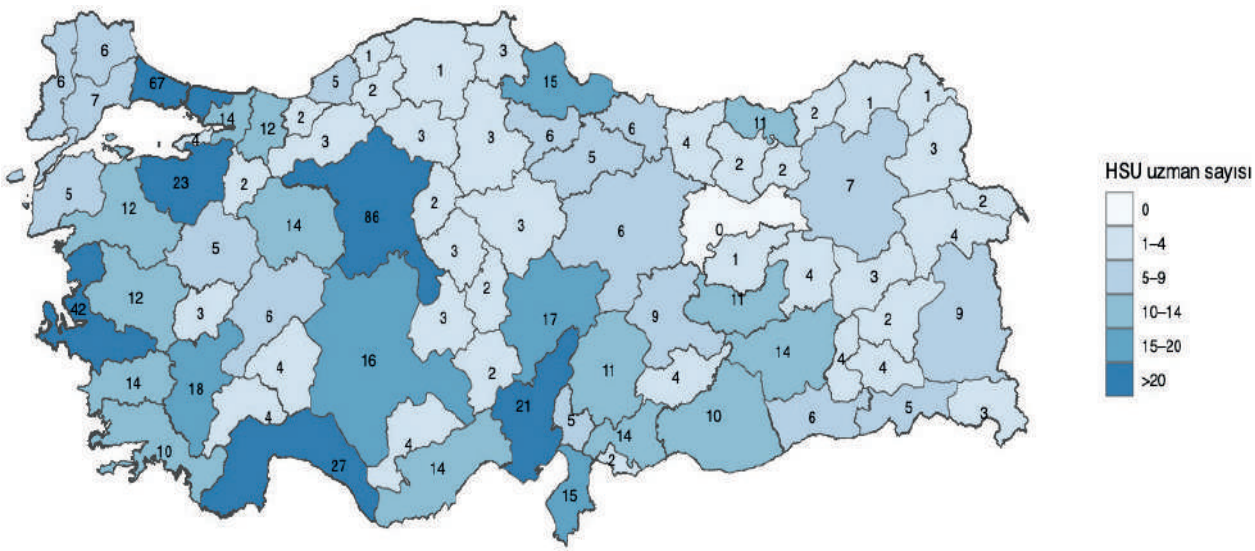
Tablo 1'de de görüldüğü üzere bakanlık kadrolarındaki artışın lokomotifi, bakanlığın taşra teşkilatları olmuştur. Özellikle İlçe Sağlık Müdürlükleri/Toplum Sağlığı Merkezleri gibi kurumlarda çalışan HSU sayısı 2020'de 294 (%41,7) iken, 2025'te 539'a (%49,6) ulaşarak bu kurumları HSU'lar için ana istihdam alanı haline getirmiştir. Benzer bir artışla İl Sağlık Müdürlükleri'nde çalışanların sayısı da 137'den 248'e yükselmiştir. Son 5 yıllık dönemde (2020-2025) anabilim dallarında görev üniversitelerde görev yapan Öğretim Üyesi (ÖÜ) sayısı da 235'ten 310'a çıkmıştır (uzman ve doktoralı toplamıdır). HSU olup üniversitelerde görev yapanların sayısı ise 226'dır. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ve hastanelerindeki artış ise daha sınırlı kalmıştır.

Bu verilere göre Türkiye'nin 2024 yılı 85,6 milyonluk nüfusu göz önüne alındığında, ülkemizde her yüz bin kişiye 1,2 HSU düşmektedir. Sadece Sağlık Bakanlığı personeli hesaba katıldığında ise 1,0'dir. Bu oran, her yüz bin kişiye yaklaşık 3 halk sağlığı uzmanının düştüğü ABD ve İngiltere gibi ülkelerle kıyaslandığında, Türkiye'nin bu alandaki insan gücü ihtiyacının devam ettiğini göstermektedir.[1,2]

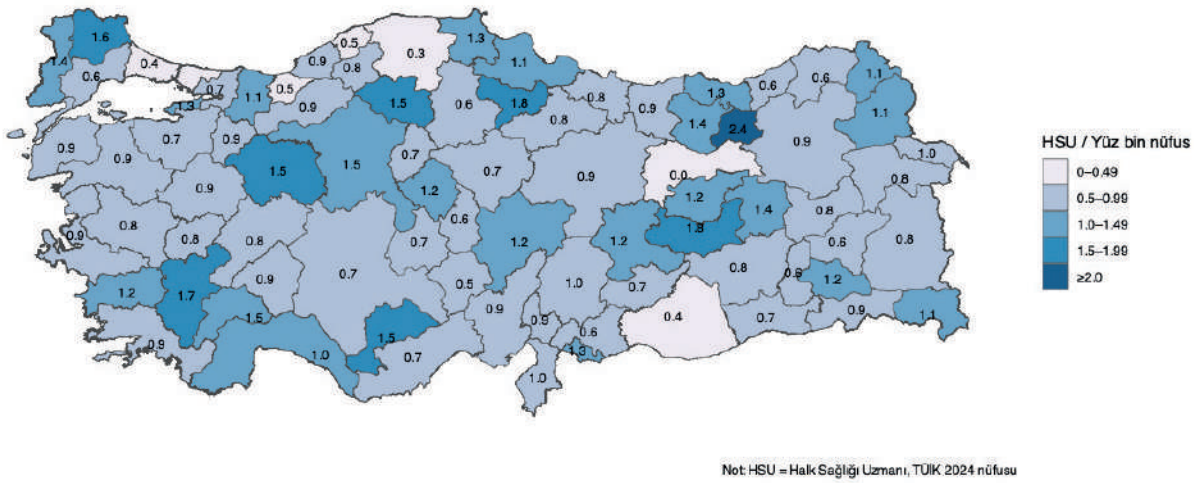
2. Türkiye'de Halk Sağlığı Uzmanlarının Coğrafi Dağılımı

Şubat 2025'te "Türkiye'nin Halk Sağlığı Uzmanı Gereksinimi: Planlama-İstihdam ve TUS-YDUS Kontenjanları Çalıştayı Raporu" kapsamında topluluk sürveyansıyla sahada çalışan HSU'ların görev yerleri toplanmıştır.[3] Bu verilere göre Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan HSU'ların (n=709) il düzeyinde dağılımları **Şekil 2**'de gösterilmiştir.

Şekle göre, illerin büyük çoğunluğunda 1-6 arasında uzman bulunurken; Ankara, İstanbul, İzmir, Antalya,



Şekil 2. Sağlık Bakanlığı illere göre Halk Sağlığı Uzmanı sayısı



Şekil 3. Yüz bin nüfusa oranla Halk Sağlığı Uzmanı dağılımı

Bursa ve Adana gibi metropollerde 20 ve üzeri HSU yoğunlaşmıştır.

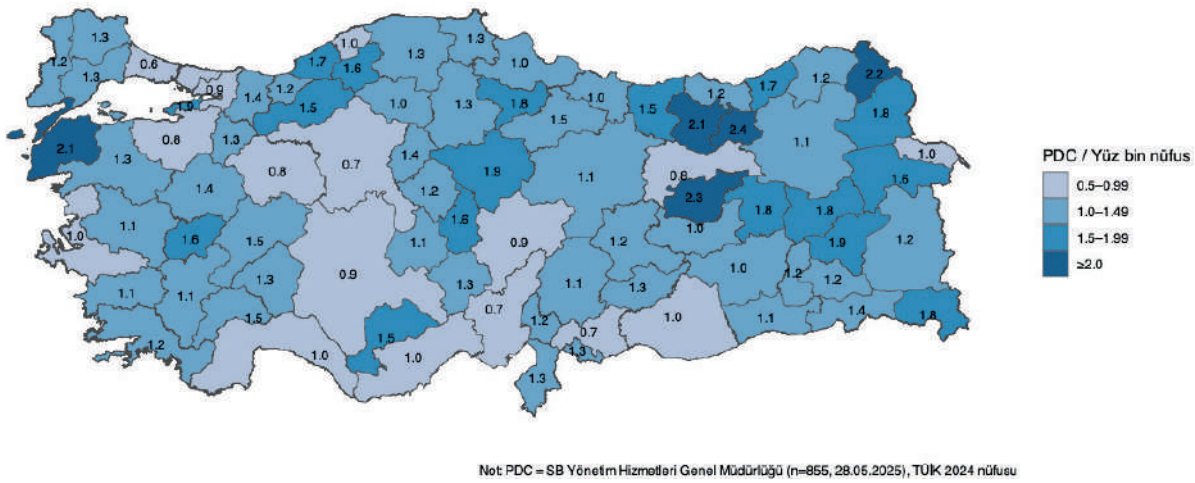
Dağılımın nüfusa göre incelendiği **Şekil 3**, eşitsizliği daha net göstermektedir. Yüz bin nüfusa düşen HSU sayısı 0,0 ile 2,4 arasında değişirken; bu oran İstanbul'da 0,4, Ankara'da 1,5, İzmir'de 0,9, Bursa'da 0,7 ve Antalya'da 1,0 olarak hesaplanmıştır.

Bu dağılım, ülke ortalaması (0,8) ile kıyaslandığında, ihtiyaç temelli bir yapının tam olarak kurulamadığını da düşündürmektedir. Örneğin, doğurganlığın yüksek olduğu illerden Şanlıurfa (0,4) ve Mardin (0,7) ortalamanın altındadır. Benzer şekilde, 2023 depremlerinden en çok etkilenen illerden Gaziantep (0,6) ve Adıyaman (0,7) ülke ortalamasının gerisindeyken, Hatay (1,0), Kahramanmaraş (1,0) ve Kilis (1,3) ortalamaya yakın veya üzerinde yer almaktadır.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapan HSU'ların dağılımı, Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği Personel Dağılım Cetvellerine (PDC) göre planlanmaktadır.[4] 28 Mayıs 2025 tarihli en güncel PDC'ye göre ülkemizde Sağlık Bakanlığı bünyesindeki toplam Halk Sağlığı Uzmanı kadrosu 855'tir (yaklaşık yüz bin kişiye 1 HSU). Mevzuata göre personel sayısı belirlenirken TÜİK nüfus verilerine ek olarak hastanelerin hizmet kapasitesi, bölgesel demografik ve salgın hastalık gibi değişiklikler, hekime başvuru sıklığı, ilin tıbbi altyapısı, nüfus hareketleri ve ulaşım şartları gibi çeşitli faktörler de dikkate alınmalıdır.[5]

Şekil 4'te, Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği PDC'ye göre Halk Sağlığı Uzmanı kadrolarının yüz bin nüfusa oranla illere dağılımı yer almaktadır.

Şekle göre büyük ve kalabalık iller dışında illerin büyük çoğunluğunda yüz binde 1.0 ile 1.5 arasında bir planla-



Şekil 4. Yüz bin nüfusa oranla Halk Sağlığı Uzmanı kadrosu Taşra Teşkilatı PDC dağılımı

ma yapıldığı görülmektedir. Doğurganlığın en yüksek olduğu Şanlıurfa, Şırnak ve Mardin'de 1,0-1,4 arasında bir planlama yapılırken; çevresindeki benzer iller (Gümüşhane, Bayburt, Tunceli) 2'nin üstündeyken Erzincan'da öngörülen sayı 0,8'dir. Benzer şekilde Çanakkale ve Artvin de nüfusuna orantılı olarak yüz binde 2,0'nin üstünde planlanan illerimiz olmuştur. Karadeniz bölgesi genel itibariyle 1.0 üstünde yer almıştır. Bu bulgular HSU taşra teşkilatı PDC dağılımının objektif ve bölgelerin somut ihtiyaçlarına dayalı olarak hesaplanması gerekliliğine işaret etmektedir.

3. Halk Sağlığı Uzmanlarının Yöneticilik Durumu

HSU'ların Sağlık Bakanlığı bünyesindeki yönetsel rolleri, toplum sağlığı politikalarının belirlenmesi ve uygulanması açısından kritik bir göstergedir. Çalışma kapsamında HSU'ların yöneticilik durumları Eylül 2025'te İl Sağlık Müdürlüklerinin internet sayfalarından derlenmiştir. **Tablo 2**, HSU'ların 2020 ve 2025 yıllarındaki yönetici pozisyonlarını karşılaştırmalı olarak göstermektedir.

Eylül 2025 itibarıyla, 81 ilin yalnızca birinde (Çankırı) İl Sağlık Müdürü HSU'dur. 2 ilimizde ise İl Sağlık Müdürü Halk Sağlığı Doktoralıdır (İstanbul, Kırklareli). Halk Sağlığı Başkanlığı bulunan 67 ilden sadece 12'sinde (%17,9) bu görev bir HSU tarafından yürütülmektedir (Afyonkarahisar, Ağrı, Diyarbakır, Erzurum, Gaziantep, Hatay, Kırklareli, Konya, Manisa, Mardin, Rize, Tunceli). Bu durum, nüfusa oranlandığında, Türkiye nüfusunun yalnızca %17,5'ini oluşturmaktadır. HSU'larının il düzeyinde yöneticiliği konusunda 2020 yılından bugüne küçük bir ilerleme olsa da güncel durumun yetersiz olduğu söylenebilir. Çünkü yönetici kadrolarındaki en ciddi sorun hala Halk Sağlığı Başkan Yardımcılığı pozisyonlarında gözlenmektedir.

Halk Sağlığı Başkanlığı bulunan illerde (n=67) toplam Halk Sağlığı Başkan Yardımcılığı [en az 1, en çok 4] sayısı 101'dir. Eylül 2025 itibariyle; 19 HSU, 9 Uzman Tabip, 40 Tabip ve 30 hekim dışı personel Halk Sağlığı Başkan Yardımcısı olarak görev yapmaktadır. Toplam 101 başkan yardımcılığı kadrosunun içinde sadece 19'unda HSU bulunurken, 30'unun hekim dışı personelden oluşması, liyakat ve alan uzmanlığının göz ardı edildiğini net bir şekilde ortaya koymaktadır.

Başkan yardımcısı olarak en az bir Halk Sağlığı Uzmanı bulunan iller (n=19) nüfusa göre büyükten küçüğe şöyledir: İstanbul, Gaziantep, Diyarbakır, Manisa, Kayseri, Balıkesir, Van, Muğla, Sakarya, Eskişehir, Ordu, Afyonkarahisar, Erzurum, Giresun, Yozgat, Düzce, Amasya, Yalova, Karaman.

Hem başkan hem de yardımcılar değerlendirildiğinde toplam 27 ilde en az 1 yönetici Halk Sağlığı Uzmanıdır. Bu 27 ilin nüfusu Türkiye nüfusuyla kıyaslandığında, Türkiye'de nüfusun %45,2'sinin en az bir yöneticinin HSU olduğu illerde ikamet ettiği görülmektedir. Afyonkarahisar'da diğer illerden farklı olarak; hem bir Halk Sağlığı Başkan Yardımcısı hem de bir Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcısı Halk Sağlığı Uzmanıdır.

Son 5 yıl incelendiğinde, il merkez yönetimlerine kıyasla HSU kadrolarının İSM ve TSM yönetimlerindeki temsili geriye gitmiştir. Bu süreçte, İlçe Sağlık Müdürü veya TSM Sorumlu Hekimi pozisyonlarında görev yapan HSU sayısı 50'den 40'a düşmüştür. Toplam 973 ilçede yalnızca 40 HSU (%4,1) yönetici konumundadır ve ilçelerde görev yapan toplam 539 HSU düşünüldüğünde, bu oran oldukça yetersiz kalmaktadır. Dahası, İSM ve TSM'lere atanan Aile Hekimi Uzmanlarının ASM'lerde görev yapmaları beklenirken halk sağlığı yönetim birimlerine, o alanda eğitim almamış olmalarına rağmen görevlendirilmesi, bu eksikliği daha da derinleştirmektedir.

Tablo 2. Halk Sağlığı Uzmanlarının Yöneticilik Durumu (2020-2025)

Unvan (Türkiye'deki sayı)	2020[1]	%*	2025[2]	%*
İl Sağlık Müdürü (n=81)	0	0,0	1	1,2
Halk Sağlığı Başkanı (n=67)	5	7,5	12	17,9
HS Başkan Yardımcısı (n=101)	10	9,9	19	18,8
İlçe SM / TSM Sorumlu Hekimi* (n=973)	50	5,1	40	4,1
Diğer**	Veri yok	-	11	-
TOPLAM	65	-	83	-

(1) Kılıç, B., Gümüş, M., Temizer, M. (2020). Halk Sağlığı Uzmanlarının Durumu. S.Üner, P.Okyay (Ed.), Türkiye Sağlık Raporu 2020 içinde (51-56).
(2) HASUDER (2025) Türkiye'nin Halk Sağlığı Uzmanı Gereksinimi: Planlama-İstihdam ve TUS-YDUS Kontenjanları Çalıştay Raporu. HASUDER, 14 Şubat 2025, Ankara.
* Satır yüzdeleri

**Diğer: Başhekim, Başhekim Yardımcısı vb.

Öte yandan, HSU'ların il yönetici pozisyonlarında 2020-2025 arası sayısal bir artış gözlense de (örneğin, başkan sayısı 5'ten 13'e, başkan yardımcısı sayısı ise 10'dan 19'a yükselmiştir), bu ilerleme stratejik kadrolardaki genel yetersizliği gizleyememektedir. Zira başkanların da çoğu uzman olması gerekirken pratisyen hekimler atanmakta; 101 halk sağlığı başkan yardımcısından yalnızca 19'unun HSU olduğu, buna karşın 30'unun hekim dışı personelden seçildiği görülmektedir. İlçe yöneticiliğinde de belirgin bir gerileme yaşanmakta olup, bu durum 2025 yılında uzmanlığın hala göz ardı edildiğini net bir şekilde ortaya koymaktadır.

Sorunun temelinde ise 2020'den bu yana gelişme göstermeyen mevzuattaki boşluklar yatmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nda yönetici görevlendirmeleri sırasında halk sağlığı eğitimi almış olma şartının aranmadığı veya önceliklendirilmediği açıktır. Mevzuatta yer alan "tercihen halk sağlığı uzmanı" gibi ifadeler, uzmanların yönetici olarak atanmasını sağlamakta yetersiz kalmaktadır. Toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için bu mevzuat açığının ivedilikle giderilmesi kritik bir zorunluluktur.

4. Mezuniyet Sonrası Halk Sağlığı Eğitimi

4.1. Uzmanlık Öğrencileri

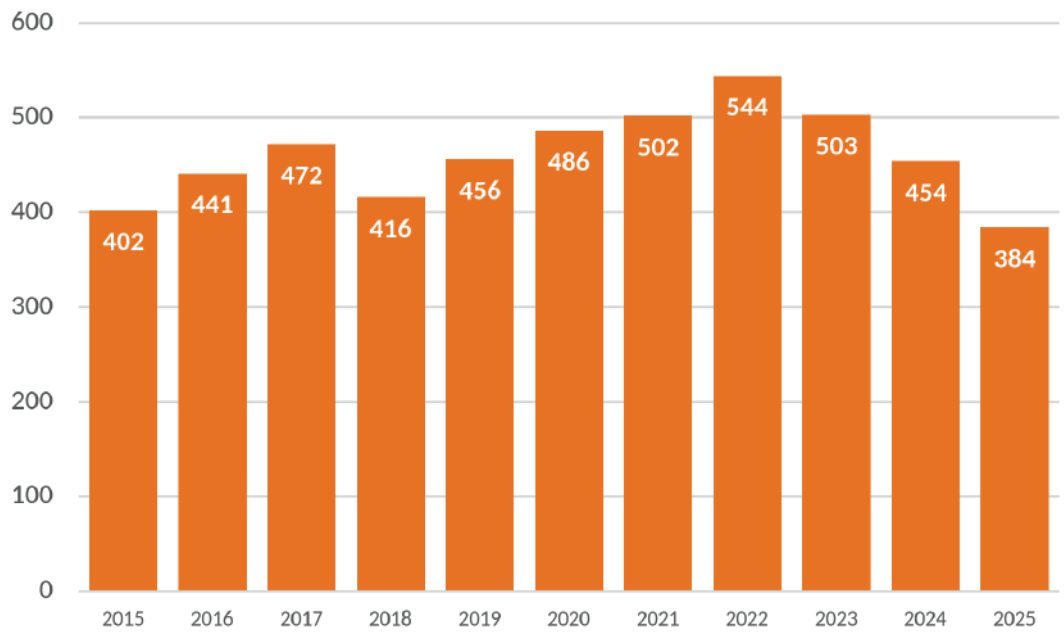
Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin güncel sayıları Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden elde edilmiştir. Ülkemizde 2025 yılı itibariyle eğitim alan 384 uzmanlık öğrencisi bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre asistanların %69'u kadındır. Yaş grupları incelendiğinde ise %86,2'si 25-34 yaş grubunda olup, bunu %13,3 ile 35-44 yaş ve %0,5 ile 45-54 yaş grubu takip etmektedir. Son on yıla ait uzmanlık öğrencisi sayıları **Şekil 5** ile gösterilmiştir. Asistan sayıları 384 ile 544 arasında değişkenlik göstermiş olup düşen TUS kontenjan sayılarına bağlı olarak 2022'den bu yana bir azalma trendine girmiştir.

4.2. Anabilim Dalları

Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) verilerine göre Türkiye'de 131 Tıp Fakültesi bulunmaktadır. Tıp Fakültesi altında kurulu Halk Sağlığı Anabilim Dalları incelendiğinde 2025 Ekim itibariyle kadrosunda en az 1 öğretim üyesi olan 100 Halk Sağlığı Anabilim Dalı (HSAD) vardır.[6] Bu sayı 2020'de 69 olarak saptanmıştır.[7] Uzmanlık eğitimi verilen anabilim dalı sayısı 2020'de 49 iken 2025'te 57'e çıkmıştır.

Sağlık Bakanlığından ve Halk Sağlığı Anabilim Dallarından alınan verilere göre toplam 57 Anabilim Dalında 384 Tıpta Uzmanlık Öğrencisi (TUÖ) vardır. Anabilim Dalı başına ortalama 6,7 TUÖ düşmektedir. Halen en az bir öğretim üyesi olan 101 Halk Sağlığı Anabilim Dalının 44'ünde yani yaklaşık yarısında TUÖ yoktur (bakınız **Tablo 3**).

Tablo 4'te Türkiye'deki TUÖ eğitimi veren ve **Tablo 5**'te TUÖ eğitimi vermeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalları verilmektedir.



Şekil 5. Yıllara göre Halk Sağlığı Uzmanlık Öğrencisi Sayıları (2015-2025)

Tablo 3. Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi ve Anabilim Dallarının Durumu (2020-2025)

Yıl	2020[1]	2025
HS Anabilim Dalı sayısı	69	101
Uzmanlık Eğitimi veren AD sayısı	49	57
HS Anabilim Dalı Öğretim Üyesi sayısı	235	296
Halk Sağlığı Uzmanı olan Öğretim Üyesi sayısı	Veri yok	217
HS Asistan sayısı	407*	384
AD başına ortalama asistan sayısı	8,3	6,7

(1) Kılıç, B., Gümüş, M., Temizer, M. (2020). Halk Sağlığı Uzmanlarının Durumu. S.Üner, P.Okyay (Ed.), Türkiye Sağlık Raporu 2020 içinde (51-56).
*2018 verisi.

Tablo 4. TUÖ Eğitimi Veren Halk Sağlığı Anabilim Dalları

Üniversite (n:57)
AKDENİZ
ANKARA
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT
ATATÜRK
AYDIN ADNAN MENDERES
BALIKESİR
BAŞKENT
BOLU ABANT İZZET BAYSAL
BURSA ULUDAĞ
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART
ÇUKUROVA
DİCLE
DOKUZ EYLÜL
DÜZCE
EGE
ERCİYES
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ
FIRAT
GAZİ
GAZİANTEP
HACETTEPE
HARRAN
HATAY MUSTAFA KEMAL
İNÖNÜ
İSTANBUL ACIBADEM
İSTANBUL BEZM-İ ÂLEM
İSTANBUL CERRAHPAŞA
İSTANBUL ÇAPA

Üniversite (n:57)
İSTANBUL KOÇ
İSTANBUL MEDENİYET
İZMİR BAKIRÇAY
İZMİR KATİP ÇELEBİ
KAFKAS
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM
KARADENİZ TEKNİK
KIRIKKALE
KOCAELİ
KONYA NECMETTİN ERBAKAN
MANİSA CELÂL BAYAR
MARMARA
MERSİN
MUĞLA SITKI KOÇMAN
ONDOKUZ MAYIS
PAMUKKALE
RİZE RECEP TAYYİP ERDOĞAN
SAĞLIK BİLİMLERİ (AFYONKARAHİSAR)
SAĞLIK BİLİMLERİ GÜLHANE (ANKARA)
SAĞLIK BİLİMLERİ HAMİDİYE (İSTANBUL)
SAĞLIK BİLİMLERİ (KÜTAHYA)
SAKARYA
SELÇUK
SİVAS CUMHURİYET
SÜLEYMAN DEMİREL
TOKAT GAZİOSMANPAŞA
TRAKYA
VAN YÜZÜNCÜ YIL
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT

Tablo 5. TUÖ Eğitimi Vermeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalları

Üniversite (n:44)
ADIYAMAN
AĞRI İBRAHİM ÇEÇEN
ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT
AMASYA
ANKARA ATILIM
ANKARA LOKMAN HEKİM
ANKARA MEDİPOL
ANKARA TOBB EKONOMİ VE TEKNOLOJİ
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL
BİLECİK ŞEYH EDEBALİ
BİRUNİ
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM
GAZİANTEP İSLAM BİLİM VE TEKNOL.
GAZİANTEP SANKO
GİRESUN
HİTİT
İSTANBUL AREL
İSTANBUL AYDIN
İSTANBUL BAHÇEŞEHİR
İSTANBUL BEYKENT
İSTANBUL DEMİROĞLU BİLİM
İSTANBUL MALTEPE
İSTANBUL MEDİPOL
İSTANBUL OKAN
İSTANBUL SAĞLIK VE TEKNOLOJİ
İSTANBUL YEDİTEPE
İSTANBUL YENİ YÜZYIL
İZMİR DEMOKRASİ
İZMİR EKONOMİ
KARABÜK
KARAMANOĞLU MEHMETBEY
KIRKLARELİ
KIRŞEHİR AHİ EVRAN
MALATYA TURGUT ÖZAL
MARDİN ARTUKLU
NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR
ORDU
SAĞLIK BİLİMLERİ (ADANA)
SAĞLIK BİLİMLERİ (İZMİR)
SAMSUN
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL
UFUK
UŞAK
YOZGAT BOZOK

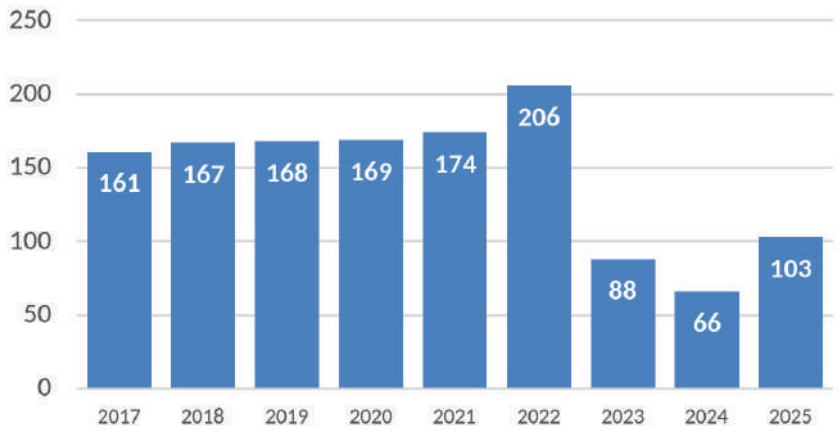
Şekil 6'da Yıllara göre TUS'ta halk sağlığı uzmanlığı kontenjanları (2017-2025) sunulmuştur. Buna göre 2022 yılında tüm branşlar için gözlenen artış trendi Halk Sağlığı için de gözlenmiş ama izleyen yıllarda halk sağlığı için ayrılan kontenjanlar düşmüştür. 2024 yılında ilk TUS için 44, ikinci TUS için sadece 22 kontenjan (toplam 66) ayrılmıştır. Üstelik bu dönemde diğer klinik disiplinlerde kontenjanlar yaklaşık iki katı artırılırmıştır. Durumun önemi ve aciliyeti üzerine HASUDER'in öncülüğünde 14 Şubat 2025'te "Türkiye'nin Halk Sağlığı Uzmanı Gereksinimi" çalıştayı düzenlenmiş ve çalıştayın sonuçları Sağlık Bakanlığı ile de paylaşılmıştır. Çalıştay sonrası ilk TUS'ta (Mart 2025) kadrolar 28 ile sınırlı kalırken; yılın ikinci sınavında (Ağustos 2025) 78 seviyesine çıkmıştır.[8] İlk izlenim olarak olumlu olsa da yıllık kontenjan sayılar hala yetersizdir. Çalıştay raporunda yapılan projeksiyonlar; yıllık kontenjanların 185 ile 280 arasında kademeli olarak artırılması durumunda ancak 2040 yılında yüz binde 3 seviyesine ulaşılabileceğini işaret etmektedir. Bu gerekçeyle öğretim üyesi sayı ve dengesi de gözetilerek TUS kontenjanları artırılmaya devam edilmelidir.

5. Yan Dal Uzmanlığı

Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenleyen 663 sayılı KHK'nın uzmanlık eğitimi yaptırılması ile ilgili 56. maddesine göre, Bakanlığın yan dal uzmanlık eğitimi yaptırılabileceği ifade edilmektedir.[9] 663 sayılı KHK'nın 22. maddesi ile tıpta uzmanlık eğitimi verecek eğitim kurumlarına eğitim yetkisi verilmesi ve eğitim yetkisinin kaldırılmasına ilişkin görevler Tıpta Uzmanlık Kurulu'na (TUK) verilmiş; bu Kurulun çalışma usul ve esasları ise Sağlık Bakanlığı'nın Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği ile düzenlenmiştir.[10]

Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un,[11] EK-3'ünde yer alan Tıpta Uzmanlık Yan Dalları, Bağlı Ana Dalları ve Eğitim Sürelerine Dair Çizelgeye göre Halk Sağlığı ana dalına bağlı tıpta uzmanlık yan dalları belirlenmiştir. Türkiye'de Halk Sağlığı ana dalı ile ilgili yan dal uzmanlık eğitimi, epidemiyoloji ve çevre sağlığı branşları için sadece üniversitelerde verilmektedir. İş sağlığı ve meslek hastalıkları branşı için ise hem üniversitelerde hem de Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim verilmektedir.

Bu alanlarda eğitim vermeye yetkili kuruluşlar, TUK'un Yetkilendirilmiş Uzmanlık Eğitimi Programları Listesi (YUEP Listesi)'nde paylaşılmaktadır.[12] Halk sağlığı



Şekil 6. Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Sınavı kontenjanları (2017-2025)

uzmanları, yazılı sınavlar için senede bir kere Aralık ayında yapılan ve toplam on açık uçlu sorudan oluşan Tıpta Yan Dal Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı (YDUS) aracılığıyla, bu programlarda yan dal eğitimi alabilirler. 2021-2024 yıllarında yapılan YDUS'larda, toplam 5510 kontenjan açılmasına karşın halk sağlığı uzmanları için toplam 29 (%0,5) yan dal kontenjanı açılmıştır. Buna karşılık, bu yıllarda iş ve meslek hastalıkları yan dal uzmanlık eğitimi için açılan 11 halk sağlığı uzmanı kontenjanına sadece 7 kişinin başlamış olması, çevre sağlığı yan dal uzmanlık eğitimi için açılan 5 halk sağlığı uzmanı kontenjanına sadece 1 kişinin başlamış olması, epidemiyoloji yan dal uzmanlık eğitimi için açılan 13 halk sağlığı uzmanı kontenjanına sadece 8 halk sağlığı uzmanının başlamış olması oldukça düşündürücüdür ve yan dal uzmanlık eğitimlerinin HSU'lar için çok çekici olmadığını göstermektedir. Ancak bu durumun Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği'nde yapılan 30 Kasım 2023 tarihli değişiklikle,[13] 1 Kasım 2023'ten itibaren taban ek ödeme hesaplamasında kullanılan kadro unvanı katsayısı, yan dal uzmanları için %100, yan dal asistanları için ise %50 artırımlı uygulanmaya başlanmasıyla, tersine dönmüş görünmektedir. Ancak gene de YDUS'a giren uzman sayısı ve kontenjanların doluluk oranı artmış olsa da halk sağlığı kontenjanları azalmıştır. YDUS 2024-2 için tüm yan dallar içinde toplam 3 (%0,3) halk sağlığı uzmanı kontenjanı açılmıştır. İş ve Meslek Hastalıkları, Çevre Sağlığı ve Epidemiyoloji yan dal uzmanlıkları ile ilgili mevcut durum Ekim 2025 itibariyle şu şekilde özetlenebilir:

5.1. İş ve Meslek Hastalıkları Yan Dal Uzmanlığı

Türkiye'de İş ve Meslek Hastalıkları yan dal uzmanlığı 9 kurumda verilmektedir (**Tablo 6**). Bu alanda Türkiye'de aktif görev yapan 65 uzman tabip bulunmaktadır; bunların %49,2'si (n=32) göğüs hastalıkları, %30,8'i (n=20) halk sağlığı ve %20,0'si (n=13) iç hastalıkları uzmanıdır.

Tablo 6. İş ve Meslek Hastalıkları Yan Dal Uzmanlığı Eğitimi Veren Birimler ve Eğitim Sorumluları

Yan Dal	Eğitim Birimi*	Eğitim Sorumlusu Anabilim Dalı
İş ve Meslek Hastalıkları	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	Halk Sağlığı
	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	Göğüs Hastalıkları
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Göğüs Hastalıkları
	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	Göğüs Hastalıkları
	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi	Halk Sağlığı
	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	Halk Sağlığı
	Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi	Halk Sağlığı
	Gazi Tıp Fakültesi	Halk Sağlığı
	Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim araştırma Hastanesi	Göğüs Hastalıkları

* Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK), Yetkilendirilmiş Uzmanlık Eğitimi Programları (YUEP) listesine göre düzenlenmiştir - https://tuk.saglik.gov.tr/TR-30148/programlar.html Erişim Tarihi: 01.10.2025

Tablo 7. Çevre Sağlığı Yan Dal Uzmanlığı Eğitimi Veren Birimler ve Eğitim Sorumluları

Yan Dal	Eğitim Birimi*	Eğitim Sorumlusu Anabilim Dalı
Çevre Sağlığı	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	Halk Sağlığı
	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi	Halk Sağlığı

* Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK), Yetkilendirilmiş Uzmanlık Eğitimi Programları (YUEP) listesine göre düzenlenmiştir - https://tuk.saglik.gov.tr/TR-30148/programlar.html Erişim Tarihi: 01.10.2025

Bu alanda halen 23 yan dal uzmanlık öğrencisi eğitim görmektedir; bunların %45,5'i (n=10) göğüs hastalıkları, %36,4'ü (n=8) iç hastalıkları ve %18,2'si (n=4) halk sağlığı ana dalı kökenlidir.

5.2. Çevre Sağlığı Yan Dal Uzmanlığı

Çevre Sağlığı yan dal uzmanlık eğitimi yalnızca 2 kurumda aktif olarak sürdürülmektedir (**Tablo 7**). Bugüne dek toplam 5 uzman tabip eğitimini tamamlamış, halen 1 yan dal uzmanlık öğrencisi eğitim görmektedir.

5.3. Epidemiyoloji Yan Dal Uzmanlığı

Epidemiyoloji yan dal uzmanlığı ise 3 kurumda yürütülmektedir (**Tablo 8**). 1993–2005 yılları arasında yalnızca 3 uzman tabip mezun olmuşken, bir süre sonra yeniden başlayan eğitimle 2011 ve sonrasında toplam 33 uzman tabip eğitimini tamamlamıştır. Bunların %63,6'sı (n=21) halk sağlığı uzmanı, %36,4'ü (n=12) enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanıdır. Halen 3 yan dal uzmanlık öğrencisi eğitimine devam etmektedir.

5.4. Türkiye'de Yan Dal Uzmanı Halk Sağlığı Uzmanlarının Çalışma Alanları ve Çalışma Yerleri

Türkiye'de Ekim 2025 itibariyle, aktif olarak görev yapan 65 iş ve meslek hastalıklar uzmanı bulunmaktadır ve tamamı kamu kuruluşlarında görev yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nda iş ve meslek hastalıkları uzmanı istihdamı merkez ve taşra teşkilatında olmaktadır; bu alan için tanımlı PDC kadro sayısı 55'tir. Aktif görev yapan 65 uzmanın 20'si (%30,8) halk sağlığı ana dalı kökenlidir. Sağlık Bakanlığı'nda iş ve meslek hastalıkları uzmanı istihdamı hem merkez hem de taşra teşkilatında gerçekleşmektedir. Halk sağlığı uzmanlığı olan iş ve meslek hastalıkları uzmanlarından, 1 uzman tabip (%5) Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü), 14 uzman tabip (%70) Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatında (9'u eğitim ve araştırma hastanesi, 5'i şehir hastanesinde olmak üzere), ülke genelinde çeşitli hastanelerde görev yapmaktadır. 5 uzman tabip (%25) ise üniversitelerde akademisyen olarak görev yapmaktadır. Halk sağlığı uzmanlığı olan iş ve meslek hastalıkları uzmanlarını istihdam eden üniversiteler şunlardır: Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi, Gazi Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi.

Ekim 2025 itibariyle, aktif olarak görev yapan 32 epidemiyoloji uzmanı bulunmaktadır ve tamamı kamu kuruluşlarında görev yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nda epidemiyoloji uzmanı istihdamı merkez ve taşra teşkilatında olmaktadır: 7'si (%21,9) merkez teşkilatında (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü ve 15'i (%46,9) taşra teşkilatında (nüfusu 1.500.000 ve üzeri olan 13 ilde, her bir ilde birer kadro olmak üzere toplam PDC=13) il sağlık müdürlüklerinde istihdam edilmektedir. Uzman tabiplerin 10'u (%31,2) ise üniversitelerde akademisyen olarak çalışmaktadır. Epidemiyoloji uzmanı istihdam eden üniversiteler şunlardır: Akdeniz, Ankara, Balıkesir, Celal Bayar, Dokuz Eylül, Ege, İzmir Demokrasi, Pamukkale ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Ekim 2025 itibariyle, çevre sağlığı uzmanı olarak aktif görev yapan yalnızca dört tabip bulunmaktadır: İkisi (%50) üniversitelerde (Hacettepe Üniversitesi ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi), ikisi ise (%50) İl Sağlık Müdürlüklerinde (Ankara ve Ordu) görev yapmaktadır. Bu alan için Sağlık Bakanlığı'nda tanımlı PDC kadro sayısı, nüfusu 1,5 milyondan fazla 13 ilde birer tane olmak üzere toplam 13'tür.

Tablo 8. Epidemiyoloji Yan Dal Uzmanlığı Eğitimi Veren Birimler ve Eğitim Sorumluları

Yan Dal	Eğitim Birimi*	Eğitim Sorumlusu Anabilim Dalı
Epidemiyoloji	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	Halk Sağlığı
	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	Halk Sağlığı
	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi	Halk Sağlığı

* Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK), Yetkilendirilmiş Uzmanlık Eğitimi Programları (YUEP) listesine göre düzenlenmiştir - https://tuk.saglik.gov.tr/TR-30148/programlar.html Erişim Tarihi: 01.10.2025

5.5. Mevcut Durum Üzerine Değerlendirme

Türkiye'de halk sağlığına bağlı yan dal uzmanlıkları (epidemiyoloji, iş ve meslek hastalıkları ve çevre sağlığı) sağlık sisteminin koruyucu kapasitesini güçlendiren stratejik alanlardır. Ancak bu alanlar hem insan gücü planlamasında hem de kurumsal yapılanmada uzun süredir ikincil konumda kalmaktadır. Eğitim altyapısı ve yasal çerçeve mevcut olmasına rağmen, Bakanlık düzeyinde tanımlı görev, yetki ve sorumluluk eksikliği, bu uzmanlıkların sağlık sistemi içinde görünür ve sürdürülebilir bir yer edinmesini engellemektedir.[14]

Epidemiyoloji, çevre sağlığı ve iş sağlığı ve meslek hastalıkları alanlarında görev yapan toplam uzman sayısı, ülke ölçeğinde ciddi bir yetersizliği göstermektedir. Epidemiyoloji alanında yalnızca 30'lu sayılarda, çevre sağlığında 5, iş ve meslek hastalıklarında ise 60 civarında uzman tabip bulunması, koruyucu sağlık hizmetlerinin bilgi, analiz ve denetim kapasitesinin oldukça sınırlı kaldığını göstermektedir. Bu tablo, hem halk sağlığı krizlerine hazırlık hem de mesleki ve çevresel risklerin yönetimi açısından önemli bir yapısal kırılganlığa işaret etmektedir.[14]

Sorunun temelinde üç ana etken bulunmaktadır:

a. Kurumsal tanım eksikliği: Sağlık Bakanlığı teşkilatında bu yan dallar için açık görev tanımlarının bulunmaması;

b. Eğitim–hizmet uyumsuzluğu: Üniversitelerde verilen uzmanlık eğitiminin saha uygulamalarıyla yeterince bütünleşmemesi;

c. Kariyer ve teşvik yetersizliği: Uzmanlık sonrası dönemde öngörülebilir bir istihdam modeli ve kariyer yolunun tanımlanmamış olması.

Bu yapısal boşluk, sadece insan gücü eksikliğini değil, önleyici sağlık sisteminin yönetimsel zayıflığını da derinleştirmektedir. Halk sağlığı yan dalları, olağanüstü durumlarda (örneğin pandemi, çevresel felaket veya meslek hastalıkları salgınlarında) kritik önem kazansa da olağanüstü olayların olmadığı dönemlerde görünmez hale gelmekte ve kaynak önceliği kaybetmektedir.

Türkiye'de yan dal uzmanlarının eğitim ve istihdam zinciri içinde kopukluk yaşandığı gözlenmektedir. Halk sağlığı uzmanlarının, sistem içinde etkin olabilmesi için yalnızca formel eğitim değil, mezuniyet sonrası kariyer planlanması da gereklidir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısında, bu yan dallar için tanımlı görev, yetki ve sorumluluklar bulunmamaktadır. Bu durum hem kurumsal talebi zayıflatmakta hem de eğitim programlarının sürdürülebilirliğini engellemektedir. Türkiye'de beş çevre sağlığı yan dal uzmanı hekimi varken ve Bakanlık merkez teşkilatında görev yapan hiç çevre sağlığı uzmanı yokken, devlet hizmet yükümlülüğü kurasında açılan kadronun Urfa'ya olması, Bakanlığın bu eğitimin niteliğinden ve öneminden haberdar olmadığını göstermektedir. Benzer biçimde, enfeksiyon hastalıkları uzmanı olan bir epidemiyoloji uzmanının devlet hizmet yükümlülüğü kurasıyla atandığı ilde bulaşıcı birim sorumlusunun bir ebe olması, atamalarda liyakate dair önemli bir soruna dikkat çekmektedir.

Öte yandan eğitim ve hizmet arasında önemli bir uyum sorunu da bulunmaktadır: Türkiye'de bu bağlamda, hizmet temelli eğitim modeli (örneğin sahada il sağlık müdürlükleriyle ortak rotasyonlar) yeterince yerleşmemiştir. Bu, özellikle epidemiyoloji yan dalında mezun sayısının artmasına rağmen kurumsal etki yaratılamamasının, istihdama ilişkin ihtiyacın Saha Epidemiyolojisi ile ilgili bir sertifika programı ile giderilmeye çalışılmasının, bu "saha" sertifika programı mezunlarının Bakanlık Merkez Teşkilatı'nda ilgili dairelerde istihdam edilirken, epidemiyoloji yan dal uzmanlarının taşra teşkilatında istihdam edilmeleri, eğitim-hizmet uyumsuzluğunu ortaya çıkarmaktadır. Türkiye'de bu ortak planlama mekanizmasının yokluğu, mezun uzmanların "kurumsal atıl kapasiteye" dönüşmesine neden olmaktadır. Akademi ile kamu kurumları arasında ortak saha rotasyonları, araştırma–uygulama merkezleri veya veri paylaşım protokolleri kurulmadıkça, bu uzmanlıkların "sisteme entegre" olması oldukça zor gözükmektedir.

İş ve meslek hastalıkları uzmanlığı eğitimi için, bazı kurumlarda halk sağlığı anabilim dalı sorumluluğunda, diğer anabilim dalları ile ortak protokollerle eğitim verilirken, bazı kurumlarda ise göğüs hastalıkları anabilim dalı sorumluluğunda eğitim verilmektedir. Her ne kadar TUKMOS'ta minimum koşulları öngörülen standartlar yer alsa da eğitimden sorumlu anabilim dalına göre, koruyucu ve/veya tedavi edici perspektifle öğrenci yetiştiren kurumlar arasında farklılıklar gözlenebilmektedir. Bu ayrışma, eğitimden sorumlu birimin bir polikliniğe sahip olma durumu, bu polikliniğe klinisyen eğiticilerin aktif zaman ayırma durumu, bu poliklinikte hizmet verilen günlük ortalama hasta sayısı, hastaların ayaktan/yatarak takip edilmesi gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır. Eğitimden sorumlu anabilim dallarının, kendi ana dallarından uzmanları istihdam etme eğilimi gözlenmektedir. Üç farklı disiplin dalının karşılıklı iyi niyeti ve ortak protokolleriyle başlatılan iş ve meslek hastalıkları yan dal eğitimi için artık kuralları yazılı olarak belirlenmiş ortak ve entegre bir eğitim ve çalışma programı belirlenmelidir. Örne-

ğin program sorumluları ve bilim dalı başkanlıkları sırayla yapılmalı veya ortak görüş çerçevesinde bir uzlaşı ile belirlenmeli, farklı anabilim dallarına olan rotasyonlar kağıt üstünde kalmamalı ve eğitim programlarına katkı ortak bir şekilde yerine getirilmelidir. Ayrıca akademik istihdam noktasında yan dal uzmanlarını önceleyecek ortak kotalar belirlenmeli ve böylelikle ihtiyaca binaen mezun sayısı artırılmalıdır. Eğitim standartları açısından, özellikle üniversite hastanelerinde açılan iş ve meslek hastalıkları polikliniklerinde hasta sayısının arttırılabilmesi için başvuru yolakları düzenlenmelidir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurulu gibi ilgili kuruluşlarla, eğitim kurumlarının entegrasyonu sağlanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı, epidemiyoloji, çevre sağlığı ve iş–meslek hastalıkları uzmanları için açık görev tanımları ve hiyerarşik konumlar oluşturmalıdır. Bu kadrolar, başta Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü olmak üzere genel müdürlükler ve il sağlık müdürlükleri düzeyinde "araştırma ve analiz birimleri" veya "halk sağlığı izleme ve değerlendirme merkezleri" kurularak doğrudan karar vericilere raporlanacak sürveyans sistemlerini tasarlayabilir ve uygulayabilirler.

Yan dal programları, saha temelli uygulamalar ve bakanlık programlarıyla (örneğin erken uyarı ve yanıt sistemleri, çalışan sağlığı programları, çevresel sağlık izleme, hava kirliliği ve iklim riski yönetimi programları vb.) entegre edilmelidir. Bu durum hem eğitim kalitesini artıracak hem de kurumsal talebi ile uzmanlık alanlarının görünürlüğünü güçlendirecektir.

Ek olarak yan dal uzmanlarının üçüncü zorunlu hizmeti (600 gün) kaldırılmalı; yerine uzmanlık sonrası hizmette kariyer basamaklı bir model getirilmelidir. Ayrıca, yan dal uzmanlıkları için performans ve taban ek ödeme katsayıları sürdürülebilir kılınmalı, kısa vadeli düzenlemelere indirgenmemelidir.

Üniversiteler, Bakanlık birimleriyle birlikte ortak "Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitim Ağı" kurmalıdır: Bu ağ, ulusal akreditasyon, saha eğitimi ve ortak veri altyapısı işlevi görebilir.[15,16] Eğitim standartlarının artırılması ve standart hale gelebilmesi amacıyla, az sayıda olan akademik bölümler, ortak eğitim programları yapılandırmalı, yetişecek nitelikli yan dal uzmanları, uzman sayısının arttırılabilmesi için eğitici olarak akademide istihdam edilmelidir.

Son olarak, Türkiye'de epidemiyoloji, çevre sağlığı ve iş sağlığı alanlarında ulusal kapasite hedefleri belirlemelidir. Örneğin: Epidemiyologlar ve çevre sağlığı uzmanları yüzbin nüfusa iki; İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanları yüzbin nüfusa bir olacak şekilde planlama yapılmalıdır. Bu hedefler, ulusal sağlık güvenliği göstergelerine dahil edilmelidir.

Türkiye'nin halk sağlığı yan dal uzmanlıkları, sistemin stratejik ama görünmez bileşenleridir. Bu alanlarda yaşanan insan gücü açığı, sadece sayısal bir eksiklik değil, stratejik bir boşluktur. Bakanlık düzeyinde görev tanımı, akademik–kamusal iş birliği ve ulusal kapasite hedefleri oluşturulmadığı sürece, Türkiye'nin epidemiyoloji, çevre sağlığı ve iş sağlığı uzmanlıkları "tanınmış ama yeterince ve verimli olarak kullanılmayan" nitelikte kalacaktır.

KAYNAKLAR

1. Ricketts TC, Porterfield DS, Miller RL, Fraher EP. The Supply and Distribution of the Preventive Medicine Physician Workforce. J Public Health Manag Pract. 2021 May-Jun 01;27(Suppl 3):S116-S122. doi: 10.1097/PHH.0000000000001322. PMID: 33785682.
2. Wilson AN, Moodie R, Grills N. Public health physicians: who are they and why we need more of them – especially in Victoria. Australian and New Zealand Journal of Public Health. 01 Nisan 2021;45(2):93-4.
3. HASUDER. Türkiye'nin Halk Sağlığı Uzmanı Gereksinimi: Planlama-İstihdam ve TUS-YDUS Kontenjanları Çalıştay Raporu. HASUDER, 14 Şubat 2025, Ankara.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Personel Dağılım Cetvelleri [İnternet]. 2025 [a.yer 29 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://yhgm.saglik.gov.tr/TR-42988/personel-dagilim-cetveli-pdc.html
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği [İnternet]. Mar 26, 2013. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17232&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
6. Yükseköğretim Kurulu. Akademik Arama [İnternet]. 2025 [a.yer 29 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://akademik.yok.gov.tr/AkademikArama/
7. Kılıç, B., Gümüş, M., Temizer, M. (2020). Halk Sağlığı Uzmanlarının Durumu. S.Üner, P.Okyay (Ed.), Türkiye Sağlık Raporu 2020 içinde (51-56 ss.). Ankara: Hipokrat Yayınevi. ISBN: 978-605-7874-83-2.
8. HASUDER. Türkiye'nin Halk Sağlığı Uzmanı Gereksinimi: Planlama-İstihdam ve TUS-YDUS Kontenjanları Çalıştay Raporu. HASUDER, 14 Şubat 2025, Ankara.
9. T.C. Resmî Gazete. (2011, 2 Kasım). Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (No. 663). Resmî Gazete (Sayı: 28103). Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=663&MevzuatTur=4&MevzuatTertip=5
10. T.C. Resmî Gazete. (2022, 3 Eylül). Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği. Resmî Gazete (Sayı: 31942). Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39700&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5

11. T.C. Resmî Gazete. (1928, 4 Nisan). Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (Kanun No. 1219). Resmî Gazete (Sayı: 863). Erişim adresi: https://www.saglik.gov.tr/TR-10385/sayisi1219–rg-tarihi04041928–rg-sayisi863-tababet-ve-suabati-sanatlarinin-tarzi-icrasina-dair-kanun.html
12. Tıpta Uzmanlık Kurulu. (2025). Yetkilendirilmiş Uzmanlık Eğitimi Programları Listesi. Erişim adresi: https://tuk.saglik.gov.tr/TR-30148/programlar.html
13. T.C. Resmî Gazete. (2022, 12 Ağustos). Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği. Resmî Gazete (Sayı: 31921). Erişim adresi: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/47489/0/saglik-bakanligi-ek-odeme-yonetmeligi-30112023-tarihli-ve-32385-sayili-resmi-gazetede–ile-yapilan-degisikligik-islenmistirpdf.pdf
14. Eray Öntaş. (2025). Addressing workforce gaps in public health medicine subspecialties in Turkiye: A call to action, Health Policy, Volume 159, 2025, 105363, ISSN 0168-8510, https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105363
15. World Health Organization Regional Office for Europe & ASPHER. (2020). WHO–ASPHER Competency Framework for the Public Health Workforce in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. https://pact-for-skills.ec.europa.eu/community-resources/publications-and-documents/who-aspher-competency-framework-public-health-workforce-european-region_en?prefLang=ga
16. Otok R, Richardson E, Czabanowska K, et al. (2018). The public health workforce. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies. (Health Policy Series, No. 50.) 5. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535727/

Sağlık İnsan Gücü: Diğer Sağlık Profesyonelleri

Mithat Temizer, Hakan Baydur

Bu bölümde, daha önceki Türkiye Sağlık Raporu'nun 2018 yılına kadar olan dönemi kapsaması sebebiyle, 2019-2024 yılları arası dönem "Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı" ve "Sağlık İnsan Gücü" alt başlıklarıyla ele alınacaktır.

1. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

Türkiye'de yıllar itibarıyla toplam hekime müracaat sayıları ile kişi başına düşen hekime müracaat sayıları ve eğilimleri **Tablo 1** ve **Tablo 2**'de paylaşılmıştır. Ülke genelinde 2024 yılında gerçekleşen hekime başvuru sayısı 1 milyar 47 milyon 877 bin 901 olarak gerçekleşmiştir.

2019-2024 yılları arasındaki toplam hekime müracaat sayıları incelendiğinde, COVID-19 pandemisinin etkisiyle 2020 yılında yaşanan keskin düşüşün ardından, sağlık hizmetlerine olan talebin hızla artarak 2024 yılında 1 milyar müracaat eşiğini aştığı görülmektedir.

Türkiye'de 2019-2024 dönemine ait kişi başı hekime müracaat verileri incelendiğinde, COVID-19 pandemisinin yarattığı geçici daralmanın ardından sağlık hizmeti talebinde güçlü ve sürekli bir artış trendi gözlenmektedir. 2019 yılında 9,8 olan toplam müracaat sayısı, pandemi etkisiyle 2020'de 7,2'ye gerilemiş, ancak takip eden normalleşme sürecinde hızla yükselerek 2024 itibarıyla 12,2 seviyesine ulaşmış ve dönemin en yüksek değerini kaydetmiştir. Verilere uygulanan trend analizi sonucunda elde edilen üçüncü dereceden polinom (parabolik) model ($y = -0{,}2352x^3 + 2{,}8159x^2 - 9{,}1204x + 16{,}267$) %99,0'luk yüksek açıklayıcılık kat-

Tablo 1. Yıllara Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler

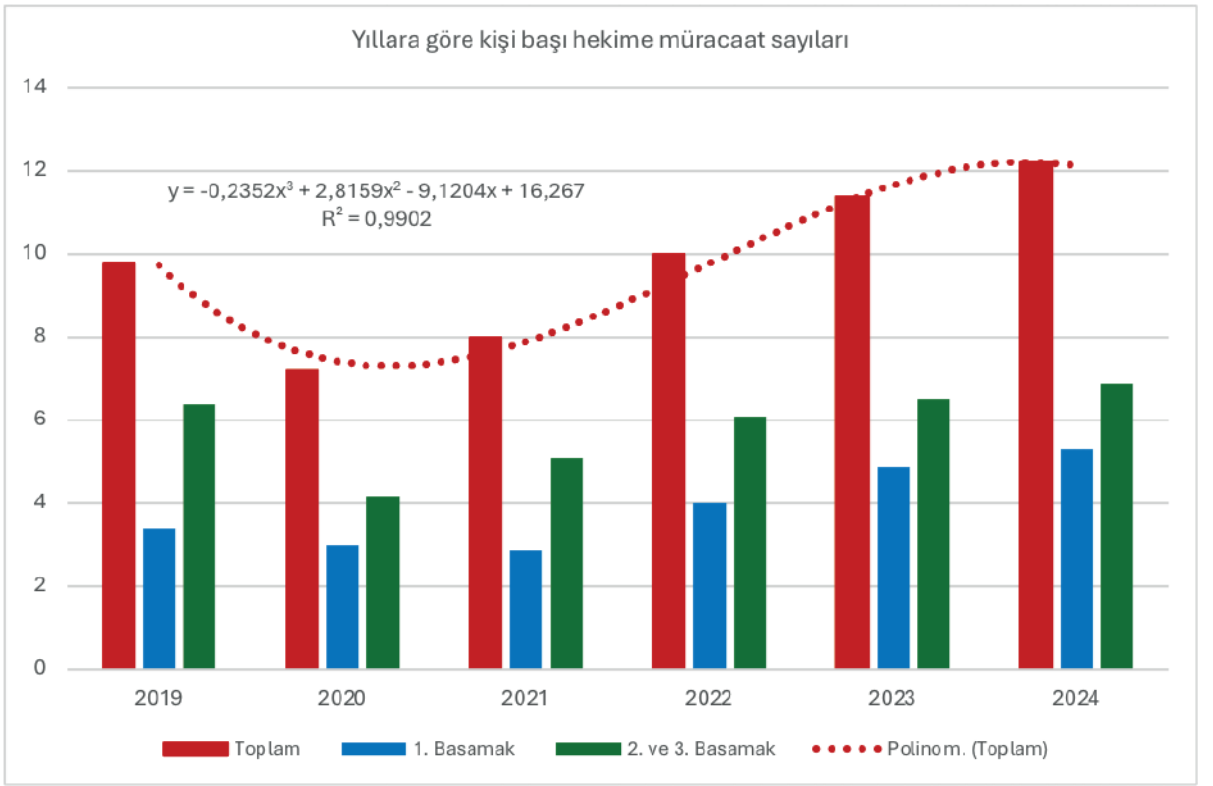
Yıl	1. Basamak (Milyon)	%	2. ve 3. Basamak Toplamı (Milyon)	%	Genel Toplam (Milyon)
2019	284.339	35,0	528.564	65,0	812.904
2020	250.589	41,7	349.672	58,3	600.261
2021	242.563	35,9	433.089	64,1	675.652
2022	336.170	39,4	517.158	60,6	854.328
2023	420.121	43,1	553.398	56,9	973.519
2024	453.941	43,3	593.937	56,7	1.047.878

Not: 2. ve 3. Basamak Toplamı verisi, Hastaneler ve Özel Tıp Merkezlerini içermektedir. Milyon bazındaki veriler yuvarlanmıştır.

Tablo 2. Kişi Başına Hekime Müracaat Sayıları

Yıl	1. Basamak	2. ve 3. Basamak	Toplam
2019	3,4	6,4	9,8
2020	3,0	4,2	7,2
2021	2,9	5,1	8,0
2022	4,0	6,1	10,0
2023	4,9	6,5	11,4
2024	5,3	6,9	12,2

[1]*Nolu kaynak 2024 verileri Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024 Haber Bülteni'nden alınmıştır.*



Şekil 1. Türkiye'de kişi başına hekim müracaat sayılarının kurumlar düzeyinde dağılımı (2019-2024)

sayısı (R^2=0.990) ile bu parabolik eğilimi ve talep artış hızını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde doğrulamaktadır. Özellikle birinci basamak müracaatlarının son yıllarda artış göstermesine (5,3) rağmen, 2. ve 3. basamak sağlık tesislerinin 6,9 başvuru ortalaması ile hizmet yükünün ana gövdesini oluşturmaya devam ettiği görülmektedir. 2024 yılında hekime müracaatın %43,3'ü birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara yapılırken, %56,7'si ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılmıştır. Bu oran, geçmiş yıllarla karşılaştırıldığında (2019'da 1. basamak %35 idi), birinci basamağın toplamdaki payının arttığını göstermektedir. Ancak yine de müracaatların yarısından fazlasının (%56,7) hastane düzeyinde kalması, basamaklar arası sevk zincirinin etkinliğinin geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

2024 yılı verilerine göre, kişi başı hekime müracaat sayısının en yüksek olduğu bölgeler sırasıyla Batı Karadeniz (13,5) ve Orta Anadolu (13,3) olmuştur. Türkiye ortalaması 12,2 iken, İstanbul'un kişi başı müracaat sayısı 10,9 ile ortalamanın altında kalmıştır.[1]

Kişi başı hekime müracaat sayılarındaki bu artış eğilimi, sağlık hizmetlerine erişimin genel olarak kolaylaştığını gösterse de ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerine yönelimin devam etmesi, sistem üzerindeki baskıyı artırmaya devam etmektedir.

2. Sağlık İnsan Gücü

Ülke genelinde giderek artan hekime başvuru sayıları, sağlık insan gücü planlamalarının ve yönetiminin öncelikle ve önemle ele alınmasını gerektirmektedir. Türkiye'de 2019–2024 yıllarına ait sağlık çalışanı sayıları incelenmiştir.

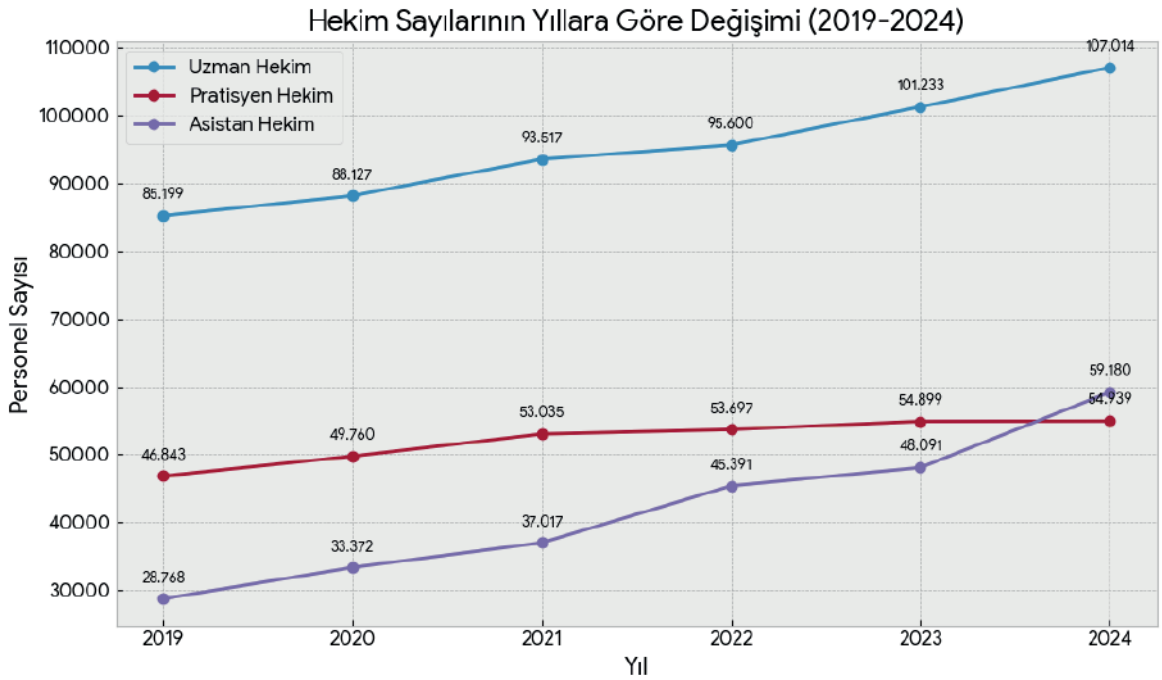
Hekim Sayılarındaki Değişim ve Asistan Hekim Artışı

2019-2024 dönemi verileri incelendiğinde, hekim insan gücünde genel bir artış eğilimi görülmekle birlikte, statüler arasındaki büyüme hızlarının farklılaştığı dikkat çekmektedir. Uzman hekim sayısı, sağlık hizmetlerine artan taleple uyumlu olarak istikrarlı bir yükseliş göstererek 2024 yılında 107.014 seviyesine ulaşmıştır. Ancak bu gruptaki en çarpıcı değişim asistan hekim sayısında yaşanmıştır; 2019 yılında 28.768 olan asistan hekim sayısı, özellikle 2022 yılından itibaren ivmelenerek 2024 itibarıyla iki katından fazla artışla 59.180'e yükselmiştir. Bu durum, Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) kontenjanlarındaki artışın ve uzmanlaşmaya yönelik insan kaynağı planlamasının somut bir yansımasıdır. Önceki dönem raporlarında (TSR 2020) belirtilen eğilim sürdürmek-

Tablo 3. Sağlık Personeli Sayıları

Unvanlar/Yıllar	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Uzman Hekim	85.199	88.127	93.517	95.600	101.233	107.014
Pratisyen Hekim	46.843	49.760	53.035	53.697	54.899	54.939
Asistan Hekim	28.768	33.372	37.017	45.391	48.091	59.180
Toplam Hekim	160.810	171.259	183.569	194.688	204.223	221.133
Diş Hekimi	32.925	34.830	39.851	42.359	45.718	50.434
Eczacı	33.841	35.364	37.211	38.981	40.610	42.324
Hemşire	198.103	227.292	232.442	243.565	248.287	264.857
Ebe	55.972	59.040	57.908	59.632	59.750	61.618
Diğer Sağlık Personeli	182.456	206.103	219.630	232.661	266.217	290.415
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	369.660	408.581	481.311	538.642	549.116	505.905
Genel Toplam	1.033.767	1.142.469	1.251.922	1.350.528	1.413.921	1.436.686

[1,2] Nolu Kaynaklar: 2023 yılı Sağlık istatistikleri yıllığı ve 2024 yılı sağlık istatistikleri bülteni

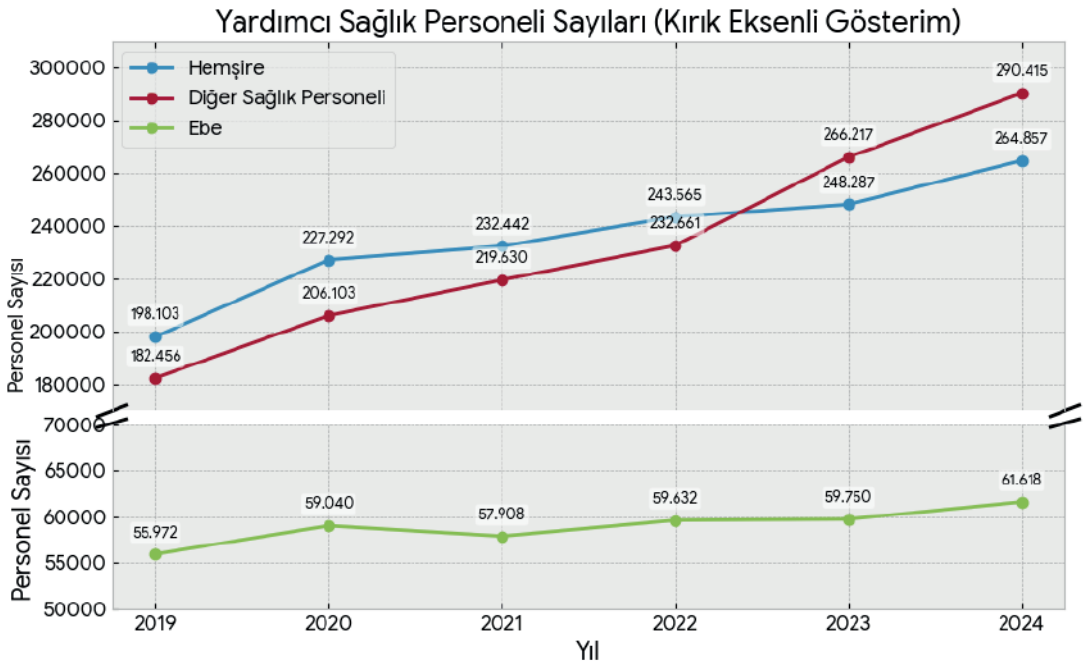


Şekil 2. Türkiye'de yıllara göre çalışan hekim sayılarındaki değişim (2019-2024)
[1,2] Nolu Kaynaklar: 2023 yılı Sağlık istatistikleri yıllığı ve 2024 yılı sağlık istatistikleri bülteni

tedir: hekimlerin mesleki kariyerlerine yönelik ulusal planlamalarda uzmanlaşmanın ağırlıklı/öncelikli olarak benimsendiği. 2018'de asistan hekim oranı %17,0 iken, 2024'te bu oranın %26,7'ye yaklaşması, gelecekteki uzman hekim sayısının hızla artacağının göstergesidir. Buna karşın, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel taşı olan pratisyen hekim sayısındaki artışın diğer gruplara kıyasla daha yatay bir seyir izlediği ve son yıllarda 54 bin bandında durağanlaştığı görülmektedir. 2024 sayıları itibariyle toplam hekimlerin %48,4'ü uzman hekim (107.014 kişi), %24,9'u pratisyen hekim (54.939 kişi) ve %26,7'si (59.180 kişi) asistan hekimdir (**Tablo** 3).

Yardımcı Sağlık Personeli ve Destek Hizmetlerinde Kapasite Gelişimi

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kritik rol oynayan yardımcı sağlık personeli verileri ele alındığında, "Diğer Sağlık Personeli" kategorisinin oransal olarak en yüksek artışı kaydettiği görülmektedir. 2019'da 182.456



Şekil 3. Türkiye'de yıllara göre çalışan hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli sayılarının dağılımı (2019-2024)
[1,2] Nolu Kaynaklar: 2023 yılı Sağlık istatistikleri yıllığı ve 2024 yılı sağlık istatistikleri bülteni

olan bu grup, %50'nin üzerinde bir artışla 2024'te 290.415'e ulaşarak sağlık sisteminin çeşitlenen profesyonel ihtiyaçlarına (sağlık memuru, fizyoterapist, psikolog, sosyal çalışmacı, tekniker vb.) yanıt verildiğini göstermektedir. Sistemin omurgasını oluşturan hemşire sayısı ise düzenli ve güçlü bir artış trendiyle 198 bin seviyelerinden 264.857'ye yükselmiştir. Ancak bu grupta dikkat çeken en önemli veri, ebe sayısındaki değişimin diğer meslek gruplarına kıyasla oldukça sınırlı kalmasıdır. 2019-2024 arasında diğer gruplar on binlerce kişilik artışlar kaydederken, ebe sayısının yaklaşık 56 binden yalnızca 61 bine çıkabilmesi, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından üzerinde durulması gereken bir iş gücü planlama sorununa işaret etmektedir. Ayrıca birinci basamak ve halk sağlığı hizmetlerine yapılan insan gücü yatırımının da yeterli düzeyde gelişemediğinin dolaylı bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

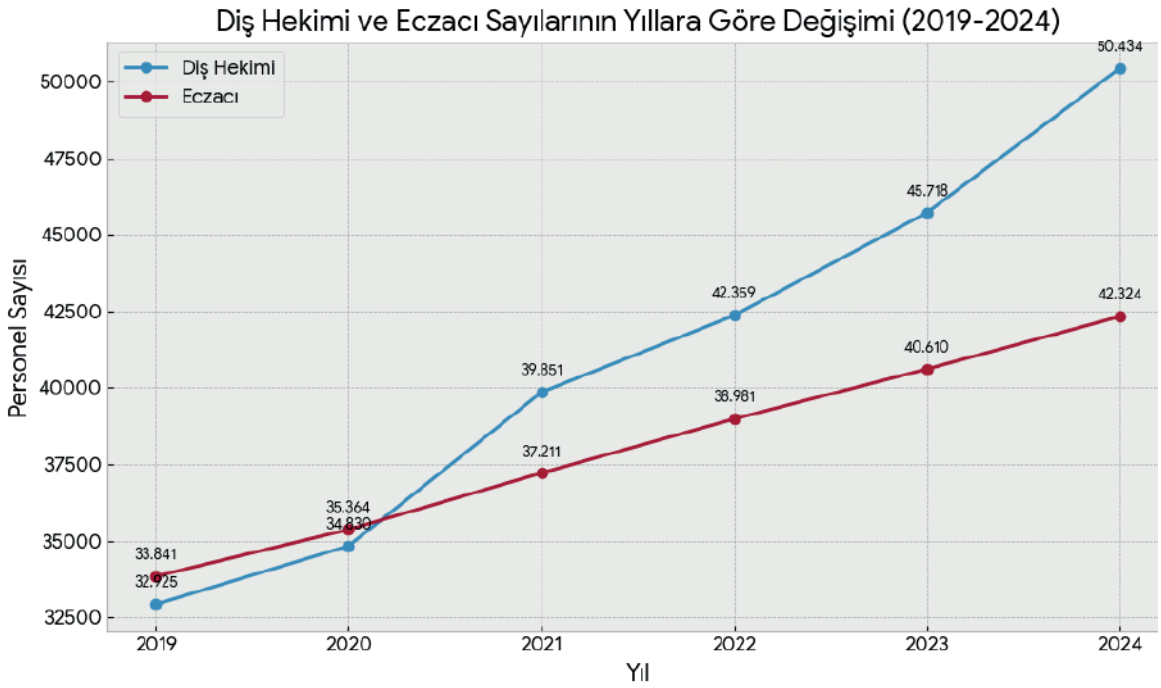
Diş Hekimliği ve Eczacılık Alanındaki İnsan Gücü Arzı

Ağız ve diş sağlığı ile eczacılık hizmetleri karşılaştırmalı olarak değerlendirildiğinde, diş hekimi sayısındaki artış hızının eczacı sayısındaki artışın önüne geçtiği görülmektedir. 2019 yılında sayısal olarak birbirine oldukça yakın olan (yaklaşık 33-34 bin) bu iki meslek grubu, 2024 yılına gelindiğinde makasın diş hekimleri lehine açılmasıyla ayrışmıştır. Diş hekimi sayısı 2024 itibarıyla 50.434'e ulaşarak belirgin bir sıçrama yaparken; eczacı sayısı daha lineer ve ılımlı bir artışla 42.324 seviyesine gelmiştir. Diş hekimi sayısındaki bu hızlı artış, son yıllarda artan diş hekimliği fakültesi sayısı ve kontenjanları ile ilişkilendirilebilirken, eczacılık alanındaki büyümenin daha kontrollü ve doygunluk noktasına yakın bir seyir izlediği söylenebilir.

Sonuç olarak incelenen 6 yıllık dönemde hekim ve diğer sağlık personeli sayılarında sürekli bir artış gözlenmektedir. Tablo ve grafiklerde de görüldüğü gibi bu artış eğilimi sağlık hizmet talebine olan artış ile sağlık insan gücü yetiştiren okulların mezunlarındaki artışa paralel bir seyir izlediği söylenebilir.

2024 yılı sağlık personeli dağılımı incelendiğinde, sağlık hizmeti sunumunda ana yüklenicinin Sağlık Bakanlığı olduğu açıkça görülmektedir. Toplam 1.436.686 sağlık çalışanının yaklaşık %60'ı (863.970 kişi) Sağlık Bakanlığı bünyesinde istihdam edilmektedir. Bunu sırasıyla %27 (392.094 kişi) ile özel sektör ve %13 (180.622 kişi) ile üniversiteler takip etmektedir (**Tablo 4**).

Hekim grubu alt kırılımlarına bakıldığında, uzman hekimlerin önemli bir kısmının (%57) Sağlık Bakanlığı'nda görev yapmasına rağmen, özel sektörün de bu alanda %30'luk (32.808 uzman hekim) ciddi bir paya sahip olduğu dikkat çekmektedir. Pratisyen hekimlerin ise ezici bir çoğunluğu (%88) Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışmakta olup, bu durum birinci basamak sağ-



Şekil 4. Türkiye'de yıllara göre çalışan diş hekimi ve eczacı sayılarının değişimi (2019-2024)
[1,2] Nolu Kaynaklar: 2023 yılı Sağlık istatistikleri yıllığı ve 2024 yılı sağlık istatistikleri bülteni

lık hizmetlerinin (aile hekimliği, acil sağlık hizmetleri vb.) büyük oranda kamu eliyle yürütüldüğünü göstermektedir. Tıpta uzmanlık eğitiminin ana aktörleri olan asistan hekimlerin dağılımı ise beklendiği üzere eğitim araştırma hastaneleri (Sağlık Bakanlığı) ve üniversite hastaneleri arasında paylaşılmış, özel sektörde bu statüde personel yer almamıştır (**Tablo 4**).

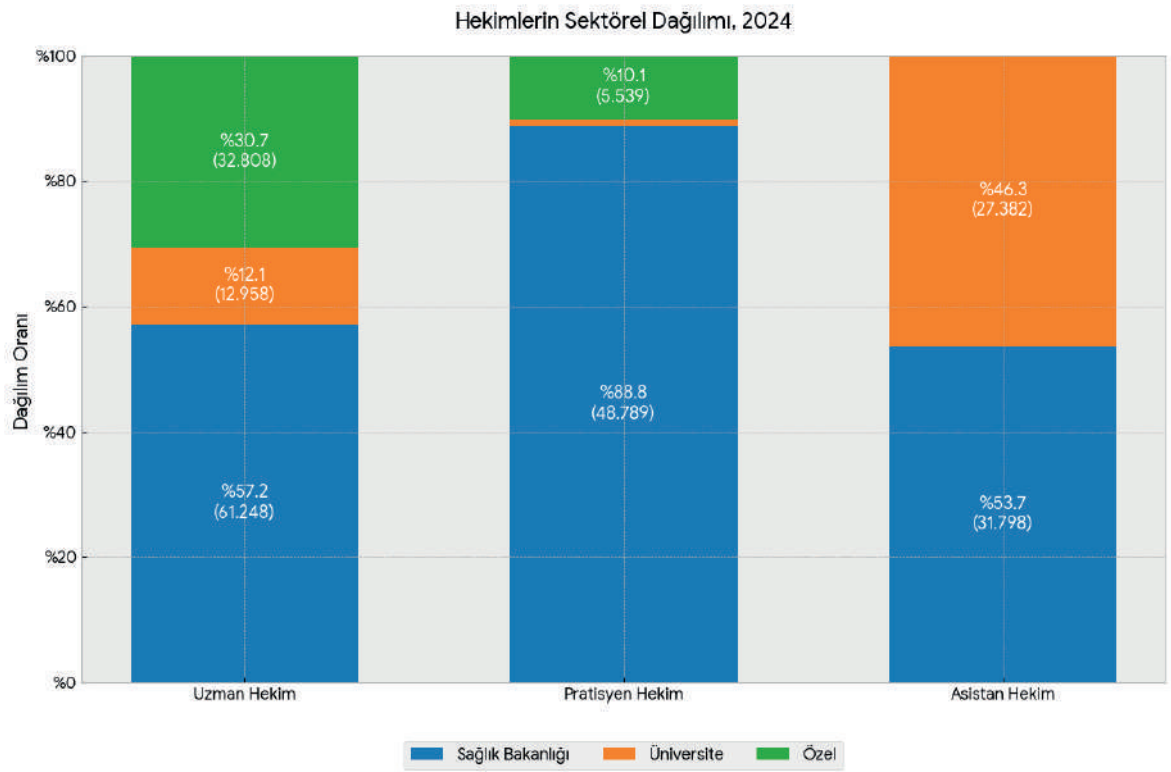
Tablonun en çarpıcı verilerinden biri, diş hekimliği ve eczacılık alanlarındaki sektörel dağılımın genel tablodan ayrışmasıdır. Diş hekimlerinin yaklaşık %58'i ve eczacıların %86'sı özel sektörde bulunmaktadır. Bu durum, ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ilaç temini süreçlerinin Türkiye'de ağırlıklı olarak özel girişimler (muayenehaneler ve serbest eczaneler) üzerinden yürütüldüğünü ortaya koymaktadır (**Tablo 4**).

Hemşire ve ebe kadrolarında ise kamunun belirgin bir dominasyonu söz konusudur. Toplam hemşirelerin %71'i ve ebelerin %92'si Sağlık Bakanlığı kadrolarındadır. Özellikle ebe istihdamının neredeyse tamamının kamuya ait olması, doğum ve ana-çocuk sağlığı

Tablo 4. Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2024

Unvanlar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	61.248	12.958	32.808	107.014
Pratisyen Hekim	48.789	611	5.539	54.939
Asistan Hekim	31.798	27.382	-	59.180
Toplam Hekim	141.835	40.951	38.347	221.133
Diş Hekimi	13.662	7.425	29.347	50.434
Eczacı	5.111	750	36.463	42.324
Hemşire	190.113	37.307	37.437	264.857
Ebe	56.870	1.040	3.708	61.618
Diğer Sağlık Personeli	202.811	24.694	62.910	290.415
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	253.568	68.455	183.882	505.905
Toplam Personel	863.970	180.622	392.094	1.436.686

[(1)]Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024 Haber Bülteni, Sayı: 13, 30 Eylül 2025



Şekil 5. Türkiye'de çalışan hekimlerin sektörel dağılımı (2024)

[1]Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024 Haber Bülteni, Sayı: 13, 30 Eylül 2025

hizmetlerinin devletin temel sorumluluk alanı olarak görüldüğünü ve bu hizmetlerin merkezi olarak planlandığını işaret etmektedir (**Tablo 4**).

2019-2024 dönemi hekim istihdam verileri incelendiğinde, Sağlık Bakanlığı'nın insan gücü kapasitesini diğer sektörlere kıyasla çok daha hızlı artırdığı ve sistemdeki ağırlığını pekiştirdiği görülmektedir. Özellikle uzman hekim sayısındaki düzenli artışın yanı sıra, tıpta uzmanlık eğitimi alanında yaşanan yapısal dönüşüm dikkat çekicidir; 2022 yılına kadar üniversite hastaneleri asistan hekim sayısında başı çekerken, son dönemde Sağlık Bakanlığı kadrolarında yaşanan ivmelenme ile 2024 yılında asistan istihdamında lider konuma yükselmiştir. Pratisyen hekimlikte kamunun mutlak hakimiyeti sürerken, özel sektörün uzman hekim havuzundaki büyümesi daha yatay bir seyir izlemiş, insan gücü planlamasında kamunun belirleyici rolü güçlenmiştir.

100.000 kişiye düşen sağlık personeli sayısı, Türkiye'nin sağlık sistemindeki insan gücü kapasitesini uluslararası standartlarla kıyaslamak için kritik bir ölçüttür. 2019-2024 döneminde, Türkiye'de 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı, 2018'deki 187'den 2024'te 258'e yükselerek önemli bir artış göstermiştir. Benzer şekilde, hemşire ve ebe sayısı da 2023'te 361 iken 2024'te 381'e yükselmiştir (**Tablo 6**).

Ancak bu artışlara rağmen, Türkiye'nin hekim ve hemşire-ebe yoğunluğu uluslararası standartların hala gerisindedir:

- 2024 verisine göre 100.000 kişiye düşen Toplam Hekim Sayısı 258 iken, 2022 OECD ortalaması 377'dir.
- Hemşire ve ebe sayısında ise fark daha açıktır; Türkiye'deki 381 sayısına karşılık OECD ortalaması 988'dir.

Bu durum, Türkiye'nin sağlık insan gücünü artırma çabalarına rağmen, uluslararası standartlara ulaşmak için devam eden bir kapasite açığı olduğunu göstermektedir.

Bölgesel Yoğunluk (2024)

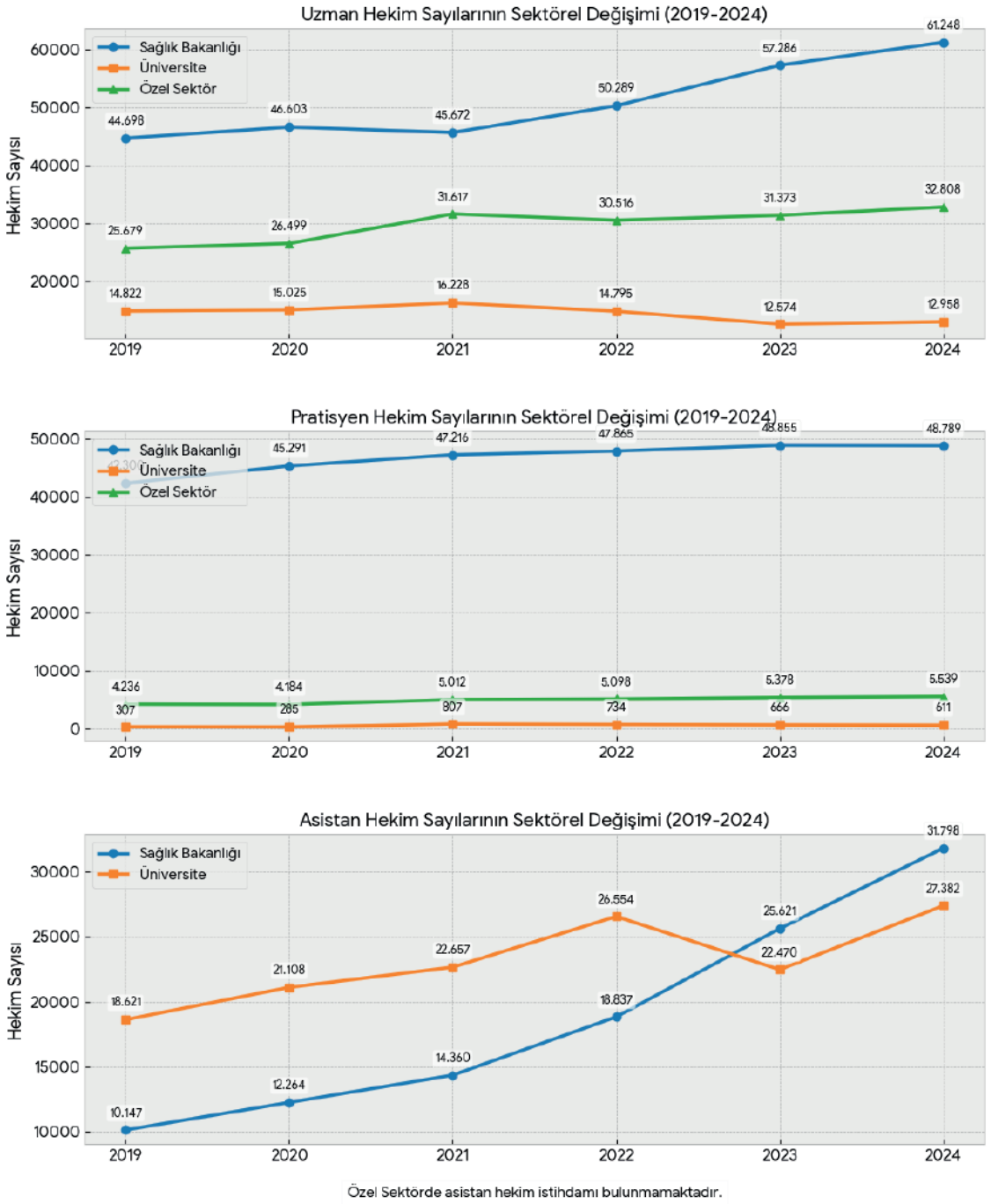
2024 yılında 100.000 kişiye düşen uzman hekim, toplam hekim, toplam diş hekimi, eczacı ile hemşire ve ebe sayısının en yüksek olduğu bölge Batı Anadolu oldu.

2024 verilerine göre, Ankara'yı da kapsayan Batı Anadolu bölgesi, sağlık insan gücü yoğunluğunda Türkiye'nin açık ara en avantajlı bölgesidir. 100.000 kişiye

Tablo 5. Sektör ve yıllara göre sağlık personeli sayıları dağılımı (2019-2024) ()

Kurum	Yıllar	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Asistan Hekim*	Toplam Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Hemşire	Ebe	Diğer Sağlık Personeli	Diğer Personel ve Hizmet Alımı	Genel Toplam
Sağlık Bakanlığı	2019	44.698	42.300	10.147	97.145	11.387	3.404	132.333	52.076	124.758	229.335	650.438
	2020	46.603	45.291	12.264	104.158	11.588	3.697	156.205	55.505	140.161	250.461	721.775
	2021	45.672	47.216	14.360	107.248	11.635	4.033	155.588	54.178	142.712	252.626	728.020
	2022	50.289	47.865	18.837	116.991	12.154	4.424	169.588	55.942	153.362	260.500	772.961
	2023	57.286	48.855	25.621	131.762	12.874	4.761	177.767	56.179	188.375	283.625	855.343
	2024	61.248	48.789	31.798	141.835	13.662	5.111	190.113	56.870	202.811	253.568	863.970
Üniversite	2019	14.822	307	18.621	33.750	4.425	840	31.324	809	17.050	48.331	136.529
	2020	15.025	285	21.108	36.418	4.764	977	35.014	901	19.052	48.694	145.820
	2021	16.228	807	22.657	39.692	5.038	728	37.021	925	21.617	73.338	178.359
	2022	14.795	734	26.554	42.083	5.443	749	36.918	981	23.360	74.396	183.930
	2023	12.574	666	22.470	35.710	5.948	751	36.875	994	24.104	70.752	175.134
	2024	12.958	611	27.382	40.951	7.425	750	37.307	1.040	24.694	68.455	180.622
Özel Sektör	2019	25.679	4.236	-	29.915	17.113	29.597	34.446	3.087	40.648	91.994	246.800
	2020	26.499	4.184	-	30.683	18.478	30.690	36.073	2.634	46.890	109.426	274.874
	2021	31.617	5.012	-	36.629	23.178	32.450	39.833	2.805	55.301	155.347	345.543
	2022	30.516	5.098	-	35.614	24.762	33.808	37.059	2.709	55.939	203.746	393.637
	2023	31.373	5.378	-	36.751	26.896	35.098	33.645	2.577	53.738	194.739	383.444
	2024	32.808	5.539	-	38.347	29.347	36.463	37.437	3.708	62.910	183.882	392.094

[1-6] Kaynaklar: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 ve 2024 Haber Bülteni



Şekil 6. Sektörlere ve yıllara göre hekim sayısı dağılımındaki değişim (2019-2024)
[1-6] Kaynaklar: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 ve 2024 Haber Bülteni

Tablo 7. 100.000 Kişiye Düşen Sağlık Personeli Sayıları ()

Personel Türü	2023 Türkiye Verisi	2024 Türkiye Verisi	OECD Ortalaması (2022)
Toplam Hekim (100.000 kişiye)	239	258	377
Uzman Hekim (100.000 kişiye)	119	125	-
Diş Hekimi (100.000 kişiye)	54	59	78
Eczacı (100.000 kişiye)	48	49	85
Hemşire ve Ebe (100.000 kişiye)	361	381	988

Tablo 7. İBBS-1'e ve Unvanlara Göre 100.000 Kişiye Düşen Personel Sayısı, Tüm Sektörler, 2024

İBBS-1 Bölgeleri	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Toplam Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Hemşire ve Ebe
İstanbul	164	58	317	78	53	334
Batı Marmara	110	62	218	52	47	390
Ege	135	64	277	62	53	380
Doğu Marmara	113	60	228	56	47	350
Batı Anadolu	178	61	397	79	57	464
Akdeniz	115	66	229	58	53	381
Orta Anadolu	99	69	224	53	48	417
Batı Karadeniz	104	71	219	48	47	434
Doğu Karadeniz	109	74	239	53	50	450
Kuzeydoğu Anadolu	90	73	206	41	38	382
Ortadoğu Anadolu	90	74	206	40	38	426
Güneydoğu Anadolu	77	64	165	33	41	331
Türkiye Ortalaması	125	64	258	59	49	381

[(1)]Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024 Haber Bülteni, Sayı: 13, 30 Eylül 2025

düşen toplam hekim sayısında 397 ile, uzman hekimde 178 ile ve hemşire-ebe sayısında 464 ile Türkiye ortalamalarının çok üzerinde bir performansa sahiptir. Bu durum, başkentin sağlık üssü olma niteliği ve üniversite/şehir hastanelerinin bu bölgedeki yoğunluğu ile açıklanabilir.

Veriler, özellikle uzman hekim dağılımında belirgin bir "Batı-Doğu makası" olduğunu göstermektedir. Batı Anadolu (178) ve İstanbul (164) gibi bölgelerde 100.000 kişiye düşen uzman hekim sayısı Türkiye ortalamasının (125) oldukça üzerindeyken; Güneydoğu Anadolu (77), Kuzeydoğu Anadolu (90) ve Ortadoğu Anadolu (90) bölgeleri ortalamanın çok altında kalmaktadır. Bu durum, uzman hekimlerin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi yüksek metropollerde toplanma eğiliminde olduğunu kanıtlamaktadır.

Uzman hekimlerin aksine, pratisyen hekim dağılımında daha dengeli, hatta Doğu bölgeleri lehine bir tablo görülmektedir. Türkiye ortalamasının 64 olduğu pratisyen hekim yoğunluğunda, Ortadoğu Anadolu ve Doğu Karadeniz bölgeleri (74) başı çekmektedir. İstanbul ise 58 ile bu alanda en düşük yoğunluğa sahip bölgelerden biridir. Bu veri, Devlet Hizmet Yükümlülüğü (mecburi hizmet) uygulamasının, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda bölgesel açıkları kapatmakta etkili olduğunu, ancak uzman hekim tutundurma konusunda yetersiz kaldığını göstermektedir.

Tablonun en dikkat çekici negatif bulgusu, Güneydoğu Anadolu bölgesinin neredeyse tüm parametrelerde (Uzman hekim, toplam hekim, diş hekimi, hemşire-ebe) Türkiye sıralamasının en altında yer almasıdır. Özellikle toplam hekim sayısında (165), Türkiye ortalaması olan 258'in oldukça gerisinde kalınması, bu bölgedeki sağlık hizmeti erişiminde insan kaynağı kısıtlılığının en önemli sorun olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 7. Birinci Basamak Kurum ve Acil Hizmet Altyapı Sayıları, Sağlık Bakanlığı, 2024

Kurum / Altyapı Adı	2024 Sayısı
Aile Hekimliği Birimi	28.845
Aile Sağlığı Merkezi (ASM)	8.228
Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)[1]	973
Sağlık Evi	4.775
Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi (ÇEKÜS)[2]	90
Verem Savaş Dispanseri (VSD)	170
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)[3]	417
Halk Sağlığı Laboratuvarları	84
Acil Yardım İstasyonu	3.498
Acil Yardım Ambulansı	5.664

1 *Toplum Sağlığı Merkezi sayısına, nüfusu 30.000 ve üzeri olan ilçelerde aynı hizmeti veren 434 İlçe Sağlık Müdürlüğü de dahil edilmiştir.*

2 *ÇKYS'de kayıtlı 90 müstakil ÇEKÜS biriminin yanı sıra, Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM) bünyesinde hizmet veren Kadın ve Üreme Sağlığı ile Çocuk ve Ergen Sağlığı Danışmanlık Hizmeti Birimleri olmak üzere toplam 402 birim daha bulunmaktadır.*

3 *KETEM sayısına, ÇKYS'de kayıtlı 95 sabit KETEM, mobil araçlarda hizmet veren 46 KETEM ve SHM'de faaliyet gösteren 276 KETEM dahildir.*

[(1)]Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024 Haber Bülteni, Sayı: 13, 30 Eylül 2025

2024 yılı verileri incelendiğinde, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin omurgasını Aile Hekimliği sisteminin oluşturduğu görülmektedir. Ülke genelinde 8.228 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ve bu merkezlerde hizmet veren 28.845 Aile Hekimliği Birimi ile geniş bir kapsayıcılık sağlanmıştır. Bu sayısal veri, vatandaşların sağlık sistemine ilk giriş noktasının güçlü tutulduğunu ve koruyucu hekimlik uygulamalarının tabana yayılması için gerekli fiziki altyapının mevcut olduğunu göstermektedir. Ayrıca kırsal bölgelerde hizmet veren 4.775 Sağlık Evi, coğrafi erişilebilirliğin sağlanması adına kritik bir rol üstlenmeye devam etmektedir. Bununla birlikte oluşturulmuş olan Aile Hekimliği Birimlerinin tamamında görevlendirilmiş hekim ve aile sağlığı elemanına ilişkin sayılar istatistik yıllıklarında mevcut değildir. Sağlık Bakanlığı'nın 2024 istatistiklerinde toplam Aile Hekimliği Birimi sayısı 28.845 olarak belirtilmiş olsa da bu birimlerin fiili doluluk oranları dinamik bir seyir izlemektedir. Özellikle 2024 Kasım ayında yürürlüğe giren *Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği* sonrasında sahadan gelen geri bildirimler ve 2025 yılı başındaki iş bırakma eylemleri sistemdeki sirkülasyonun arttığını göstermektedir. İl Sağlık Müdürlükleri tarafından periyodik olarak yayınlanan 'Ek Yerleştirme Listeleri' incelendiğinde, özellikle metropollerde ve sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi düşük bölgelerde münhal (boş) birimlerin varlığını koruduğu görülmektedir. Örneğin İstanbul ili Ekim 2025 tarihli ek tercih ve yerleştirme işleminde açıkta olan boş birim sayısı 213'tür. (İstanbul İli Aile Hekimliği 169. Ek Tercih ve Yerleştirme İşlemleri Öncesi Boş Olan Pozisyonlar. https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/259558/0/aile-hekimligi-169-ek-tercih-ve-yerlestirme-islemleri-oncesi-bos-pozisyonlar-yenipdf.pdf) Düzenli olarak il sağlık müdürlükleri tarafından bu sirkülasyon çıkılan ilanlar ile doldurulmaya çalışılmaktadır. İstifa, TUS sonrası yerleşmeler, emeklilik, yer değiştirme gibi nedenlerle boşalan birimlerin yıllık düzeyde ne miktarda olduğuna ilişkin yayınlanmış istatistik bulunmamaktadır.

Tabloda müstakil ÇEKÜS sayısı 90 ve KETEM sayısı 417 olarak görünse de dipnotlar incelendiğinde bu hizmetlerin önemli bir kısmının Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) çatısı altına taşındığı anlaşılmaktadır (SHM bünyesinde 402 ek ÇEKÜS birimi ve 276 KETEM bulunmaktadır). Bu durum, Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamakta sadece tedavi edici değil, sağlığı geliştirici hizmetleri bütüncül bir yaklaşımla ve tek bir merkezden (SHM'ler üzerinden) sunma stratejisini benimsediğini göstermektedir. İlçe Sağlık Müdürlükleri, SHM ve KETEM gibi birimlerin örgütsel yapısı ve işleyişine ilişkin yasal düzenlemelerin geliştirilmesi önemlidir. Ayrıca özelleşmiş olan bu alanlara ihtiyaç duyulan insan gücünün yeterli bir şekilde sağlanması, aile hekimliği ve tedavi edici sağlık hizmetleri entegrasyonu sağlanmalıdır.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri altyapısı değerlendirildiğinde, 3.498 Acil Yardım İstasyonu ve 5.664 Acil Yardım Ambulansı ile güçlü bir operasyonel ağ kurulduğu görülmektedir. İstasyon başına düşen ambulans sayısının yaklaşık 1,6 olması, istasyonların vaka yoğunluğuna göre birden fazla ambulansla desteklendiğini ve acil durumlara müdahale kapasitesinin yüksek tutulduğunu işaret etmektedir.

Yükseköğretim İstatistiklerine Göre Sağlık İnsan Gücü Arzı ve Gelecek Projeksiyonu

Sağlık insan gücü yetiştirmede Türkiye'de tek ve en önemli kaynak yüksek öğretim kurumlarıdır. Yüksek öğretim kurumları başta kamunun ve diğer sektörlerin taleplerini ve mevcut öğretim alt yapısını da dikkate alarak sağlık insan gücü yetiştirmek üzere kontenjan belirler. Her sene yenilenen bu kontenjanların alan ile eşlenik olarak belirlenmesi önemlidir. Son yıllarda sağlık ile ilgili branşlarda eğitim talebinin giderek arttığı, özellikle mezuniyet sonrası istihdam olasılığının yüksek olması nedeniyle yerleştirme puanlarının yükseldiği görülmektedir. Mevcut ve gelecekte sağlık işkolunda istihdam edilecek olan bu gruba ait istatistikler Yüksek Öğretim Kurumu tarafından yayınlanmaktadır. Dört ana branşta 2024-2025 öğretim yılı için mevcut öğretim kapasitesi ve okuyan öğrenci sayıları tabloda görüldüğü gibidir.

2024-2025 öğretim yılı verileri, sağlık eğitiminde öğrenci havuzunun büyüklüğünü ve sisteme dahil olan yeni iş gücü potansiyelini ortaya koymaktadır. Eğitim sürecini tamamlayarak mezun olan 47.138 sağlık profesyoneli (Tablodaki 4 bölümün toplamı) ve sisteme yeni giriş yapan 63.924 öğrenci verisi ışığında öne çıkan bulgular şunlardır:

Artan Tıp Fakültesi ve Kontenjan Sayısı: Tıp fakülteleri bu dönemde 15.524 mezun vererek sağlık ordusuna önemli bir hekim takviyesi sağlamıştır. Ancak en kritik veri, mezun sayısının (15.524) yeni kayıt sayısına (21.586) oranıdır. Sisteme giren öğrenci sayısının sistemden mezun olarak çıkan sayısından yaklaşık %39 daha fazla olması, hekim yetiştirme kapasitesinin son yıllarda belirgin şekilde artırıldığını göstermektedir. Bu durum, önümüzdeki 6 yıllık projeksiyonda yıllık mezun sayısının 20 bin bandına yaklaşacağının ve hekim arzının hızla artacağının habercisidir. Öte yandan sağlık eğitiminin omurgasını oluşturan Tıp fakülteleri,

Tablo 9. Eğitim ve Öğretim Alanları Sınıflamasına Göre Lisans Düzeyindeki Öğrenci ve Mezun Sayıları, 2024-2025 ()

	Yeni Kayıt			Toplam Öğrenci Sayısı			Mezun Sayısı		
Bölümler	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Diş Hekimliği	4.507	6.561	11.068	22.397	31.235	53.632	2.853	3.862	6.715
Tıp	10.433	11.153	21.586	60.470	66.115	126.585	7.639	7.885	15.524
Hemşirelik ve Ebelik	5.274	21.566	26.840	23.927	85.200	109.127	4.764	16.580	21.344
Eczacılık	1.370	3.060	4.430	8.239	17.285	25.524	1.113	2.442	3.555

(7)Kaynak: Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi, https://istatistik.yok.gov.tr/

126.585 toplam öğrenci sayısı ile en büyük paya sahiptir. Cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında, Tıp eğitiminde oldukça dengeli ancak kadınlar lehine gelişen bir tablo (Kadın: %52, Erkek: %48) dikkat çekmektedir. Bu durum, hekimlik mesleğinde gelecekte kadın istihdam oranının artarak devam edeceğinin bir göstergesidir. Kabaca 2024 yılı itibariyle mezun olan hekimlerin çalışan toplam hekim sayısına oranı %7'dir. OECD ortalamasına hızla yaklaşan hekim arzında bugünden başlayarak dengeli kontenjan planlaması yapılması ve özellikle yeni oluşturulan okullarda niteliğin geliştirilmesi çabaları daha fazla önem kazanacaktır.

Hemşirelik ve Ebelikte Güçlü Mezuniyet Çıktısı: Sağlık sisteminin en kalabalık meslek grubu olan Hemşirelik ve Ebelik bölümleri, tek bir dönemde 21.344 mezun vererek iş gücü piyasasına en yüksek katkıyı sağlayan alan olmuştur. Yeni kayıtların (26.840) mezun sayısının üzerinde seyretmesi, bu alandaki istihdam havuzunun genişlemeye devam ettiğini ve sağlık hizmetlerindeki hemşire açığının kapatılmasına yönelik politikanın sürdürüldüğünü göstermektedir. Mezunların cinsiyet dağılımında erkeklerin oranı %22 (4.764 mezun) seviyesindedir. Bu alandaki toplam öğrencilerin yaklaşık %22'sinin (23.927) ve yeni kayıt yaptıranların yaklaşık %20'sinin (5.274) erkek öğrencilerden oluşması, bu meslek grubundaki cinsiyet rollerinin değişmeye başladığını ve erkek istihdamının tabana yayıldığını göstermesi açısından önemli bir veridir. Ebelik eğitimine yalnızca kadınlar kabul edilmekle birlikte, geçmişte Sağlık Memurluğu (Toplum Sağlığı) ile hemşirelik branşlarının ayrılan cinsiyet dağılımının, bölümlerin hemşirelik çatışı altında birleştirilmesi ile bu bölümde öğrenim gören erkek öğrencilerin sayısının giderek arttığı görülmektedir. 2024 yılı itibariyle mezun olan ebe ve hemşire sayısı toplam çalışanların %6.5'ini oluşturmaktadır. Halen OECD ortalamasına ulaşabilmek için mevcut çalışan sayısının iki katından daha fazla hemşire ve ebeye ihtiyaç olduğu görülmektedir. Ayrıca bölgesel dağılım farklılıklarına ve sağlık hizmet sunumuna göre planlama ve istihdam yapılması önemlidir.

Diş Hekimliğinde "Arz Şoku" Riski: Tablonun en dikkat çekici dengesizliği Diş Hekimliği alanındadır. Mevcut dönemde 6.715 diş hekimi mezun olurken, fakültelere 11.068 yeni öğrenci kayıt yaptırmıştır. Yeni kayıt sayısının mezun sayısına göre yaklaşık **%65 daha fazla** olması, bu alanda çok agresif bir kontenjan artışına gidildiğini kanıtlamaktadır. Bu veri, önümüzdeki 5 yıl içinde diş hekimi arzında çok sert bir yükseliş yaşanacağını ve piyasada bir doygunluk riskinin oluşabileceğini işaret etmektedir. 2024 yılında mezun olan diş hekimi sayısı toplam çalışan diş hekimi sayısının %13.3'ünü oluşturmaktadır. Mevcut artış trendinin devam etmesi halinde, kısa sürede OECD ortalamasının üzerine çıkılacağı öngörülmektedir. Bu durum, sağlık insan gücü planlamasında diş hekimliği alanının, kontrolsüz arz artışı nedeniyle olumsuz bir örnek teşkil edeceği anlamına gelmektedir.

Eczacılıkta Dengeli Büyüme: Eczacılık eğitimi, 3.555 mezun ve 4.430 yeni kayıt ile diğer sağlık branşlarına kıyasla daha kontrollü ve dengeli bir büyüme eğrisi izlemektedir. Mezuniyet ve yeni kayıt makasının en dar olduğu alanlardan biri olması, bu sektördeki insan gücü planlamasının daha stabil ilerlediğini göstermektedir. Mezunların mevcut çalışanlara oranı %8.4 düzeyindedir. Bununla birlikte eczacılık mesleği daha çoğunlukla özel sektörde faaliyet göstermekte, kamuda istihdam sayısı daha sınırlı kalmaktadır. Türkiye'de 100.000 kişiye düşen eczacı sayısının 49 olduğu, bu rakamın OECD ülkeleri ortalamasının altında kaldığı görülmektedir. Diş hekimliğinde olduğu gibi doygunluk riski eczacılıkta da konuşulsa da Türkiye şu an için sayısal olarak OECD ortalamasının (85) gerisindedir. Ancak, Hollanda (22) gibi gelişmiş örnekler, eczacı sayısının çok olmasının "gelişmişlik" göstergesi olmadığını, bunun sistemin kurgusuyla (zincir eczaneler, hastane eczacılığı, ilaç dağıtım kanalları) ilgili olduğunu göstermektedir.

Tablodaki tüm bölümlerde kadın öğrenci sayısının erkeklerden fazla olması, sağlık sektörünün "kadın ağırlıklı" (feminizasyon) yapısının eğitim aşamasında da baskın olduğunu kanıtlamaktadır. Özellikle Eczacılık

(%67 Kadın) ve Diş ile İlgili Çalışmalar (%58 Kadın) alanlarında bu fark belirgindir. Tüm bölümlerde "Yeni Kayıt" sayılarının "Mezun" sayılarından belirgin şekilde yüksek olması, Türkiye'nin sağlık insan gücü arzını artırma stratejisini kararlılıkla sürdürdüğünü göstermektedir. Özellikle Tıp ve Diş Hekimliği alanlarındaki fark, gelecekteki sağlık ordusunun bugünkünden sayısal olarak çok daha güçlü olacağını, ancak bu büyümenin istihdam planlamasıyla (kadro, özel sektör teşvikleri vb.) desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Yükseköğretim kurumunun 2024-2025 öğretim yılından itibaren ikinci öğretim programlarına öğrenci alımını durdurması ve 2025-2026 öğretim yılında ise pek çok branşta öğrenci alımını kısıtlamasına karşın sağlık ile ilgili branşlarda toplam öğrenci sayıları, Türkiye'nin sağlık insan gücü açığını kapatmaya yönelik kontenjan artış politikasını sürdürüldüğünü göstermektedir. Özellikle Tıp ve Hemşirelik alanlarındaki yüksek öğrenci sayıları, sağlık sisteminin büyüme hedefleriyle uyumlu bir arz projeksiyonu sunmaktadır.

Türkiye'de sağlık insan gücü kapasitesinde istikrarlı bir büyüme gözlemlense de OECD standartlarını yakalamak adına yalnızca sayısal artış yeterli değildir.[8] Uluslararası normlara erişebilmek için niceliksel büyümenin yanı sıra, verimliliğin artırılması ve özellikle **hemşire ile ebe istihdamına** öncelik verilmesi çok önemlidir.[9] Aksi takdirde, sağlık hizmetlerine yönelik yoğun talep ve artan müracaat sayıları, mevcut personelin iş yükü üzerindeki baskıyı sürdürmeye devam edecektir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024 Haber Bülteni, Sayı: 13, 30 Eylül 2025, https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/51942/0/haber-bulteni-2024-trpdf.pdf
2. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. Ankara, 2025, https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf
3. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. Ankara, 2021, https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf
4. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020. Ankara, 2022, https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399/0/siy2020-tur-26052022pdf.pdf
5. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021. Ankara, 2023, https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316/0/siy2021-turkcepdf.pdf
6. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. Ankara, 2024, https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf
7. Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi, https://istatistik.yok.gov.tr/
8. OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en.
9. Eurostat. (2023). *Health statistics*. European Commission. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Category:Health

Mezuniyet Sonrası Halk Sağlığı Eğitimi

Metin Hasde

1. Giriş

Tıp alanında mezuniyet sonrası eğitimin amacı, "toplumun sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamak üzere tıp dallarından herhangi biri ile ilgili uzmanlık bilgisine sahip hekim yetiştirmek" olarak tanımlanmaktadır.[1] Modern anlamda tıpta uzmanlaşmanın düzenlenmesi ise 19. yüzyılın başlarında bilginin üretilmesi ve yayılması ile hız kazanmıştır.[2]

Mezuniyet sonrası Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı Uzmanlık eğitimi ülkemizde Tıpta Uzmanlık eğitimi ekseninde gelişimini sürdürmüş ve bu süreç yasal düzenlemeler zemininde kısaca incelenmiştir. Halk Sağlığı uzmanlık eğitiminin Dr. Nusret Fişek önderliğinde 1958 yılında Hıfzıssıhha Okulunda ve o dönem yürürlükte olan Tıpta Uzmanlık tüzüğünde yer almamasına rağmen başladığı bilinmektedir. Cumhuriyet tarihi incelendiğinde, Osmanlıdan Cumhuriyete geçerken ve Cumhuriyetin Tıpta Uzmanlık ile ilgili 1929 yılındaki ilk yasal düzenlemesinde Hıfzıssıhha uzmanlığının (Koruyucu Hekimlik Uzmanlığı) ve eğitiminin var olduğu görülmektedir. Uzmanlık alanımızın gelişimi kronolojik olarak incelendiğinde; 1947 ve 1956 yıllarında yürürlüğe giren Tüzüklerde ise Hıfzıssıhha uzmanlığının Hijyen uzmanlığına evrildiğini görmekteyiz. Ülkemizde yasal zeminde 1961 yılında yürürlüğe giren dördüncü tüzük ile Halk Sağlığı Uzmanlığı kavramı ilk kez gündeme gelmiş olmakla birlikte aynı tüzüğün 1.inci Ek maddesinde Halk Sağlığı uzmanlığı tanımlanırken parantez içerisinde Koruyucu hekimlik ve hijyen olarak açıklamıştır. 1962 yılında yürürlüğe giren tüzükte ise Koruyucu tababet uzmanlıkları içinde; Halk Sağlığı uzmanlığı ile Koruyucu Tababet ve Hijyen uzmanlığı adı altında iki uzmanlık alanı sayılmıştır. 1964 yılında yayınlanan tüzük ile Ülkemizde ilk kez Toplum Sağlığı Uzmanlığı tanımlanmış olup Koruyucu Tababet ve Hijyen uzmanlığı ile Halk Sağlığı Uzmanlığı adı altında alanımız ile ilgili üç ayrı uzmanlık dalı yer almıştır. Ancak 1973 yılında yayımlanan tüzükte, Halk Sağlığı Uzmanlığı ile Hijyen ve Koruyucu Hekimlik Uzmanlığı ayrı uzmanlık alanları olarak tanımlanmış ve1966 yılında yapılan Tüzük değişikliği ile ihdas edilen Toplum Sağlığı Uzmanlığı bu yeni tüzükte yer almamıştır. 1981 yılında Yüksek Öğretim Kurulunun Kurulmasını müteakip, 1982 yılında yürürlüğe giren Üniversitelerde Akademik Teşkilat Yönetmeliği gereğince Üniversitelerde bulunan Koruyucu Hekimlik ve Hijyen kürsüleri ile Toplum Hekimliği kürsüleri kapatılmış ve yerlerine her ikisinin birlikte yer aldığı Halk Sağlığı Anabilim Dalları oluşturulmuştur. Nitekim 1983 yılında yürürlüğe giren Tababet Uzmanlık Tüzüğünde de bu değişikliğe uygun bir şekilde alanımız Halk Sağlığı uzmanlığı olarak tanımlanmıştır. Alanımızın uluslararası kabul gören temel dokümanında aynı değişimin yaşandığını görmekteyiz. Milton J. Rosenau'nun 1913 yılındaki ilk baskısından, 1951 yılındaki 7.nci baskısına kadar kitabın Koruyucu Hekimlik ve Hijyen adıyla ve 1956 yılındaki 8.inci baskıdan günümüze kadar gelen 16.ncı baskısının Halk Sağlığı ve Koruyucu Hekimlik olarak yayınlandığını biliyoruz.

2. Mezuniyet Sonrası Eğitimin Tarafları

Mezuniyet sonrası Halk Sağlığı eğitiminde sürecin tarafları incelenerek son beş yıla ait gelişmeler bu çerçevede değerlendirilecektir. Ülkemizde mezuniyet sonrası eğitim; Sağlık Bakanlığı ile bağlısı kurumlar (Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Tıpta Uzmanlık Kurulu), Meslek Örgütleri (Türk Tabipleri Birliği, Uzmanlık Dernekleri, ATUB) ve bağlısı kurumlar (TTB-UDEK, TUYEK, Yeterlik Kurulları) ile Eğitimi belirlenen standartlar ölçüsünde vermekle yükümlü Yüksek Öğretim Kurulu bağlısı birimler olan Üniversitelere bağlı Fakülteler (Anabilim Dalları) olmak üzere geniş yelpazede

bir bileşenler yumağını içermektedir. Bu üç bileşen ile bağlısı olan yapıların mezuniyet sonrası eğitim sürecine ait görevleri ve son beş yıl içinde yaşanan gelişmeler kısaca açıklanacaktır.

a) Sağlık Bakanlığı İle Bağlısı Kurumlar

Ülkemizde mezuniyet sonrası Halk Sağlığı eğitimi ile ilgili süreç yasal olarak yetkileri elinde bulunduran ve kamu otoritesi olan Sağlık Bakanlığının ilgili kurumları tarafından yürütülmektedir. Bu süreç 2007 yılında 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 9. maddesinin değiştirilmesi sureti ile başlamış ve Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) kurulmuştur. TUK'un çalışma usûl ve esasları "Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği" (TUEY) ile belirlenmiştir. Ayrıca Uzmanlık Eğitimi Takip Sistemi (UETS) ile TUEY hükümleri gereğince 2009 yılında oluşturulması planlanarak, elektronik ağ ortamında, Uzmanlık eğitiminin tüm boyutlarının izleneceği bir sistem olarak oluşturulması hedeflenmiştir. Bu sistem son iki yıl içine Uzmanlık Eğitimi Yönetimi Sistemi (UEYS) adı altında çalıştırılmaya başlanmış olup kısa sürede tüm ülkeye yayılması beklenmektedir. Uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık eğitimi süreçlerinde yer alan tüm bileşenler bu elektronik program kapsamına alınmıştır. Uzmanlık öğrencilerinin ara değerlendirmeleri, rotasyonları, bölüm içinde ve dışında yürüttükleri tüm bilimsel faaliyetler ile uygulamalar, tez bilgileri, asistan karneleri sistem üzerinden aktif olarak izlenebilmektedir.[3]

Aynı düzenlemeler kapsamında Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü tarafından bu elektronik ortam da Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Sistemi (TUKMOS) adıyla bir platform oluşturulmuştur. Tıpta Uzmanlık Kurulu, tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili müfredat çalışmalarını Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Sistemi (TUKMOS) üzerinden gerçekleştirmektedir. Nitekim 2010 yılında TUK üyeleri tarafından belirlenmiş olan 1.inci dönem TUKMOS üyeleri gerçekleştirdikleri çalıştayda TUKMOS üzerinden yapılmış olan rotasyon önerilerinin netleştirilmesi ve karara bağlanmasını sağlamışlardır. Türkiye'de halk sağlığı tıpta uzmanlık eğitiminin çerçevesi kamu otoritesi tarafından Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Eğitim Müfredatı'nda yer alan yetkinliklerle çizilmiştir. Halk Sağlığı TUKMOS üyelerinin hazırladığı ilk müfredat 27 Eylül 2016 tarihinde Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) tarafından onaylanmıştır. Tıpta Uzmanlık Kurulu, tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili müfredat çalışmalarını Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Sistemi (TUKMOS) üzerinden gerçekleştirmeye devam etmektedir. Bu sistem içerisinde tıpta uzmanlık alanlarında gönüllülük esasına dayalı olarak çalışan alan uzmanları görev yapmaktadır. Komisyonda çalışan üyelerin görevlendirmeleri belirli aralıklarla TUK tarafından gerçekleştirilmekte olup bugün IV.üncü Dönem TUKMOS üyeleri bu görevi yürütmektedir. Halen Çekirdek Eğitim Müfredatının 5.inci güncelleme çalışmaları tamamlanma aşamasındadır.[4] Çekirdek Eğitim Müfredatı içeriğinde yer alan bütün beklentilerin tıpta halk sağlığı uzmanlık eğitimi sürecinde tamamlanması, eğitim süresi tamamlandığında uzmanlık öğrencisinin bu kapsamda bir eksiğinin kalmaması gerekmektedir. Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu aktif bir şekilde TUKMOS üyeleri ile iş birliğini sürdürmektedir.

b) Meslek Örgütleri ve Bağlısı Kurumlar

Bu bölümde Meslek Örgütleri Türk Tabipleri Birliği, Uzmanlık Dernekleri, ATUB ve bağlısı kurumların (TTB-UDEK, TUYEK, Yeterlik Kurulları) sürece dair görevleri ve son beş yıl içinde yaşanan gelişmeler kısaca tartışılacaktır. Kamusal otoritenin bu değerli çabalarının yanı sıra, tıpta halk sağlığı uzmanlık eğitiminin en üst düzeyde tamamlanabilmesi için diğer önemli bir bileşen olan TTB'nin eşgüdümünde, Uzmanlık derneklerinin önemli bir organı olarak yeterlik kurullarının çalışmaları son derece önemlidir. Ülkemizde Türk Tabipleri Birliği (TTB) tarafından Tıpta Uzmanlık Yeterlik Kurulları Eşgüdüm Kurulu (TUYEK) çalışmaları tıpta bütün ana ve yan dallarda eğitimin standart bir şekilde sürdürülmesi için çalışmalar yapmakta ve oluşturduğu mevzuat[5] içeriğinde de tanımlandığı üzere uzmanlık alanlarına öneriler sunmaktadırlar. Türk Tabipleri Birliği, bu çalışmalarını Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (ATUB)[6] ile uyumlu olarak sürdürmektedir.

Türk Tabipleri Birliğinin Sürece Ait Görevleri[5]

Meslek örgütü olarak Türk Tabipleri Birliği Tıpta Uzmanlık Yeterlik Kurulları Eşgüdüm Kurulunun (TUYEK) bu süreç içerisinde görevleri;

Uzmanlık dernekleri çatısı altında bulunan Yeterlik kurullarının etkinliklerini izlemek, eşgüdümü sağlamak ve yönlendirmek.

Yeterlik kurullarının mesleki ve eğitsel standartları geliştirme ve uygulama çalışmaları ile uzman hekimleri değerlendirme ve belgelendirme çalışmalarına yardım ederek, sağlık hizmetinin niteliğini iyileştirmek.

Yeterlik kurulları tarafından gerçekleştirilen eğitim kurumu ve programları ziyareti ve akreditasyon ilke ve esaslarını belirlemek, eşgüdümü sağlamak.

Yeterlik Kurulunun Sürece Ait Görevleri[7]

Yeterlik kurullarının amacı, tıpta uzmanlık eğitiminin standardizasyonunu sağlamak, eğitimin kalitesini iyileştirmek, geliştirmek, eğitim kurumlarının alt yapı, donanım, eğitici ve uygulama durumlarını belirlemek ve akredite etmek ve Avrupa uyum koşullarını sağlamaktır.

Yeterlik Kurulu ve komisyonlarının çalışmaları Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Yeterlik Kurulu yönergesinde belirlenmiştir.[8] Yeterlik Yürütme Kurulu ve komisyonları çalışma dönemlerinde aşağıdaki konularda ilerleme kaydetmişlerdir:

1. Eğitim Programları Geliştirme Komisyonu tarafından eğitim içeriğinde gözden geçirme ve güncelleme çalışmaları yapılmaktadır. Komisyon bu kapsamda özellikle klinik rotasyonlarla ilgili güncellemeler üzerinde çalışmıştır. Komisyon'un da içinde olduğu Yeterlik Kurulu'nun bütün bileşenleri eğitim programı içeriği ile ilgili olarak TUKMOS üyeleri ile eşgüdüm içinde çalışmaktadır. Bu sayede, halk sağlığı eğitim programı içeriğinin geniş bir uzlaşı zemininde oluşturulduğu ve güncellendiği düşünülebilir.

2. Eğitim Kurumları ve Programları Değerlendirme Komisyonu (Eşyetkilendirme Komisyonu) eşyetkilendirme amacıyla eğitim kurumlarının ziyaretlerinin yapılabilmesine olanak sağlayan standartlar oluşturulmuştur. Bu aşamalar tamamlandıktan sonra anabilim dalları halk sağlığı tıpta uzmanlık eğitiminin eşyetkilendirme açısından değerlendirilebilmesi için başvuruda bulunmuşlar, başvuruları olumlu olarak değerlendirilen eğitim programları yerinde ziyaret edilmiş ve kriterleri karşılayan programlar eşyetkilendirme belgesi almaya hak kazanmışlardır. Başlangıçtan bu yana eğitim programları akredite edilen anabilim dalları aşağıda yer almaktadır:

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (5 Aralık 2019)
2. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (6 Aralık 2021)
3. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (7 Temmuz 2022)
4. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (8 Eylül 2023)
5. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (18 Eylül 2023)
6. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (25 Eylül 2023)
7. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (20 Eylül 2024)
8. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (4 Kasım 2024)
9. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (31 Ekim 2025)
10. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı- Reakreditasyon (31 Ekim 2025)

3. Ölçme Değerlendirme Komisyonu, Halk Sağlığı Yeterlik Sınavları Yönergesi ile Yeterlik sınavlarını 100 soruluk çoktan seçmeli test şeklinde teorik sınav ve Nesnel Yapılandırılmış Halk Sağlığı Sınavı (OSPHE) olmak üzere iki aşamada gerçekleştirmektedir. Sınava giren adaya yeterlik belgesi verilebilmesi için teorik sınavdan 100 puan üzerinden en az 60 puan alan adayın ikinci aşamaya geçmesi gerekmektedir. Pratik sınav (OSPHE) kapsamında yetkinlik alanları birbiri ile entegre bir biçimde hazırlanan farklı sayıda istasyonda değerlendirilmektedir. Pratik sınavda her bir istasyonda, sınava giren adaya yazılı ve/veya sözlü olgular sunulmaktadır. Adaylardan istasyonlarda verilen görevleri yapmaları beklenmektedir. Halk Sağlığı öğretim üyelerinden bu sınavları yapma deneyimi olan bir ya da iki değerlendirmeci öğretim üyesi tarafından değerlendirmeyi standart hale getiren kontrol listeleri aracılığı ile adayın beceri yeterliliği değerlendirilmektedir. Pratik sınavdan başarılı olabilmek için her bir istasyondan en az 50 almak ve toplam puanın ortalama 70 puan veya üzerinde olması gereklidir. Sınavların birincisi 2015 yılında, ikincisi 2022 yılında düzenlenen Halk Sağlığı Kongrelerinde yapılmıştır. Şimdiye kadar yeterlik sınavlarına 31 kişi katılmış, bunlardan 5 Halk Sağlığı uzmanı Yeterlik Belgesi almaya hak kazanmıştır. Sınavlarda en yüksek başarı gösteren dört kişinin HASUDER tarafından bir sonraki yılın Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'ne katılımı HASUDER tarafından desteklenmiştir. Bu uygulamanın sınavları destekleyici bir yaklaşım olduğu ve sürdürülmesi gerektiği düşünülmektedir.[9] Yeterlik sınavlarının yapılmasında yaşanan bütün süreç tamamen yeterlik kurulunda görev alan üyelerin katkıları ile gerçekleştirilmektedir. Öğretim üyelerinden soruların toplanması, seçilmesi ve doküman olarak hazırlanıp kongre sürecinde teorik sınavın yapılması, OSPHE sınavının uygulanması sonuçların aynı gün ilan edilmesi ile ilgili süreçlerde derneğimizin ve kongre düzenleme kurullarının

desteği yetersizdir. Diğer Uzmanlık derneklerinde soru üretmek için kongre süreçlerinde öğretim üyeleri bir oturumda görevlendirilirken, bizim kongre sürecinde OSPHE sınavı için yer ve zaman tahsisi konusunda ciddi sıkıntılar yaşanmıştır. 2022 yılında düzenlenen son Yeterlik sınavı akşam yemeği saatinde 100 dakika süre ile uygulanmıştır. ATUB temsilcilerinin katıldığı Yeterlik Kurulu oturumları ısrarla paralel oturum olarak düzenlenmeye devam edilmektedir. Yeterlik sınavlarında Halk Sağlığı uzmanlarının başarı oranı yüzde 56 oranında olup sınava katılan 9 uzmanın 5'i yeterlik belgesi almıştır. Sınavın teorik aşamasına uzmanlar ve son sene asistanları alınmakta, OSPHE sınavına ise sadece uzmanlar alınmaktadır. Yeterlik sınavı ile ilgili komisyonun çabalarına ilgili tarafların desteği bu başarı oranının artışını ciddi şekilde sağlayacaktır.

4. Eğitim Üst Kurulu; Tıp Fakülteleri Halk Sağlığı Anabilim Dalı başkanlarından oluşur. Kurul üyeleri kendi aralarından bir koordinatör ve bir raportör seçerler. Koordinatör ve raportörün görev süresi iki yıl olup gerekli durumlarda kurul kararı ile uzatılabilir.[8] Kurul gereksinim olduğunda kendi arasında toplanmaktadır.

Avrupa Tıp Uzmanları Birliği İle İlgili Faaliyetler

Avrupa'daki tıp eğitimi ve uygulamaları ile ilgili standardizasyon çalışmaları ve tıpta uzmanlık eğitimi ve uygulama alanının organize edilmesi için Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) yani Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (ATUB) kurulmuştur. ATUB, uzmanlık alanları, çalışma koşulları ve yasal durumlarına bakmaksızın Avrupa Birliği'ndeki tüm uzman hekimleri bir araya toplamak için kurulmuştur. Ulusal uzmanlık derneklerimiz ATUB organizasyonuna benzer bir yapılanma ile TTB şemsiyesi altında bir araya geldiler ve Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu'nu (UDKK) oluşturdular.

Tıpta Halk Sağlığı uzmanlığı, Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (UEMS/ATUB)'nin bir uzmanlık alanı/disiplini olarak tanımlanmaktadır. UEMS/ATUB Avrupa'da tıpta uzmanlık alanlarının standartlarını sağlamak ve sürdürmek için önemli bir kurumsal yapılanmadır.[10]

Halk Sağlığı Yeterlik Yürütme Kurulu UEMS/ATUB temsilcisi Dr. Dilek Aslan, 2019 yılından itibaren Türk Tabipleri Birliği UEMS/ATUB Halk Sağlığı Birimi temsilcisi olarak katılmış ve günümüze kadar ATUB çatısı altında alanımızla ilgili bütün faaliyetlere kendi olanaklarıyla katılımı sürdürmeye devam etmektedir. UEMS/ATUB bünyesinde sürdürülen çalışmaların aktif bir bileşeni olmak Türkiye'de halk sağlığı uzmanlık alanının evrensel standartlarla uyumlu olabilmesi için son derece önemlidir.

Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu ve komisyonları olağan çalışmalarının yanı sıra TTB-UDEK-UYEK tarafından yapılan toplantılara katılım sağlamaktadır. Bunlara ek olarak; ATUB tarafından yapılan toplantılarda da temsiliyet sağlanarak ATUB ve ATUB-Halk Sağlığı Tıbbı ile iletişim sürdürülmektedir. Halk sağlığı profesyonellerine uluslararası vizyonun aktarılabilmesi amacıyla her yıl düzenlenen Ulusal Halk Sağlığı Kongreleri kapsamında Yeterlik Kurulu oturumlarına ATUB temsilcileri davet edilmektedir. Şimdiye kadar yapılan toplantılarda ATUB deneyimleri, Avrupa tıp uzmanlarının sınav ve yeterlik belgeleri deneyimlerinin aktarıldığı oturumlar planlanmıştır. Çalışmalar benzer ivmelerle sürdürülmektedir.

Ulusal ve uluslararası düzeyde çalışmalarımıza katkı sunan TTB-UDEK, TTB-UDEK-UYEK (TUYEK), UEMS/ATUB kurumsal yapıları ile Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu aktif bir şekilde iş birliğini sürdürmektedir.

c) Eğitimi Belirlenen Standartlar Ölçüsünde Vermekle Yükümlü Yüksek Öğretim Kurulu Bağlısı Birimler

Halk sağlığı tıpta uzmanlık eğitiminin nitelikli olabilmesi için belirlenen standartların tıpta uzmanlık eğitimi veren bütün kurumlarda en üst düzeyde sağlanması gerekmektedir. Uzmanlık eğitimi veren kurumların ve kurumlarda çalışan eğiticilerin koşulsuz çabaları bu amaç için oldukça önemlidir. Bu değerli çabaların yanı sıra; eğitimin ulusal ve/veya uluslararası düzeyde belirlenmiş, ölçülebilir, izlenebilir standartlarının varlığı mutlak bir yaklaşım olmalıdır.

Halk Sağlığı uzmanlık eğitimi çok geniş bir alana sahiptir ve uzmanlık eğitiminin verildiği anabilim dallarındaki öğretim üyesi sayısı çok önemli bir faktör olup buradaki eğitimin kalitesini belirleyen unsurların başında gelmektedir. Üniversite üst yönetimlerinin, Halk Sağlığı anabilim dallarının öğretim üyesi taleplerini yeterince karşılamadığı ve hatta bazen farklı disiplinlerde eğitim almış liyakati olmayan öğretim üyelerini atamaya çalıştığı da bilinmektedir. Öğretim üye sayısının az olduğu anabilim dallarının desteklenebileceği bir ortak platformun oluşturularak ortak eğitim programları düzenlenmesi ya da çevrimiçi eğitim yapılması bu sorunun aşılmasında bir seçenektir.

Eğitim üst kurulu ile Yeterlik kurulunun daha aktif koordinasyon ve iş birliği mekanizmalarının kurulması sağlanmalıdır. Anabilim dalları arasında iletişim kanallarının oluşturulması ve güçlendirilmesi gerekmektedir. Ankara'dan başlayarak tüm ülkeye yayılan

bölgesel Halk Sağlığı Anabilim Dalları toplantılarının teşvik edilmesi gerekmektedir. Ayrıca tüm Anabilim Dallarının Akreditasyon sürecine teşvik edilerek yönlendirilmesi halk sağlığı uzmanlık eğitimine yapılabilecek en büyük katkı olacaktır. Burada başta HASUDER Yönetim Kurulu ve Kongre düzenleme kurullarına önemli iş düşmektedir. Halk Sağlığı Uzmanlık eğitimini olumlu yönde desteklemek adına Kongre ve benzeri toplantılarda Yeterlik Kurulu faaliyetlerinin tüm üyelerin katılabileceği paralel olmayan oturumlar olarak düzenlenmesi sağlanmalıdır. Uzmanlık derneğimizin yürüttüğü Halk Sağlığı Okulu eğitim programlarının hazırlanması süreçlerinde oluşturulan bir kurula Yeterlik Kurulundan bir üyenin katılımını sağlamak maalesef kolay olmamıştır.

Tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili olarak ülkemizde Çekirdek Eğitim Protokolünün (ÇEP) gereklerini yerine getiren standart bir eğitimin sağlanması için çalışmaların sürdürülmesi, ülke çapında planlı ve düzenli çalışma toplantılarının yapılması ve sürdürülmesi önemli olan bir diğer konudur. Tıpta uzmanlık eğitimi veren her Anabilim dalı, yürürlükteki mevzuata uygun biçimde hazırlanmış, TUKMOS'da tanımlanmış Çekirdek Eğitim Protokolü, sürecine aktif olarak katılıp, katkı vermelidir. Bu arada 2025 yılında Tıp Fakülteleri Dekanlar Konseyi tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili ÇEP tablosu konusunda çalışmalarını uzmanlık dernekleri ile koordine ederek sürdürmektedir.

Uzmanlık eğitimi veren Anabilim Dallarının bir araya getirilmesi ile gerçekleştirilecek ulusal veya bölgesel çalıştaylarla, uzmanlık eğitimindeki iyi uygulama örneklerinin belirlenmesi ve yaygınlaştırılması sağlanmalıdır. Anabilim dallarında bulunan Öğretim üyesi sayısı ile uzmanlık öğrencisi sayısı arasında makul ve sürdürülebilir bir denge olmalıdır. Nitelikli bir eğitimin verilebilmesi adına bu konuda Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu ile Eğitim Üst Kuruluna standartları belirlemek adına görev düşmektedir.

Halk Sağlığı mezuniyet sonrası eğitimin bir diğer bileşeni Üniversite ile koordineli olarak çalışması beklenen Sağlık Bakanlığına bağlı birimlerde yürütülmesi beklenen saha uygulamalarıdır. Bugün üniversiteler Sağlık Eğitim Araştırma Protokolü çerçevesinde bu faaliyetleri yürütmektedir ancak Sağlık Bakanlığı ile Üniversiteler arasında nitelikli bir iş birliği sağlayacak bir yapılanmaya ihtiyaç olduğu çok açıktır. Sağlık Bakanlığının kabulü ve üniversitelerin uygun görmesi ile ilçe sağlık müdürü ile eş yetkilere sahip bir akademik personelin Sağlık Eğitim Araştırma bölgesinde görevlendirilmesi gerekmektedir. Bu nitelikte bir yapılanma ile saha eğitimlerinin daha verimli olacağı değerlendirilmektedir.

3. Değerlendirme ve Sonuç

Ülkemizde, şehir hastanelerine yapılan büyük yatırımlar, yurt dışına hekim göçü, sağlık personeline yönelik şiddette artış, demografik dönüşüm ile bulaşıcı olmayan hastalıklardaki artış, pandemi koşulları, infodemi ve Kahramanmaraş merkezli büyük deprem nedeniyle sağlık gündemi son beş yıl içerisinde sürekli değişmiştir. Yaşanan bu süreç içerisinde Halk Sağlığı uzmanları önemli görevler üstlendiler ve yürüttükleri faaliyetler ile benzersiz bir niteliğe sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Bu çerçevede kamu sağlık hizmetlerini öncelemek ve toplum sağlığını bir bütün olarak ele alıp geliştirmek için küresel ve ulusal sağlık politikaları üzerinden doğru kararlar verilip uygulanması önem kazanmaktadır. Bu doğrultuda uygulamaların hayata geçirilmesi adına, halk sağlığı alanında nitelikli ve yeterli insan gücü oluşturmanın ne kadar öncelikli olduğu anlaşılmıştır. Yaşanan ve gelecekte yaşanabilecek halk sağlığı tehditlerinin (salgınlar, kronik hastalıklar, çevresel ve iklim kaynaklı afetler, vb) yönetiminde etkin rol oynamak, ancak sürdürülebilir bir planlama ve yeterli sayıda Halk Sağlığı uzmanı yetiştirmekle mümkündür. Böylece, koruyucu sağlık hizmetlerinden, toplum tabanlı müdahalelere kadar geniş bir yelpazede halk sağlığı uzmanlarının katkılarıyla ülkemizin sağlık sistemi ve toplumun sağlık düzeyini geliştirmek mümkün olabilecektir.

Yeterlik Kurulu çalışmalarını halk sağlığı uzmanlık alanının, ulusal ve uluslararası gelişmeler ile de uyumlu bir şekilde sürdürmektedir. Kurul son beş yıla ait çalışma döneminde öncelikle eşyetkilendirme başvurularına yönelik olarak TTB-UYEK'in çalışmaları ile bütünleşmiş ve iletişim içinde uluslararası akreditasyonu hedefleyerek çalışmalarını sürdürmüştür. Bu dönemde çalışmaların amacı, kurul ve komisyonların aktif olarak çalışarak anabilim dallarının da beklentisi olan halk sağlığı uzmanlık eğitiminin niteliğinin artırılması, standardizasyonun en üst düzeyde sağlanması ve uzmanlık veren anabilim dalları ile iletişim halinde ve birlikte en iyiye ulaşmak olmuştur.

Avrupa Birliğine uyum kapsamında uzmanlık eğitiminde (ATUB) standartların belirlenmesi, ülkemizde uzmanlık eğitimi asgari standartların ilgili kurumlar ile (TUK, TTB, YÖK) belirlenmesi, uygulanması ve denetlenmesi konularında etkin ve eşit temsiliyetin olduğu bağımsız yapıların oluşturulması gerekmektedir. Ülkemizde düzenleyici ve denetleyici üst kurul konumundaki Tıpta Uzmanlık Kurulunda tarafların eşit temsiliyeti bu süreçte en önemli koşuldur.

Teşekkür

Kuruluşundan bu yana alanımızın eğitimi ile ilgili yapılan çalışmalar için Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu'nun bütün üyelerine, bu yazının hazırlığına sundukları katkılar için, Prof. Dr. Dilek Aslan, Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış ve Prof. Dr. Ferda Özyurda'ya teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

1. Terzi C. Speciality education in medicine as a mentality problem. Toplum ve Hekim Dergisi. 2001;16(1):46-8.
2. Weisz G. The emergence of medical specialization in the nineteenth century. Bull Hist Med. 2003;77(3):536-75.
3. Uzmanlık Eğitimi Yönetimi Sistemi Projesi Sistem Kullanım Yardım ve Eğitim Dokümanı. 11.09.2024 Versiyon 1.0 https://ueys.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 07.10.2025
4. https://www.halksagligiokulu.org/Kitap/DownloadEBook/e0ed8ac6-0a96-44ef-850b-82706ef66943 p 10, 18 Erişim tarihi: 20.6.2025.
5. Türk Tabipleri Birliği Tıpta Uzmanlık Yeterlik Kurulları Eşgüdüm Kurulunun Kuruluş ve Çalışma Yöntemi Hakkında Yönetmelik Kabul Tarihi 26-27 Eylül 2020 – TTB 72. Büyük Kongre https://www.ttb.org.tr/mevzuat_goster.php?Guid=7656e23c-6bd2-11ed-9d6a-d345dc81f134 Erişim tarihi: 06.10.2025.
6. https://www.uems.eu/our-structure#Medical-specialties Erişim tarihi: 20.6.2025.
7. Aslan D. Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Çalışmaları (Tarihsel Süreçle İlgili Hatırlatmalar) Hacettepe Üni. Tıp Fak. Halk Sağ. AD. Öğretim Üyesi Eylül 2025
8. İnternet. https://www.hasuder.org.tr/detay/yeterlik-kurulu-yonergesi-hasuder Erişim:30.10.2025.
9. Özvarış ŞB. Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Ölçme ve Değerlendirme Komisyonu Çalışmaları. UHSK 2024 Kongre Bildiri Kitabı, pp 75-78. https://hasuder.org/Kongreler/EKitapIndir Erişim tarihi: 20.6.2025.
10. Internet https://www.uems.eu/ Erişim:19.6.2021.

Türkiye Sağlık Harcamaları Analizi 2018-2023

Mahmut S. Yardım

2018–2023 dönemi, Türkiye'de sağlık harcamalarının hem nominal hem reel düzeyde önemli artışlar gösterdiği, ancak bu artışın ekonomik krizler, COVID-19 pandemisi ve yüksek enflasyon dalgalarıyla gölgelendiği bir dönem olmuştur. Bu raporda, TÜİK, İTO ve ENAG fiyat endeksleriyle inflate edilmiş reel harcama düzeyleri, OECD ve Dünya Bankası'nın Satın Alma Gücü Paritesi (PPP) katsayılarıyla karşılaştırmalı biçimde sunulmuştur. Ayrıca kamu ve özel sektörün sağlık harcamalarındaki payı, SGK verileriyle desteklenerek değerlendirilmiştir.

1. Nominal ve Reel Toplam Sağlık Harcamaları

Tablo 1, TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistiklerine göre 2018–2023 döneminde nominal (enflasyona göre düzeltilmemiş fiyatlarla) sağlık harcamalarını göstermektedir.[1] Satırlar; toplam sağlık harcaması, cari sağlık harcaması ve yatırımlar ile hizmet sağlayıcı kırılımlarını içerir: Hastaneler, evde hemşirelik bakımı, ayakta bakım sunanlar, perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar, halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi, genel sağlık yönetimi ve sigorta ve sınıflandırılamayan diğer kategorisi. Gösterilen rakamların sonuna altı sıfır (milyon) eklenerek gerçek sayısal değerler okunmalıdır.

Toplam sağlık harcaması 2018'de 165 milyar 234 milyon Türk Lirası (TL)'ndan 2023'te 1 trilyon 244 milyar 237 milyon TL'ye yükselmiştir (~7,5 kat; yaklaşık %50 yıllık ortalama nominal artış). Cari (yatırım harcamasının dahil olmadığı) sağlık harcaması 2018'de 154 milyar 998 milyondan 2023'te 1 trilyon 134 milyar 894 milyon TL'ye yükselmiştir (~7,3 kat). "Evde hemşirelik bakımı" ve bazı idari kalemler çok küçük düzeylerde olup toplam trende sınırlı etki yapmaktadır. Yuvarlamalar nedeniyle alt kalemlerin toplamı genel toplamı tam vermeyebilir.

Tablo 1. Sağlık hizmeti sunucularına göre toplam sağlık harcamaları, (nominal değer - milyon TL) 2018-2023.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Toplam Sağlık Harcaması	165 234	201 031	249 932	353 941	606 835	1 244 237
Cari Sağlık Harcamaları	154 998	188 237	233 062	330 928	555 944	1 134 894
Hastaneler	80 701	97 446	123 397	175 214	305 021	652 877
Evde hemşirelik bakımı	1	1	1	2	3	5
Ayakta bakım sunanlar	20 117	23 971	25 664	33 440	64 444	132 949
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	41 424	51 922	63 053	80 613	131 527	256 832
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	7 324	8 884	13 055	32 517	37 471	58 722
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	931	949	1 166	1 441	2 281	4 214
Sınıflandırılamayan diğer kategori	4 501	5 065	6 726	7 700	15 196	29 296
Yatırımlar	10 236	12 794	16 870	23 013	50 891	3

[1]Nolu Kaynak

Tablo 2. Sağlık hizmeti sunucularına göre toplam sağlık harcamaları, (reel değer (2023) -milyon TL -TÜFE-TUİK) 2018-2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Toplam Sağlık Harcaması	677 459	715 670	792 284	937 944	934 526	1 244 237
Cari Sağlık Harcamaları	635 492	670 124	738 807	876 959	856 154	1 134 894
Hastaneler	330 874	346 908	391 168	464 317	469 732	652 877
Evde hemşirelik bakımı	4	4	3	5	5	5
Ayakta bakım sunanlar	82 480	85 337	81 355	88 616	99 244	132 949
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	169 838	184 842	199 878	213 624	202 552	256 832
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	30 028	31 627	41 384	86 170	57 705	58 722
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	3 817	3 378	3 696	3 819	3 513	4 214
Sınıflandırılamayan diğer kategori	18 454	18 031	21 321	20 405	23 402	29 296
Yatırımlar	41 968	45 547	53 478	60 984	78 372	109 343

[1]Nolu Kaynak

En önemlisi, bu tablodaki tutarlar enflasyon etkisinden arındırılmamıştır; dolayısıyla artışların önemli kısmı fiyat düzeyi değişimlerinden kaynaklanmaktadır. Reel karşılaştırmalar için ilerleyen tablolarda TÜİK/İTO/ENAG deflatörleri ve Satın Alma Gücü Paritesi ($PPP) ile düzeltilmiş değerler verilmiştir.

Tablo 2'de Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından açıklanan Tüketici Fiyat Endeksi (TÜFE) değerleriyle enflasyon etkisi arındırılarak reel harcamalar belirtilmiştir.[1]

Tablo 3 ise İstanbul Ticaret Odası (İTO) tarafından yayınlanan bir tür TÜFE değeri olan ücretliler geçinme indeksi değerleriyle düzeltilmiş reel harcama sayılarını vermektedir.[2] **Tablo 2** ve **3**'te nominal büyümenin büyük kısmının fiyat etkisinden kaynaklandığını göstermektedir.

2023 sabit fiyatlarıyla; TÜİK endeksine göre toplam sağlık harcaması 2018-2023 döneminde yaklaşık 1,8 kat artmıştır (677 milyar TL'den 1 244 milyar TL'ye). İTO endeksine göre ise artış oranı daha düşüktür (yaklaşık 1,5 kat; 821 milyar TL'den 1 244 milyar TL'ye).

TÜİK ve İTO serileri arasındaki fark, fiyat sepetinin kompozisyonuna dayanmaktadır: TÜİK, sağlık dâhil genel tüketim sepetine odaklanırken, İTO endeksi özellikle hizmet fiyatları ve kent içi geçim maliyetlerini daha yüksek yansıtır. 2020 yılından itibaren hesaplanan Enflasyon Araştırma Grubu (ENAG) aylık enflasyon artışı verilerinden yapılan reel düzeltme 2020 yılı harcamalarını 2023 yılının iki katı kadar gösterdiğinden,[3] yazar tarafından gerçekçi bulunmamış ve burada sunulmamıştır. ENAG enflatörlerinin de yer aldığı TÜİK ve İTO reel düzeltme katsayıları bölüm sonunda tablo olarak verilmiştir.

Tablo 3. Sağlık hizmeti sunucularına göre toplam sağlık harcamaları, (reel değer (2023) -milyon TL -TÜFE-İTO) 2018-2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Toplam Sağlık Harcaması	821 213	862 421	952 240	1 129 072	1 031 620	1 244 237
Cari Sağlık Harcamaları	770 341	807 536	887 967	1055 659	945 106	1134 894
Hastaneler	401 084	418 044	470 144	558 933	518 536	652 877
Evde hemşirelik bakımı	5	5	5	6	6	5
Ayakta bakım sunanlar	99 981	102 834	97 780	106 674	109 555	132 949
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	205 877	222 744	240 232	257 157	223 596	256 832
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	36 400	38 111	49 740	103 729	63 701	58 722
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	4 626	4 070	4 442	4 597	3 878	4 214
Sınıflandırılamayan diğer kategori	22 369	21 727	25 624	24 563	25 834	29 296
Yatırımlar	50 872	54 885	64 273	73 413	86 514	109 343

[2]Nolu Kaynak

2020-2021 döneminde reel harcamalarda belirgin sıçramanın, COVID-19 salgını nedeniyle artan kamu harcamalarından (test-tedavi, aşı, pandemi hastaneleri vb.) kaynaklandığı varsayılabilir. Özellikle halk sağlığı programlarına ait harcamalar 2021 yılında bir pik göstermektedir. Reel bazda diğer sağlık kalemi harcamalarında 2021-23 dönemi yıllık harcamaları benzer boyutta gerçekleşmiştir.

2. Finansman Kaynağı ve Harcama Kalemlerine Göre Sağlık Harcamaları

Kamu kaynaklı sağlık harcamaları, merkezi yönetim, mahalli idareler ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karşılanan sağlık harcama kalemlerini içermektedir (**Tablo 4**).[4] Pandemi döneminde toplam harcamaların %79,3'ü kamu kaynaklarından karşılanmıştır. Diğer yıllarda az bir miktar yüzdesi azalmakla birlikte Türkiye'de sağlık harcamalarının %77, 78'i kamusal harcamalardır. Kamusal harcamalar pratiğe tam olarak yansımasa bile genellikle vatandaşların gelir düzeyleriyle orantılı katkı sunduğu, ihtiyacı olduğunda da sunduğu katkıdan bağımsız sağlık ihtiyacı kadar hizmet aldığı dayanışmacı ilkeye bağlı hakkaniyetli yapılardır. Sağlık harcamalarının en az dörtte üçünün bu şekilde karşılanması vatandaşlarını finansal sağlık harcaması risklerinden koruyan gelişmiş refah ekonomisi devletlerinde de gözlenen durumdur (**Şekil 1**).

İncelenen yıllar içerisinde yatırımların kamusal harcamalar içindeki payının arttığını ve buna paralel olarak cari harcama payının da düştüğünü görmekteyiz. Bu tablolarda her yıl için hesaplanan yüzdelerin paydası o yıla ait toplam sağlık harcaması olduğundan bir önceki bölümde yer alan reel veya nominal değerlerin alınması yüzde değerlerini değiştirmeyecektir.

Özel sağlık sigortası, cepten harcamalar ve halen SGK'ye devri yapılmamış olan bankalar, sigorta ve reasürans şirketleri, ticaret, odaları, sanayi odaları, borsalar veya bunların teşkil ettikleri birliklerin personeli için zamanında oluşturulmuş sigorta sandıklarınca karşılanan sağlık harcamaları da özel finansman başlığı altında incelenmektedir. Türkiye'de yıllar içinde sağlık harcamalarının %22,5 gibi bir oranı özel (kamusal olmayan) finansman mekanizmasıyla karşılanmaktadır (**Tablo 5**).

3. Kamusal Finansmanın Alt Bileşenleri: Merkezi Yönetim, Mahalli İdareler ve SGK

2018–2023 döneminde kamusal finansman toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %77–78'ini oluşturmaya devam etmiş, ancak bu payın alt bileşenleri arasında dikkat çekici kaymalar yaşanmıştır. Merkezi yönetimin payı belirgin biçimde artarken, SGK'nın payı azalmış, mahalli idarelerin payı ise oldukça düşük ve durağan kalmıştır.

Merkezi yönetim sağlık harcamalarının toplam içindeki payı 2018'de %24,5 iken 2023'te %34,8'e yükselmiştir (**Tablo 6**). Bu artışın beş yıl içinde gerçekleştiğini de dikkate alırsak kendi içinde %50'ye varan bu artış ciddi bir kaymadır.

Merkezi yönetim sağlık harcamaları için alt kalemlerde öne çıkan eğilimler:

- Hastane harcamaları: %11,2 (2018) → %18,2 (2023) → Kamu hastane yatırımlarının ve personel giderlerinin artışı belirgindir.

Tablo 4. Toplam kamu (merkezi yönetim, mahalli idareler, SGK) sağlık harcamalarının hizmeti sunucularına göre toplam sağlık harcaması içindeki yüzde dağılımı, 2018-2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Sağlık Harcaması	77,5	78,0	79,3	79,2	76,4	77,5
Cari Sağlık Harcamaları	72,6	72,7	73,5	73,7	68,9	69,3
Hastaneler	39,6	39,1	40,5	40,6	39,9	42,2
Evde hemşirelik bakımı	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ayakta bakım sunanlar	8,0	7,9	6,6	5,7	6,4	6,7
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	19,0	20,0	19,7	17,2	15,3	14,5
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	4,4	4,4	5,2	9,2	6,2	4,7
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Sınıflandırılamayan diğer kategori	1,3	1,2	1,4	0,9	1,0	0,9
Yatırımlar	4,9	5,3	5,7	5,5	7,5	8,3

[4]Nolu Kaynak

Tablo 5. Toplam özel (cepten harcamalar, özel sağlık sigortası, banka sandıkları) sağlık harcamalarının hizmeti sunucularına göre toplam sağlık harcaması içindeki yüzde dağılımı, 2018-2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Sağlık Harcaması	22,5	22,0	20,8	20,8	23,6	22,5
Cari Sağlık Harcamaları	21,2	20,9	19,7	19,8	22,8	22,0
Hastaneler	9,3	9,4	8,9	8,9	10,4	10,3
Evde hemşirelik bakımı	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ayakta bakım sunanlar	4,2	4,0	3,7	3,8	4,3	4,0
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	6,0	5,9	5,6	5,6	6,4	6,1
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
Sınıflandırılamayan diğer kategori	1,4	1,4	1,3	1,3	1,5	1,4
Yatırımlar	1,3	1,1	1,0	1,0	0,9	0,5

[1]Nolu Kaynak

- Halk sağlığı programları: 2020'de %9,1 ile zirveye ulaşmış, 2023'te %4,6'ya gerilemiştir. → Pandemi döneminde kısa vadeli yoğunlaşmanın etkisi hissedilmektedir.
- Yatırımlar: %3,9 → %8,2 → Şehir hastaneleri, dijital altyapı ve tesis yenilemelerine yönelen kamu yatırımlarındaki genişleme dikkat çekmektedir.
- Ayakta bakım hizmetleri: %4,6 → %3,4 → Birinci basamak hizmetlerinin görece düşük finansal önceliği sürmektedir.

Sonuç olarak, merkezi bütçenin ağırlığı artmış; özellikle ikinci basamak hizmetler ve yatırımların finansmanında belirleyici aktör haline gelmiştir.

Mahalli İdareler Harcamaları

Mahalli idarelerin sağlık harcamaları toplam içinde **çok sınırlı bir paya** sahiptir: 2018'de %0,87, 2023'te %0,61 (**Tablo 7**). Bu oran, yerel yönetimlerin sağlık finansmanındaki rolünün neredeyse **sabit ve marjinal** kaldığını göstermektedir.

Alt dağılım:

- **Ayakta bakım hizmetleri:** %0,38 → %0,24
- **Halk sağlığı yönetimi:** %0,13 → %0,10
- **Yatırımlar:** %0,07'den %0,02'ye gerilemiştir.

Bu veriler, mahalli idarelerin esas olarak çevresel sağlık, koruyucu hizmetlerin desteklenmesi ve altyapı bakımıyla sınırlı işlev gördüğünü göstermektedir. Türkiye sağlık sisteminde **finansal merkezileşme** eğilimi güçlüdür.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Harcamaları

SGK'nın sağlık harcamaları payı 2018'de **%52,1**, 2023'te **%42,1**'dir. Bu, kamu finansmanı içinde **yakla-**

Tablo 6. Merkezi yönetim sağlık harcamalarının hizmeti sunucularına göre toplam sağlık harcaması içindeki yüzde dağılımı, 2018-2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Sağlık Harcaması	24,5	25,6	27,6	31,4	31,6	34,8
Cari Sağlık Harcamaları	20,6	21,2	22,6	26,2	24,1	26,6
Hastaneler	11,2	11,9	12,9	13,4	14,3	18,2
Evde hemşirelik bakımı	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ayakta bakım sunanlar	4,6	4,6	4,2	3,5	3,5	3,4
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	4,3	4,3	5,1	9,1	6,1	4,6
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sınıflandırılamayan diğer kategori	0,4	0,4	0,3	0,2	0,3	0,3
Yatırımlar	3,9	4,4	5,0	5,2	7,5	8,2

[1]Nolu Kaynak

Tablo 7. Mahalli idareler sağlık harcamalarının hizmeti sunucularına göre toplam sağlık harcaması içindeki yüzde dağılımı, 2018-2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Sağlık Harcaması	0,87	0,68	0,65	0,56	0,60	0,61
Cari Sağlık Harcamaları	0,80	0,68	0,64	0,54	0,57	0,59
Hastaneler	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05	0,04
Evde hemşirelik bakımı	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ayakta bakım sunanlar	0,38	0,33	0,28	0,23	0,24	0,24
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	0,02	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	0,13	0,11	0,11	0,10	0,10	0,10
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sınıflandırılamayan diğer kategori	0,20	0,17	0,19	0,16	0,18	0,20
Yatırımlar	0,07	0,01	0,01	0,02	0,03	0,02

[1]Nolu Kaynak

şık mutlak değer olarak 10 puanlık düşüş anlamına gelir ve en belirgin yapısal değişimdir.

Alt kalemler:

- **Hastaneler:** %28,3 → %23,9 → Kamu ve özel hastanelerdeki artan maliyetlerin bir kısmı merkezi bütçe transferleriyle karşılanmıştır.
- **Perakende satışlar (ilaç, tı bi malzeme):** %19,0 → %14,5 → Reçete ve ilaç ödemelerinde SGK üzerindeki yük göreceli olarak azalmıştır.
- **Ayakta bakım hizmetleri:** %3,0 → %3,1 → Belirgin bir değişim gözlenmemektedir. Pandemi dönemi düşüşte hafif bir toparlanma olmuştur.
- **Yatırımlar:** %0,9 → %0,0 → SGK artık doğrudan yatırım fonlaması yapmamaktadır.

Genel olarak SGK, **operasyonel ödeme kurumu** rolüne sıkışmış; bütçenin stratejik kısmı Hazine ve Maliye Bakanlığı kaynaklarına yani genel vergilere kaymıştır.

Kamusal Finansmanla İlgili Politika Değerlendirmesi ve Sonuç

1. **Finansal Merkezileşme:** 2018–2023 arasında sağlık finansmanında belirgin bir merkezileşme yaşanmıştır. SGK'nın payı azalmış, merkezi yönetimin payı artmıştır.
2. **Yatırımın Rolü:** Kamu yatırımları hem nominal olarak hem pay olarak artmıştır. Ancak bu artış, cari hizmet bütçesi aleyhine olabilir.
3. **Birinci Basamak Finansmanı:** Ayakta bakım paylarının düşük kalması, koruyucu hizmetlerin finansman önceliğinin sınırlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 8. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) sağlık harcamalarının hizmeti sunucularına göre toplam sağlık harcaması içindeki yüzde dağılımı, 2018-2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Sağlık Harcaması	52,1	51,7	51,0	47,2	44,2	42,1
Cari Sağlık Harcamaları	51,2	50,9	50,3	46,9	44,2	42,1
Hastaneler	28,3	27,1	27,5	27,1	25,5	23,9
Evde hemşirelik bakımı	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ayakta bakım sunanlar	3,0	3,0	2,1	2,0	2,6	3,1
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	19,0	19,9	19,6	17,2	15,2	14,5
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Sınıflandırılamayan diğer kategori	0,7	0,6	0,9	0,5	0,6	0,5
Yatırımlar	0,9	0,9	0,7	0,3	0,0	0,0

[4]Nolu Kaynak

4. **Kıyaslama:** OECD ortalamalarında sosyal sigorta kurumlarının payı genelde %60 civarındadır. Türkiye'de bu oran %42'ye gerileyerek finansman modelinin giderek **vergi-temelli karma yapıya** evrildiğini göstermektedir.

Bu üç tablo, Türkiye sağlık sisteminde **kamu finansman yapısının ağırlık merkezinin SGK'dan merkezi bütçeye kaydığını**; yerel yönetimlerin rolünün ise oldukça sınırlı kaldığını ortaya koymaktadır.

4. Özel Sağlık Harcamaları: Cepten Harcamalar ve Diğer Özel Finansman

Kamusal kaynakların yanı sıra özel finansman unsurları — hane halklarının doğrudan yaptığı **cepten harcamalar** ile **özel sigorta ve banka sandıkları aracılığıyla yapılan harcamalar** — Türkiye sağlık sisteminde tamamlayıcı bir rol oynamaktadır (**Tablo 9**, **Tablo 10**). 2018–2023 döneminde özel harcamalar toplam sağlık harcamasının yaklaşık **%22–23'ünü** oluşturmuştur. Bu oran, OECD ortalamasına yakın olmakla birlikte, yüksek enflasyon dönemlerinde **cepten harcama yükünün yeniden artış eğilimine** girdiğini göstermektedir.

Cepten (Hanehalkı) Sağlık Harcamaları

Cepten harcamaların toplam sağlık harcaması içindeki payı 2018'de **%17,3**, 2020'de **%15,9**'a kadar gerilemiş, ardından 2022'de **%18,5**, 2023'te **%17,8** olarak gerçekleşmiştir. Bu değişim, pandemi döneminde kamu kaynaklarının devreye girmesiyle geçici bir düşüş, sonrasında ise hane halkı katkısında yeniden artış anlamına gelmektedir.

Alt kalemler incelendiğinde:

- **Hastaneler:** %6,6 → %7,4 → Özel hastanelerdeki katkı payı ve ilave ücretlerin artışı bu yükselişi açıklamaktadır.
- **Ayakta bakım hizmetleri:** %3,3 → %3,4 → Muayene ücretleri ve özel klinik hizmetlerine yönelim sınırlı ama kalıcıdır.
- **Perakende satış (ilaç ve tıbbi malzeme):** %5,3 → %5,4 → Hanehalklarının ilaç ve reçetesiz ürün harcamaları bu kalemin temel belirleyicisidir.
- **Sınıflandırılamayan diğer kategori:** %1,2 → %1,3 → Diyetisyen, estetik ve alternatif tıp gibi SGK dışı hizmetleri kapsar.
- **Yatırımlar:** %0,9 → %0,4 → OECD'nin *System of Health Accounts (SHA 2011)* sınıflamasına göre bu kalem "**Gross capital formation in health care provider industries (HC.R)**" başlığı altına girer; cepten harcamalarda yer alıyorsa, genellikle **ev tipi tıbbi ekipman** (örneğin tansiyon aleti, glukometre, tekerlekli sandalye, CPAP cihazı vb.) alımlarını ifade eder.

Bu veriler, Türkiye'de cepten harcamanın büyük ölçüde **hastane ve ilaç harcamalarına** dayandığını ve koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanında hanehalkı katkısının çok sınırlı kaldığını göstermektedir. Cepten harcama oranı 2023 itibarıyla **%17,8** olup, bu oran **Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen %15-20 eşik sınırındadır**. Bu durum, özellikle düşük gelirli haneler açısından **mali koruma riskinin** sürdüğüne işaret etmektedir.

Tablo 9. Cepten (hane halkı) sağlık harcamalarının hizmeti sunucularına göre toplam sağlık harcaması içindeki yüzde dağılımı, 2018-2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Sağlık Harcaması	17,3	16,7	16,1	15,9	18,5	17,8
Cari Sağlık Harcamaları	16,4	16,0	15,3	15,2	17,8	17,4
Hastaneler	6,6	6,5	6,3	6,3	7,5	7,4
Evde hemşirelik bakımı	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ayakta bakım sunanlar	3,3	3,2	3,0	3,0	3,5	3,4
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	5,3	5,1	4,9	4,8	5,6	5,4
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sınıflandırılamayan diğer kategori	1,2	1,2	1,1	1,1	1,3	1,3
Yatırımlar	0,9	0,8	0,7	0,7	0,6	0,4

[1]Nolu Kaynak

Diğer Özel (Sigorta ve Banka Sandıkları) Harcamaları

Diğer özel sağlık harcamaları, **özel sigorta şirketleri ve banka sandıkları** tarafından finanse edilen hizmetleri kapsar. 2018'de toplam sağlık harcamaları içindeki payı **%5,2** iken, 2023'te **%4,7**'ye gerilemiştir. Nominal olarak artış olsa da toplam harcama hacmindeki büyüme nedeniyle göreli pay düşmüştür.

Alt kalem dağılımı:

- **Hastaneler:** %2,6 → %2,9 → Bu artış, özel sigortaların yüksek fiyatlı hastane hizmetlerini karşılamasından kaynaklanmaktadır.
- **Ayakta bakım hizmetleri:** %0,9 → %0,6 → Poliklinik hizmetlerinde özel sigorta kapsamı sınırlı kalmıştır.
- **Perakende satış ve tıbbi malzeme:** %0,8 → %0,7 → İlaç harcamalarında özel sigorta payı oldukça düşüktür.
- **Genel sağlık yönetimi ve sigorta:** %0,3 → %0,2 → Sigorta işletim giderlerinin toplam içindeki payı azalmıştır.
- **Yatırımlar:** %0,4 → %0,2 → Bu kalem, özel sektörün sermaye yatırımlarının görece zayıfladığını göstermektedir.

Bu tablo, özel sigorta sisteminin toplam sağlık harcamaları içindeki etkisinin **sınırlı ve durağan** kaldığını, sağlık finansmanında **kamusal ağırlığın açık biçimde devam ettiğini** göstermektedir. OECD ülkelerinde özel sigorta payı ortalama %8–10 civarındayken, Türkiye'de bu oranın yarısından düşük olması dikkat çekicidir.

Özel Sağlık Finansmanı İçin Değerlendirme ve Yorum

1. **Cepten Harcama Riski:** Cepten harcama oranı hâlen yüksek düzeydedir ve düşük gelirli haneler için yıkıcı harcama riski oluşturmaktadır.
2. **Sigorta Sisteminin Sınırlı Etkisi:** Özel sigortalar genellikle yüksek gelirli gruplara yöneliktir; dolayısıyla sağlık finansmanında eşitsizlik riskini azaltma potansiyeli zayıftır.
3. **Politika Önceliği:** Sağlık finansmanında **mali koruma** ve **eşit erişim** hedeflerinin güçlendirilmesi için hem SGK kapsamının genişletilmesi hem de cepten harcamaların azaltılması gereklidir.
4. **OECD Karşılaştırması:** Türkiye'de özel finansman oranı (%22–23), OECD ortalamasına yakın olsa da yapısal olarak farklıdır — OECD'de bu oran gönüllü sigortadan, Türkiye'de ise ağırlıklı olarak cepten ödemelerden kaynaklanmaktadır.

Sonuç olarak, 2018–2023 döneminde **özel finansmanın nominal olarak artmasına rağmen yapısal olarak değişmediği**, sistemin hâlen **kamusal temelli ve SGK-merkezli** olduğu görülmektedir.

5. Uluslararası Karşılaştırmalar: Türkiye'nin OECD Ülkeleri Arasındaki Konumu

OECD Health Statistics (2023)[5] ve WHO Global Health Expenditure Database[6] verilerine göre Türkiye'nin sağlık harcaması düzeyi 2018–2023 döneminde **mutlak değer olarak artış, göreli (GSYH'ye oran) olarak ise istikrar eğilimi** göstermektedir. Tablo 11'de, toplam sağlık harcamaları ve ana hizmet sunucu gruplarına göre dağılımlar uluslararası karşılaştırmaya elverişli

Tablo 10. Diğer özel (özel sigorta ve banka sandıkları) sağlık harcamalarının hizmeti sunucularına göre toplam sağlık harcaması içindeki yüzde dağılımı, 2018-2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Sağlık Harcaması	5,2	5,3	4,7	4,9	5,2	4,7
Cari Sağlık Harcamaları	4,8	4,9	4,4	4,6	4,9	4,6
Hastaneler	2,6	2,9	2,6	2,7	3,0	2,9
Evde hemşirelik bakımı	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ayakta bakım sunanlar	0,9	0,9	0,7	0,8	0,8	0,6
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	0,8	0,8	0,7	0,7	0,8	0,7
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
Sınıflandırılamayan diğer kategori	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Yatırımlar	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2

biçimde **satın alma gücü paritesine (PPP)** göre ifade edilmiştir.

Toplam Sağlık Harcamalarının Düzeyi ve Artışı

Türkiye'nin toplam sağlık harcaması 2018'de **101 milyar PPP$** iken, 2023'te **169 milyar PPP$**'a yükselmiştir. Bu artış **%67 oranında** olup, aynı dönemde OECD ortalamasındaki artış oranına yakındır. Cari sağlık harcamaları da benzer bir eğilim göstermiştir (95 milyar PPP$ → 154 milyar PPP$).

Hizmet sunucularına göre alt dağılımda:

- **Hastaneler:** 49,5 milyar PPP$ → 88,8 milyar PPP$ → Türkiye'de hastane harcamaları toplam sağlık harcamasının yaklaşık **%52'sini** oluşturmakta, OECD ortalamasının (%45 civarı) üzerindedir.
- **Ayakta bakım sunanlar:** 12,3 milyar PPP$ → 18,1 milyar PPP$ → Birinci basamak hizmetlerinin payı görece düşük kalmaktadır.
- **Perakende satışlar (ilaç ve tıbbi malzeme):** 25,4 milyar → 34,9 milyar PPP$ → İlaç ve tıbbi malzeme harcamaları yüksek, ancak 2021 sonrasında büyüme hızında yavaşlama görülmektedir.
- **Halk sağlığı programları:** 2019–2021 döneminde keskin artış (pandemi etkisi), 2023'te 7,9 milyar PPP$'a gerileme.
- **Yatırımlar:** 6,3 milyar → 14,9 milyar PPP$ → Bu artış, Türkiye'nin son yıllarda sağlık altyapısına yaptığı büyük yatırımları (şehir hastaneleri, laboratuvar ağları, dijital sistemler) yansıtmaktadır.

Genel olarak, Türkiye'de 2018–2023 arasında sağlık harcamalarının artışı **enflasyonun üzerinde reel genişleme** göstermiş, ancak harcama yapısında **tedavi ve altyapı ağırlığı** belirgin kalmıştır.

OECD Ülkeleriyle Karşılaştırma

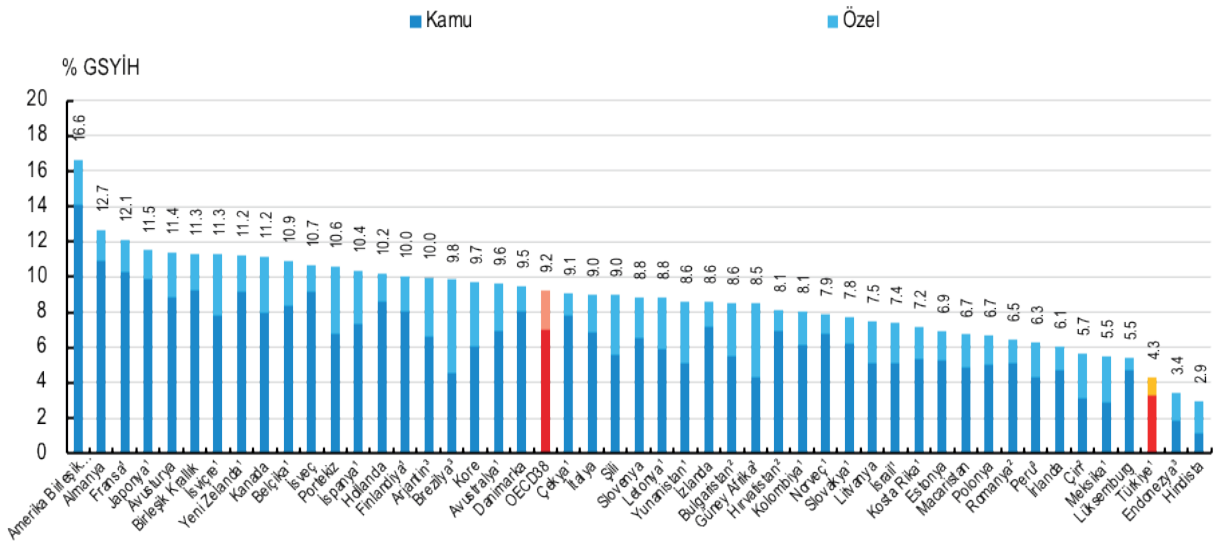
Toplam Sağlık Harcaması / GSYH (%)

2022 yılı itibarıyla Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı **%4,3–4,7** aralığındadır (**Şekil 1**). Bu oran, OECD ortalamasının (%9,2) yaklaşık **yarısı** kadardır. Türkiye, bu açıdan **Kore, Estonya, Polonya ve Meksika** ile birlikte "düşük harcama–yüksek kamu payı" grubunda yer almaktadır. Karşılaştırmalı olarak: ABD: %16,6; Almanya: %12,8; Fransa: %12,3; İspanya: %10,1; Polonya: %6,6; Türkiye: %4,7. Bu fark, Türkiye'nin sağlık sisteminin **kapsayıcılığı yüksek, mali hacmi düşük** bir model olduğunu göstermektedir.

Kişi Başı Sağlık Harcaması

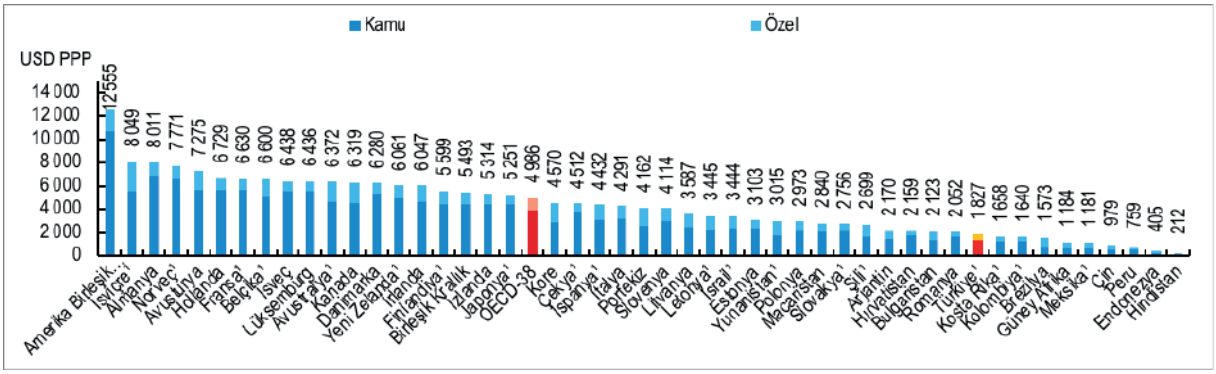
Türkiye'de kişi başına sağlık harcaması 2022 itibarıyla **1.827 PPP$** düzeyindedir (**Şekil 2**). OECD ortalaması 5.000 PPP$ civarındadır; bu da Türkiye'nin kişi başı harcamasının ortalamanın yaklaşık **%36'sı** seviyesinde olduğunu gösterir.

Türkiye'nin kişi başına GSYH'si OECD ortalamasının yaklaşık yarısı düzeyindedir. Buna karşın sağlık sonuç göstergeleri, benzer gelir grubundaki ülkelerin üzerinde seyretmektedir. Bu durum, sağlık sisteminin kaynak



Şekil 1. OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı (%).

[1.] 2022 yılı için OECD hesaplaması. [2.] 2021 yılına ait. [3.] 2020 yılına ait.
[5,6]Kaynak: OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database.



Şekil 2. Kişi başı sağlık harcaması (2022 veya ona en yakın tarihli)

[1.] 2022 yılı için OECD hesaplaması.

[(5,6)]Kaynak: OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database.

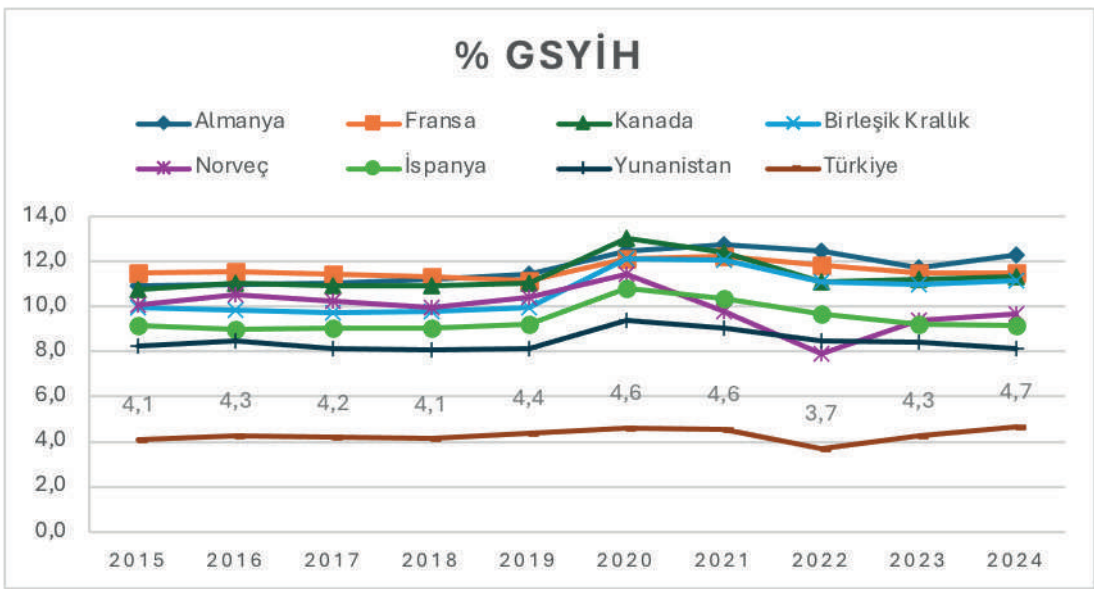
kullanımında göreli verimliliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Genel Sağlık Sigortası modelinin getirdiği ölçek ekonomisi, hizmetlerin tek alıcı (single-purchaser) yapı altında toplanması sayesinde birim maliyetleri görece düşük tutmaktadır.

Zaman İçinde Eğilim

Şekil 3, seçilmiş OECD ülkelerinde 2010–2023 arasındaki eğilimi göstermektedir. Türkiye'de 2020'de (pandemi yılı) sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı **%5,0'a** kadar yükselmiş, sonrasında tekrar **%4,7 düzeyine** dönmüştür. OECD ülkelerinde ise pandemi sonrası oranlar genellikle yüksek düzeyde kalmıştır (örneğin ABD, Fransa, Almanya).

Değerlendirme

1. **Harcama Düzeyi:** Türkiye'nin sağlık harcaması seviyesi OECD ortalamasının altında, ancak hızlı büyüme eğilimindedir.
2. **Hizmet Yapısı:** Hastane ve ilaç harcamalarının ağırlığı devam etmektedir; koruyucu sağlık hizmetlerinin payı sınırlıdır.
3. **Yatırımlar:** 2018–2023 arasında yatırım harcamaları iki kattan fazla artmıştır; bu, uzun vadeli kapasite artışı açısından olumlu bir gelişmedir.
4. **Mali Etkinlik:** Türkiye düşük harcama oranına rağmen geniş kapsama alanı sağlamaktadır. Bu durum,



Şekil 3. Seçilmiş ülkelerde yıllara göre sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasıla içindeki payı (OECD Health Data'dan yazar tarafından oluşturulmuştur.)

[(5,6)]Kaynak: OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database.

Tablo 11. Sağlık hizmeti sunucularına göre toplam sağlık harcamaları, (milyon $(PPP)) 2018-2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Toplam Sağlık Harcaması	101 371	109 256	118 451	128 706	134 256	169 284
Cari Sağlık Harcamaları	95 091	102 303	110 456	120 337	122 996	154 407
Hastaneler	49 510	52 960	58 482	63 714	67 483	88 827
Evde hemşirelik bakımı	1	1	1	1	1	1
Ayakta bakım sunanlar	12 342	13 028	12 163	12 160	14 258	18 088
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	25 414	28 218	29 883	29 314	29 099	34 943
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	4 493	4 828	6 187	11 824	8 290	7 989
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	571	516	553	524	505	573
Sınıflandırılamayan diğer kategori	2 761	2 753	3 188	2 800	3 362	3 986
Yatırımlar	6 280	6 953	7 995	8 368	11 259	14 877

maliyet-etkililik açısından avantajlı, ancak **hizmet kalitesi ve erişim** açısından dikkatle izlenmesi gereken bir dengedir.

5. **Politika Önceliği:** Önümüzdeki dönemde Türkiye'nin sağlık harcamalarında **GSYH payının 5–6% bandına yükselmesi**, hem sürdürülebilirlik hem kalite açısından olumlu olacaktır.

6. SGK Verilerine Göre Sağlık Hizmet Kullanımı ve Maliyet Eğilimleri

Başvuru Sayıları ve Hizmet Kullanımı

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verilerine göre, 2018–2023 yılları arasında sağlık hizmetlerine yapılan toplam başvuru sayısı **560 milyon** düzeyinden **606,7 milyon**a yükselmiştir (**Tablo 12**).[4] COVID-19 pandemisi nedeniyle 2020'de başvurular **%35 oranında azalarak 371,7 milyona** gerilemiş, 2021 sonrasında hızlı bir toparlanma gözlenmiştir.

Alt hizmet gruplarına göre:

- **Devlet hastaneleri (2. basamak): 303 milyon → 299 milyon** : 2020'de sert düşüş, sonrasında pandemi öncesi düzeye yakın toparlanma.
- **Devlet eğitim ve araştırma hastaneleri (3. basamak)**: **126 milyon → 186 milyon**: Uzmanlık hizmetlerine yönelim artmıştır.
- **Üniversite hastaneleri: 49 milyon → 52,7 milyon:** Görece sabit seyir, üniversite hastanelerinin hasta yükünün sürdüğünü göstermektedir.
- **Özel hastaneler: 81,8 milyon → 68,5 milyon:** Özel sektör başvuruları 2019 sonrası azalmıştır; farkın bir bölümü SGK fiyat güncellemelerindeki gecikmelere bağlı olarak özel sektörün finansal gerekçelerle SGK kapsamındaki hizmet arzını sınırlamasından (az hasta kabul etmesi, fark ücretlerini artırması vb) kaynaklanmış olabilir.

Bu veriler, pandemi sonrası sağlık sisteminin **hızla toparlandığını**, ancak hizmet yükünün daha çok kamu hastanelerine kaydığını göstermektedir.

SGK Tarafından Yapılan Fatura Ödemeleri

Tablo 12. ***Sağlık hizmet sunucularına başvuru sayısı (x1000)****, 2018-2023.*

BAŞVURULAN SAĞLIK HİZMET SUNUCULARI	2018	2019	2020	2021	2022	2023
DEVLET 2. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ	303.204	310.363	182.497	209.716	268.936	299.186
DEVLET 3. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ	126.272	133.349	89.712	124.177	162.560	186.303
ÖZEL 2. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ	81.845	78.044	64.304	70.059	75.617	68.503
ÜNİVERSİTE SAĞLIK TESİSLERİ	49.009	51.377	35.146	45.113	53.034	52.697
GENEL TOPLAM	560.330	573.133	371.659	449.065	560.148	606.689

[4] nolu Kaynak

Tablo 13. Sağlık hizmet sunucularına SGK tarafından yapılan fatura ödemeleri (bin TL), 2018-2023.

BAŞVURULAN SAĞLIK HİZMET SUNUCULARI	2018	2019	2020	2021	2022	2023
DEVLET 2. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ	15.846.098	16.095.716	13.100.719	16.654.225	27.969.293	55.018.983
DEVLET 3. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ	13.201.645	14.276.804	15.018.786	24.014.761	38.317.398	70.666.233
ÖZEL 2. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ	9.426.962	9.831.592	11.666.067	14.195.803	20.258.298	35.086.777
ÜNİVERSİTE SAĞLIK TESİSLERİ	10.792.632	12.134.601	12.601.561	17.462.851	26.916.192	46.395.260
GENEL TOPLAM	49.267.338	52.338.713	52.387.132	72.327.640	113.461.181	207.167.253

[4] nolu Kaynak

SGK'nın sağlık hizmet sunucularına yaptığı toplam ödemeler 2018'de **49,3 milyar TL**, 2023'te **207,2 milyar TL**'dir. Nominal artış **%320'nin üzerindedir**. Bu artış, hem hizmet hacmindeki genişleme hem de tıbbi maliyet ve fiyat artışlarını yansıtır (**Tablo 13**).

Hizmet türlerine göre ödemelerdeki eğilim:

- **Devlet 2. basamak hastaneleri:** 15,8 milyar → 55,0 milyar TL (3,5 kat artış)
- **Devlet 3. basamak hastaneleri:** 13,2 milyar → 70,7 milyar TL (5,3 kat artış)
- **Üniversite hastaneleri:** 10,8 milyar → 46,4 milyar TL (4,3 kat artış)
- **Özel hastaneler:** 9,4 milyar → 35,1 milyar TL (3,7 kat artış)

2018–2023 döneminde SGK'nın yaptığı ödemelerde tüm hizmet gruplarında güçlü oransal artışlar gözlenmiştir. Bu artışlar nominal (cari fiyatlarla) değerleri yansıtmaktadır ve büyük ölçüde enflasyon etkisiyle açıklanabilir. Reel bazda değerlendirildiğinde, 3. basamak kamu hastaneleri ve üniversite hastaneleri artan hizmet yoğunluğu nedeniyle en yüksek reel yükü taşımaktadır.

Başvuru Başına Ortalama Maliyet

Başvuru başına ortalama maliyet, 2018'de **87,9 bin TL**, 2023'te **341,5 bin TL** olarak hesaplanmıştır (**Tablo 14**). Nominal olarak yaklaşık **3,9 kat artış** söz konusudur. Ancak bu artış, enflasyon ve fiyat düzeyindeki hızlı yükseliş nedeniyle reel bir maliyet artışı olarak doğrudan yorumlanmamalıdır.

TÜİK'in tüketici fiyat endeksine (TÜFE) göre fiyatlar yaklaşık 4,1 kat artmıştır. Dolayısıyla 3,9 katlık maliyet artışı, genel fiyat düzeyinin altında kaldığı için, reel olarak hemen hemen sabit sayılabilir. Bu durumda sağlık hizmetinin ortalama maliyetinde, genel fiyat artışından bağımsız anlamlı bir reel artış olmadığı söylenebilir.

İstanbul Ticaret Odası (İTO) endeksine göre aynı dönemde fiyat artışı yaklaşık 4,97 kat olmuştur. Bu durumda reel karşılaştırma yaptığımızda, sağlık hizmetlerinin başvuru başına maliyeti yaklaşık %20 civarında reel olarak azalmıştır. Yani nominal artış görünse de, genel fiyat düzeyine göre sağlık hizmetlerinin görece ucuzladığı söylenebilir.

ENAG verileri kullanıldığında tablo daha da farklılaşmaktadır. Bu endekse göre aynı dönemde fiyatlar yaklaşık 8,2 kat artmıştır. Bu durumda 3,9 katlık nominal

Tablo 14. Sağlık hizmet sunucularına başvuru başına ortalama maliyet (bin TL), 2018-2023.

BAŞVURULAN SAĞLIK HİZMET SUNUCULARI	2018	2019	2020	2021	2022	2023
DEVLET 2. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ	52,3	51,9	71,8	79,4	104,0	183,90
DEVLET 3. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ	104,5	107,1	167,4	193,4	235,7	379,31
ÖZEL 2. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ	115,2	126,0	181,4	202,6	267,9	512,19
ÜNİVERSİTE SAĞLIK TESİSLERİ	220,2	236,2	358,5	387,1	507,5	880,42
GENEL TOPLAM	87,9	91,3	141,0	161,1	202,6	341,47

[4] nolu Kaynak

artış, reel olarak yaklaşık %50 düzeyinde bir azalışa karşılık gelmektedir.

Genel olarak sağlık hizmetlerinin maliyeti genel fiyat artışı kadar hızlı yükselmemiştir demek mümkündür.

Burada birim maliyet artışlarını dikkate alıp, bunları bir tüketici fiyat endeksi değerleri gibi düşünebilir miyiz konusunda bir parantez açmakta yarar var. Birim maliyetlerin kendi iç artış oranı, aynı zamanda **sağlık harcamaları için sektörel bir deflatör** olarak düşünülebilir. Ancak bunun bazı avantajlarının yanında metodolojik sınırlılıkları da vardır:

Avantajları: Sağlık hizmetlerine özgü maliyet artışını doğrudan yansıtır. Genel fiyat endeksinin altında ya da üstünde seyreden özel fiyat bileşenlerini içerir (örneğin personel ücretleri, tıbbi malzeme, döviz etkisi).

Sınırlılıkları:Kapsam darlığı (Sadece SGK kapsamında faturalandırılan hizmetleri içerir; dolayısıyla tüm sağlık sektörü maliyet yapısını temsil etmez). **Hizmet bileşimi etkisi** (Ortalama maliyetin artışı, sadece fiyat değil, hizmetin niteliğindeki değişim -örneğin ileri teknolojili işlemlerin artışı- nedeniyle de olabilir). **Nominal büyüklük hatası** (Fiyat artışıyla birlikte işlem hacmi düşmüşse, ortalama maliyet yükselir ama bu reel birim fiyat artışını yansıtmaz).

Bu nedenlerle, birim maliyetin "doğrudan deflatör" olarak kullanılması, **yaklaşık bir gösterge** sağlar ama **resmi reel büyüme ölçütü** yerine geçmez.

Alt gruplara göre maliyetler:

- **Devlet 2. basamak:** 52,3 → 183,9 bin TL (3,5 kat artış)
- **Devlet 3. basamak:** 104,5 → 379,3 bin TL (3,6 kat artış)
- **Özel hastaneler:** 115,2 → 512,2 bin TL (4,4 kat artış)
- **Üniversite hastaneleri:** 220,2 → 880,4 bin TL (4,0 kat artış)

Sonuç olarak; 2018–2023 döneminde başvuru başına ortalama maliyet nominal olarak 3,9 kat artsa da, bu artışın **büyük bölümü genel fiyat düzeyindeki yükselişten** kaynaklanmaktadır. TÜFE bazlı reel karşılaştırmalarda maliyetler sabit ya da hafif azalan eğilim göstermektedir. Sadece özel ve üniversite hastanelerinde gözlenen yüksek artış, **reel maliyet baskısına** işaret etmektedir. Bu durum, SGK'nın fiyat politikalarında **hizmet türü bazlı farklılaştırılmış güncelleme** ihtiyacını ortaya koymaktadır.

SGK, sağlık hizmetlerine yaptığı ödemeleri **tek bir ulusal fiyat listesi (SUT – Sağlık Uygulama Tebliği)** üzerinden belirliyor. Bu fiyatlar genellikle **tüm hastane türleri (devlet, üniversite, özel)** için benzer oranlarla uygulanıyor ya da çok sınırlı farklar içeriyor.

Ancak elimizdeki veriler şunu gösteriyor:

- Üniversite hastanelerinde maliyet artışı **çok daha yüksek** (örneğin öğretim üyesi maaşları, ileri teknoloji yatırımları, AR-GE giderleri nedeniyle).
- Özel hastanelerde de **döviz, enerji ve malzeme fiyatlarındaki artışlar** nedeniyle reel maliyetler daha hızlı yükselmiş.
- Buna karşılık devlet hastanelerinde maliyet artışları **daha sınırlı** çünkü altyapı ve personel giderleri doğrudan merkezi bütçeden karşılanıyor.

SGK ise bu farklı maliyet yapılarını yeterince dikkate almadan, **herkese aynı SUT artış oranlarını** uyguluyor. Sonuçta bazı kurumlar (özellikle üniversite ve özel hastaneler) geri ödeme tutarlarıyla maliyetlerini karşılayamaz hale geliyor.

SGK, fiyat güncellemelerini tüm hizmet sunucularına tek tip biçimde uygulamak yerine, hizmet türüne göre (örneğin 2. basamak devlet, 3. basamak, üniversite, özel hastane) farklılaştırılmış oranlarla güncelleme yapmalıdır.

Bu yaklaşım, sistemdeki maliyet dengesizliklerini azaltır ve her kurum türünün finansal sürdürülebilirliğini korumaya yardımcı olur.

Reçete Harcamaları ve Maliyet Dinamikleri

Reçete Sayıları ve Tutarları

SGK tarafından karşılanan reçete sayısı 2018'de **386,6 milyon**, 2023'te **482,2 milyon** olmuştur (**Tablo 15**). Bu dönemde reçete sayısındaki toplam artış **%24,7**, fatura

Tablo 15. SGK tarafından tahakkuk edilen reçete sayı ve tutarları, 2018-2023.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Reçete Sayısı (Bin adet)	386.589	401.015	341.732	406.003	460.014	482.234
Fatura Tutarı (Bin TL)	30.950.378	40.679.563	48.285.454	60.993.695	102.734.516	205.364.958
Reçete Başına Düşen Tutar (TL)	80,06	101,44	141,30	150,23	223,33	425,86

[4] nolu Kaynak

tutarındaki artış ise **%564**'tür (30,9 milyar TL → 205,4 milyar TL).

Reçete başına ortalama tutar 2018'de **80 TL**, 2023'te **425,9 TL**'ye yükselmiştir.

Bu, nominal olarak **yaklaşık 5,3 katlık bir artış** anlamına gelir.

2022–2023 döneminde artış oranı **%90,7**, 2021–2022 döneminde **%48,7** olmuştur.

İlaç fiyatlamasında kullanılan **Avro kuru katsayısı** ve **geri ödeme listelerinin güncellenme sıklığı**, bu eğilimde belirleyici olmuştur.

Reçete Harcamalarındaki Yıllık Değişim

Tablo 16'ya göre:

- Reçete sayısı 2020'de pandemi nedeniyle %14,8 azalmış, 2021'de %18,8, 2022'de %13,3 artmıştır.
- Fatura tutarı 2022'de %68,4, 2023'te **%99,9 artmıştır.**
- Reçete başına tutar artışı 2023'te **%90,7**'dir.

Bu göstergeler, ilaç harcamalarının 2022 sonrası dönemde **enflasyonun ve kur etkisinin ötesinde mali baskı unsuru haline geldiğini** göstermektedir. SGK'nın ilaç harcamalarındaki hızlı artış, sağlık bütçesinin sürdürülebilirliği açısından önemli bir politika konusudur.

Türkiye'de ilaç fiyatlamasında kullanılan Avro kuru katsayısı, uzun yıllar boyunca sabit tutulmuş, 2022–2023 döneminde ise yüksek enflasyonun etkisiyle bir defada önemli ölçüde güncellenmiştir.

Bu uygulama, ilaç fiyatlarında ani artışlara yol açarken, kamu bütçesinde de birikimli maliyet baskısı yaratmıştır. İlaç endüstrisinin yüksek oranda ithalata dayalı yapısı dikkate alındığında, kur değişimleri ve döviz bazlı maliyetler ilaç fiyatlarına doğrudan yansımaktadır.

Bu nedenle, fiyat güncellemelerinin uzun aralıklarla yapılması yerine, daha kısa periyotlarla ve öngörülebilir biçimde yapılması, hem üretici firmalar hem de SGK için daha sürdürülebilir bir mali denge sağlayacaktır.

Ayrıca, geri ödeme listelerinin (özellikle yeni nesil biyoteknolojik ilaçlar için) düzenli aralıklarla gözden geçirilmesi, yüksek maliyetli ilaçlara geçişte önceliklendirme ve maliyet etkililik kriterlerinin kullanılmasını kolaylaştıracaktır.

Sonuç olarak, ilaç harcamalarının kontrol altına alınması sadece fiyatları baskılamakla değil, kur politikasında istikrar, geri ödeme listesinin dinamik yönetimi ve akılcı ilaç kullanımının güçlendirilmesiyle mümkündür.

Genel Değerlendirme

1. **Hizmet Kullanımı:** 2020'de düşen başvuru sayıları 2023'te pandemi öncesi seviyenin üzerine çıkmıştır.
2. **Maliyet Artışı:** Başvuru başına maliyetler tüm hizmet gruplarında nominal olarak 3–5 kat artmıştır.
3. **Kamu–Özel Denge:** Özel hastanelerdeki maliyet artışı daha yüksek olup, SGK'nın geri ödeme sisteminde fiyat güncellemelerinin zamanlaması kritik hale gelmiştir.
4. **Reçete Harcamaları:** Son iki yılda reçete başına maliyet artışı, sağlık harcamaları içinde en hızlı büyüyen kalemdir.
5. **Politika Yorumu:** 2018–2023 dönemi, **artan hizmet hacmi, hızla yükselen maliyetler ve ilaç harcamalarında keskin büyüme** ile karakterizedir. Bu tablo, SGK finansman yapısında **maliyet kontrolü ve fiyat güncellemelerinin** daha sistematik hale getirilmesi gereğini ortaya koymaktadır.

Tablo 16. SGK tarafından tahakkuk edilen reçete sayı ve tutarlarının önceki yıla göre değişim yüzdesi, 2018-2023.

	Değişim Yüzdesi (2018-2019)	Değişim Yüzdesi (2019-2020)	Değişim Yüzdesi (2020-2021)	Değişim Yüzdesi (2021-2022)	Değişim Yüzdesi (2022-2023)
Reçete Sayısı (% değişim)	3,7	-14,8	18,8	13,3	4,8
Fatura Tutarı (% değişim)	31,4	18,7	26,3	68,4	99,9
Reçete Başına Tutar (% değişim)	26,7	39,3	6,3	48,7	90,7

[4] nolu Kaynak

7. Finansal Koruyuculuk ve Yıkıcı Sağlık Harcaması

Kavramsal Çerçeve

Finansal koruyuculuk, bir sağlık sisteminin bireyleri ve hane halklarını sağlık harcamaları nedeniyle ekonomik zorluk yaşamaktan koruma kapasitesi olarak tanımlanır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, güçlü bir sağlık sistemi, insanların gerekli sağlık hizmetlerine erişimini sağlarken yıkıcı sağlık harcamalarına ve sağlık harcaması kaynaklı yoksullaşmaya neden olmamalıdır. Bu göstergeler, evrensel sağlık kapsayıcılığı hedefinin iki temel bileşeninden biridir: Hizmetlere erişim ve finansal koruma.[7]

Türkiye'de Eğilimler (2002–2023)

Şekil 4'teki veriler, Türkiye'de 2002–2023 döneminde mali koruma göstergelerindeki uzun dönemli eğilimleri göstermektedir.[8]

2002 yılında sağlık harcamaları, hane halkı bütçeleri üzerinde görece ağır bir yük oluşturuyordu:

Yoksul hane halkı oranı: %4,07

Yıkıcı sağlık harcaması yapan hane halkı oranı: %0,81

Sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan hane halkı oranı: %0,43

Genel sağlık sigortasının yaygınlaşması (2008 sonrası) ve birinci basamak hizmetlerinin güçlenmesiyle birlikte, 2010'ların ortalarına kadar bu göstergelerde belirgin bir iyileşme yaşandı. 2018'e gelindiğinde, yoksul hane halkı oranı %0,9'a, yıkıcı harcama oranı %0,36'ya, sağlık nedeniyle yoksullaşan hane oranı %0,06'ya kadar geriledi.

Ancak 2019 sonrası dönemde, özellikle COVID-19 pandemisi ve yüksek enflasyon etkisiyle, hem yoksulluk oranı hem yıkıcı harcama oranı yeniden yükselme eğilimine girdi. 2023 verilerine göre:

Yoksul hane halkı oranı %3,4,

Yıkıcı harcama yapan hane halkı oranı %0,74,

Sağlık nedeniyle yoksullaşan hane oranı %0,13 olmuştur.

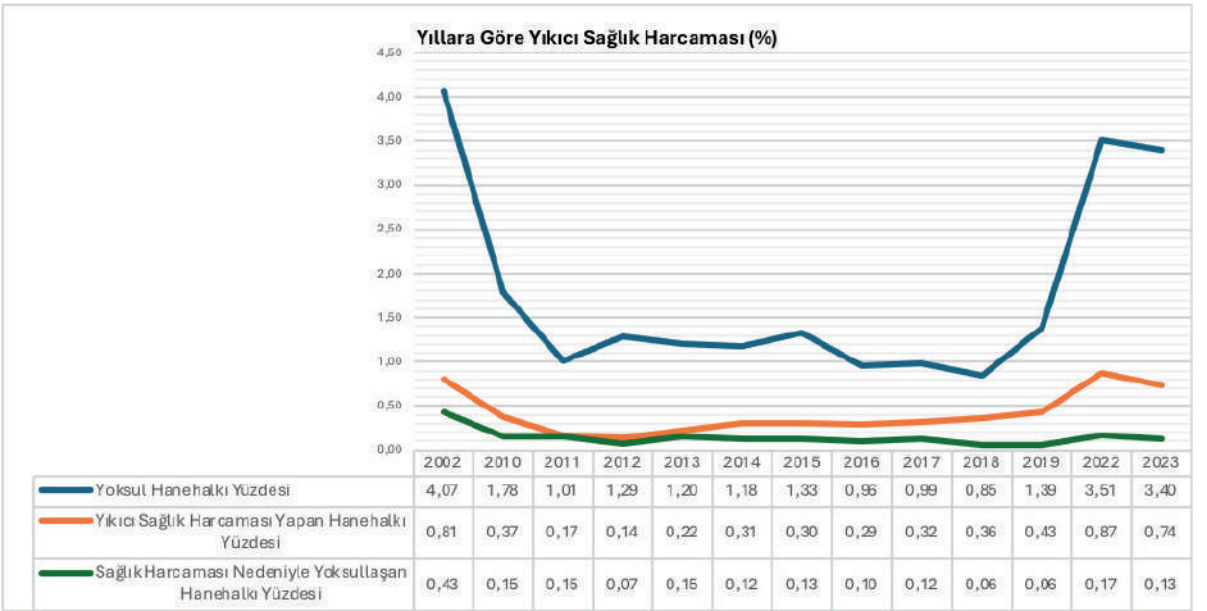
Bu artış, sağlık hizmeti ücretlerinde, katkı paylarında ve ilaç fiyatlarında yaşanan artışlarla birlikte cepten harcamaların toplam sağlık harcaması içindeki payının 2022'de %18,5'e kadar çıkmasıyla yakından ilişkilidir.

Değerlendirme

Türkiye, 2002–2018 arasında finansal koruma açısından örnek bir ilerleme süreci yaşamıştır.

Genel sağlık sigortası kapsamının %99'a ulaşması, yeşil kart sisteminin SGK'ya entegre edilmesi ve aile hekimliği modelinin yaygınlaşması, yıkıcı sağlık harcamalarını büyük ölçüde azaltmıştır.

Bununla birlikte 2020 sonrası dönemde görülen artış, hane gelirlerindeki reel düşüş ve enflasyon kaynaklı



	2002	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2022	2023
Yoksul Hanehalkı Yüzdesi	4,07	1,78	1,01	1,29	1,20	1,18	1,33	0,95	0,99	0,85	1,39	3,51	3,40
Yıkıcı Sağlık Harcaması Yapan Hanehalkı Yüzdesi	0,81	0,37	0,17	0,14	0,22	0,31	0,30	0,29	0,32	0,36	0,43	0,87	0,74
Sağlık Harcaması Nedeniyle Yoksullaşan Hanehalkı Yüzdesi	0,43	0,15	0,15	0,07	0,15	0,12	0,13	0,10	0,12	0,06	0,06	0,17	0,13

Şekil 4. Yıllara göre yıkıcı sağlık harcaması yapan hane halkı yüzdesi 2002-2023

[87] nolu Kaynak

Ek Tablo. Hesaplamalarda kullanılan sayı ve katsayılar

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Toplam nüfus	81.407.000	82.579.000	83.385.000	84.147.000	84.980.000	85.326.000
GSYİH (milyon TL)	3.761.166	4.317.810	5.048.568	7.256.142	15.011.776	26.545.722
1 $ = TL	4,715	5,679	7,04	8,981	16,573	23,492
1 $PPP=TL (OECD)	1,63	1,84	2,11	2,75	4,52	7,35
TÜFE (TUİK) reel inflatör katsayısı	4,10	3,56	3,17	2,65	1,54	1,00
TÜFE (İTO) reel inflatör katsayısı	4,97	4,29	3,81	3,19	1,70	1,00
TÜFE (ENAG) reel inflatör katsayısı	-	-	8,20	5,02	2,30	1,00

maliyet artışları sonucunda yeniden kırılganlık oluştuğunu göstermektedir.

Özellikle kronik hastalıklar, yaşlı nüfus ve ilaç bağımlılığı olan gruplarda bu risk daha yüksektir.

Türkiye halen OECD ortalamasına göre daha düşük bir yıkıcı harcama oranına sahiptir; ancak son yıllardaki artış eğilimi, sistemin finansal koruma kapasitesinin yeniden güçlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.[9,10]

Politika Önerileri

Katkı paylarının gelir düzeyine göre farklılaştırılması: Düşük gelir gruplarına yönelik muafiyet ve indirimlerin artırılması.

İlaçta cepten ödeme oranlarının sınırlandırılması: Özellikle kronik hastalık gruplarında fark ücretlerinin azaltılması.

Mali koruma izleme sisteminin kurumsallaştırılması: TÜİK Hanehalkı Bütçe Anketi verilerinden her yıl yıkıcı harcama göstergelerinin izlenmesi.

Önümüzdeki dönemde temel öncelik, mali koruma göstergelerini yeniden iyileştirmek ve **cepten harcama oranını %15'in altına çekmek** olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri.* https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2023-53561 Erişim tarihi 8.11.2025
2. İstanbul Ticaret Odası (İTO). *Ücretliler Geçinme Endeksi Veritabanı.* İstanbul: İTO Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Müdürlüğü. https://ististatistik.ito.org.tr/ Erişim tarihi 8.11.2025
3. ENAGrup, Enflasyon Araştırma Grubu. https://enagrup.org/ Erişim tarihi 8.11.2025
4. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). *İstatistik Yıllıkları* https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e-59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4 Erişim tarihi 8.11.2025
5. OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/7a7af-b35-en. Erişim tarihi 8.11.2025
6. World Health Organization (WHO), (2023). *Global Health Expenditure Database.* Geneva: World Health Organization. https://apps.who.int/nha/database Erişim tarihi 8.11.2025
7. World Health Organization (WHO), (2010). **Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk** *World Health Report (2010) Background Paper, No 19*
8. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023.* Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1236. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf Erişim tarihi 8.11.2025
9. OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/b3704e14-en. Erişim tarihi 8.11.2025
10) OECD/Eurostat/WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264270985-en. Erişim tarihi 8.11.2025

Türkiye'de Sağlık Bilgi Sistemleri ve Sürveyans

Tahsin Gökhan Telatar

1. Giriş

Sağlık bilgi sistemleri (Health Information Systems, HIS) ve halk sağlığı sürveyansı, modern sağlık sistemlerinin işleyişinde kritik rol oynayan iki tamamlayıcı bileşendir. Bir yandan klinik bakım süreçlerinin kaydedilmesini, izlenmesini ve analiz edilmesini sağlayarak hizmet sunumunun verimliliğini artırırken; diğer yandan bulaşıcı hastalıklar, kronik hastalık eğilimleri, risk faktörleri ve çevresel tehditler gibi halk sağlığını ilgilendiren konularda erken uyarı sistemlerinin geliştirilmesini ve kullanılmasını sağlamaktadır. Türkiye'de son yirmi yılda dijitalleşmenin hızlanması ve ulusal ölçekte veri standartlarının geliştirilmesi, bu iki yapının bütüncül bir çerçeve altında kurumsallaşmasına önemli ölçüde katkı sağlamıştır.

COVID-19 pandemisi, dijital sağlık altyapılarının önemini daha görünür hale getirmiş; elektronik sağlık kayıtlarının yaygın kullanımı, tele-sağlık uygulamaları, erken uyarı mekanizmalarının etkinliği ve vatandaşların dijital platformlar üzerinden sağlık bilgilerine erişimi gibi unsurlar sağlık sisteminin dayanıklılığı açısından belirleyici olmuştur. Türkiye'de bu süreç, e-Nabız kişisel sağlık sistemi, MHRS randevu altyapısı, İZCİ bulaşıcı hastalık sürveyansı sistemi ve aşı/ilaç takip platformları gibi ulusal sistemlerin kullanımını hızlandırmıştır.

Bu rapor, Türkiye'de sağlık bilgi sistemleri ve sürveyans yapılarının güncel durumunu ortaya koymayı, 2020–2025 döneminde yaşanan yapısal ve işlevsel dönüşümü değerlendirmeyi ve geleceğe yönelik stratejik öneriler geliştirmeyi amaçlamaktadır. İnceleme kapsamında Türkiye'nin sağlık bilgi altyapısının güçlü yönleri, gelişime açık alanları ve uzun vadeli dijital sağlık vizyonuna ilişkin kritik unsurlar sistematik bir çerçevede sunulmaktadır.

2. Sağlık Bilgi Sistemlerinin Yapısal Gelişimi (2020 Öncesinden Günümüze)

Türkiye'de sağlık bilişimi alanındaki gelişim, 2000'li yılların başından itibaren yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın dijital bileşenleri ile şekillenmiş ve yıllar içinde giderek kurumsallaşan bir yapıya dönüşmüştür. Bu dönüşümün ilk basamağını, sağlık tesislerinden veri toplamak, veri standartlarını ulusal düzeyde uyumlaştırmak ve sağlık hizmet sunumuna ilişkin kayıtları merkezi bir yapıda görünür kılmak amacıyla geliştirilen Sağlık.NET oluşturmuştur.[1] Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS) ile uyumlu çalışan bu platform, standart kodlama ve veri aktarım paketleri sayesinde Türkiye'de elektronik veri bütünlüğünün temellerini atan öncü bir yapı olmuştur.

Sağlık sektöründeki çeşitlilik ve veri ihtiyacının artması ile Sağlık.NET'in kapsamı zaman içinde genişletilmiş ve platform Sağlık.NET2 adıyla yeniden yapılandırılmıştır. Bu yeni sürüm, yalnızca kamu sağlık kuruluşlarını değil, özel sektör tesislerini de sistem içine dâhil etmeyi hedeflemiş; birlikte çalışabilirlik, veri doğrulama, kod listesinin güncellenmesi ve veri paketlerinin standartlaştırılması gibi alanlarda önemli gelişmeler sağlamıştır. Sağlık.NET2'nin kullanılmaya başlaması, Türkiye'de kişisel sağlık kayıtlarının kurumsal temellerinin atılması ve ulusal dijital sağlık ekosisteminin gelişmesi açısından kritik bir aşama olmuştur.

Bu birikimin üzerine inşa edilen e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi, Türkiye'nin dijital sağlık alanında en çok kullanılan ve en kapsamlı platformu haline gelmiştir.[2] 2016–2017 döneminde modern bir yazılım mimarisiyle yeniden tasarlanan e-Nabız, bireylerin laboratuvar sonuçlarından görüntüleme raporlarına, reçetelerden kronik hastalık izlem verilerine, randevulardan acil başvurulara kadar geniş bir yelpazedeki tüm sağlık verilerine tek noktadan ulaşmasını sağlamaktadır. Bu

yönüyle e-Nabız yalnızca bir kişisel sağlık kaydı sistemi değil, aynı zamanda hasta–hekim etkileşimini, sağlık davranışlarını ve halk sağlığı müdahalelerini destekleyen ulusal bir dijital platforma dönüşmüştür. 2023 yılı itibarıyla nüfusun yaklaşık %82'si tarafından kullanılması ve 28 binden fazla sağlık tesisinin bu platformla entegre çalışması, Türkiye'nin dijital sağlık okuryazarlığı ve altyapısı açısından dikkate değer bir büyüklük sunmaktadır.

Sağlık bilgi sistemlerinin gelişmesi kapsamında özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hayata geçirilen dijitalleşme uygulamaları genel olarak birinci basamak hizmetlerine göre daha kapsayıcı olmuştur. Kamu hastanelerinde klinik iş akışlarının elektronik ortama taşınması, laboratuvar ve görüntüleme sistemlerinin entegrasyonu, standart klinik kodlama yapılarının yaygınlaştırılması ve elektronik sağlık kayıtlarının günlük uygulamalara yerleşmesi, 2010'lu yıllar boyunca kademeli bir şekilde ilerlemiştir. 2020 yılı öncesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapısı radikal şekilde değiştirilmiştir. 2004 yılında Düzce ilinde pilot uygulama şeklinde başlayan aile hekimliği sisteminin ülke geneline yayılması on yıla yakın sürmüştür.[3] Bu süreç içinde sağlık kayıtlarının dijitalleşmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık bilgi sistemlerinin kurulması genel olarak yataklı tedavi kurumlarının gerisinde kalmıştır.

Bu tarihsel gelişim, 2020 sonrası dönemin dijital dönüşümünü hazırlayan bir zemin işlevi görmüştür. Sağlık.NET ve Sağlık.NET2'nin sağladığı ulusal veri standardizasyonu, e-Nabız'ın yaygınlaşmasıyla birlikte kişisel sağlık verilerinin bütünleştirilmiş bir çerçevede erişilebilir olmasını sağlamış; kamu hastanelerindeki dijitalleşme adımları ise klinik veri akışının güvenilir şekilde merkezi sistemlere aktarılabilmesine imkân tanımıştır. Böylece 2020–2025 döneminde görülen sürveyans sistemlerinin güçlendirilmesi, erken uyarı mekanizmalarının genişletilmesi ve çok alanlı veri bütünleşmesinin artırılması gibi girişimler, geçmişte atılan bu teknik ve kurumsal adımların doğal bir devamı niteliğinde ortaya çıkmıştır.

Sonuç olarak, Türkiye'de sağlık bilgi sistemlerinin 2020 öncesindeki gelişimi, 2020–2025 döneminde hız kazanan dijital dönüşümün temel belirleyicisi olmuştur. Ulusal veri sözlüğü, birlikte çalışabilirlik standartları ve yaygın elektronik kayıt altyapısı, günümüzdeki sürveyans kapasitesinin, analitik süreçlerin ve vatandaş odaklı dijital sağlık hizmetlerinin üzerine inşa edildiği çekirdek yapıyı oluşturmaktadır. Bu nedenle 2020 sonrası dönüşümü anlamak için, bu dönemin ardındaki uzun vadeli yapısal gelişimi doğru konumlandırmak kritik önem taşımaktadır.

3. Sağlık Bilgi Sistemlerinin Son 5 Yıldaki Yapısal Gelişimi (2020-2025)

2020–2025 dönemi, Türkiye'de sağlık bilgi sistemlerinin yalnızca teknolojik açıdan geliştiği değil, aynı zamanda kurumsal, hukuki ve yönetsel boyutlarıyla olgunlaştığı kapsamlı bir dönüşüm süreci olarak değerlendirilmelidir. Bu dönem, dijital sağlık altyapılarının birbirinden bağımsız çalışan bileşenler olmaktan çıkarak, daha bütüncül bir mimari içerisinde konumlanmaya çalışıldığı; veri yönetimi, gizlilik, standartlar ve birlikte çalışabilirlik konularında sistematik çerçevelerin de göz önüne alındığı bir olgunlaşma evresini temsil etmektedir. COVID-19 pandemisinin sağlık sistemleri üzerindeki baskısı, dijital altyapıların hem kullanımını hem de kurumsal önemini artırmıştır.

Bu dönemde en belirgin yapısal ilerlemelerden biri, kişisel sağlık verilerinin korunmasına yönelik hukuki çerçevenin güçlendirilmesidir. 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun uygulama alanının genişlemesiyle birlikte sağlık verilerinin işlenmesi, saklanması ve paylaşılmasına ilişkin süreçler daha sıkı bir yönetişim altında ele alınmaya başlanmıştır.[4] "Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Korunması Yönetmeliği" veri saklama sürelerinden anonimleştirme tekniklerine, açık rıza süreçlerinden erişim loglarının tutulmasına kadar pek çok kritik başlıkta operasyonel düzenlemeler getirmiştir.[5]

2020–2025 döneminin kurumsal karakterini belirleyen bir diğer önemli unsur, stratejik planlama mekanizmalarının dijital dönüşümü merkezi bir öncelik alanı olarak ele almasıdır. Sağlık Bakanlığı'nın 2024–2028 Stratejik Planı, dijital sağlık hizmetleri ve erken uyarı sistemlerinin güçlendirilmesini temel kalkınma hedeflerinden biri olarak tanımlamış; veri temelli karar alma süreçlerinin kurumsal kültürün ayrılmaz bir parçası haline getirilmesini öngörmüştür.[6] Bu plan doğrultusunda ulusal veri sözlüğü güncellemeleri, entegrasyon kılavuzları, yeni mesajlaşma standartları ve siber güvenlik tedbirleri sistematik olarak yayımlanmış; böylece tesislerin ulusal dijital mimariye uyumu daha kontrollü bir süreç haline gelmiştir.

Aynı dönemde Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS), sağlık veri yönetiminin semantik omurgası olarak daha da merkezi bir rol üstlenmiştir. Veri tanımlarının güncellenmesi, kod kitapçıklarının genişletilmesi ve mesaj paketlerinin standardize edilmesiyle birlikte, sağlık tesislerinden ulusal sistemlere aktarılan verinin termino-

lojik ve yapısal tutarlılığı önemli ölçüde güçlenmiştir. Kimlik numarası, tesis kodu, sağlık personeli kodları, ilaç barkodları, ICD-10 sınıflandırması ve diğer terminolojik standartlar; veri bütünlüğünü artıran, sistemler arası farklılıkları azaltan kritik bileşenler haline gelmiştir.[7] Böylece veri akışındaki semantik belirsizlikler büyük oranda azalmış; analitik süreçlerin güvenilirliği artmıştır.

2020–2025 dönemi aynı zamanda kalite güvence mekanizmalarının kurumsallaştığı bir dönem olmuştur. Veri zamanlılığı, tamlık oranları, hata bildirim döngüleri ve zorunlu alanların doldurulma oranları gibi göstergeler bakanlık düzeyinde sistematik biçimde izlenmiş; tesislere düzenli geri bildirimler sağlanmış, veri kalitesine ilişkin eğitimler yaygınlaştırılmıştır. Ulusal platformların kesintisiz hizmet verebilmesi için sistem kullanılabilirliği, işlem hacmi, gecikme süreleri ve güvenlik açıklarının taranması gibi teknik göstergeler düzenli olarak takip edilmeye başlanmıştır. Bu uygulamalar, ulusal sağlık bilgi sistemlerinde bir "sürekli iyileştirme kültürünün" yerleşmesine zemin hazırlamıştır.

Kamu hastanelerinde elektronik sağlık kayıtları uzun süredir yaygın olmakla birlikte, 2020 sonrasında bu kayıtlara ilişkin iş akışlarının standardizasyonu ve entegrasyon kalitesi anlamlı biçimde yükselmiştir. Ancak kamu hastanelerinde izlenen bu yükseliş, özel sektör tesislerindeki entegrasyon açısından değerlendirildiğinde benzer bir yükseliş izlenememektedir. Klinik, laboratuvar ve görüntüleme kayıtlarının ulusal sistemlerle uyumlu hale gelmesi, veri akışında hem doğruluk hem de tutarlılık sağlamış; bu da özellikle sürveyans, erken uyarı ve hizmet planlama süreçlerinde önemli kazanımlar yaratmıştır.

2020 sonrası dönemde e-Nabız, MHRS, MEDULA, e-Reçete, İTS, ATS ve İZCİ gibi sistemler arasındaki veri akışı daha tutarlı ve karşılıklı olarak besleyici bir hale gelmiş; sistemler artık yalnızca kendi amaçlarına hizmet eden bağımsız yapılar olmaktan çıkıp, ulusal sağlık bilgi ekosisteminin birbirine bağlı modülleri olarak çalışmaya başlamıştır. Aşı kayıtlarının ATS ile eş zamanlı olarak e-Nabız'a işlenmesi, İZCİ ile laboratuvar bilgi sistemleri arasındaki veri akışının hızlanması, e-Reçete ve MEDULA süreçlerinin sahaya yakınlaştırılması ve bu verilerin kişisel sağlık kayıtlarıyla bütünleştirilmesi; bu entegrasyonun somut göstergeleridir.

Tüm bu unsurlar bir arada değerlendirildiğinde, 2020–2025 dönemi Türkiye'de sağlık bilgi sistemlerinin yalnızca genişlediği değil, aynı zamanda daha disiplinli, daha güvenli, daha standardize ve daha bütünleşik bir yapıya kavuştuğu bir evreyi temsil etmektedir. Ancak bu gelişmenin kamu ile özel sektör arsındaki bağlantısının eksik olması, halen geliştirilmesi gereken alanlar arasında olduğunu göstermektedir.

4. Sağlık Bakanlığının Ulusal Çekirdek Platformları

2020–2025 döneminde Türkiye'nin ulusal sağlık bilgi sistemleri ekosistemi, kapsamı, fonksiyonları ve birbirleriyle kurdukları entegrasyon düzeyi açısından belirgin bir olgunlaşma sürecinden geçmiştir. Bu süreç, hem vatandaş odaklı kişisel sağlık kayıtlarına erişim sağlayan sistemlerin hem de sağlık hizmet sunumunun planlama, finansman, izleme ve sürveyans gibi bileşenlerini destekleyen arka plandaki kritik platformların eşzamanlı olarak gelişmesiyle şekillenmiştir. Ulusal sistemlerin giderek daha bütünleşik bir yapıya kavuşması, veri akışlarının tekilleşmesini, hizmetlerin zamanlılığını ve kurumsal karar süreçlerinde veri kullanımının güçlenmesini mümkün kılmıştır. Ayrı işlevleri bulunan ancak birbirini tamamlayan bu platformlar, son beş yılda hem teknik altyapı hem de politika düzeyinde gerçekleşen yeniliklerle çok katmanlı bir ulusal dijital sağlık mimarisinin parçaları haline gelmiştir.

Bu dönemin en belirleyici bileşenlerinden biri, e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi'nin ülke çapında tam anlamıyla yaygınlaşması olmuştur. e-Nabız, 2016–2017 yıllarında yeniden geliştirilen modern altyapısı üzerine inşa edilen, bireylerin tüm sağlık hizmeti geçmişlerini bütüncül olarak görüntüleyebildiği bir kişisel sağlık kaydı platformu niteliğindedir. 2023 yılına gelindiğinde nüfusun yaklaşık %82'si tarafından aktif olarak kullanılan e-Nabız, 28 bini aşkın sağlık tesisinden gelen veri akışını bütünleştirmekte; muayene, laboratuvar, görüntüleme, reçete, aşılama ve rapor süreçlerinden doğan kayıtları tek bir çatı altında toplayabilmektedir. 2020–2025 döneminde platform; arayüz yenilemeleri, hizmet çeşitliliğinin artırılması, kronik hastalık yönetimini destekleyen bileşenlerin genişletilmesi ve birlikte çalışabilirlik mekanizmalarının güçlendirilmesi gibi önemli gelişmeler göstermiştir.[8] COVID-19 salgınının ilk yıllarındaki yoğun kullanım, e-Nabız'ın hem halk sağlığı krizlerinde hem de rutin bakım süreçlerinde kritik bir araç olduğunu ortaya koymuştur.

Benzer şekilde, MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi) bu dönemde ulusal sağlık hizmetlerine erişimin düzenlenmesinde stratejik bir rol oynamaya devam etmiştir. Kamu hastaneleri ve aile hekimlikleri için tekil bir randevu planlama arayüzü sunan MHRS, milyonlarca randevunun yönetildiği bir altyapı olarak

operasyonel önemini sürdürmüştür. 2024 yılında uygulamaya alınan "randevu onay sistemi" ile hastaların randevularını bir gün önceden teyit etmeleri zorunlu hale getirilmiş; böylece no-show oranlarını azaltmak, kapasite kullanımını optimize etmek ve randevu erişilebilirliğini artırmak hedeflenmiştir.[9] MHRS'nin aile hekimliği bilgi sistemleri ile bağlantılarının güçlendirilmesi ve tesis içi planlama sistemleriyle entegrasyonun derinleşmesi, bakımın sürekliliğini ve yönlendirme süreçlerinin etkinliğini artırmıştır.

MEDULA ve e-Reçete entegrasyonu, geri ödeme süreçleri, provizyon kontrolü ve ilaç kullanımının izlenmesi açısından 2020–2025 döneminin diğer önemli bileşenlerinden biridir. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından işletilen MEDULA, neredeyse tüm kamu ve özel sağlayıcıların fatura ve talep süreçlerini yöneten ulusal finansal bilişim altyapısı olarak işlev görmekte olup, e-Reçete sistemi aracılığıyla eczaneler, tesis bilgi sistemleri ve e-Nabız ile veri alışverişi yapmaktadır. Bu dönemde sistemin teknik kılavuzları güncellenmiş, entegrasyon kabiliyeti artırılmış ve reçete doğrulama ile ilaç kullanım izleme süreçleri daha verimli hale getirilmiştir.[10]

Aynı dönemde, İlaç Takip Sistemi (İTS) ve Aşı Takip Sistemi (ATS) gibi tedarik zinciri ve lojistik odaklı ulusal izleme sistemleri, sağlık ürünlerinin güvenliği ve erişilebilirliği açısından önemli rol oynamıştır. İTS, ilaçların kare-kodlanması ve seri bazlı izlenmesi sayesinde sahte, kaçak veya uygunsuz ürünlerin tespitini güçlendirmekte; eczaneler, ecza depoları, üreticiler ve gümrük sistemleriyle kurduğu entegrasyon aracılığıyla tüm tedarik zincirini kapsamaktadır.[11] ATS ise özellikle aşıların soğuk zincir bütünlüğünün korunması, stok yönetimi, lojistik akış ve uygulama birimleri arasında eşzamanlı veri paylaşımı için kritik bir altyapı sunmaktadır. 2020–2025 döneminde her iki sistemde de teknik kapasite iyileştirmeleri, eşzamanlı telemetri uygulamaları ve e-Nabız aşılama verileriyle entegrasyon gibi güncellemeler gerçekleştirilmiştir.[12]

Sağlık hizmetlerine erişim açısından e-Devlet Kapısı üzerinden sunulan sağlık servisleri, vatandaşların sağlık verilerine, randevu planlamasına ve sosyal güvenlik işlemlerine tek noktadan erişimini kolaylaştırmıştır. COVID-19 döneminde temaslı takibi, aşı kartları ve seyahat belgeleri gibi servislerin bu portala entegre edilmesi; portalın kullanıcı kitlesini genişletmiş ve dijital sağlık hizmetlerine adaptasyonu hızlandırmıştır.

Halk sağlığı sürveyansı ve erken uyarı sistemleri de bu dönemde kayda değer bir dönüşüm geçirmiştir. Bildirimi zorunlu hastalıkların elektronik bildirim kapıları, olay temelli uyarı mekanizmaları ve salgın araştırma modülleri teknolojik olarak geliştirilmiş; İZCİ gibi erken uyarı sistemlerinde kapasite artışı sağlanmıştır. İl sağlık müdürlükleri, saha epidemiyoloji birimleri ve laboratuvarlar arasında veri paylaşımı güçlendirilmiş; afetler ve olağanüstü durumlarda sistemlerin kullanılabilirliği artırılmıştır. İnfluenza, RSV, hastane enfeksiyonları ve diğer program odaklı konular için yürütülen sentinel ağlar, COVID sonrası dönemde düzenli raporlama rutinine geri dönmüş; özellikle sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon sürveyansında yayımlanan raporlarla kapsam genişletilmiştir.

Bu ulusal platformların gelişimi, 2020'den 2025'e uzanan dönemde belirgin bir zaman çizelgesi boyunca ilerlemiştir. 2020'de COVID-19'un yarattığı acil ihtiyaçlar doğrultusunda kişisel sağlık kayıtları ve tele-sistemlerin kullanımının hızlanması; 2021'de dijital sağlık hizmetlerinin hızlı ölçeklenmesi; 2022'de pandemiye bağlı kısıtlamaların gevşemesiyle platformların olgunlaşması; 2023'te deprem sonrası sistem dayanıklılığına odaklanılması; 2024'te yeni randevu politikalarının uygulanması ve birlikte çalışabilirlik geliştirmelerinin yapılması; 2025'te erken uyarı, analitik kapasite ve otomasyon yönünde yeni adımlar atılması, ulusal platformların evrimini çerçeveleyen temel kilometre taşları arasında yer almıştır. Sistemlerin birbirleriyle kurduğu ilişkiler de bu süreçte daha belirgin hale gelmiş; tesis düzeyindeki bilgi sistemlerinden ulusal ara katmanlara, oradan merkezi veri depolarına ve uygulama katmanlarına uzanan veri akışı giderek daha standart, güvenli ve izlenebilir bir yapıya bürünmüştür.

Bütün bu gelişmeler değerlendirildiğinde, 2020–2025 döneminde Türkiye'nin ulusal sağlık bilgi sistemleri ekosistemi hem yatayda (kişisel sağlık kayıtları, randevu, finansman, izleme) hem de dikeyde (sürveyans, erken uyarı, stok ve tedarik zinciri yönetimi, afet sağlığı) genişleyen çok katmanlı bir dijital mimariye dönüşmüştür. Bu mimari, önümüzdeki dönemde yapay zekâ uygulamalarının, otomatik karar destek mekanizmalarının, erken uyarı algoritmalarının ve disiplinler arası veri bağlantılarının daha etkin kullanılmasına zemin hazırlamaktadır.

5. Sürveyans ve Halk Sağlığı Bilgi Sistemleri

2020–2025 dönemi, Türkiye'de halk sağlığı sürveyans sistemlerinin hem kapsam hem de işlev bakımından yeniden şekillendiği ve dijital altyapının sürveyans süreçlerinde merkezi bir rol üstlendiği bir dönem olmuştur. COVID-19 pandemisi, yalnızca hastalık bildiriminin önemini artırmamış; aynı zamanda erken

uyarı sistemlerinin, laboratuvar entegrasyonlarının, veri zamanlılığının ve çok sektörlü bilgi akışının halk sağlığı yönetiminin ayrılmaz bileşenleri olduğunu açık biçimde göstermiştir. Bu dönemde Sağlık Bakanlığının yürüttüğü dönüşüm, sürveyans sistemlerini daha fonksiyonel, daha analitik ve daha bütünleşik bir yapıya taşımayı hedeflemiş; ulusal platformlar arasındaki veri akışının güçlenmesi, saha operasyonlarının desteklenmesi ve karar destek mekanizmalarının geliştirilmesi bu dönüşümün belirgin göstergeleri olmuştur.

Bu mimarinin en temel bileşenlerinden biri, İZCİ (Bulaşıcı Hastalık Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi) olarak konumlanmaktadır. İZCİ, ulusal sürveyansın çekirdek dijital altyapısı olarak; bildirime tabi bulaşıcı hastalıkların anlık olarak takip edilmesini, laboratuvar sonuçlarıyla doğrulanmasını, olay temelli bildirimlerin saha ekipleri tarafından sistem içine işlenmesini ve gerektiğinde otomatik uyarı mekanizmalarının devreye girmesini sağlayan bütüncül bir platformdur.[13] Hastanelerin enfeksiyon kontrol birimleri, aile hekimliği birimleri, ilçe sağlık müdürlükleri, il sağlık müdürlükleri, mikrobiyoloji laboratuvarları ve saha epidemiyoloji ekipleri bu sisteme doğrudan veri göndermekte; vaka yönetimi, temaslı takibi ve saha operasyonları bu platform üzerinden koordine edilmektedir. 2020 sonrası dönemde İZCİ'nin afet yönetimi bağlamında aktif kullanılması, özellikle 2023 depremi sonrasında sahra koşullarında yürütülen izlem faaliyetlerinin dijital altyapı üzerinden organize edilmesi, sistemin çok boyutlu bir operasyon aracına dönüştüğünü göstermiştir.

İZCİ'nin güçlenmesinde en önemli etkenlerden biri, laboratuvar bilgi sistemleri ile kurulan entegrasyondur. PCR pozitifliklerinin otomatik olarak bildirilmesi, geç bildirimlerin önlenmesi ve saha ekiplerinin doğrulanmış vakalara hızlı erişebilmesi hem pandemide hem de diğer solunum yolu enfeksiyonlarında kritik önem taşımıştır. Laboratuvar entegrasyonu ayrıca direnç profilleri, kültür sonuçları ve seçilmiş patojen yükleri gibi parametrelerin daha güvenilir biçimde izlenmesini sağlamıştır. Ancak bu dönem, hâlâ bazı özel laboratuvarların ve küçük ölçekli tanı merkezlerinin bildirim kapasitesinin sınırlı olmasından kaynaklanan zorlukları da gündeme getirmiştir; veri tamlığı ve zamanlılığı açısından önemli iyileştirme alanları olduğu görülmektedir.

Bu dönemde program temelli sürveyans ağları da yeniden işlevsel hale gelmiştir. İnfluenza benzeri hastalık (ILI) ve şiddetli akut solunum yolu enfeksiyonu (SARI) sürveyansları, özellikle COVID-19 nedeniyle 2020–2021 döneminde büyük ölçüde kesintiye uğramış olsa da 2022 itibarıyla yeniden aktif hale getirilmiştir. Sentinel kliniklerden toplanan nazal ve nazofaringeal örneklerin ulusal referans laboratuvarlarında PCR ile test edilmesi, influenza türlerinin dolaşımı, mevsimsel yayılım dinamikleri, eşzamanlı dolaşan virüslerin yapısı ve aşının hedef suşlarının belirlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. 2025 yılında yayımlanan epidemiyolojik değerlendirmelerin, Türkiye'de influenza insidansının sezon ortasında sıklıkla 100/100.000 düzeyini aştığını göstermesi; sentinel sistemin halk sağlığı açısından vazgeçilmez bir karar destek aracı olduğunu ortaya koymuştur.

Hastane kaynaklı enfeksiyonların izlenmesini sağlayan Ulusal Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Ağı (USHİESA) da 2020–2025 döneminde daha görünür hale gelmiş; yoğun bakım ve servis bazlı cihaz ilişkili enfeksiyonların ulusal düzeyde izlenmesi hem kalite iyileştirme programlarının hem de enfeksiyon kontrol politikalarının veri temelli biçimde yürütülmesine katkıda bulunmuştur. 2024 özet raporunda cihaz ilişkili enfeksiyon hızlarının (örneğin CLABSI, CAUTI, VAP) ulusal karşılaştırmaları yayımlanmış; bu sayede hastaneler arası karşılaştırmalı performans değerlendirmeleri yapılabilmiştir. Antimikrobiyal direnç paternlerinin yıllar içinde izlenmesi, konuya yönelik stratejilerinin geliştirilmesinde kritik bir veri kaynağı oluşturmuştur.[14]

Diğer taraftan, ana ve çocuk sağlığı sürveyansı, kronik hastalık kayıtları, kanser kayıt sistemleri, çevresel sağlık izleme portalları, gıda kaynaklı hastalık sürveyansı, olay temelli izleme mekanizmaları ve acil başvuru temelli semptom sürveyansı gibi yapılar da halk sağlığı bilgi sistemlerinin önemli bileşenlerini oluşturmaya devam etmiştir. Özellikle kanser kayıtçılığında uluslararası standartlara yakın bir yapının kurulması hem epidemiyolojik modellemeler hem de hizmet planlaması açısından büyük önem taşımaktadır.[15] Çevresel sağlık alanında su kalitesi, içme suyu izleme, musluk suyu kalitesi ve çevresel toksinler gibi verilerin dijital portallarda toplanması; çevre ve insan sağlığı etkileşimlerinin daha bütüncül biçimde değerlendirilmesini katkı sağlamıştır.

Sürveyans verisinin etkili kullanılabilmesinin en önemli koşullarından biri, yalnızca veri toplamanın değil, toplanan verinin sahaya geri bildirim olarak ulaşmasının kurumsallaştırılmasıdır. 2020–2025 döneminde Sağlık Bakanlığı ve bağlı birimleri, influenza haftalık bültenleri, istatistik özet raporları, durum değerlendirme panelleri ve afet sonrası operasyonel haritalar gibi farklı iletişim araçlarıyla sürveyans bilgisini hem sahaya hem de karar vericilere daha hızlı aktarmaya başlamıştır. İZCİ'den üretilen uyarı haritaları, il düzey-

de anomali tespiti ve müdahale gerektiren bölgelerin belirlenmesi açısından önemli bir araç haline gelmiştir. Bu dönemde saha epidemiyolojisi eğitimlerinin yaygınlaştırılması, sürveyans verisinin sahadaki uygulanabilirliğini güçlendirmiş; özellikle afet dönemlerinde veri kullanımında belirgin artış görülmüştür.

Bu gelişmelere rağmen, sürveyans sisteminin yapısal bazı sorunlarının devam ettiği görülmektedir. En önemli sorunlardan biri, veri zamanlılığı ve tamlığıdır. Bazı özel sağlık kuruluşlarının eksik bildirim yapması, laboratuvar entegrasyonunun tüm Türkiye genelinde eşit düzeye ulaşmaması ve veri giriş süreçlerinde insan kaynağı eksiklikleri sürveyans sisteminin hassasiyetini sınırlamaktadır. Olay temelli izleme mekanizmalarının henüz tüm il düzeylerinde istenilen kapsamda uygulanamaması, medya taraması ve dijital sinyal analizlerinin sürveyans sistemine entegrasyonunun erken aşamada olması, erken uyarı kapasitesinin geliştirilmesi gereken yönleridir. Ayrıca veri standartları USVS ile belirlenmiş olsa da bazı kurumlarda terminoloji uyumu ve kodlama kalitesi hâlâ değişkenlik göstermektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, 2020–2025 döneminde Türkiye'nin sürveyans ve halk sağlığı bilgi sistemleri önemli ölçüde güçlenmiş; İZCİ'nin merkezde olduğu ve program temelli sistemlerle desteklenen bir mimari oluşmuştur. Bununla birlikte, veri entegrasyonu, zamanlılık, özel sektör katılımı, analitik kapasite ve erken uyarı mekanizmalarının doğruluğu gibi alanlarda geliştirilmesi gereken önemli yapısal noktalar bulunmaktadır. Bu dönemde atılan adımlar, Türkiye'nin gelecekte daha duyarlı, daha öngörücü ve çok sektörlü sürveyans sistemlerine geçiş yapabilmesi için güçlü bir temel oluşturmaktadır.

6. Veri Bütünlüğü ve Kalitesi

2020–2025 dönemi, Türkiye'de sağlık bilgi sistemlerinin ölçeğinin büyümesiyle birlikte, veri akışlarının güvenilir, standartlaşmış ve analiz edilebilir biçimde yönetilmesini zorunlu kılmıştır. Bu dönemde ulusal platformların teknik olgunluk düzeyindeki artış, sadece büyük veri hacimlerinin yönetilmesini değil, aynı zamanda bu verilerin sürveyans, hizmet planlaması, tedarik zinciri yönetimi ve klinik karar destek gibi alanlarda etkin kullanılmasını hedefleyen bütünleşik bir mimarinin oluşmasına katkı sağlamıştır. Ancak bu gelişimin en kritik bileşenleri, sistemler arasındaki birlikte çalışabilirliğin güçlendirilmesi, veri kalitesinin sistematik biçimde güvence altına alınması ve analitik kapasitenin tüm kurumlarda daha stratejik bir rol oynamaya başlaması olmuştur.

Türkiye'de birlikte çalışabilirliğin temelini, ulusal veri tanımlarının ve kod listelerinin toplandığı Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS) oluşturmaktadır. USVS, tüm ulusal platformlar, veri paketleri ve değişim şemaları tarafından referans alınan semantik bir omurga niteliğindedir. Bu yapı sayesinde farklı yazılım sağlayıcılarının ürettiği sistemler, veri bileşenlerini aynı anlam dünyasında üretebilmekte ve semantik uyumsuzlukların ortaya çıkma olasılığı azaltılmaktadır.[7] Ancak ulusal şemaların zaman içinde güncellenmesi, tesis düzeyindeki ara katmanların, arayüz motorlarının ve adaptörlerin de düzenli olarak güncellenmesini gerektirmekte; bu durum özellikle küçük ölçekli sağlık kuruluşları için teknik ve yönetişimsel bir yük doğurabilmektedir. Hasta, tesis, sağlık çalışanı ve cihaz gibi temel varlıkların benzersiz kimliklendirilmesi ise, veri bütünlüğünün sağlanması açısından kritik olup zaman içinde yinelenen kayıtların birleştirilmesini gerektiren önemli bir süreçtir.

Ülke genelinde farklı hastane bilgi sistemleri, laboratuvar sistemleri ve aile hekimliği yazılımlarının kullanılmakta olması, arayüz motorlarının ve ara yazılımların rolünü daha da merkezileştirmiştir. Bu motorlar, yerel sistemlerde kullanılan kodları ulusal standartlarla eşleştirmekte, gönderilen veri paketlerini doğrulamakta ve hatalı kayıtların merkeze ulaşmasını engellemektedir. Ulusal platformlar hatalı yükleri tipik olarak reddetmekte veya uyarı işaretleriyle geri bildirim üretmekte; tesisler ise düzenli aralıklarla iletilen hata raporlarına dayanarak kayıtlarını düzeltmektedir. Bu çift yönlü hata yönetimi mekanizması, veri akışının sürdürülebilirliğini artırsa da zamanlılık ve tutarlılık açısından üst düzey bir kurumsal kapasite gerektirmektedir. Ayrıca bazı çevresel sağlık göstergeleri ve halk sağlığı portalları aracılığıyla sağlanan açık API uçları, ana veriye erişim için kontrollü bir kanal sunarken, bireysel düzeydeki veri erişimi KVKK kapsamında sıkı yönetişim ilkeleri çerçevesinde denetlenmektedir.

Sistemin ölçeklenmesiyle birlikte veri kalitesi, yalnızca teknik bir gereklilikten çıkıp ulusal sağlık yönetiminin temel performans alanlarından biri haline gelmiştir. Kamu hastaneleri ve halk sağlığı birimleri büyük ölçüde ulusal platformlara entegre durumdayken, özel sektör ve küçük ölçekli tesislerde zamanlılık ve tamlık açısından dönemsel farklılıklar olabilmektedir. Bildirimlerin gecikmesi, zorunlu alanların boş bırakılması veya teknik uyumsuzluklardan kaynaklanan geçersizlikler, özellikle afet koşulları veya yüksek iş yükü dönemlerinde daha görünür hale gelmektedir. Bu ne-

denle merkezi sistemler, çapraz alan kontrolleri, değer aralıkları, bütünlük kontrolleri ve dağılım dışı uç değer analizleri gibi doğrulama kurallarını sürekli çalıştırarak veri girişindeki hataları işaretlemekte ve düzeltme gerektiren alanları tesislere bildirmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından il sağlık müdürlüklerine gönderilen düzenli veri kalitesi raporları ve teknik ekiplerin eğitilmesine yönelik programlar, veri kalitesinin sahada iyileştirilmesine katkı sağlamaktadır. Bazı değerlendirme modelleri ise tesisleri zamanlılık, veri tamlığı, hata oranları ve hizmet düzeyi anlaşmalarına uyum gibi metrikler üzerinden karşılaştırarak kurumsal farkındalığı artırmaktadır.

Bu dönemde analitik kapasite de kayda değer biçimde genişlemiştir. Başlangıç düzeyinde, ulusal platformların sunduğu tanımlayıcı gösterge panelleri, zaman serileri, mekânsal dağılım haritaları ve ısı haritaları üzerinden epidemiyolojik eğilimleri ve hizmet sunumu parametrelerini izleme imkânı sağlamaktadır. Bunun ötesinde, belirli eşik değerlerin aşılması, olağan dışı kümelenmelerin ortaya çıkması veya beklenmeyen yönelimlerin tespiti gibi durumları değerlendirmek için otomatik anomali tespit mekanizmaları geliştirilmeye başlanmıştır. Tahmine dayalı analitiklerin, özellikle salgın yayılımının kestirilmesi, kaynak ihtiyacının öngörülmesi veya risk skorlaması gibi alanlarda kullanımı hâlen erken aşamada olsa da 2020–2025 dönemi bu tür modellerin gündeme girdiği, pilot uygulamaların değerlendirildiği ve ihtiyaç duyulan veri altyapısının şekillenmeye başladığı bir dönemi temsil etmektedir. Birden fazla veri alanının ilişkilendirildiği çok alanlı analizler de giderek yaygınlaşmış; örneğin sürveyans sinyallerinin hastane yükü, çevresel göstergeler veya lojistik verileriyle eşleştirilmesi, sıcak noktaların belirlenmesinde yeni yaklaşımlar sunmuştur.

Analitik verinin araştırma amaçlı ikincil kullanımına yönelik talepler de bu dönemde artmış; anonimleştirilmiş veri setlerinin akademik çalışmalar için erişilebilir olması, salgın öngörü modelleri, politika etki değerlendirmeleri ve maliyet-etkililik analizleri gibi çalışmaların yapılabilmesini sağlamıştır. Ancak bu erişim, KVKK ve Bakanlık komiteleri tarafından yürütülen sıkı izin süreçlerine tabi tutulmuştur. Diğer yandan modellerin doğruluğunun periyodik olarak değerlendirilmesi, geribildirim mekanizmalarıyla temel varsayımların güncellenmesi ve algoritmaların yeniden eğitilmesi gibi uygulamalar, veri bilimi süreçlerinde kalite güvencesi sağlamaktadır. Bu sıkı denetim mekanizmaları verinin korunması için elzem görünmekle birlikte, uygulama aşamasında sahada birçok akademisyen ve araştırmacının ulusal veriye ulaşımının önünde bir engel oluşturmuştur. Sağlıkla ilgili veriye erişim konusunda halen yaşanmakta olan pek çok sıkıntı mevcuttur ve bir sonraki bölümde bu konu üzerinde daha fazla durulmuştur.

Bu dönemin uygulama örnekleri, ulusal dijital sağlık mimarisinin somut etkilerini görünür kılmaktadır. Vatandaşların laboratuvar, görüntüleme, ilaç ve aşılama geçmişlerine e-Nabız üzerinden erişebilmesi, bakımın sürekliliğini artırmış ve tekrarlayan işlemleri azaltmıştır. e-Nabız'ın 30'a yakın modül üzerinden sunduğu kişisel sağlık yönetimi araçları, bireylerin önleyici sağlık davranışlarına katılımını güçlendirmiş; COVID-19 döneminde platform üzerinden yürütülen aşı randevuları, aşı sertifikaları ve afet dönemlerinde kullanılan modüller, dijital sağlık çözümlerinin kriz yönetiminde ne derece kritik olduğunu göstermiştir. 2024'te yürürlüğe giren MHRS randevu onay politikası, randevuya gelmeme davranışının azaltılmasına yönelik analitik temelli bir girişim olarak dikkat çekmiş; kapasite planlamasında tahmin modellerinin kullanılmasına zemin hazırlamıştır. İTS ve e-Reçete entegrasyonu ilaç güvenliğini güçlendirirken, ATS üzerinden sağlanan soğuk zincir telemetrisi aşı lojistiğinde erken uyarı ve hızlı müdahale kabiliyeti sağlamıştır. Sürveyans sistemleri, influenza ve SARI sinyallerinden hastane enfeksiyonları eğilimlerine, afet dönemlerindeki salgın yönetiminden kitle olaylarında risk tespitine kadar geniş bir yelpazede operasyonel karar desteği sunmaktadır.

7. Karşılaşılan Zorluklar ve Kısıtlılıklar

Türkiye'de 2020–2025 döneminde ulusal sağlık bilgi sistemlerinde önemli yapısal ilerlemeler kaydedilmesine rağmen, bu dönüşüm süreci çeşitli teknik, yönetsel, hukuki ve saha temelli kısıtlılıklarla birlikte ilerlemiştir. Bu zorluklar yalnızca operasyonel gecikmelere veya sistemsel hatalara yol açmakla kalmamakta; aynı zamanda ulusal dijital sağlık vizyonunun tam kapasiteye ulaşmasını engelleyen yapısal riskler oluşturmaktadır.

Dijitalleşmenin sağlık sistemindeki yaygınlığına karşın, teknik ve mimari sınırlılıklar bu dönemde en görünür sorun alanlarından biri olmuştur. Birçok kamu ve özel hastane, geçmiş yıllardan kalan heterojen yazılım altyapılarını kullanmaya devam etmekte; bazı tesislerde güncel olmayan veri tabanı yapıları, manuel aktarımlar veya uyumsuz entegrasyon katmanları bulunabilmektedir. Bu durum, ulusal platformlara yapılan veri gönderimlerinde gecikmelere, uyumsuz veri biçimlerine ve entegrasyon hatalarına yol açarak veri bütünlüğünü ve güvenilirliğini zayıflatmaktadır. Ayrıca Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü şema sürümlerinde yapılan güncelleme-

ler, tesislerin entegrasyon modüllerini de düzenli olarak güncellemelerini gerektirmekte; ancak bu güncellemeler her zaman eş zamanlı yapılamamakta ve ulusal veri akışında geçici uyumsuzluklara neden olabilmektedir. Özellikle pandemi, afet ve kitlesel aşılama gibi yüksek yük dönemlerinde ulusal platformların karşılaştığı ani trafik artışları, altyapının ölçeklenebilirliği konusundaki zorlukları ortaya çıkarmıştır.

Sistemlerin teknik kapasitesindeki bu sınırlılıkların yanı sıra, organizasyonel ve insan kaynağına ilişkin kısıtlılıklar da dijital sağlık hizmetlerinin etkinliğini sınırlayan önemli bir boyut olarak öne çıkmaktadır. Tesislerde bilgi işlem personelinin sayısının yetersiz olması, veri yöneticisi kadrolarının her kurumda bulunmaması ve dijital sağlık süreçlerinin klinik ekiplerle yeterince bütünleşmemiş olması, veri kalitesini ve sistem sürekliliğini doğrudan etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının iş yükü altında dijital sistemlere veri girişini ihmal etmesi veya düşük öncelikli bir görev olarak görmesi, bildirimin gecikmesine ve eksik veri üretimine yol açabilmektedir. Eğitim ve kapasite geliştirme programlarının düzenli olmaması, saha çalışanlarının sistem güncellemeleri, kodlama standartları veya yeni bildirim modülleri hakkında yeterli bilgiye sahip olamamasına neden olmaktadır. Sonuç olarak dijitalleşme süreci teknik bir dönüşümün ötesinde insan faktöründen doğrudan etkilenmekte ve kurumsal kültürün dönüşümü yavaş ilerlemektedir.

2020–2025 döneminin diğer önemli sınırlılık alanlarından biri, yönetim, gizlilik ve hukuki çerçevelere ilişkin kısıtlılıklardır. KVKK kapsamında sağlık verilerinin özel nitelikli veri olarak sınıflandırılması, veri güvenliğini güçlendiren önemli bir koruma mekanizması olsa da uygulamada bazı kısıtlılıklara yol açmaktadır. Özellikle anonimleştirme tekniklerinin kurumlar arasında standartlaşmamış olması, veri paylaşımı süreçlerini karmaşık ve zaman alıcı hale getirmektedir. Araştırma amaçlı veri erişim taleplerinin detaylı ve şeffaf olmayan incelemelere tabi olması, onay süreçlerinin uzun sürmesi ve kurumlar arası veri paylaşımının net olmayan sorumluluklar nedeniyle sınırlı kalması, Türkiye'nin veri temelli araştırma üretim kapasitesini kısıtlayan önemli bir engeldir. Ayrıca sektörel veri entegrasyonunun (çevre, demografi, afet, meteoroloji, eğitim gibi alanlarla) henüz tam olarak sağlanamamış olması, çok sektörlü halk sağlığı yaklaşımlarının gelişmesini sınırlamaktadır.

Bu dönemde karşılaşılan bir diğer kısıtlılık, analitik kapasite ve ileri veri kullanımının sınırlı oluşudur. Ulusal platformlar geniş hacimli veri üretmesine rağmen, bu verinin ileri düzey modelleme, tahminleme ve karar destek sistemleri için sistematik olarak kullanılabildiği söylenemez. Büyük veri analitiği, makine öğrenmesi tabanlı erken uyarı sistemleri ve risk tahmin modelleri henüz kurumsal ölçekte rutin bir uygulama düzeyine ulaşamamıştır. Bunun nedenleri arasında analitik ekiplerin sınırlı insan kaynağı ile çalışması, saha verilerindeki eksiklikler, algoritmaların düzenli olarak doğrulanmaması ve analitik çıktıların yönetsel kararlara tam olarak entegre edilememesi yer almaktadır. Ayrıca veri kalitesindeki değişkenlik, analitik modellerin güvenilirliğini etkileyebilmekte; model performansının izlenmesi için kurumsal yapılar henüz tam olarak olgunlaşmamıştır.

Sağlık sistemi açısından önemli bir sınırlılık alanı da eşitsizlikler, erişim kısıtlılıkları ve dijital altyapıyı kullanmadaki uçurumdur. Dijital sağlık platformlarının yaygın kullanıma rağmen, bazı nüfus grupları dijital hizmetlere erişimde dezavantajlı konumdadır. Yaşlı bireyler, düşük dijital okuryazarlığa sahip gruplar, kırsal bölge sakinleri veya göçmenler e-Nabız, MHRS veya tele-sağlık hizmetlerinden eşit oranda yararlanamamakta; bu durum dijitalleşmenin hedeflediği eşitlikçi sağlık hizmeti vizyonunu zayıflatmaktadır. Ayrıca özel sağlık kuruluşlarının bazı alanlarda ulusal sistemlere entegrasyonunun sınırlı olması, hem bireysel sağlık kayıtlarında boşluk oluşmasına hem de sürveyans verilerinin eksik kalmasına yol açmaktadır.

Son olarak, Türkiye'nin coğrafi ve afet riskleri göz önüne alındığında, afetlere karşı dayanıklılık ve kesintisiz hizmet sunumu da önemli bir kısıtlılık alanı olarak ortaya çıkmaktadır. 2023 Kahramanmaraş depremleri gibi büyük afetlerde dijital sistemlerin bir kısmının geçici olarak devre dışı kalması, elektrik altyapısı ve iletişim kanallarındaki kesintiler ve saha koşullarının zorluğu, dijital sağlık sistemlerinin dayanıklılık mekanizmalarının daha da güçlendirilmesi gerektiğini göstermiştir.[16] Bu durum, yerel yedekleme mekanizmalarının, taşınabilir çözümlerin, offline çalışma modüllerinin ve alternatif iletişim altyapılarının önemini ortaya koymaktadır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, 2020–2025 dönemi Türkiye'de dijital sağlık altyapısının önemli ölçüde güçlendiği ancak aynı zamanda çok boyutlu zorlukların sürdüğü bir dönem olmuştur. Bu zorluklar sistemin yalnızca teknik değil, yönetsel, hukuki, sosyoekonomik ve kültürel yönlerinin de dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Dijital sağlık ekosisteminin sürdürülebilir ve yüksek performanslı bir yapıya kavuşabilmesi için teknik kapasitenin güçlendirilmesinin yanı sıra, insan kaynağı yatırımlarının, yönetişim süreçlerinin,

veri güvenliği standartlarının ve analitik yetkinliklerin eş zamanlı olarak geliştirilmesi gerekmektedir.

8. Geleceğe Dair Stratejik Öneriler

2020–2025 döneminde Türkiye'de sağlık bilgi sistemlerinde önemli bir kurumsal olgunlaşma yaşanmış; ulusal platformlar teknik kapasite, veri bütünlüğü ve kurumsal yaygınlık açısından dikkat çekici bir düzeye ulaşmıştır. Bununla birlikte, dijital sağlık ekosisteminin sürdürülebilirliği, ileri analitikle entegrasyonu, araştırma kapasitesinin güçlendirilmesi ve çok sektörlü halk sağlığı yaklaşımlarına geçiş gibi kritik alanlarda stratejik bir yönelimin gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu nedenle Türkiye'nin dijital sağlık sisteminin geleceği, yalnızca mevcut platformların sürdürülmesine değil, aynı zamanda proaktif, bütünleşik, öngörücü ve dirençli bir dijital sağlık mimarisi kurmaya odaklanmalıdır.

Öncelikli stratejik alanlardan biri, hızlı veri akışı ve gerçek zamanlı izleme kapasitesinin güçlendirilmesidir. Mevcut sistemlerin büyük bölümü hâlâ kesikli, yüksek hacim temelli veri aktarımına dayalıdır ve bu durum pandemiler, epidemiyolojik ani artışlar veya afet durumlarında hızlı yanıt verebilme yeteneğini ve sürekliliğin sağlanmasını sınırlandırmaktadır. Ulusal platformların gerçek zamanlı mesajlaşma protokollerine, olay tabanlı veri akışlarına ve kurumsal mesaj kuyruklarına (message queues) uyumlu hale getirilmesi, erken uyarı sistemlerinin doğruluğunu artıracak ve sağlık hizmetlerinin operasyonel yönetimini güçlendirecektir. Ayrıca laboratuvar sonuçlarının, acil servis triyaj bilgilerinin ve kritik lojistik göstergelerinin gecikmesiz olarak ulusal sağlık veri sistemine aktarılması hem halk sağlığı sürveyansını hem de kaynak yönetimini belirgin biçimde iyileştirecektir.

Geleceğe yönelik dikkate alınması gereken kritik konulardan birisi de önceden tahmin edici analitik modellerin, makine öğrenmesi tabanlı erken uyarı mekanizmalarının ve sağlık hizmeti talebi projeksiyonlarının kurumsal ölçekte rutin birer bileşene dönüştürülmesidir. Türkiye'nin elinde güçlü bir sağlık verisi altyapısı bulunmaktadır, ancak bu verinin ileri analitik için kurumsallaşmış bir yapıya taşınması gerekmektedir. Epidemiyolojik risk skorlaması, sürveyans anomalilerinin otomatik tespiti, hastane yoğunluk tahmin modelleri, MHRS randevu talep öngörüleri ve enfeksiyon kontrol göstergeleri için öngörücü algoritmalar geliştirilmesi, sağlık sistemine hem operasyonel verimlik hem de müdahale hızı kazandıracaktır. Bu süreçte algoritmaların doğrulama çalışmalarının düzenli yapılması, modellerin şeffaflığı ve gerekli etik çerçevenin oluşturulması kritik önem taşımaktadır.

Türkiye'nin veri paylaşımı ve araştırma kapasitesini artırmak için bir diğer önemli stratejik konu, gizlilik korumalı veri erişim modellerinin benimsenmesidir. KVKK'nın sağladığı güçlü veri güvenliği çerçevesi korunmakla birlikte; verilerin anonimleştirilmesi, makine öğrenmesi, sentetik veri üretimi gibi modern tekniklerin uygulanması hem veri mahremiyetini koruyacak hem de akademik araştırma kapasitesini genişletecektir. Bu sayede üniversiteler, araştırma merkezleri ve kamu kuruluşları arasında güvenli veri iş birliği mümkün olacak; politika geliştirme süreci daha kanıta dayalı bir zemine kavuşacaktır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı bünyesinde standartlaştırılmış bir araştırma veri erişim portalı oluşturulması hem bürokratik süreçlerin sadeleşmesini sağlayacak hem de araştırmanın kalitesini artıracaktır.

Dijital sağlık ekosistemini içerisinde ilerleme kaydetmek için, kontrollü bir açık API ekosisteminin geliştirilmesi önemli bir gerekliliktir. Sağlık verisinin dış paydaşlarla paylaşımı her zaman sınırlı olmak zorundadır; ancak bakanlık tarafından sertifikalandırılmış uygulamalara, yenilikçi sağlık girişimlerine veya üniversite projelerine açık veri arabirimleri sunulması, dijital sağlık üretkenliğini ve inovasyonu artıracaktır. MHRS, e-Nabız, ATS ve İTS gibi platformlara ait bazı güvenli ve anonimleştirilmiş veri akışlarının kontrollü erişime açılması, Türkiye'yi küresel dijital sağlık inovasyonu alanında daha görünür bir aktör haline getirecektir.

Türkiye'nin afetlere duyarlı bir coğrafyada bulunması nedeniyle, dijital sağlık sistemlerinin dayanıklılığının artırılması da stratejik öncelikler arasında olmalıdır. 2023 Kahramanmaraş depremleri, saha koşullarında dijital sistemlere erişim, mobil altyapının sürekliliği, saha uygulamalarının çevrimdışı çalışabilirliği ve iletişim alternatiflerinin gerekliliğini açıkça ortaya koymuştur. Bu nedenle saha ekipleri için offline kullanım modüllerinin geliştirilmesi, yedek sunucu altyapılarının coğrafi olarak dağıtık şekilde konumlandırılması, uydu tabanlı veri iletim çözümleri ve sahra hastanelerine özel entegrasyon modülleri, gelecek dönem için kritik yapısal yatırımlar olarak değerlendirilmelidir.

Sektörler arası veri entegrasyonunun geliştirilmesi, Türkiye'nin halk sağlığı sürveyansı açısından geleceğe yönelik en önemli stratejik hamlelerinden biridir. Tek sağlık yaklaşımına uygun olarak, sağlık verilerinin çevresel göstergeler, meteorolojik veriler, içme suyu güvenliği, gıda kaynaklı riskler, hayvan sağlığı bilgileri, demografik hareketlilik ve afet riski verileri ile bütün-

leştirilmesi, daha duyarlı ve çok ölçekli bir sürveyans yapısının oluşmasını sağlayacaktır. Böyle bir entegrasyon özellikle iklim değişikliğine bağlı hastalık yükü, zoonotik riskler, vektör kaynaklı hastalıklar ve çevre-sağlık ilişkileri açısından kritik öneme sahiptir.

Geleceğe yönelik hazırlıklı olunması gereken bir diğer konu, sağlık insan gücü kapasitesinin kurumsallaştırılması ve sürekli geliştirilmesidir. Teknolojik iyileştirmeler ancak yetkin kişiler tarafından doğru kullanıldığında etkili olabilmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanları, veri yöneticileri, bilgi işlem personeli ve epidemiyologlar için düzenli hizmet içi eğitimlerin, sertifikasyon mekanizmalarının ve mesleki standartların oluşturulması gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunan kurumlar düzeyinde veri sorumlusu pozisyonlarının güçlendirilmesi, saha çalışanlarının sürveyans bilinciyle donatılması ve karar vericilerin analitik bulguları etkili kullanabilmesi, dijital dönüşümün kurumsal sürdürülebilirliğini artıracaktır.

Son olarak, dijital sağlık ekosisteminin sürekli iyileştirilmesi için etki değerlendirme ve kalite ölçüm mekanizmalarının kanıta dayalı ve sistematik hale getirilmesi gerekmektedir. Ulusal platformların performansı; doğruluk, hatasız veri oranı, kullanıcı memnuniyeti, klinik süreçlerde yarattığı değişim ve politika etkisi gibi göstergelerle düzenli olarak ölçülmelidir. Bu ölçümlerin sonuçları, sistem mimarisini yönlendirecek şekilde geri beslenmeli; böylece sürekli öğrenen bir sağlık bilgi sistemi kurulmalıdır.

Bütüncül olarak değerlendirildiğinde, Türkiye'nin dijital sağlık altyapısının geleceği, yalnızca mevcut platformların sürdürülmesine değil, ileri analitikle güçlendirilmiş, çok sektörlü, yüksek dayanıklılığa sahip, veri güvenliğiyle uyumlu ve vatandaş merkezli bir sağlık ekosistemi oluşturmaya bağlıdır. Bu stratejik yönelimler hayata geçirildiğinde, Türkiye'nin önümüzdeki yıllarda yalnızca hizmet sunumunda değil, halk sağlığı sürveyansı ve dijital sağlık inovasyonu alanlarında da bölgesel ve küresel bir referans noktası haline gelmesi mümkündür.

9. Sonuç

Türkiye'nin 2020–2025 dönemindeki sağlık bilgi sistemleri deneyimi, dijital sağlık alanında önemli bir birikim ortaya koysa da bu kazanımların sürdürülebilir bir sürece dönüşebilmesi için kritik zayıf noktaların yapısal biçimde ele alınması gerekmektedir. e-Nabız, MHRS, İZCİ, MEDULA, ATS ve USHİESA gibi ulusal platformlar, ulaştıkları ölçek ve kullanım yaygınlığı açısından etkileyici bir başarı sunarken; bu sistemlerin arka planında devam eden heterojenlik, veri kalitesi sorunları, entegrasyon açıkları ve analitik kapasite sınırlılıkları, dijital sağlık ekosisteminin olgunluğunu kısıtlayan temel engeller olarak varlığını sürdürmektedir. 2020–2025 döneminde atılan adımlar, güçlü bir temel oluşturmakla birlikte, bu temel üzerinde inşa edilecek olan Türkiye'nin sağlık sisteminin dijital alt yapısının niteliği, zayıf yönlerin hangi hız ve kapsamda iyileştirilebileceğine bağlı olacaktır.

Öncelikle, Türkiye'nin sağlık bilişimi hâlâ uygulama birimleri arasında belirgin farklılıklar gösteren çok parçalı bir yapıya sahiptir. Kamu tesislerinde görece güçlü entegrasyon sağlanmış olsa da özel sektör, birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları ve bağımsız laboratuvarların entegrasyona sınırlı katılımı hem kişisel sağlık kayıtlarının bütünlüğünü hem de sürveyansın kapsayıcılığını zayıflatmaktadır. Bu durum özellikle bulaşıcı hastalık sürveyansı, ilaç güvenliği, tarama programları ve kronik hastalık yönetimi gibi alanlarda sistematik kör noktalara yol açmaktadır. Ayrı veri akışlarının birbirinden kopuk ilerlemesi, karar destek mekanizmalarının bütüncül çalışmasını da güçleştirmektedir.

Veri kalitesi, bu dönemde önemli iyileşmeler gösterse de bütünlük, tutarlılık ve ekipler arası veri yönetişimi kültürü açısından hâlâ beklenen düzeyde değildir. Zorunlu alanların doldurulmaması, geç bildirim, yanlış sınıflandırma ve kimlik eşleştirme sorunları; özellikle İZCİ, USHİESA ve ATS gibi kritik sistemlerde erken uyarı kapasitesini sekteye uğratabilmektedir. Veri kalitesinin sahada kurumsallaşmamış olması, ulusal platformların analitik potansiyelinin ancak sınırlı bir kısmının kullanılabilmesine yol açmaktadır.

Yönetişim ve mahremiyet çerçevesi, hasta haklarını koruyan güçlü bir yapı sunmakla birlikte, araştırma erişiminin aşırı bürokratik süreçlere bağlı olması yeniliklerin hayata geçirilmesini ve politika değerlendirmesini yavaşlatan önemli bir engeldir. KVKK kapsamında geliştirilen sıkı koruma mekanizmaları gerekli olmakla birlikte, veri anonimleştirme, veri minimizasyonu, farklılaştırılmış erişim düzeyleri ve güvenli araştırma alanları gibi çözümler yeterince kurumsallaşmamıştır. Bu durum, özellikle epidemiyolojik modelleme, politika etki değerlendirmesi ve klinik araştırmalar açısından zaman duyarlılığı yüksek durumlarda ilerlemeyi kısıtlamaktadır.

Analitik kapasite, Türkiye'nin dijital sağlık vizyonunda kilit bileşenlerden biri olmasına rağmen, büyük ölçüde tanımlayıcı düzeyde kalmış; proaktif, tahmine dayalı, otomatik tetiklemelere dayalı analitik sistemler sınırlı pilot çalışmalar dışında yaygınlaştırılamamıştır. Veri

bilimcilerin istihdamı, sürdürülebilir analitik ekiplerinin kurulması ve model performansını düzenli değerlendiren kurumsal mekanizmaların oluşturulması hâlâ önemli bir ihtiyaçtır.

Son olarak, dijital sağlık hizmetlerinin yaygın kullanımı, yüksek kullanıcı sayısına rağmen tam anlamıyla eşit ve kapsayıcı değildir. Dijital okuryazarlığı düşük gruplar, kırsal ve düşük gelirli topluluklar veya yaşlı bireyler e-Nabız, MHRS ve diğer uygulamalardan aynı oranda yararlanamamaktadır. Bu durum hem hizmetlere erişimde dijital uçurum oluşturmakta hem de sistemin kapsayıcılık iddiasını zayıflatmaktadır.

Türkiye'nin dijital sağlık ekosisteminin önümüzdeki dönemde gerçek anlamda dönüşebilmesi; birlikte çalışabilirliğin güçlendirilmesi, veri kalitesi ve yönetişimin sahada kurumsallaştırılması, özel sektör entegrasyonunun tamamlanması, veri koruma ile araştırma kullanımının dengelenmesi, analitik kapasitenin proaktif modellerle geliştirilmesi ve dijital kapsayıcılığın ulusal bir politika alanına dönüştürülmesiyle mümkün olacaktır. Mevcut güçlü altyapı, bu dönüşüm için benzersiz fırsatlar sunmaktadır; ancak bu fırsatın stratejik, kararlı ve bütüncül politikalarla desteklenmesi dijital sağlık ekosisteminin uzun vadeli başarısında belirleyici olacaktır.

KAYNAKLAR

1. GÜLTEPE Y, ÜNALIR MO. ULUSAL SAĞLIK VERİ SÖZLÜĞÜ'NÜN ONTOLOJİ TABANLI HALE GETİRİLMESİ VE TIBBİ BİLİŞİM STANDARTLARI İLE ZENGİNLEŞTİRİLMESİ. Gazi Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi. 2014 Sep 30;29(3).
2. YAYLA EN, ÇİZMECİ B. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Mobil Sağlık Uygulamalarının Bilinirliğine Yönelik Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2022 Feb 20;13(33):254–70.
3. Akman M. Türkiye'de birinci basamağın gücü. Turkish Journal of Family Practice. 2014 Jun 15;18(2):70–8.
4. YILDIRIM BF. Sağlığın Kişiselleşmesi ve Kişisel Sağlık Bilgi Sistemleri. Bilgi Yönetimi. 2019 Dec 31;2(2):127–35.
5. DURMUŞ V. Kişisel Sağlık Verilerinin Korunmasında İdarenin Hukuki Sorumluluğu. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021 Jan 15;14(1):67–76.
6. T.C Sağlık Bakanlığı. 2024-2028 Stratejik Planı [Internet]. Ankara; 2024 [cited 2025 Dec 2]. Available from: https://sgb.saglik.gov.tr/TR-102636/stratejik-plan-2024---2028.html
7. GÜLTEPE Y, ÜNALIR MO. ULUSAL SAĞLIK VERİ SÖZLÜĞÜ'NÜN ONTOLOJİ TABANLI HALE GETİRİLMESİ VE TIBBİ BİLİŞİM STANDARTLARI İLE ZENGİNLEŞTİRİLMESİ. Gazi Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi. 2014 Sep 30;29(3).
8. Birinci Ş. A Digital Opportunity for Patients to Manage Their Health: Turkey National Personal Health Record System (The e-Nabız). Balkan Med J. 2023 May 10;40(3):215–21.
9. Topçuoğlu E, Kavak O, Kaygın E. SAĞLIKTA YÖNETİM BİLİŞİM SİSTEMİ OLARAK MHRS'NİN TEKNOLOJİ KABUL MODELİ İLE ANALİZİ. Uluslararası İşletme Bilimi ve Uygulamaları Dergisi. 2022;2(1):1–16.
10. Yiğit E, Keleşmehmet H. A qualitative analysis about the application of electronic prescription. The Journal of Turkish Family Physician. 2019 Mar 15;10(1):2–17.
11. Yorulmaz M, Altunkan SM, Yasemin A, Keleş N. Türkiye'de İlaç Takip Sistemi (İTS) Uygulaması ve Çalışma Biçimi. In: Akademik Bilişim'12 - XIV Akademik Bilişim Konferansı. Uşak; 2012. p. 385–92.
12. Paksoy N. Soğuk Zincir, Aşı Takip Sistemi. In: Tekiner A, editor. Aşılar ve Aşı Uygulamaları. 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2025. p. 21–6.
13. Özbaş C, Demirbaş OB. CURRENT STATUS AND COMPARISON OF INFECTIOUS DISEASE NOTIFICATION SYSTEMS IN TURKEY AND THE WORLD. Turkey Health Literacy Journal. 2024;4(3):80–8.
14. Hekimoğlu CH, Bali EA, Altun D, Batır E. ULUSAL SAĞLIK HİZMETİ İLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLAR SÜRVEYANS AĞI (USHİESA) ÖZET RAPORU 2024. Ankara; 2025.
15. ARAYICI ME, YALÇIN F, ELLİDOKUZ H. Kanser Kaydının Önemi ve Kanser Kontrolündeki Yeri. STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2021 Oct 26;
16. Altınkesen Ö. Afet Yönetiminde Kamu Kurumlarının Rolü ve Kapasitesi. JOURNAL OF INSTITUTE OF ECONOMIC DEVELOPMENT AND SOCIAL RESEARCHES. 2025;9(36):136–53.

Türkiye'de 2020-2025 Döneminde Nüfus Politikaları

Nesrin Çilingiroğlu

1. Nüfus Politikasının Tanımı

Nüfus politikası, doğrudan veya dolaylı olarak demografik yapı üzerinde değişim yaratmak amacıyla oluşturulan, nüfusun büyüklüğünü, dağılımını veya bileşimini etkileyen herhangi bir hükümet eylemi olarak tanımlanır. Bir başka deyişle, doğumlar, ölümler, göçler, evlilikler gibi yaşamsal olaylara yönelik müdahalelerle nüfusun miktar, yaş ve cinsiyet yapısını ve refahını etkilemeye yönelik politikalardır. Bu politikaları uygulamak ve izlemek için de özellikle bu amaca yönelik olarak oluşturulmuş veya değiştirilmiş kurumsal düzenlemeler ve/veya özel programlara ihtiyaç vardır. Böylelikle hükumetler ülke nüfusunun büyüklüğünü ve yapısını değiştirmeyi amaçlayan siyasi kararlar alırlar, devlet kurumları da bu doğrultuda yasalar çıkararak, politika programları başlatarak veya kampanyalar düzenleyerek ülke düzeyinde ya da bölgesel olarak doğrudan veya dolaylı sosyal, ekonomik, kültürel müdahalelerle nüfusun niceliğini ve/veya niteliğini değiştirebilirler.[1,2]

Hükumetler nüfus politkalarının düzenlenme sürecinde hedeflerini belirlemeli ve bunlara ulaşmayı olanaklı kılacak araçları oluşturmalıdır. Bunun için gerekli düzenlemeleri ve gerekiyorsa yasal düzenlemeleri yapmalıdır. Hedefleri somut kılacak, ulaşmayı sağlayacak, uygulayacak ve izleyecek kurum veya kuruluşları oluşturup bu kurumun başarılı olmasını sağlayacak kaynakları da sağlamalıdır. Aksi takdirde belirtilen nüfus politikaları gerçekleşemez.

Nüfus politikalarının oluşumunu, uygulanıp uygulanmamasını yalnızca hükümetler değil baskı grupları da etkiler. Hükümetlerin nüfus sorunlarıyla ilgili kaygıları, hatta müdahaleleri yetki alanlarınının dışına, ülke sınırlarının ötesine de uzanabilir. Günümüzde farklı nedenlere bağlı olarak oluşan zorunlu göçlere yönelik politikalar buna örnektir. Dolayısıyla, geçmişte olduğu gibi günümüzde de nüfus politikalarının uluslararası yönleri de giderek daha belirgin hale gelmiştir.

2. Nüfus Politikaları ve Yaşamsal Olaylar

Doğum önlenebilir bir yaşamsal olaydır. Çocuk doğurma her ne kadar bireysel karar olsa da sosyal ve ekonomik çevre ve sağlık koşulları bu karar üzerinde etkili olur. Çocuk sahibi olmanın sadece duygusal etkisi yoktur, hem çocuğu olanlara hem de topluma maliyeti ve yararı vardır. Gebe kalma bireysel karar olmasına rağmen kamu müdahalesine konu olabilir. Bir başka deyişle bu tür olumlu ve olumsuz dışsallıklar nüfusu ilgilendiren politikaların oluşumunda etkilidir. Ölüm ise her bireyin karşılaşacağı, ertelenebilir ancak mutlaka gerçekleşen bir yaşamsal olaydır ve genellikle her yaş ve cinsiyet için, nedeni ne olursa olsun, azaltılması amaçlanır. Evlilikler ve boşanmalar da demografik yapıyı etkileyen yaşamsal olaylardır ve bu alanlara ilgili düzenlemeler yine nüfus politikalarının kapsamındadır. Göçler (iç ve dış) ise demografik yapı ve nüfusun niteliği üzerinde üzerinde doğrudan ya da dolaylı etki yaratan nüfus hareketleridir ve politik önlem ve kurallarla büyük ölçüde kontrol edilebilir nüfus politikası kapsamındadır (göçmen kabulünde seçicilik, sınır kapatma vb).

Bireyin yaşam süresi ve niteliği çok sayıda değişkene bağlıdır. Genetik özellikler, eğitim, gelir, yaşam biçimi, çevresel faktörler, sağlık hizmetleri (varlığı, ulaşılabilirliği, kapsayıcılığı), sosyoekonomik durum, istihdam olanakları, çalışma koşulları, barınma, sosyal güvenlik ve sağlık güvenlik sistemleri (varlığı, ulaşılabilirliği, kapsayıcılığı), farklı kültürlerin inanç, tutum ve uygulamaları gibi çok sayıda faktör yaşamsal olaylar üzerinde etkilidir. Nüfus politikaları da bu faktörleri kullanarak demografik yapıyı etkiler. Bu geniş kapsamlı faktörler bir hükümetin gerçekleştireceği neredeyse her şeyi

içerir. Vergilendirme türünden, eğitim sistemine, yol yapımından, sağlık hizmetlerinin sunulmasına, fabrika yapımından, ihracat ürünlerine kadar neredeyse her hükümet politikasının demografik etkileri olması, nüfus politikasının ne olduğunu belirleyebilmenin zayıf noktasıdır.

Nüfus politikaları genelde iki biçimdedir: doğrudan-açık ve dolaylı-örtük. Doğrudan politikada hükümet demografik bir sonucu etkilemek amacıyla kararlar alabilir; örneğin doğurganlığı teşvik eder, göç yasalarını düzenler. Dolaylı, örtük politikaları da hükümet yalnızca dolaylı olarak bazı demografik etkileri olan eylemlerle gerçekleştirebilir, örneğin kadınların eğitimini ve istihdamını teşvik eder veya engeller, ilk evlenme yaşını değiştirir, sosyal güvenlik sistemi oluşturur, vb.

Doğum önlenebilir bir yaşamsal olay olduğu için hükumetlerin nüfus politikaları oluştururken en sık başvurdukları müdahale alanıdır. Doğumu teşvik eden (pronatalist) ve doğuumları azaltmaya yönelik (antinatalist) önlemler en sık karşılaşılan politikalardır. Ancak nüfus miktarı, evlilikler ve boşanmalarla ilgili düzenlemelerin yanı sıra göç ve göçmenlik politikalarıyla da kontrol edilebilir.[3] Bunların etkileri sonucunda üçüncü bir politikan da bahsedilir: nüfusun nicelik ve niteliğini geliştirmek için eğitim, sağlık gibi müdahalelerle niteliğinin artırılmasını yönünde uygulanan iyileştirici politikalar. Bu iyileştirici politikalar diğer iki nüfus politikalarının içine girebilir ya da dikkatli uygulanmadığı takdirde bir pronatalist ya da antinatalist politika bu üçüncü türle çelişebilir. Hedefe bağlı olarak, önlemler belirli bir sosyal gruba yönelik de olabilir.

Genelde Kuzey yarı kürede (gelişmiş ülkelerde) bireyler çocuk sahibi olmaya teşvik edilirken, Güney yarı kürede (az gelişmiş ülkelerde) dış destekli kalkınma yardımı programları yardımıyla da genellikle doğum oranını düşürme amaçlanmaktadır. Kahire'deki 1994 BM Nüfus ve Kalkınma Konferansında cinsel ve üreme hakları ilk kez insan hakları olarak tanınmıştır.[4] Ancak bu hakkın yasal dayanak kazanması ve yasaların uygulanması her ülkede gerçekleşmemiştir.

Günümüzün gelişmiş ülkelerdeki demografik değişim, nüfus yenileme oranının altında olup düşük doğum oranları ve uzayan yaşam süresi temel özellikleridir. Çoğu gelişmekte olan ülkelerde de nüfus artış hızında belirgin yavaşlama ve yaşam süresinde uzama görülmektedir. Gelişme hızı en yavaş olan ülkelerde ise doğum hızları göreceli olarak yüksektir.[5]

Nüfus politikalarının etkileri farklı şekillerde görülebilir. Nüfus artış hızının düşmesiyle kaynak kıtlığı sorunu hafifler. Kamunun kişi başına ayırdığı kaynaklar iyi yönetilirse, bireyin refahı için gerekli yatırımlar artar. Ulusal gelir artar, eğitim ve sağlık düzeyi yükselir, daha iyi barınma ve beslenme vb. olanaklarına ulaşılır. Ancak zaman içinde çalışma çağı nüfusu miktarındaki azalma nüfusun niteliğinde iyileşme, verimlilikte artış, teknolojik yenilikler ve gelişme ile desteklenemezse işgücü ihtiyacı artar. Uzayan yaşam süresi emeklilik yaşına yönelik politikalarda değişikliğe neden olabilir, yaşlı bağımlılığı artabilir, sağlık ve sosyal güvenlik fonları sıkıntıya düşebilir, bulaşıcı olmayan hastalık harcamaları artabilir, ithal işgücüne başvurulabilir vb.

Nüfus artış hızında yükselme olduğunda ise genç nüfus artar, medyan yaş düşer. Artan emek arzı ücretlerde düşmeye neden olur. İşgücü maliyeti azaldığı için üretim maliyeti düşer. Yatırımlar kolaylaşır. Ancak işgücünün niteliği özellikle sanayi üretimi için yetersiz kalırsa, ya da mal ve hizmet fiyatlandırmasında yüksek kar güdülürse vb. umulan olumlu etkiler gerçekleşmeyebilir. Ucuz işgücü yatırımları kolaylaştırsa da nitelikli emekle desteklenmezse mal ya da hizmetin niteliği de olumsuz yönde etkilenebilir. Hem buna bağlı olarak hem de satın alma gücündeki düşmeye bağlı olarak talep azalır, ithalatta da sorun yaşanabilir. Kişi başına gelirde, vergi gelirlerinde ve tasarruflarda azalma olur. İhtiyaçlar kolaylıkla karşılanamaz. Beşeri sermaye yatırımları azalır, anne ve bebek sağlığı kötüleşir, nüfusun genel sağlığı bozulur, sağlıklı geçirilen yaşam süresi kısalır vb. Bu ve benzeri nedenlerle nüfus politikaları önemlidir.

3. Türkiye Nüfusu ve Nüfus Politikaları

Türkiye'de nüfus politikalarına genel olarak bakıldığında Cumhuriyetin kurulduğu yıldan bu yana içinde bulunulan sosyoekonomik ve siyasi koşullara göre farklı nüfus politikaları benimsenmiştir. İlk başlarda nüfus artışının özendirildiği pronatalist politikalar egemendir. Daha sonraları 1960'lı yıllara gelindiğinde nüfus artış hızının kalkınma hızına engel olmaya başladığı ve gelişmeye engel olduğu görülmeye başlanmış, hızla artan nüfusa paralel olarak ihtiyaçları giderecek yeterli kaynak yaratılamamış, kalkınma hızı yavaşlamıştır. Sonuçta, 1965 yılında yürürlüğe giren Nüfus Planlaması hakkındaki Kanun ile doğumları kısıtlayıcı (antinatalist) politikalarının uygulandığı dönem başlamış; evlenme yaşı erkeklerde 18, kadınlarda ise 17'ye yükseltilmiş, aile planlaması yöntemlerinin kullanılması serbest bırakılmış, daha sonra da çıkartılan yasa ile 10 haftaya kadar kürtaj yapılmasına izin verilmiştir.[3,6,7,8]

Yirmi birinci yüzyıl başlarında Türkiye'de yaşamsal olaylarda, özellikle doğurganlıkta değişim gözlenmeye başlamıştır. Bunlardan en dikkat çeken doğurganlıkta azalma olup hükumet 2008'de en az üç çocuk görüşünü sıklıkla ifade etmeye başlamış, 2015'te söylemden eyleme geçilerek "Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı Eylem Planı" açıklanmıştır.[9] Yürürlüğe konan mevzuata göre, 2015 sonrası doğumu teşvik amacı ile doğrudan müdahale olarak nitelendirilen doğum yardımı başlamış, annelere, mevcut çocuk sayısına göre ve bir defaya mahsus olmak üzere, 600 TL ile başlayan doğum yardımı daha sonra arttırılarak 1. çocuk için tek seferlik 5.000 TL, 2. çocuk için çocuk 5 yaşını tamamlayana kadar (altmışıncı ay dahil) aylık 1.500 TL, 3. ve üzeri çocuklar için çocuk 5 yaşını tamamlayana kadar (altmışıncı ay dahil) aylık 5.000 TL tutarında düzenli doğum yardım yapılması hükme bağlanmıştı. Böylece yeniden mevcut yasalara rağmen yeniden pronatalist politikalar hakim olmaya başlamıştır.[10]

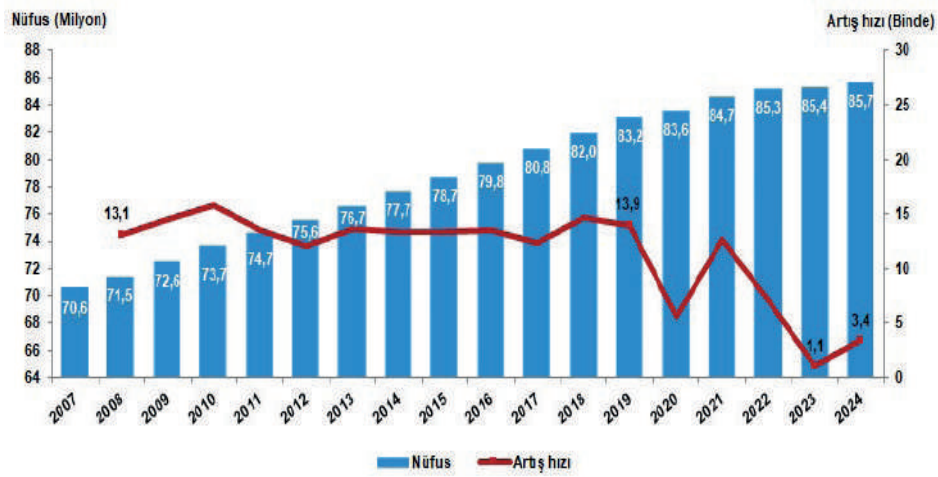
Geçtiğimiz yıl sonunda, 25 Aralık 2024 tarihinde 172 sayılı Nüfus Politikaları Kurulu Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi yayımlanmıştır. Kararnamede Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde kurulan "Nüfus Politikaları Kurulunun" temel görevi şöyledir: Demografik yapıda meydana gelen değişimler ile doğurganlık oranının azalmasına neden olan faktörleri ve bunların ortaya çıkardığı sonuçları kapsamlı olarak incelemek ve gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamak. Yani, Kararnameyle oluşan kurul, nüfusu arttırıcı, doğumları teşvik edici önlemleri almakla görevlendirilmiştir.[11]

En son yayınlanan adrese dayalı nüfus kayıt sisteminin (ADNKS) sonuçlarına göre, Türkiye nüfusu 2024 yılında 85 664 944 kişi ve nüfus artış hızı binde 3.4 olup toplam doğurganlık hızı 1.48'e düşmüştür. Yıllık nüfus artış hızı 2020 yılında binde 5.5 iken, 2024 yılında binde 3.4'e inmiştir[12]. İlk nüfus sayımının yapıldığı 1927 yılından (13.648.270 kişi) bu yana nüfusumuz altı kattan fazla artmıştır. Ancak, 2025 yılına gelindiğinde doğurganlık hızının giderek azaldığı, nüfus artışının yavaş da olsa devam ettiği, çalışma çağı nüfusunun büyük olduğu, medyan yaşın yükseldiği, yaşlı nüfusun giderek arttığı ve doğuşta beklenen yaşam süresinin uzadığı görülmektedir (**Tablo 1**, **Şekil 1-3**).

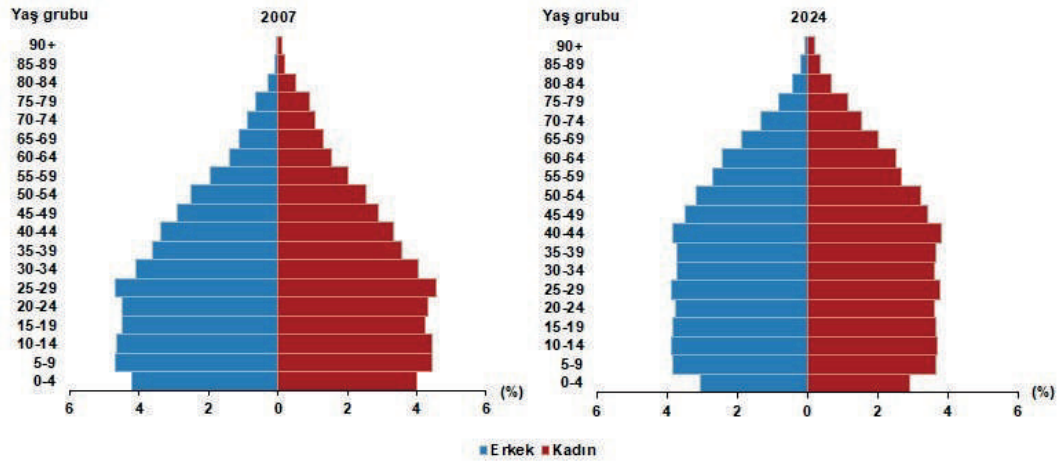
Ülkelerin gelişme düzeyini bir başka deyişle sağlık, eğitim, beslenme vb gibi alanlardaki düzeyi bir arada ifade edebilen doğuşta beklenen yaşam süresi ülkemizde 2024 yılı için 78,1 yıl iken nüfusun genel sağlığını ifade eden doğuşta sağlıklı yaşam süresi 57,6 yıl olmuştur. Bir başka deyişle yaşamın en az yirmi yılı hastalık, geçici ya da kalıcı sakatlığa bağlı olarak geçmektedir.[12]

Türkiye'de son dönemde nüfus artış hızına dışardan göçün katkısı olmuştur: 2011 yılında Suriye İç Savaşı'nın başlaması sonucunda Türkiye'ye savaştan kaçan ilk mülteciler gelmeye başlamıştır. Bu durum sadece ülke nüfusunun sadece miktarsal değil, niteliksel ve kültürel yönden de etkilenmesine yol açmıştır. Türkiye, son yıllarda sadece "göç veren" ve "göç alan" bir ülke değil, aynı zamanda başka ülkelere gitmek isteyen çeşitli ülke vatandaşları için geçiş yapabilecekleri bir "göç geçiş ülkesi" konumuna da getirmiştir. Gelen mülteciler ülkenin demografik yapısında nitel ve nicel değişikliklere yol açmıştır.[13] Göç İdaresi Başkanlığı son verilerine göre Suriyeli sayısının Türkiye nüfusu-

Tablo 1. Nüfus ve yıllık nüfus artış hızı, 2007-2024

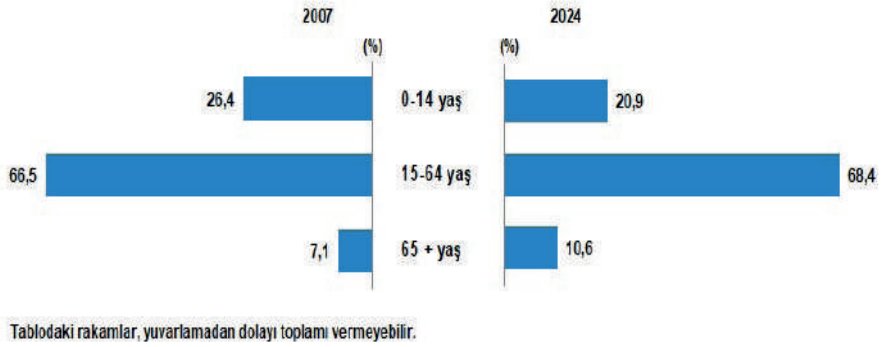


(12)Kaynak: TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2024.



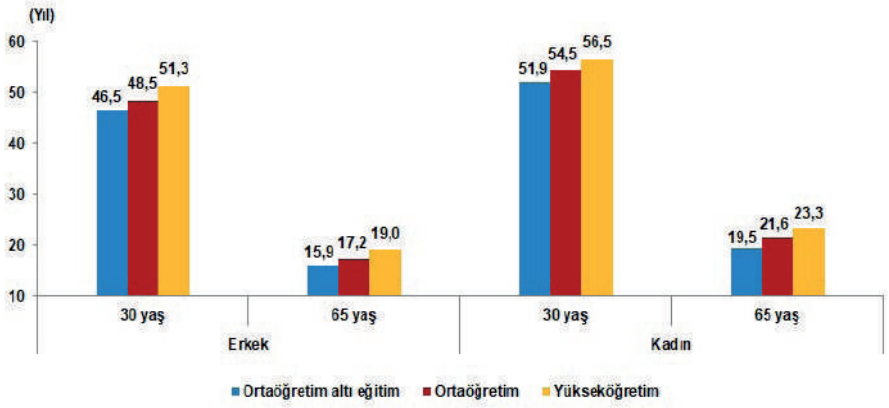
Şekil 1. Nüfus piramidi, 2007, 2024

[12]Kaynak: TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2024.



Şekil 2. Yaş gruplarına göre nüfusun toplam nüfus içindeki payları 2007, 2024

[12]Kaynak: TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2024.



Şekil 3. Yaş, cinsiyet ve eğitim durumuna göre beklenen yaşam süresi, 2022-2024

[13]Kaynak: TÜİK. Hayat Tabloları 2022-2024. Yayım Tarihi: 30 Temmuz 2025

na oranı 2015'ten bu yana %3'ün üzerinde olmuştur. En önemlisi de, 31.12.2023'te 3.214.780 olan sayı dikkate alındığında, Suriyeli nüfusunun, 85.372.377 olan Türkiye nüfusuna oranının %3,62 olduğu 2011'den bu yana Suriyelilerin Türkiye nüfusuna oranının % 4.22 ile en yüksek olduğu yıl, sayının da 3.7 milyona ulaştığı 2021 sonlarıdır.[14]

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2018 (TNSA)'nın *Suriyeli Göçmen Örneklemi* başlıklı alt bölümünde yer alan

çalışmada Suriyeli kadınlar için toplam doğurganlık hızını kadın başına aynı dönemdeki Türkiye bulgusunun iki katı olan 5.3 çocuk olduğu hesaplanmıştır. Hacettepe Nüfus Etüdleri Enstitüsü tarafından 1968 yılından bu yana her beş yılda bir yapılan nüfus ve sağlık araştırması 2023 yılında yapılmadığı için yeni bulgular için bir yorum yapma olanağı yoktur.[15]

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) projeksiyonunda demografik göstergelerdeki mevcut yapının devam edeceğini varsayan ana senaryoya göre, Türkiye nüfusunun, 2030 yılında 88.188.221 kişiye, 2050 yılında ise 93.774.618 kişiye ulaşması beklenmektedir. Türkiye nüfusunun 2050'li yılların ortasına kadar artması ve sonrasında doğurganlık hızındaki düşüş nedeniyle azalışa geçmesi öngörülmekte olup 2100 yılında 77 milyonun altına düşmesi, çalışma çağındaki nüfusun azalması, yaşlı nüfusun da artması beklenmektedir.[16]

Nüfus politikalarıyla doğum oranlarının arttırılması ve yaşlanan nüfusa yönelik etkili politikaların geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğu hükumet poltikalarında sıklıkla ifade edilmektedir. Bunun somut yansımaları da beş yıllık kalkınma planlarında ve yürürlüğe konan ve ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından uygulanan bazı mevzuatta görülmektedir.

4. 2020 Sonrası Kalkınma Planlarında Nüfusla İlgili Temel Politikalar

Bu çalışmanın amacı Türkiye'de son beş yıldaki nüfusla ilgili doğrudan ya da dolaylı kamu politikaları kapsamında nüfus politkalarını ve etkilerini incelemektir. Ülkemizde kamu politikaları için genel çerçeveyi kalkınma planları tanımlar. Kalkınma planları, diğer politika dokümanları ile stratejik planların hazırlanmasında tüm kurumlara, önceliklerini belirlemede yön verecek bir politika seti sunar. Plandaki temel ilkelere göre de ilgili kurum ve kuruluşlar hedefleri gerçekleştirmek için gerekli önlemleri alır. Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının ikinci bölümündeki "Ekonomik Hükümler" altında yer alan 166. Maddede planlama olgusu yer almaktadır.[17]

Kalkınma Bakanlığı planda yer alacak politika, hedef ve stratejilerin belirlenmesine ışık tutmak için, iktisadi ve sosyal sektörlerde, ihtisaslarıyla ilgili konularda araştırma yapmak, bilgi toplamak, işlemek ve tavsiyelerde bulunmak suretiyle hazırlık çalışmaları kapsamında Strateji ve Bütçe Başkanlığı (önceleri Devlet Planlama Teşkilatı 1960-2011) koordinasyonunda kamu kesimi, özel kesim ve sivil toplum temsilcileri ile akademik çevreleri bir araya getiren alanında uzman kişilerden oluşan ve hükumet politikaları çerçevesinde gerekli gördüğü alanlarda Özel İhtisas Komisyonları (ÖİK) ile çalışma grupları kurar. Komisyonlarda hazırlanan raporlar belirli ölçüde plan hazırlıklarına yardımcı olur.[18]

Son beş yıllık dönemde (2000-2025) ülkemizde iki kalkınma planı yer almıştır On Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2019-2023) ve On İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2024-2028)[19,20]. On Birinci plan için hazırlık çalışmaları kapsamında nüfusla doğrudan ilgili iki ÖİK kurulmuştur: İlki "Dış Göç Politikası" ve diğeri de "Yaşlanma" özel ihtisas komisyonudur. On İkinci plan için nüfusla doğrudan ilgili ÖİK'lar ise "Aile, Nüfus ve Demografik Dönüşüm" ve "Aktif Yaşlanma" ve "Dış Göç" başlıkları altında oluşturulmuştur.

On birinci Kalkınma Planında nüfus politikalarını doğrudan ya da dolaylı etkileyebilecek amaç, politika ve tedbirler özet haliyle şunlardır:[19]

- Nitelikli İnsan ve Güçlü Toplum: Kapsayıcı ve nitelikli eğitim, sağlık hizmeti ve istihdam olanakları aracılığıyla insan sermayesini güçlendirmek ve savunmasız grupların ihtiyaçlarını karşılamak.
- Eğitim: Tüm bireylerin kapsayıcı ve nitelikli bir eğitime ve hayat boyu öğrenme imkânlarına erişimi sağlanarak zorunlu eğitimi beş yaşından itibaren başlatıp fırsat eşitliği temelinde, tüm kademelerde eğitime erişimi sağlanamak.
- Nüfus ve Yaşlanma: Dinamik bir nüfus yapısını korumak, genç nüfustan yararlanmak, yaşlıların yaşam kalitesini iyileştirmek ve aktif yaşlanmayı teşvik etmek. Doğurganlık hızının yenileme seviyesinin üzerinde tutulması için geçmiş dönemde gerçekleştirilen iş ve aile yaşamını uyumlaştırıcı politikaların etki değerlendirmesini yapmak, gerekli değişiklikleri veya ilave tedbirleri hayata geçirmek.
- Göç Yönetimi: Güvenli, düzenli ve insan haklarına uygun bir göç yönetimi sağlamak.
- Sağlık Hedefleri: Sağlık altyapısının iyileştirilmesi, sağlık çalışanlarının sayısının artırılması, bebek ve anne ölüm oranlarının düşürülmesi ve obezite ve tütün kullanımının ele alınması.
- Ailenin Güçlendirilmesi: Toplumsal yapının ve kalkınmanın sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için eğitim, destek programları ve sağlıklı aile dinamiklerinin teşvik edilmesi yoluyla aile yapılarının güçlendirilmesi. Dinamik ve genç nüfus yapısının korunmasına katkı sağlayacak programlar geliştirilerek, geniş ve büyük aile modelleri özendirilmesi ve kuşaklararası dayanışmanın güçlendirilmesi.

- Kadının Güçlendirilmesi: Toplumsal cinsiyet eşitliğinin teşvik edilmesi, kadınların ekonomik, sosyal ve politik hayata katılımının artırılması ve kadına yönelik şiddetle mücadele.
- Çocuk Refahı: Çocukların refahının artırılması, eşitsizliğin azaltılması, çocuk işçiliğiyle mücadele ve çocuk koruma sistemlerinin iyileştirilmesi.
- Gençlik Gelişimi: Gençlerin eğitim, istihdam ve sosyal katılımlarını desteklemek ve fiziksel, sosyal ve bilişsel gelişimlerini desteklemek.
- Sosyal Hizmetler ve Yoksulluğun Azaltılması: Sosyal hizmetleri geliştirmek, yoksulluğu azaltmak ve gelir dağılımını iyileştirmek.
- Kültür ve Sanat: Kültürel mirası korumak, sanatı teşvik etmek ve kültürel faaliyetlere erişimi artırmak.
- Spor Gelişimi: Sporu bir yaşam tarzı olarak teşvik etmek, spor tesislerine erişimi iyileştirmek ve sporda uluslararası başarıya ulaşmak.
- Sürdürülebilir Çevre ve Yaşanabilir Şehirler: Sürdürülebilir kentsel ve kırsal kalkınmayı, çevre korumayı ve iklim değişikliğine uyumu teşvik etmek.

Planda nüfusla ilgili temel politika şu şekilde yer almaktadır: *Demografik fırsat penceresinden en iyi biçimde yararlanılarak bireysel ve toplumsal nitelik ve yetkinlik düzeylerinin yükseltilmesi, sosyal güvenlikle ilgili düzenlemeler ile doğal kaynakların kullanılmasında nesiller arası hakkaniyet ve sürdürülebilirliğin esas alınması sağlanacaktır*.

On İkinci Kalkınma Planında nüfus politikaları kapsamında amaç, politika ve tedbirler, özetle: *sağlıklı ve dinamik bir nüfus yapısının korunmasına, demografik yönden nüfusun yaşlanmasıyla ilgili zorlukların ele alınmasına, üretimde itici güç olacak genç nüfus sayısının arttırılmasına ve sürdürülebilir kalkınmanın sağlanmasına* odaklanmıştır.[20] Ele alınan ana başlıklar özetle şunlardır:

- Nüfusun yenileme düzeyini korumak ve doğum sayısını artırmak için aileleri ikiden fazla çocu sahibi olmaya teşvik etmek.
- Sağlıklı evlilikleri teşvik etmek, ortalama evlilik yaşını düşürmek ve aile kurumlarını güçlendirmek için daha genç evlilikleri teşvik etmek.
- Yaşlıların fiziksel ve ruhsal sağlığını iyileştirmek, yaşam kalitelerini iyileştirmek ve sosyal ve ekonomik hayata aktif katılımlarını sağlamak.

Tablo 2. On Birinci Kalkınma Planında Nüfus Hedefleri:

	2018	2023
Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına Çocuk Sayısı)	1,99	2,15
65 Yaşındakilerin Hayatta Kalma Beklentisi (Yıl)	17,7	18,0
Kadın	19,2	19,5
Erkek	16,0	16,3
Yaşlı Nüfusun İşgücüne Katılma Oranı (%)	12,2	13,7

[19]Kaynak: On Birinci Kalkınma Planı

- Tele sağlık ve tele bakım uygulamaları da dahil olmak üzere yaşlılara kaliteli sağlık ve bakım hizmetleri sunmak.
- Yaşlı dostu konut standartları oluşturmak ve mevcut konutları yaşlıların ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde uyarlamak.
- Aktivite merkezleri ve yalnız yaşayanlar için destek hizmetleri aracılığıyla yaşlıların sosyal dışlanmasını önlemek.
- İş birliğini ve deneyim paylaşımını teşvik etmek için kuşaklar arası ilişkileri güçlendirmek.
- Sağlık okuryazarlığı, finansal okuryazarlık, dijital beceriler ve teknoloji kullanımı da dahil olmak üzere yaşlılar için eğitim fırsatlarını genişletmek.
- Yaşlı bireylerin, özellikle kadınların ve yoksulların ekonomik koşullarının iyileştirilmesi.
- Erişilebilirlik ve kullanılabilirlik açısından yaşlılar tarafından bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımının artırılması.
- Yaşlı haklarının korunması ve teşvik edilmesi ve yaşlı ayrımcılığının önlenmesi. Farkındalık ve hazırlık programları aracılığıyla afet ve acil durumlarda yaşlıların korunması.
- Demografik zorlukları ele almak için kadınların işgücüne katılımının artırılması ve eğitim seviyelerinin iyileştirilmesi.
- Boşanmaların altında yatan temel sorunlar incelenerek boşanmaların azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılacaktır.
- Kanıta dayalı, kamu ve özel kurumların farklı sektörlerini kapsayan bütüncül, özgün, değişen ihtiyaç ve şartlara göre yenilenebilen, etkin ve sürdürülebilir bir göç yönetimi sağlanarak düzensiz göçün önlenmesi temel amaç olup göçü etkili bir şekilde

yöneterek göçmenler sosyal ve ekonomik hayata entegre edilecektir.

- Çocuklar, gençler ve yaşlılar dahil olmak üzere savunmasız gruplara daha iyi bakım ve destek sağlamak. Bu politikalar, demografik zorlukları ele almayı, sürdürülebilir kalkınmayı sağlamayı ve sosyal uyumu teşvik etmeyi amaçlamaktadır.
- Yoksulluk riskini azaltmaya yönelik yürütülen eğitim, sağlık, barınma ile içme suyu ve kanalizasyon gibi kamu hizmetleri iyileştirilecektir.
- Gelir dağılımının iyileştirilmesi temel olup, adalet, eşitlik, ödeme gücü ve artan oranlılık ilkeleri gözetilerek vergilemenin gelir dağılımını iyileştirici etkisi artırılacaktır.

On İkinci planda nüfusla ilgili sorunlar şu şekilde vurgulanmıştır:

- Azalan Doğurganlık Oranı: Nüfusun yenileme düzeninin korunması zorlaşmaktadır. Türkiye'nin doğurganlık oranı, nüfus yenileme seviyesinin altında kalarak 1,62'ye düşmüştür.
- Yaşlanan Nüfus: Yaşlı bireylerin artan oranı sağlık sistemlerine, sosyal güvenliğe ve bakım kaynaklarına yük bindirmekte ve artan yaşlı bağımlılık oranları kamu maliyesini etkilemektedir.
- Genç İşsizliği ve Katılımı: Eğitim, istihdam veya mesleki eğitimde olmayanlar da dahil olmak üzere gençler arasındaki yüksek işsizlik oranları ekonomik ve sosyal istikrarsızlığa yol açabilir. Eğitime, istihdama ve aktif katılım fırsatlarına erişimin sağlanması hayati önem taşımaktadır.
- Kentleşme: Hızlı kentleşme, aşırı kalabalıklaşmaya, yetersiz altyapıya, konut sıkıntısına, ulaşım zorluklarına ve çevresel bozulmaya neden olmaktadır.
- Göç ve Entegrasyon: Göç akışlarını yönetmek, düzensiz göçle mücadele etmek ve göçmenleri topluma entegre etmek önemli zorluklardır.
- Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Kadınlar eğitim, istihdam ve sağlık hizmetlerinden yararlanmada engellerle karşılaşmakta ve bu durum nüfus artışını ve kalkınmayı etkilemektedir. Kadınların iş gücüne katılımını artırmak hayati önem taşımaktadır.
- Sağlık Hizmetlerine Erişim: Sağlık hizmetlerine eşitsiz erişim, nüfus sağlığı ve yaşam beklentisinde eşitsizliklere yol açmaktadır. Yaşlılar ve savunmasız gruplar için kaliteli sağlık hizmeti sağlamak hayati önem taşımaktadır.
- Çevresel Etki: Nüfus artışı, doğal kaynakların aşırı kullanımına, ormansızlaşmaya, kirliliğe ve iklim değişikliğine katkıda bulunmaktadır.
- Gıda Güvenliği: Artan nüfus, tarım sistemlerini zorlayarak gıda kıtlığına ve yetersiz beslenmeye yol açmaktadır.
- Eğitime Erişim: Özellikle kırsal ve yetersiz hizmet alan bölgelerde kaliteli eğitime erişimin sağlanması, sürdürülebilir kalkınma için kritik öneme sahiptir.
- Afetlere Hazırlık: Yaşlılar ve çocuklar gibi savunmasız kesimler, doğal afetlerden ve acil durumlardan orantısız bir şekilde etkilenmektedir.
- Sosyal Eşitsizlik ve Dışlanma: Kaynakların eşitsiz dağılımı, özellikle yaşlılar, çocuklar ve gençler gibi savunmasız gruplar için yoksulluğu ve sosyal dışlanmayı daha da kötüleştirir.
- Halk Sağlığı Sorunları: Pandemiler, obezite ve bulaşıcı olmayan hastalıklar toplum sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir.
- Konut ve Altyapı: Artan nüfus için uygun fiyatlı ve güvenli konut sağlamak, kentsel alanlarda sürekli bir sorundur.
- Nesiller Arası İlişkiler: Nesiller arası ilişkilerin güçlendirilmesi, iş birliğini ve deneyim paylaşımını teşvik eder. Bu sorunların ele alınması, sürdürülebilir kalkınma, sosyal eşitlik, kaynak yönetimi ve

Tablo 3. On İkinci Kalkınma Planında Nüfus Hedefleri:

	2022	2023	2028
Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına Çocuk Sayısı)	1,62	1,7	2,1
65 Yaşındakilerin Hayatta Kalma Beklentisi (Yıl)	1,71	17,5	18,4
Kadın	18,8	19,2	20,1
Erkek	15,3	15,7	16,6
Yaşlı Nüfusun İşgücüne Katılma Oranı (%)	12,1	12,3	12,7

[20]Kaynak: On İkinci Kalkınma Planı

sosyal uyumu teşvik etmeye odaklanan kapsamlı politikalar gerektirir.

5. Türkiye'de Nüfus Politikalarının ve Sosyoekonomik Koşulların Yansımaları

5.1. Nüfusun Niteliksel Değişimi

ADNKS sonuçlarına göre 2024 yılı sonu itibarıyla, 0-17 yaş grubunu içeren çocuk nüfus ülke nüfusunun %25,5'ini oluşturmuştur. Ortalama hane halkı büyüklüğü 3,11 kişi olup, yaklaşık her 4 haneden birinde en az bir yaşlı fert bulunduğu görüldü. Adölesan doğurganlık hızı, 2001 yılında binde 49 iken 2024 yılında binde 10'a düştü. Diğer bir ifadeyle, 2024 yılında 15-19 yaş grubundaki her bin kadın başına 10 doğum düştü. Bebek ölüm hızı, 2023 yılında binde 10,1 iken 2024 yılında binde 9,0 oldu. Bin nüfus başına düşen evlenme sayısını ifade eden kaba evlenme hızı 2024 yılında binde 6,65 olarak gerçekleşti.[12,16] Ancak, nüfus artış hızı bir süre daha devam etse de oluşturulan kurumsal yapıya ve sunulan teşviklere rağmen bireyler çocuk sahibi olmaktan kaçınmaktadırlar.

5.2. Nüfusun Niteliksel Değişimi

- **Eğitim:** Yirmi beş yaş ve üzeri nüfusun ortalama eğitim süresi 2024 yılında 9,5 yıldır. 2024 yılında kadınların ortalama eğitim süresi 8,8 yıl iken, erkeklerin ortalama eğitim süresi 10,2 yıldır.[21] Ancak eğitimin kalitesi konusunda tartışmalar vardır. PISA (Uluslararası Öğrenci Değerlendirme Programı), 2000 yılından itibaren OECD tarafından üç yılda bir ülkelerin eğitim seviyelerini ölçmek amacıyla düzenlenen bir testtir. PISA 2022 yılı sonuçları Türkiye'deki eğitimin niteliğinde eksiklikler olduğunu göstermektedir. Türkiye, tüm ülkeler kategorisinde 30-40 arasında sıralamalarda yer alırken, 40 OECD ülkesi arasında 30'lu sıraların üzerine çıkamamıştır. Puanlamalara göre, Türkiye'deki 15 yaş öğrenci nüfusunun matematik alanında %39'u, fen okuryazarlığında %25'i ve okuduğunu anlamada %30'u asgari performansı gösterememiştir.[22]

- **Çalışma durumu:** Lisans mezunlarının kayıtlı istihdam oranı 2023 yılında %75,6 iken, bu oran 2024 yılında %75,0'dır. Ön lisans mezunları için kayıtlı istihdam oranı ise 2023 yılında %67,7 iken, bu oran 2024 yılında %66,4 olarak hesaplandı.[23] Bir başka deyişle yüksek eğitim mezunu gençlerin dörtte biri işsizdir. Umudu olmadığı için iş aramayanalar da kapsanırsa bu rakam daha da yükselebilecektir.

- Çocuklar: Yaş grubu 15-17 olan tanımlanan çocukların işgücüne katılma oranı %24,9 oldu. Bir başka deyişle bu yaş grubunda her dört gençten biri eğitim sürecinden çıkıp çalışma hayatına atılmaktadır. Kayıt dışı çalışanlar ise bilinmemektedir. İşgücüne katılma oranı cinsiyete göre incelendiğinde, bu oran erkek çocuklar için %35,6, kız çocuklar için %13,7 olduğu görüldü.[24]

- Gençler: 15-34 yaş grubunda istihdam oranı %52,5 oldu.[25] Bu da gençlerin önemli bir kısmının ne eğitimde ne de çalışma hayatında olmadıklarını, evde oturduklarını göstermektedir. Bu durum demografik fırsat penceresi yaklaşımında önemli bir engeldir. Zira bir kişiye istihdam olanağı sağlamanın maliyeti de artmış olup önemli miktarda yatırım gerektirebilmektedir. Eylül 2025 itibarıyla mevsim etkisinden arındırılmış işsizlik oranı %8,6, 15-24 yaş grubunu kapsayan genç nüfusta işsizlik oranı ise %14,9 olarak saptanmıştır.[26] Nitelikli gençlerin yurt dışına göç etmeleri (beyin göçü) çok önemli sorundur.

- **Sosyoekonomik düzey:** Türkiye'deki hane halklarının %1,1'i en üst seviyede, %11,0'ı üst seviyede, %16,4'ü üst altı seviyede, %19,7'si üst orta seviyede, %16,5'i alt orta seviyede, %18,6'sı alt seviyede, %16,7'si ise en alt seviyede yer aldı.[27] Bu da nüfusun yarısının düşük sosyoekonomik düzeyde bulunduğunu göstermektedir. Sosyoekonomik düzeyin yansıması olarak da nitelendirilebilecek *Yaşam Memnuniyeti Araştırması* sonuçlarına göre, mutlu olduğunu belirten 18 ve üzeri yaştaki bireylerin oranı, 2023 yılında %52,7 iken 2024 yılında 3,1 puan azalarak %49,6 oldu. Mutsuz olduğunu beyan eden bireylerin oranı ise 2023 yılında %13,7 iken 2024 yılında 0,8 puan artarak %14,5 olarak gerçekleşti.[28] Bu durumun da doğurganlığı etkilemesi kaçınılmazdır.

- **Yoksulluk ve Gelir Düzeyi:** Eşdeğer hane halkı kullanılabilir fert medyan gelirinin %50'si dikkate alınarak belirlenen yoksulluk sınırına göre, yoksulluk oranı 2024 yılında 0,1 puan artarak %13,6 oldu. bir okul bitirmeyenlerin %24,7'si, yoksul olarak saptanmıştır. Sürekli yoksulluk oranı bir önceki yıla göre 0,7 puan artarak %13,7 oldu.[29] En yüksek eşdeğer hane halkı kullanılabilir fert gelirine sahip %20'lik grubun toplam gelirden aldığı pay bir önceki yıla göre 0,6 puan azalarak %48,1 olurken en düşük gelire sahip %20'lik grubun aldığı pay ise 0,2 puan artarak %6,3 oldu.[30] Hane halkı Bütçe Araştırması'nın 2024 yılı sonuçlarına göre; Türkiye genelinde hane halklarının tüketim amaçlı yaptığı harcamalar içinde en yüksek payı %26,0 ile konut ve kira harcamaları alırken, ikinci sırayı %21,6 ile

ulaştırma harcamaları, üçüncü sırayı ise %18,1 ile gıda ve alkolsüz içecekler harcamaları aldı. Bu ilk üç harcamanın büyüklüğü ev halkının eğitim ve tatil olanaklarının kısıtlandığını göstermektedir. Bulgular en düşük payı alan harcama türleri arasında %1,6 ile eğitim hizmetleri ve %2,3 ile eğlence, spor ve kültür ile sağlık harcamalarının olduğunu göstermektedir. Sosyal koruma harcaması 2023 yılında bir önceki yıla göre %108,6 artış göstermiştir**.** Sosyal koruma yardımlarının %13,3'ü şartlı olarak verilmiş olup bunların içinde en büyük payı %51,2 ile aile/çocuk yardımları oluşturdu.[31,32] Yoksulluğun düzeyi, gelir dağılımındaki eşitsizlik, hanelerin harcamalarının dağılımı pronatalist politika için engel oluşturabilecektir.

- **Evlenme:** Ortalama ilk evlenme yaşı yükseldi. Bu yaş 2024 yılında erkeklerde 28,3 iken kadınlarda 25,8 oldu.[33] Bir başka deyişle evlilikler ertelenmektedir.
- **Sağlık:** Bebek ölüm hızı, gelişmiş ülkelere kıyasla hala yaklaşık üç kat yüksek olup 2023 yılında binde 10,1 iken 2024 yılında binde 9,0 olmuştur. Beş yaş altı ölüm hızı ise 2023 yılında binde 14,5 olarak hesaplanmıştır.[34] Bebek ve çocuk ölümleri ülkenin gelişmişlik düzeyinin önemli birer göstergeleridir.
- **Beşeri Sermaye Endeksi:** Bu endeks, bugün doğan bir çocuğun yaşadığı ülkede hâkim olan sağlık ve eğitim şartları göz önünde bulundurularak, 18 yaşına geldiğinde elde etmiş olması beklenen beşeri sermayeyi ölçmektedir. Metodolojisi Dünya Bankası tarafından belirlenmiş olan endeks; hayatta kalma (5 yaş altı), sağlık ve eğitim olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır. Endeks 0 ile 1 arasında değer almakta olup, endeks değerinin 1'e yaklaşması bugün doğan bir çocuğun sahip olduğu kaliteli eğitim ve sağlık koşulları neticesinde, gelecekteki bir çalışan olarak üretkenliğinin en yüksek değerde olduğunu ifade etmektedir. TÜİK hesaplamasına göre, bu endeks AB ülkelerinin ortalamasının altında kalarak 2021 yılında 0,693 iken 2022 yılında 2021'e göre %0,5 artarak 0,696 oldu. 2023 yılında 2022'ye göre %0,9 azalarak 0,690 oldu. Endeksin alt bileşenleri olan hayatta kalma 2023 yılında 2022'ye göre %0,3 azalarak 0,985 olurken, sağlık 2023 yılında 2022'ye göre %0,2 artarak 0,966, eğitim ise 2023 yılında 2022'ye göre %0,8 azalarak 0,725 oldu. Bu da son yıllarda insana yapılan yatırımların azaldığını göstermektedir.[35]

6. Sonuç

Nüfus, bir ülkenin en kıymetli varlığıdır. Nüfusun azalması istenebilecek bir hedef olamaz. Ancak beşeri sermaye olarak da adlandırılan ülke nüfusunun yalnızca sayısal olarak istikrarlı bir düzeyde tutmak da ülke nüfus politikasının tek amacı olamaz. Nüfusun niteliksel özelliklerini de iyileştirmek şarttır.

Türkiye'de son beş yılda (aslında 2015 sonrası) güdülen tüm doğum yanlısı politikalara rağmen doğum sayısında artış olmamıştır. Yapılan çalışmalar da bu azalmanın devam edeceğini göstermektedir. Demografik fırsat penceresinin Türkiye'de yaklaşık 18 yıl devam edeceğini öngörülmektedir. Gençlerin önemli bir kısmı bir işlevi olmadan evde oturmaktadırlar. Bulgular aynı zamanda eşitsizliklerin arttığını da göstermektedir. Gelecek kaygısı evlenme kararını, ilk evlenme yaşını ve çocuk sayısını, genel sağlık düzeyini etkileyebilmektedir. Kalkınma ve ekonomik büyüme için nitelikli, eğitimli insan gücüne ihtiyaç vardır. Pronatalist politikalar diğer dolaylı sosyoekonomik politikalarla desteklenmedikçe bu sonucu değiştirmek kısa vadede de orta vadede de mümkün olamayacaktır.

Sık doğum ve fazla sayıda doğum anne ve bebek sağlığını ve ailenin refahını olumsuz yönde etkileyebilir. Kadının çalışma yaşamına katılmasını engelleyebilir. Doğum öncesi ve doğum sonrası çalışılmayan süre de belirli mesleklerdeki kadınların kariyerlerinde olumsuz yönde etki yaratabilecektir. Cinsiyet eşitliği sağlanmalı, üreme hakları gözetilmelidir. Kamu politikası, bireylerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olmakla ilgili karşılaştıkları engelleri ortadan kaldıracak şekilde beşeri sermayeyi etkileyen tüm sektörlerin katkısıyla oluşturulan politika ve yatırımlarla ele alınmalıdır. Baskıcı önlemler doğurganlıktaki düşüşü önlemekte yeterli olmayacaktır.

Ülke nüfusunun giderek yaşlanması gerçeği karşısında yaşlı nüfusa yönelik gerçekçi sosyal ve ekonomik politikalar geliştirilmelidir. Zira bağımlı yaşlı nüfusun payı giderek artmaktadır. Sosyal güvenlik bağlamında sürdürülebilir sistem geliştirilmelidir. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı harcamaların artacağı, yaşlı bakımına ihtiyaç duyulacağı dikkate alınmalıdır. Ayrıca yaşam boyu eğitim, değişen koşullara uyum, yaşlı yoksulluğu, yaşlı ayrımcılığı ve yaşlı yalnızlığı da çözüm üretilmesi gereken konulardır. Kadınların biyolojik olarak yaşam süresinin erkeklerden uzun olması nedeniyle nüfusun feminizasyonu söz konusu olup finansal yönden kadınların desteklenmesi ve diğer ihtiyaçlarının giderilebilmesi de çözüm bekleyen konular arasındadır. Türkiye'de vergi gelirlerinin yalnızca yaklaşık üçte biri

doğrudan alınan vergilerdir. Bu nedenle giderek artan yaşlı nüfusunun satın alma gücü düştükçe dolaylı vergilerde de bir miktar düşüş olabileceği dikkate alınmalıdır.

Gerçekçi bir nüfus politikası nüfusun yalnızca niceliğini değil, nüfusun nitel özelliklerini de iyileştirmeyi hedeflemelidir. Başarılı olabilmek için de kalkınma politikalarıyla uyum içinde olan somut müdahalelerle desteklenmelidir.

Sonuç olarak toplumun ihtiyaçlarını yeterince karşılamayan veya toplumların değişen dinamiklerine uyum sağlamayan, etik ilkeleri göz ardı eden nüfus politikaları, bireysel haklar açısından risk oluşturmakta ve temel insan haklarını ihlal edebilmektedir. Demokratik toplumlarda insan refahını gözetmek temel amaç olduğu için nüfus politikaları da bu doğrultuda düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Demeny P. 2003. "Population policy: A concise summary," Policy Research Division Working Paper no. 173. New York: Population Council.
2. Eldridge H. T. Population Policies: A Survey of Recent Developments. Foreword by D. V. Glass. Prepared under the Auspices of Committee on Investigation of Population Policies. Washington, The International Union for the Scientific Study of Population, 1954, VI p, 153 p.
3. Çilingiroglu, N. (2012). "Demografi ve Sağlık", Ed. Güler, Halk Sağlığı: Temel Bilgiler. Hacettepe Universitesi Yayınları. s. 35-94. ISBN: 978-975-491-344-6.
4. Akın A. Uluslararası Üreme Sağlığı Politikaları Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği - Özel Konular 2018 - Cilt 4 Sayı 1
5. Population Reference Bureau. 2024. World Population Data Sheet. https://2024-wpds.prb.org/wp-content/uploads/2024/09/2024-World-Population-Data-Sheet-Booklet.pdf
6. Attar M. A. The Post-2008 Pronatalıst Rhetorıc in Türkiye: There is No Robust Causal Effect On Actual Fertılıty. Nüfusbilim Dergisi / Turkısh Journal Of Populatıon Studıes 2024 46: 5-26.
7. Keskin F. Koç İ. Cumhuriyetin 100. Yılında Türkiye'nin Demografik Yapısı ve Öncelik Alanları. Nüfusbilim Dergisi / Turkısh Journal Of Populatıon Studıes 2023 45: 5-27. https://web.archive.org/web/20180613172625/http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNBK-2015_Tam_Metinler_Kitabi.pdf.
8. Banu Akadlı Ergöçmen Türkiye Nüfusu: Demografik Değişimler ve Yaşlanan Toplum Toplum ve Hekim. Ocak-Şubat 2025 Cilt:40 Sayı:1
9. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/22AileninveDinamik_Nufus_Yapisinin_Korunmasi_ProgramiBASKI.pdf.
10. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı https://www.aile.gov.tr/sygm/programlarimiz/sosyal-yardim-programlarimiz/.
11. Nüfus Politikaları Kurulu Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi. 25 Aralık 2024 Çarşamba Resmî Gazete Sayı : 32763. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2024/12/20241225-23.pdf.
12. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2024. Yayım Tarihi :06 Şubat 2025. Sayı: 53783. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2024-53783.
13. TÜİK. Hayat Tabloları 2022-2024. Yayım Tarihi: 30 Temmuz 2025. Sayı: 54081. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2022-2024-54081
14. İçduygu A. Erder S. Gençkaya Ö.F. Türkiye'nin Uluslararası Göç Politikaları, 1923-2023: Ulus-devlet Oluşumundan Ulus-Ötesi Dönüşümlere. MiReKoç Proje Raporları 1/2014. TÜBİTAK 1001_106K291, Eylül 2009. https://mirekoc.ku.edu.tr/wp-content/uploads/2024/10/Turkiyenin-Uluslararasi-Goc-Politikalari-1923-2023.pdf.
15. Erdoğan, M. (2024). Suriyeliler Barometresi "Suriyelilerle Uyum İçinde Yaşamın Çerçevesi". MÜGAM ve UNHCR. https://www.unhcr.org/tr/sites/tr/files/2025-04/suriyeliler_barometresi_2023_0.pdf
16. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü (2021). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
17. TÜİK Nüfus Projeksiyonları, 2023-2100. Yayım Tarihi :30 Temmuz 2024. Sayı: 53699. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-Projeksiyonlari-2023-2100-53699
18. Kanunlar ve Kararlar Başkanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. TBMM Basımevi. Ağustos 2020 – Ankara. **https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf**
19. T.C. Kalkınma Bakanlığı On Birinci Kalkınma Planı https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/On_Birinci_Kalkinma_Plani-2019-2023.pdf.
20. T.C. Kalkınma Bakanlığı On İkinci Kalkınma Planı https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_11122023.pdf.
21. TÜİK Ulusal Eğitim İstatistikleri. Yayım Tarihi :29 Mayıs 2025. Sayı: 53937. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Ulusal-Egitim-Istatistikleri-2024-53937
22. Milli Eğitim Bakanlığı. (2024). *PISA 2022 Türkiye ön raporu.* Ölçme, Değerlendirme ve Sınav Hizmetleri Genel Müdürlüğü. https://odsgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2024_01/26152404_pisa2022_rapor.pdf.
23. TÜİK Yükseköğretim İstihdam Göstergeleri, 2024. Yayım Tarihi :23 Twmmuz 2025. Sayı: 54096. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yuksekogretim-Istihdam-Gostergeleri-2024-54096.
24. TÜİK İstatistiklerle Çocuk, 2024. Yayım Tarihi :18 Nisan 2025. Sayı: 54197 . https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2024-54197

25. TÜİK, İşgücü Piyasasında Gençler, 2024. Yayım Tarihi :18 Temmuz 2025. Sayı: 57941. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-Piyasasinda-Gencler-2024-57941.
26. TÜİK, İşgücü İstatistikleri, Eylül 2025. Yayım Tarihi 27 Ekim 2025. Sayı: 54066. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-Istatistikleri-Eylul-2025-54066
27. TÜİK Sosyoekonomik Seviye, 2023 Sosyoekonomik Seviye, 2023. Yayım Tarihi :18 Ağustos 2025. Sayı: 57942. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sosyoekonomik-Seviye-2023-57942.
28. TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2024. Yayım Tarihi :17 Şubat 2025. Sayı: 53785. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yasam-Memnuniyeti-Arastirmasi-2024-53785.
29. TÜİK. Yoksulluk ve Yaşam Koşulları İstatistikleri, 2024. Yayım Tarihi :30 Aralık 2024. Sayı: 53714. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yoksulluk-ve-Yasam-Kosullari-Istatistikleri-2024-53714.
30. TÜİK, Gelir Dağılımı İstatistikleri, 2024. Yayım Tarihi :27 Aralık 2024. Sayı: 53712. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Gelir-Dagilimi-Istatistikleri-2024-53712.
31. TÜİK, Hanehalkı Tüketim Harcaması, 2024 Yayım Tarihi :02 Haziran 2025. Sayı: 53957. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Tuketim-Harcamasi-2024-53957.
32. TÜİK Sosyal Koruma İstatistikleri, 2023 Yayım Tarihi: 19 Aralık 2024. Sayı: 53560. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sosyal-Koruma-Istatistikleri-2023-53560
33. TÜİK Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2024. Yayım Tarihi :24 Şubat 2025, sayı: 54194https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evlenme-ve-Bosanma-Istatistikleri-2024-54194.
34. . TÜİK Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2024. Yayım Tarihi :19 Haziran 2025. Sayı: 54195. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2024-54195.
35. TÜİK İl Seviyesinde Beşeri Sermaye Endeksi, 2021-2023. Yayım Tarihi :19 Eylül 2025. Sayı: 57944. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Il-Seviyesinde-Beseri-Sermaye-Endeksi-2021-2023-57944

Türkiye'de Sağlık Araştırma Politikaları: 2020-2025 Uygulamaları Üzerinden Bir İrdeleme

Banu Çakır

1. Sağlık Araştırmaları Neden Yapılır? Araştırma Politikaları Neden Gerekli?

Sağlık araştırmaları farklı motivasyonlarla yapılabilir. Sık olarak kişisel merak ve ilgi ile şekillenen *bireysel/klinik hedefli çalışmalar* "bilinmeyeni keşfetmek" ve mevcudu değiştirecek bir buluş çabasından başlayarak, literatürde yayınlanmış/yeni çalışmaların yereldeki karşılığını öğrenmek, akademik yükselme "gayreti/gereksinimi", uzmanlık tezi ve ödev arasındaki geniş yelpazede değişirken; konu, özgün hedefler, bütçe desteği, araştırmacı profili ve katılımcı sayısında önemli farklılıklar gösterebilmektedir. *Halk sağlığı hedefli* araştırmaların ise esas olarak toplum sağlığı ihtiyaçlarına yönelik, incinebilir grupları önceleyen; hastalıklardan korunma yöntemleri açısından fark yaratabilecek; ulusal kalkınma hedeflerine uyumlu; güncel ve önemli halk sağlığı sorunlarına katkı sunabilecek özellikte olması beklenir. Kısıtlı kaynakların öncelikler için kullanılabilmesi gereksinimi giderek sağlık ekonomisi çalışmalarını toplumsal çalışmaların bütünleşmiş parçası haline getirmiştir. Keza, ekonomistlerin maliyet-etkililik/-yararlanım çalışmalarında "payda" bilgisi için halk sağlığı ekibinin desteği zorunlu hale gelmiştir. Bu paralelde, önemli halk sağlığı sorunları kapsamında eskiden sık görülen/sık öldüren/sık sakat bırakan sorunlar ele alırken, günümüzde, topluma ekonomik yükü yüksek/iş (ekonomik) kayba neden olan sorunlar da dikkate alınmaya başlamıştır. Dolayısıyla, toplum sağlığını ilgilendiren araştırmalarının bütçesi giderek artarken çalışma ekibi profili de değişmektedir: Halk sağlığı konularındaki çok merkezli, multidisipliner çalışmalar giderek disiplinler arası ve trans-disiplinler çalışmalara evrilmektedir.

Halk sağlığı araştırmaları için gerekli yüksek emek ve bütçe bu tür çalışmaların planlama ve uygulamasında uzmanlık düzeyinde bilgi ve beceri gerektirmektedir. Küresel anlamda incelendiğinde, uluslararası organizasyonlar aynı konunun, benzer sistematik ve yöntem planı ile farklı ülkelerde eş zamanlı araştırılmasını destekleyerek kesitsel araştırmaların çıktısının karşılaştırılabilir prevalans hesapları yanı sıra geniş ve heterojen örneklem yapısından yararlanarak, çok sayıda karıştırıcı faktörün eş zamanlı analizine imkan tanıyan; hastalık etiyoloji ve risk faktörlerini irdeleyen analitik çalışmaları motive etmektedir. Türkiye'nin de katılım sağladığı Dünya Sağlık Örgütü Dünya Mental Sağlık Çalışması, Küresel Tütün Kullanım Çalışmaları (GATS ve GYTS) ve STEPS-Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çalışması benzeri çalışmalar bu özelliktedir.[1-3] Bu araştırmaların dış bütçe destekli olması, çalışma protokol ve soru formalarının hazır olması, örnek seçim özelliklerinin belirlenmiş olması ve istatistiksel analiz ve raporlamasında dış teknik destek sunulması çalışmaların "yapılabilirliğini" kolaylaştırmaktadır. Öte yandan, ülke ihtiyacına yönelik, örnek olarak 2023 Kahramanmaraş depremleri sonrası etkilenen nüfusun sağlık incelemeleri, ihtiyaç analizleri, müdahale planları gibi yerel öncelikli halk sağlığı araştırmaları için ulusal insan gücü ve özgün araştırma modelleri gerekmektedir. Keza, pandemi sürecinde R_o ve R_e değerlerinin bulunması, filyasyon aktivitelerinin etkisinin değerlendirilmesi; obesite konusunda yapılan ölçüm ve diyetisyene yönlendirmesi; randevu sistemi değişikliklerinin hasta bakımına etkileri; çocukluk aşılarına olan olumsuz ebeveyn yaklaşımının nedenlerinin incelenmesi konularındaki analitik çalışmalar küresel anlamda öncelikli alan olmasa dahi ulusal anlamda önceliklidir ve özgün planlama gerektirir.[4]

Bu nedenledir ki, sağlık araştırmalarında ulusal düzeyde araştırma politikalarının varlığı, bunların kurumsal politikalar ile desteklenmesi; ülke ihtiyaçlarına yönelik, akademik birikime uygun, disiplinler arası çalışmayı ve genç bilim insanı yetiştirmeyi önceleyen, sistematik yapıda, güncellenen ve değiştirilebilen, katma değeri yüksek çıktılar üretmeyi hedefleyen araştırma politikaları geliştirilmesi önemlidir. Sağlık politikalarının çıktılarının düzenli olarak takibi ve yapılan araştırma sonuçlarının zamanında, şeffaf ve yöntemsel detayları içerecek şekilde raporlanması ve paylaşılması da hayatidir. Araştırmaların nihai hedefi sağlık politikalarına kanıt sağlamak olduğu için paydaşlara ulaşmayan raporlar çalışmaları verimsiz kılacaktır. Kullanılmayacak verilerin toplanması ister araştırma dahilinde ister rutin hizmet anlamında veri toplayan kişilere yük olup, uzun vadede veri toplanması konusundaki motivasyon ve özeninin kaybolmasına neden olur. Bu anlamda, rutin hizmet çıktılarının da belirlenmiş bir düzen içinde paydaşlara sunulması önemlidir. Bölge düzeyinde sağlık hizmet çıktılarının idareci ve sağlık personeli ile paylaşılması sunulan hizmetlerin değerlendirilebilmesi, geleceğe dönük iyileştirmelere ışık tutması, "kanıta dayalı hizmet sunumu" anlayışının geliştirilmesine katkı sağlayacağı gibi, bu verilerin toplanması ve sisteme girilmesi için zaman ve emek harcayan personele geribildirim sağlanması etik bir sorumluluk olarak ele alınmalıdır.

Son yıllarda saha hizmetlerinin değerlendirilmesine ait idarece sunulan raporlar giderek sayıca azalmış olup, sunulan değişkenler önemli sorular için cevap sağlayamamaktadır; tek veya iki değişkenli tablolar şeklinde sunulan raporlarda analitik değerlendirme yapılamamaktadır. Sahada yapılacak "hizmet araştırmaları"na izin/onay sürecinin karmaşık hale gelmesi özellikle afetler ve acil durumlarda yapılacak akademik araştırmaların izin süreçlerinde gecikmesi bulguların "kullanılabilirliği"ni azaltmakta, sağlık uygulamalarının çoğu durumda kanıta dayalı yapılmasını önlemektedir. "Kişisel verilerin güvenilirliği ve kişi mahremiyetinin korunması" hedefi korunarak, anonim/depersonalize/kodlanmış veri paylaşılarak araştırma yapılması her ülkede olduğu gibi Türkiye'de de mümkündür. Nitekim, özellikle pandemi döneminde yayınlanan yüz civarında e-nabız verisi temelli araştırma uluslararası dergilerde yayınlanmış olup; bireysel/grup çalışma önerilerinin onay süreçlerindeki "eşitsizlik" akademisyenlerin bilimin temeli olan "şeffaflık", "güven", "tekrar edilebilirlik" kavramlarına olan hassasiyetine zarar vermiştir[5]

Kitabın bu bölümünde son 5 yıl içinde Türkiye'de sağlık araştırma politikalarının özellikleri ve bu politikaların bilimsel sağlık araştırmaları havuzuna katkılarının örnekler üzerinden incelenmesi hedeflenmiştir.

2. Ulusal Sağlık Araştırma Politikalarına Örnekler

Sağlık araştırma politikaları liyakat, şeffaflık, katılımcılık, toplum odaklılık ve mükemmeli aramak gibi temel değerler doğrultusunda, bireysel ve kurumsal araştırmaların sayı ve niteliğini güçlendirmeyi, girişimciliği yaygınlaştırmayı, nitelikli araştırmacılar yetiştirmeyi, farklı disiplinler arasında işbirliği ve toplumsal sorumluluk anlayışını geliştirmeyi, ulusal ve evrensel alanda bilime katkının sürekliliğini sağlamayı hedeflemektedir. Bakanlıkların, kamu kurumlarının, üniversitelerin, uzmanlık derneklerinin, sivil toplum örgütlerinin araştırma politikalarının geliştirilmesi sürecin sistematik olarak ilerlemesi, geliştirilmesi ve denetlenmesi açısından ön koşuldur.

Ülkemizde sağlıkla ilişkili olarak T.C. Sağlık Bakanlığı, YÖK, üniversiteler, Türkiye İstatistik Kurumu, Kalkınma Ajansları, TÜBİTAK gibi çok sayıda kurumun araştırma politikaları olup, hedeflerine web tabanlarından ulaşılabilmektedir. Araştırma politikalarının az-çok benzer ve kimisinin oldukça detaylı olması dikkat çekicidir. Örneğin, 1963 yılından beri "temel ve uygulamalı akademik araştırmaları desteklemek ve genç araştırmacıları teşvik etmek, özendirmek" amacıyla çalışan **Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK)** Sanayi ve Teknoloji Bakanlığının kuruluşlarından biri olup, özel hukuk hükümlerine göre çalışmaktadır. TÜBİTAK 2013 yılından beri her 2 yılda bir "TÜBİTAK Öncelikli Ar-Ge ve Yenilik Konuları" çalışması hazırlanmaktadır (https://tubitak.gov.tr/tr). Güncel öncelikli konuları içeren TÜBİTAK 2024-2025 Öncelikli Ar-Ge ve Yenilik Konuları Çalışması, 12. Kalkınma Planı ulusal vizyonu doğrultusunda, "Çevreye Duyarlı, Afetlere Dayanıklı, İleri Teknolojiye Dayalı Yüksek Katma Değer Üreten" bir ekosisteme yönelik; "yeşil" ve "dijital" ikili dönüşüm odağında 4 ana bölümde 252 kritik ürün/teknolojiyi hedefleyen toplam 482 öncelikli konuyu içermiştir. Bu kapsamda, *"sağlıkla ilgili öncelikli sorunların ve riskli grupların belirlenmesi, hastalık nedenlerinin tanımlanması, bunlara ilişkin kontrol yöntemlerinin etkilerinin değerlendirilmesine yönelik Teknolojik Hazırlık Seviyesi 1-6 Arasındaki Temel/Uygulamalı Araştırma ve Teknoloji Geliştirme Projeleri destekleneceği"* bildirilmiştir.[5] Projelerin odaklanacağı ürün ve özellikleri detaylı olarak tanımlanmıştır. Hastalıkların önlenmesi, komplikasyonların azaltılması, yaşam süresinin/kalitesi artırılması ve risk faktörlerinin ortadan kaldırılma

kapsamında girişimsel araştırmalar olgu kontrol ve kohort araştırmaları kesitsel çalışmalar, epidemiyolojik çalışmalar; sağlık hizmeti araştırmaları; modelleme ve sağlık ekonomisi çalışmalar, yeni ve özgün sağlık ölçeği geliştirme çalışmaları; bir belirtecin/ölçeğin/yöntemin geliştirilmesi ve toplum tabanlı uygulanması çalışmalar yanı sıra "*Sağlık alanındaki rutin kayıtların yer aldığı elektronik verilerin (SGK, Sağlık Bakanlığı, TUİK vb.) kullanılması/birleştirilmesi (data linkage) yolu ile risk analizlerinin/haritalarının geliştirilmesine, hastalık yükü ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesine ilişkin araştırmalar*" detaylı maddeler halinde belirtilmiş, sağlık alanında yapılabilecek tüm araştırmaların destek için uygunluğu Bilim, Teknoloji ve Yenilik Politikaları Daire Başkanlığı web sayfalarında açıklanmıştır.

TÜBİTAK Bilim, Teknoloji ve Yenilik Politikaları Daire Başkanlığı, TÜBİTAK bünyesinde araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin teşvik edilmesine yönelik yürütülen destekler ile ulusal hedefler doğrultusunda belirlenecek özgün bilimsel ve teknolojik alanlara yönelik araştırmalar yapma, yöntem geliştirme ve uygulama görevlerini üstlenmiştir. Kurumun web sayfasında *"Ar-Ge, yenilikçilik ve girişimcilik destek mekanizmaları konusunda değerlendirme çalışmaları planlama ve gerçekleştirme; Ar-Ge, yenilikçilik ve girişimcilik konularında mevcut durumun ve Ar-Ge yapan aktörlerin performansının ölçülmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla gösterge, endeks ve yöntem oluşturma, uygulama ve çalışma çıktılarını kamuoyuna duyurma; ulusal strateji belgeleri ve eylem planlarına katkı sağlama; OECD ve Avrupa Birliği gibi uluslararası kuruluşların BTY politikası çalışmalarını izleme ve bu çalışmalara katkı sağlama görevlerini de sürdürmektedir"* denilmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı kurumsal web sayfasında (https://www.saglik.gov.tr/) toplum sağlığı çalışmalarını destekleyebilecek yapılar arasında Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü çatısı altındaki Saha Epidemiyolojisi Programı, ulusal sürveyans programları, sağlığı geliştirme hedefli çalışmalar, çocuk sağlığı alanında araştırmalara ait raporlar bulunuyor. T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne Sağlık Yönetimi Politikaları, Sağlık İnsan gücü Politikaları, Küresel Sağlık Politikaları ve Ar-Ge, Proje, Eğitim ve Destek Birimi'ne ait sayfalarda sağlık teknoloji değerlendirme raporları ve rehber çalışmalarına ait yayınlar bulunmaktadır. Hasta ve hastane yatışları ile ilgili sağlık verilerinin dijital ortamda toplanması, saklanması ve kullanımı konusunda yetkili makam olarak 10.7.2018 tarihli ve 30474 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında 1 numaralı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi" ile Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nün görev ve yetkileri tanımlanmıştır. Bu kapsamda Genel Müdürlük: "Sağlık alanında kullanılan bilişim sistemleri ve iletişim teknolojileri ile ilgili ülke çapında politika, strateji ve standartların belirlenmesi amacıyla çalışmalar yapmak; kişisel sağlık verileri ile ülke düzeyinde sağlık durumu ve sağlık hizmetlerine ilişkin veri ve bilgi akışını içeren her türden bilgi sistemleri ve projelerini yapmak ve yaptırmak; sağlık bilgi sistemleri ve teknolojileri alanında uluslararası gelişmeleri izlemek, ülke uygulamalarını ve tecrübelerini paylaşmak, gerektiğinde uluslararası kuruluşlarla işbirliği yapmak" benzeri yetki ve görevlerini üstlenmiştir.6

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü ile T.C. Sağlık Bakanlığı Teşkilat şemasında aynı Bakan Yardımcısına bağlı olan ve sağlık araştırmaları ile doğrudan ilişkili ve finans desteği sunma kapasitesine sahip bir diğer yapı da Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB)'dır. **Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB)**, "sağlık bilim ve teknolojileri alanında ülkemize ve insanlığa hizmet etmek, planlı ve sürdürülebilir kalkınmaya destek sağlamak amacıyla kurulmuştur". Kurumun detaylı araştırma politikasına ulaşılamamış olsa da web sayfasında "Türkiye'nin sağlık bilim ve teknolojileri alanında ileri teknoloji ve inovasyon ihtiyacını karşılamak, dışa bağımlılığı azaltmak, rekabet gücünü artırmak ve sürekli kılmak hedefleri doğrultusunda, kalkınma planı hedefleri ile Cumhurbaşkanı ve Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği öncelikleri dikkate alan bir stratejik plan izlenmektedir" ifadesi yer almaktadır (https://www.tuseb.gov.tr/).

TÜSEB web sayfasından farklı alt Enstitülerin çalışmalarına ulaşmak mümkün (https://www.tuseb.gov.tr/kurumsal/teskilat-yapisi/enstitu-baskanliklari). Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü, Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü, Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü, Türkiye Aşı Enstitüsü, Türkiye Sağlık Veri Araştırmaları ve Yapay Zeka Uygulamaları Enstitüsü, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü, Türkiye Biyoteknoloji Enstitüsü, Türkiye Kanser Enstitüsü, Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü yapılanması ile TÜSEB misyonunu "*Sağlık bilimleri ve teknolojileri alanında multidisipliner bir yaklaşımla sistematik bir temelde yürütülen, inovasyona yönelik çalışmalara öncülük etmek ve bu alanlarda uygulayıcılara ve araştırmacılara bilimsel, teknik ve mali destek sağlamak, gelişen teknolojiler doğrultusunda ülkemizin ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde yerlileşme ve millileşmeyi arttırmak" ve vizyonunu "Sağlık bilimleri ve teknolojileri alanında*

Ar-Ge odaklı uluslararası lider bir kuruluş olmak" olarak tanımlamaktadır. Bu açıklama ve hedefler bazında incelendiğinde bu yapının halen ihtiyaç duyulan sağlık araştırma politikalarını geliştirmek, uygulamak yanı sıra mali açıdan destekleyerek yapılabilirliklerini artırmak açısından uygun olduğu düşünülebilir. TÜSEB bütçesi ve ilgili kalemler web sayfasından kabaca görülebilmektedir. 2025 yılı ağustos ayına ait ekonomik giderlerin hesaplanması web sayfasında (https://files.tuseb.gov.tr/tuseb/files/kurumsal/mali-duyurular/2025/agustos/giderlerin-ekonomik-siniflandirilmasi-tablosu.pdf) 161.101.354,11 TL'si personel gideri olmak üzere toplamda 605.788.697,73 TL olarak belirtilmektedir: Sadece bu rakam bile kurumun çalışma hacmini göstermek açısından değerlidir.

Öte yandan TÜSEB Enstitü yapılarının web sayfalarında mevcut insan gücünün kısıtlı olduğu, kurumsal işbirlikleri açısından henüz yeterli düzeyde ilerleme sağlanamadığı görülmektedir; işbirliği süreçlerine ait makale, analiz ve raporlar incelendiğinde güncel tarihli sayı çok düşüktür, farklı konu başlıkları yer alsa da alan özelinde yeterli bütünlük sağlamadığı, çalıştay raporlarının etkilerinin henüz değerlendirilmediği gözlenmiş olup, gelecek hedeflerinin mevcut altyapı ve donanım ile orantısız olduğu gözlenmektedir.[7] Kişisel değerlendirmem mevcut çalışmaların bireysel/kurumsal başlatılan çalışmaların desteklenerek kurumsal kimlik ile ilişkilendirildiği; raporların bilimsel kanıtlardan ziyade görüş ve bibliyografik değerlendirmeler üzerine olduğu; güncel ve niceliksel verilere dayalı olarak planlanmış temsili ve hedefe özel ulusal araştırmaların (henüz) eksik olduğu şeklindedir. Şehir hastanelerinde gözlediğimiz geniş yapılaşma, sayısal yük, ihtiyaca (uzak) olma (düşük erişebilirlik), bütçenin "tekrarlayan (cevaplanamamış) başvurular" için harcanmasına karşın "ihtiyacı olana/incinebilir" gruba ulaşamama durumlarını yansıtır şekilde ulusal niceliksel önceliklerin kanıta dayalı olarak belirlenmesi ve bütçenin bu konuda yöntemsel açıdan uygun projeler için harcanması yerine, "başvurular" için harcanması olasıdır. Araştırma gruplarını desteklemek her ne kadar önemli ise de kurumsal yetkin ve bilimsel donanımlı, sabit insan gücü yetiştirilmesi, "her seferinde yeni kişilerin eğitilmesi (örneğin, anketör, denetçi)" yerine kurumsal "sahiplenme ve sürdürülebilirlik" sağlanması daha önemli olacaktır. Örnek olarak, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü yapısı altında geliştirilmiş ve uluslararası akreditasyonun tamamlamış olan Erken Uyarı ve Saha Epidemiyolojisi ekibi elemanlarının COVID-19 pandemisinde Bilimsel Danışma Kurulu'nda yeterince yer almaması ve süreçlere rehberlik edememesi kurumsal insan gücünde önemli bir verim kaybı olmuştur. Bu örnekten yola çıkarak, uluslararası AR-Ge çalışmalarında öncü bir yapı olma hedefinin yerel, yetkin, sabit insangücü yetiştirmek ve "yararlanmaktan" geçmesi gereğine inanıyorum. Önümüzdeki yıllarda TÜSEB'in insangücü, donanım ve multidisipliner işbirlikleri güçlenirse ulusal ve öncelikli hedefler konusunda başarılı olma gücü artacaktır.

Kalkınma Ajansları Türkiye'nin 26 bölgesinde Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı koordinasyonunda, yerelde kalkınma için çalışan kamu tüzel kişiliğine sahip kuruluşlardır (https://ka.gov.tr/). Ajanslar, "merkezi ve yerel paydaşlar" arasında bir ara yüz fonksiyonu üstlenerek, bir yandan ulusal politika ve hedeflerin yerel düzeyde hayata geçirilmesine yönelik çalışmalarda bulunurken, diğer yandan da yerel plan ve strateji çalışmalarıyla bölge kalkınmasının ulusal kalkınmaya katkısını en yüksek seviyeye çıkarmayı hedeflemektedir (https://ka.gov.tr/). Bölgelerarası sağlık hizmetlerine erişimdeki ve sağlık göstergelerindeki farklılıklar dikkate 26 kalkınma ajansınca 2014-2023 dönemine ait bölge planlarının çoğunda, öncelik olarak sağlık hizmetleri altyapısının geliştirilerek tüm kesimlerin bu hizmetlerden adil ve dengeli bir biçimde faydalanması hedef olarak belirtilmiştir. "Aile sağlığı merkezi ve aile hekimi sayılarının artırılması, kaliteli koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması, hastanelerin ekipman ve altyapılarının iyileştirilmesi", ve "erişilebilir, etkili ve etkin sağlık hizmetlerinin bölgelerin küresel hedeflerini destekleyici şekilde geliştirilmesi ve sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumun korunması" bu kapsamda belirtilmiş hedefler olarak yer almıştır.[8]

Kalkınma ajansları "2024-2028 döneminde bölgesel gelişmenin güçlendirilmesi için bölgesel gelişmenin çok sektörlü yapısı gereği tematik amaçlar ve stratejiler belirlendiği; bu dönemde kentsel gelişme, kırsal kalkınma, sosyal gelişme, turizm, sanayi-lojistik, yeşil büyüme, girişimcilik, AR-GE ve yenilikçilik ile dijitalleşme temalarında tematik amaçlar ve stratejiler geliştirildiği" belirtilmektedir. Halk sağlığı hedefli araştırmalarda kalkınma ajansları desteği alınabilir.[8,9]

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 1926 yılından itibaren ülkenin resmi istatistiklerinin üreticisi ve koordinatörü olup, 2021 yılından bu yana mali özerkliğini de elde ederek "İlişkili Kurum" olarak hizmet sunmaktadır (https://www.tuik.gov.tr/) TÜİK'in 5. planı olan 2024-2028 dönemini kapsayan stratejik planda mevcut durum analizi sunulmuş, istatistik üretim sürecini etkileyen faktörler ile TÜİK'in ulusal istatistik sistemi içerisindeki rolü ve karşılaştığı sorunlar belirtilmiştir; dünyada ve ülkemizdeki istatistik alanındaki ihtiyaçlar,

beklenti ve öneriler göz önüne alınarak, 5 yıl için stratejilerde 12. Kalkınma Planı'nda öngörülen politikalar ve öncelikler rapora yansıtılmıştır.[10] Üst Politika Belgeleri Analizi kapsamında Kurumun 5. Planı olan 2024-2028 dönemini kapsayan stratejik planında öncelikle mevcut durum analiz edilmiş, istatistik üretim sürecini etkileyen faktörler ile TÜİK'in ulusal istatistik sistemi içerisindeki rolü ve karşılaştığı sorunlar saptanmıştır. Ayrıca, dünyada ve ülkemizdeki istatistik alanındaki ihtiyaçlar, beklenti ve öneriler göz önüne alınarak, Türkiye'nin istatistik alanında bugünkü konumundan daha ileri bir seviyeye gelebilmesini hedefleyen stratejiler oluşturulmaya çalışılmıştır. Planın, mevzuat, ulusal plan ve programlar ile uyumlu olmasına özen gösterilmiştir. Özellikle 12. Kalkınma Planı'nda öngörülen politikalar ve önceliklerin Plana yansıtılması sağlanmıştır.

Stratejik Planının Üst Politika Belgesi Analizi kısmı altında 12. Kalkınma Planına uygun olarak sağlık başlığında "*bağımlılıkla mücadeleye ilişkin faaliyetlerin kanıta dayalı olarak tasarlanabilmesi için madde kullanım davranışlarına yönelik dönemsel araştırmalar yapılacak ve veri mahremiyeti gözetilerek kurum kuruluşlar arası veri paylaşımı sağlanacak; veri ve kanıta dayalı politika oluşturmada girdi olarak kullanılabilecek, bilimsel araştırma ve analizlerde kullanılmaya elverişli, uluslararası karşılaştırmalara olanak sağlayan kalite ve ayrıntıda veri üretimi sağlanacak; uluslararası kıyaslamaya olanak verecek detay ve kalitede veri üretimi sağlanacak, sağlık verilerinin ulusal/uluslararası normlara uygun olarak standardizasyon süreçleri yürütülecek, veri kalitesi ve güvenilirliği artırılacak, sağlık verilerinin siber güvenliği güçlendirilecek; kurumlar arası veri paylaşımı için işbirliği ve koordinasyon geliştirilecek; sağlık verileri anonimleştirilerek başta Ar-Ge olmak üzere ekonomik değere dönüştürülmesi amacıyla ikincil kullanımına ilişkin gerekli hukuki ve idari altyapı oluşturulacaktır*" maddeleri belirtilerek TÜİK'e verilen görev "*İdari kayıtların istatistik üretimine uygun şekilde iyileştirmesi için ilgili kurum/kuruluşlar ile işbirliği yapılması*" olarak belirtilmiştir. Esas olarak demografik incelemeler için kurulmuş olsa da uzun yıllardır sağlık alanında da düzenli olarak (örn.,Sağlık Araştırması) yapan ya da yapan kuruluş/örgütlerle hane halkı örneklemi seçimi, veri girişi, analiz konularında (GATS, STEPS, Meclis Araştırma Komisyonu çocuğa yönelik şiddet araştırmaları vb.) işbirliği yapan TÜİK'e bu görev tanımı ile "idari kayıtların iyileştirilmesi için işbirliği" görevi verilirken bu konudaki insan gücü ve birikiminden yararlanarak hizmet verilerinin ve hasta kayıtlarının sağlık araştırmalarında kullanılabilirliği, özelliği olan sağlık verilerinin anonim olarak birleştirilmesi, çekilmesi ve kullanılabilmesi konusunda rehberlik de edebilir. Verilerin istatistiksel üretimine yönelik iyileştirmeler kadar "veri kullanım standartlarının ve izin süreçlerinin" standardartlaştırılması şüphesiz ulusal sağlık araştırma nicelik ve niteliğini geliştirecektir. TÜİK'in nüfus sayımı ile ilgili geliştirilmiş "anketlere katılım zorunluluğu ve yaptırımların" TÜİK tarafından gerçekleştirilen sağlık araştırmalarında kullanımının etik açıdan değerlendirilmesi ve düzenlenmesi de önemlidir.

Üniversitelerin Proje Süreçleri Yönetim Sistemleri oldukça benzer, şeffaf ve web sayfalarında yayınlanarak kullanıcı için açıklayıcı şekilde işletilmektedir. Bilimsel Araştırma Projesi Raporlarının güncel ve geçmişe yönelik olarak web sayfalarında yayınlanması değerlidir. Her Üniversite BAPSİS web sayfasından üniversitenin araştırma politikalarına, Bilimsel Araştırma Projeleri Uygulama Yönergesi ve Uygulama İlkelerine ve proje destek türlerine ulaşılması mümkündür. Kısa adıyla BAP (Bilimsel Araştırma Projeleri), yüksek öğretim kurumlarındaki bilimsel araştırmaların desteklenmesi amacıyla geliştirilmiş bir uygulama olup, YÖK'ün 01.01.2002 tarihinden geçerli olmak üzere yürülüğe aldığı Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma Projeleri Hakkında Yönetmelik uyarınca gerçekleştirilmektedir. BAP Biriminin uzmanlık alanlarına göre ve proje özelliğine göre (bireysel araştırma, altyapı, bilim insanı yetiştirme ve geliştirme, kapsamlı araştırma, tez, hızlı destek v.b.) farklı destekleri önemlidir. Akademideki araştırmalar ve araştırmacıların bilimsel çalışmalara katılım açısından en sık kullanılan finans desteği BAP üzerinden sağlanmaktadır. Bu kapsamda özellikle öncelikli konularda Çağrılı Araştırma Projeleri desteklerinin kullanımı yoluyla çok disiplinli, geniş kapsamlı, laboratuvar destekli, genç araştırmacıların aktif katılımı ile insangücü yetiştirmeye yönelik projeler yapılması mümkündür (https://bapsis.hacettepe.edu.tr/). BAP-destekli projelerin uzun süreli, kurum dışı değerlendirmeler de gerektirebilen, etik onay süreçlerini içeren değerlendirmeleri ve materyal alımı, anketör kullanımı vb. konularındaki kısıtlılıkları düzenlenebildiğinde akademisyenlerin halk sağlığı araştırmaları için değerli bir destek olduğu unutulmamalıdır; üniversiteler arası farklılıkları dikkate alarak akademisyenlerin çalıştıkları üniversite BAPSİS sistemi üzerinden inceleme yapmaları uygun olacaktır.

3. Sağlık Araştırma Protokollerinin Ortak Özellikleri, Geliştirilmesi Gereken Konular

Ulusal ve kurumsal anlamda birbirini destekler/tamamlar tarzda araştırma politikaları hazırlanması

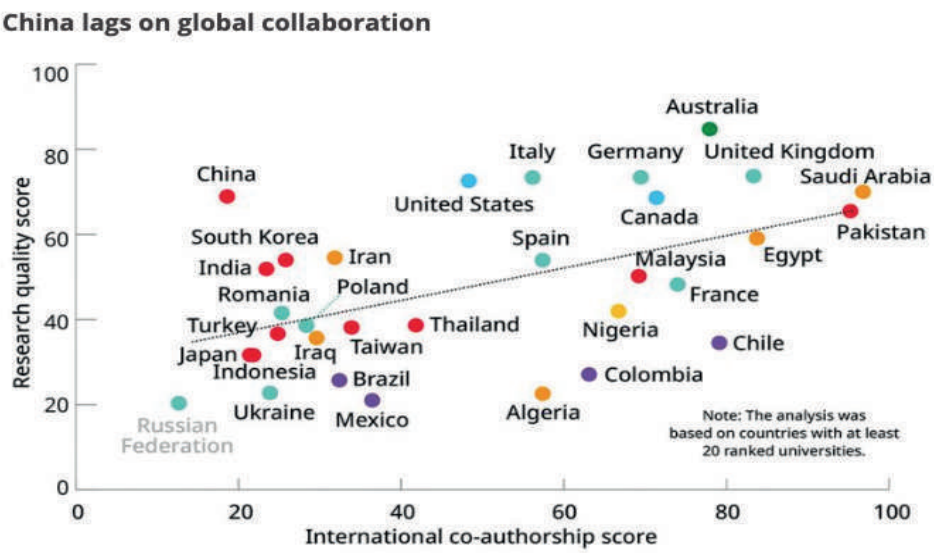
önemlidir. Araştırma konularının ve önceliklerin belirlenmesi ve var olan altyapı, bütçe ve insan gücü kullanımını belirlemede yerel, bölgesel ve ulusal kalkınma hedefleri ile ihtiyaçların dikkate alınması, bilimsel, toplumsal ve kültürel özelliklere uygun olmak önemlidir.

Yukarıdaki örneklerde görüldüğü üzere çok sayıda kurum ve kuruluşun sağlıkla ilgili araştırma politikaları bulunmaktadır. Sağlık araştırma politikalarından beklenti bilimsel dinamizmi desteklemek, araştırma ekosistemleri kurmak, özgün araştırmalara destek verirken, ulusal anlamda ihtiyaç duyulan özel alanlarda çağrılar ile vb.) uygun yerel partnerleri bir araya getirmek ve desteklemek olmalıdır. Bunu yaparken uygulamaların da "niyet ile örtüşmesi" şüphesiz gereklidir. Her ne kadar yayınlanmış araştırma politikalarının başarı durumlarını değerlendirmek bu yazının hedefi dışında ise de bazı genel eksiklere dikkat çekmek mümkün olabilir. Yazının bu bölümünde, daha önce yayınlanmış tez/makalelerden konuyla ilgili alıntılar yapılmıştır.

Sağlık alanındaki araştırma politikalarında kalkınma hedefleri ile uyum ve araştırma öncelikleri, amaç ve hedefleri belirlenmiştir. Öte yandan, araştırma süreçlerinin performans göstergeleri tanımlanmalı; ne sıklıkla değerlendirme yapılacağı ve hedeflere ulaşmak için kabul edilecek performans sınırları her zaman açık değildir. Sağlık araştırmalarda konu seçiminden analiz ve raporlamasına kadar evrensel değerlerden vazgeçilmez ise de özerklik sağlanmalıdır; bu konu yeterince açık değildir. Araştırmaların gerçekleştirilmesinde en önemli engellerden biri kısıtlı bütçeler olup, örneklem ve incelenecek değişken sayılarının artırılabilmesini kolaylaştıracak şekilde, kurumsal, ulusal ve uluslararası iş birliklerinin desteklenmesi ve fon kaynaklarının kullanımının zenginleştirilmesi önemlidir. Bu anlamda TÜSEB ve TÜBİTAK fonları değerlidir. Ancak, araştırma protokollerine uygun olarak nasıl dağıtıldığı ve bunların sonuçlanma tarihlerine göre, başarı göstergeleri ile paylaşımı kolayca erişilebilir bulunmamıştır.

Sağlık araştırma politikalarının araştırmaların nicel olduğu kadar nitel özelliklerini de öncelemesi değerlidir. Times Higher Education (THE) 2025 Dünya Ülkeleri Sıralamasında Türkiye'nin uluslararası ortak yazarlık skoru yanı sıra araştırmaların "kalite skoru" değerlendirmesinde de geride kalmış olması önümüzdeki yıllardaki araştırma politikalarında dikkate alınmalıdır.[11]

Çin gibi kendi popülasyonları ve akademik insan gücü kalabalık ülkelerde uluslararası ortaklıklar olmaksızın da nitelikli araştırma yapılabileceği görülürken Kolombiya gibi uluslararası ortak yazarlık skoru yüksek bir ülkenin çalışma kalitesi düşük olabilmektedir. Bu nedenle ortaklıkların çalışmaya yöntemsel katkısı, ortaklıkların yerel insan gücü ve donanıma katma değerinin önemi vurgulanmalıdır. Araştırma politikalarını geliştirirken eş zamanlı olarak kurumsal kültürü geliştiren (liderlik, kariyer planlama, bilgi ve beceriyi ödüllendiren, beceriye göre iş imkanı sunan, dinamik), bireysel faktörleri olumlu hale getiren (uygun iş tanımı, performansı ödüllendirme, esnek çalışma imkanı, iş-yaşam dengesinin sağlanması, yeterli ücret gibi) ve araştırma-



Şekil 1. THE 2025 Dünya Ülkeleri Sıralaması

(11) Nolu Kaynak: Times Higher Education (THE) 2025 Dünya Ülkeleri Sıralaması

yı teşvik eden, özgür ve özgün çalışma ekosistemlerini sunan ortamların sağlanması da değerli olacaktır.

3.1. Son Beş Yıl İçinde Sağlık Araştırma Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Ulusal çalışmalar kapsamında Türkiye İstatistik Kurumu (Sağlık Araştırması), Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, dış (teknik/bütçe) destekli özel projeler (örn., STEPS- Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Araştırması, Hatay Deprem Sonrası Ruh Sağlığı İhtiyacı Değerlendirilmesi) benzeri periyodik veya kesitsel tipte durum saptama çalışmaları değerlidir. Öte yandan, bunların çalışma ekipleri ve yöntemleri incelendiğinde yine yetişmiş yerel insan gücü ve analiz yerine yapısı belirlenmiş, dış teknik/akademik destek alınan, çalışmaya özel anketörler/şirketler tarafından çalışmalar yapılabildiği, bunlardaki teknik sorunlar konusundaki soruların çoğu durumda cevaplamasının "ileriye atıldığı", "desen etkisi, ağırlık, düşük ulaşılabilirlik durumunda eksik gözlemlerin tam olarak rastgele kabulüne dayalı" hata, eksiklik veya limitasyonların diğer çalışmalarda "örnek alınarak", tekrarlanıyor olması üzücüdür.

Uluslararası ortaklık sayısı sağlık araştırma protokollerinde bir başarı kriteri olarak kabul edilse de ortak olarak projeye katkının niteliği çoğu zaman vurgulanmıyor. Örnek olarak, Avrupa Komisyonu (EU) projelerinde ortaklardan bazıları teknik sorumluluk alırken, gelişmekte olan ülkeden ekip üyeleri sık olarak prototipin (örn., sensörün) denenmesi saha çalışmalarına katılıyor.

Bilimin gelişmesinde en güçlü etki sayılabilecek eleştirel bilim kültürü çoğu zaman desteklenmiyor, hatta olumsuz algılanabiliyor. Örneğin, COVID-19 pandemisinde çok hızlı editoryal süreçlerde yakalanamayan ancak sunulan sonuçları ciddi olarak etkileyebilecek yöntemsel kısıtlılıklara dikkat çekildiğinde yazarlar bu eleştirel değerlendirmeyi ne yazık ki yazının literatürden geri çekilmesine kadar önemsememiştir.[11-14]

Açık erişimi desteklemek "vurgusu" ile özellikle gelişmekte olan ülke yazarlarının ödeyemeyeceği düzeyde yüksek makale yayınlama ücretleri metodolojik açıdan yüzeysel ve çok disiplinli/disiplinler arası katkıdan düşük birçok makaleyi "yayınlanabilir" kılarken, birçok araştırmacı eserini yayınlayamıyor. Yayınlamaya bağlı taraf tutma (*publication bias*) bu şekilde giderek belirginleşmekle kalmayıp, okuyucuya ulaşmada nitelik açısından da bir dengesizliğe neden olabiliyor.

Son 5 yıl içindeki sağlık araştırma raporlarının ulaşılabileceği tek bir kaynak/liste olmaması, ancak başlığı bilinen çalışmaların saptanabilmesi ve özellikle pandemi ile beklenmedik sayıda artan sağlık araştırmalarının[15,16] nicel ve nitel açıdan tam olarak incelenmesi bu kitap hedeflerinin üzerindedir. Bu nedenle, aşağıda, son 5 yıllık süreyi ele alarak örnekler üzerinden bazı yöntemsel incelemeler yapılarak sağlık araştırmaların niteliksel açıdan genel bir değerlendirmesi yapılmaya çalışılmıştır.

3.1.1. Yayınlanmış Çalışmaların Raporlama Kriterlerine Uyumu:

Araştırmaların yapılmasındaki özenin okuyucuya sunulmasında da gösterilmesi elzemdir. Her ne kadar makale yazımı bir miktar gönderilen dergilerin sayfa sayısı ve formatı ile sınırlı olsa da genel raporlama kriterlerine uyum okuyucuya yapılan çalışmayı en iyi şekilde sunmakta etkili olacaktır. Pandemi döneminde Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Epidemiyoloji Programında Dr. Şehnaz Özyavuz Alp'in Yüksek Lisans tezi olarak hazırladığı, henüz yayınlanmamış ancak YÖK Tez Merkezi'nden detaylı olarak ulaşılabilecek çalışmasının, son 5 yılda yapılan medikal araştırmalar konusunda yöntemsel özellikler açısından bulguları son derece değerlidir[17]. Çalışma her ne kadar yayınların yöntemsel kalitesi açısından bir değerlendirme içermese de standart raporlama kriterlerine uyum açısından incelenmesi sağlık araştırmalarımızın okunabilirliği ve yazarlarımızın yöntem konusuna verdikleri önemi göstermesi açısından yol göstericidir. "COVID-19 ve SARS-CoV-2 konusunda Türkiye kaynaklı bilimsel yayınların metodolojik özelliklerinin ve raporlama kılavuzlarına uyumlarının değerlendirilmesi" isimli bu tezde COVID-19 ve SARS-CoV-2 konusunda Türkiye kaynaklı yayınların metodolojik özelliklerinin incelenmesi ve gözlemsel/deneysel analitik sunulma özelliklerinin bilimsel raporlama kılavuzlarına uyumu irdelenmiştir.[17] LitCovid literatür merkezinde, 10 Mart 2020 ile 10 Mart 2022 tarihleri arasında listelenen ve tam metnine ulaşılabilen, Türkçe veya İngilizce dillerinde yayınlanmış, Türkiye'deki en az bir kurumdan katılımcının bulunduğu yayınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Toplam 1063 çalışma detaylı olarak incelenmiştir: yayınlar arasında sistematik derleme ve meta analiz tasarımda çalışma yok iken, randomize (4) ve randomize olmayan (1) klinik çalışma sayısının 5 (%0,5) olduğu; yayınların yaklaşık olarak yarısını (%51) tanımlayıcı araştırmaların oluşturduğu; kohort (n=106, %10) ve kesitsel analitik araştırmaların (n=108, %10) dağılımda daha alt sıralarda yer aldığı saptanmıştır. Otuz beş makale pandemide uzmanlara hızla, kompakt bilgi ulaştırmaya yönelik derleme özelliğinde iken, 17 makalenin genom ve diğer temel bilim araştırmaları özelliğinde olduğu gözlenmiştir. İki maliyet-etkinlik analizi dışın-

da çok sayıda tanımlayıcı özellikte çalışma yayınlandığı dikkat çekmektedir. Bunların on ikisi uzman görüşü, 25 makale başyazı, eleştirel ve diğer görüş bildiren yayınlar, 3 makale ise yapılması planlanan çalışmanın protokolü, ikisi ise kısa bildirinin basılı hali şeklindedir. Yayınlar arasında 48 makalenin editöre mektup özelliğinde olması, pandeminin bu ilk döneminde ülkemiz akademisyenlerinin yayınlanmış makalelerdeki eksiklik ve limitasyonlara dikkat çekerek düzenleme önerileri ile bilime destek verdiğini düşündürmüştür.[18]

Özyavuz Alp tezinde incelenen yayınların tasarımlarına uygun olarak STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) kontrol listesine göre detaylı değerlendirilmesi yapılmıştır[18]. Raporlanan çalışmaların yapılandırılmış bir özetinin bulunması, bilimsel çerçevesinin ve gerekçesinin açıklanması, özgün amaçlarının belirtilmesi kapsamındaki kılavuz önerilerine uyum hemen tama yakın iken, kullanılan istatistik yöntemlerin tanımlanması ve analiz sonuçlarının beyan edilmesi ile ilgili önerileri içeren bölümlerin oldukça yetersizdir.[17] Çalışma tasarımının belirtilmesi, elde edilen sonuçların genellenebilirliğinin tartışılması ve bütçesi yüksek çalışmalarda dahil fon kaynaklarının açıklanmasında da tüm araştırma türlerinde eksikliklerin olduğu görülmüştür. Dr. Şehnaz Alp'in incelemesinde *"ülkemizden yapılan yayınlar arasında epidemiyolojik kanıt düzeyi yüksek tasarımların sayısının artırılmasına ihtiyaç duyulduğu ve hazırlanan makalelerin bilimsel raporlama kılavuzlarına uygun olacak şekilde rapor edilmesi konusunda ek çaba gösterilmesi gerektiği kanaatine varılmıştır"*.[17]

Sağlıkta yaptığımız araştırmaların yöntemsel açıdan doğru olması kadar okuyucunun çalışma bulgularını anlaması, eleştirel olarak değerlendirebilmesi ve kendi hasta grubunda (uygunsa) kullanabilmesi için ön koşuldur. Özellikle pandemi gibi toplum sağlığının akut ve ciddi şekilde etkilendiği durumlarda, sağlık politikalarını belirleyenler kararlarını kanıt ışığında verebilmeli; bu nedenle çalışmaların nitelik ve kanıt kalitesi açık bir şekilde raporlanmalıdır. COVID-19 pandemisi sürecinde yayınlanmış çalışmalarda tedavi yaklaşımları (türü, süresi, başlama zamanı, kullanıcı özellikleri vb.) konusundaki farklı görüş ve uygulamalar, aşıların etkililiği konusundaki tartışma ve çekincelerde yayınlar heterojenitenin rolü önemlidir.

3.1.2. Yayınlanmış Çalışmalarda Yöntemsel Açıdan Ortak Sorunlar:

Sağlık araştırmalarının niteliksel açıdan değerlendirilmesi zorlu ve uzun bir süreçtir. Kitabın bu kısmında bazı seçilmiş yayınlar üzerinden ortak yöntemsel sorunlara, daha önce yayınlanmış editöre mektuplarda yer alan örnekler üzerinden, dikkat çekilmektedir.[4,19-25] Yöntemsel hataları makale özelinde vurgulamak yerine ortak yöntemsel eksikliklere başlıklar halinde dikkat çekmenin daha uygun olacağına inanıyorum. Temel hata ve eksiklikler aşağıda sıralanmıştır:

1. Birçok makalede evren ve örneklem tanımı yapılmamış olup, hipotezlerin çalışılması için uygunluğu rasyonelize edilmemiş, etken ve sonuç değişkenlerinin ölçümünde risk altındaki grubun ne ölçüde temsil edildiği, kayıp gözlem (katılmayanlar) sayısının çalışma bulguları üzerindeki olası etkileri yeterince tartışılmamıştır. Örneğin, aşının advers etkileri ya da ilacın hastalık üzerindeki etkileri çalışılırken katılımcıların nasıl seçildiği, beyanın geçerliliğinde hafıza faktörünün olası etkileri, yetersiz/yanlı soruların etkileri tartışılmamıştır. Çalışmalarda seçime bağlı taraf tutmanın yeterince tartışılmamış olması en sık hata kaynağı olarak gözlenmektedir.

2. Seçime bağlı taraf tutma olmasa dahi grup karşılaştırmalarında komorbidite/ilaç kullanımı, hastalık şiddeti benzeri başlangıçtaki değerlerinin yeterince dikkate alınmadığı durumlarda bulguların iç geçerliliğini olumsuz etkilemiştir.

3. Özellikle saha çalışmalarında %30-%40 kapsayıcılık olan durumlarda dahi kayıp gözlemlerin tümüyle rastgele kayıp kabul edilerek (*completely missing at random*) ağırlıklandırma yapılması, çalışma bulgularının "seçilmiş" kişiler lehine çarpıtılmasına yol açmış olabilir. Bu araştırmalarda desen etkisinin gelişigüzel seçilmesi, analiz sonrası hesaplanan desen etkisi boyutlarının paylaşılmaması, örneklem sayısının "prevalansın %50 kabul edilmesi" ile garantiye alındığı hissi yaratılırken, çoklu analizlerde p değerlerinde düzenleme yapılmaması, "istatistiksel olarak anlamlı" bulunanların "önceden tanımlanmış" etkenlermiş gibi sunulmuş olması okuyucuyu yanlış yönlendirmiş olabilir.

4. Çalışmalarda karıştırıcı faktör kontrolü çoğu çalışmada yetersiz iken, bazı çalışmalarda ara değişken ya da sonuçla ilişkili diğer değişkenler "karıştırıcı" kabul edilip, hatalı olarak kontrol sağlanmıştır.

5. Özellikle gözlemsel özellikteki ilaç çalışmalarında etkinin gücünü değiştirmesi olası faktörler dikkate alınmamıştır.

6. Dijital hasta kayıtları üzerinden yapılan büyük veri tabanlarında aynı kişiye ait tekrarlayan muayene ve yatışların nasıl ayrıştırıl(ama)dığı ve bunun varyan-

sa etkileri yeterince detaylandırılmamıştır. Büyük veri tabanlarında p-değerlerinin kullanılması tip 1 hata olasılığının doğru değerlendirilememesine yol açmış olabilir.

7. Çalışmalarda kullanılan modellemelerde klinik değerlendirme yerine sadece istatistiksel anlamlılık (tekniklerinin kullanılması ve elde edilen sonuçların sonradan klinik bilgiler ile rasyonelize edilmesi hatalı sonuçlara yol açabilmiştir.
8. Gözlemsel araştırmalarda hasta izlem sürelerinin farklı olması durumunda modellemelerde bu durumun dikkate alınmamış olması; aşı/ilaç seçiminde kişisel faktörlerin seçimi etkilemiş olmasının değerlendirmeye katılmaması hatalı sonuçlara neden olabilmiştir.[4,19-25]

3.1.3.Dijital Hasta Verilerinin Kullanılmasına İlişkin Konular

Ülkemizde kimlik numarası kullanımının hasta kayıtlarının birleştirilmesi ve ayrıştırılmasında kullanılabilmesi, hasta kayıtlarının dijital ortamda saklanması, kişilerin sağlık kayıtlarının zaman içindeki hastane başvurularıyla (örneğin, uzun COVID, aşı tekrarları, re-enfeksiyon zamanları vb. durumlarda) ilişkilendirilebilmesi, kişi beyanına kıyasla hekim tanılarının (ICD kodları her zaman doğru/ayrıştırılabilir olmasa bile) bilgi toplamada/sınıflamada daha geçerli olması, hastaların laboratuvar ve görüntüleme kayıtlarının belirtiler ile eşleştirilebilmesi gibi durumlar dijital veri tabanının araştırmalarda kullanılabilmesini değerli kılacaktır. Özellikle pandeminin ilk döneminde e-Nabız verilerine erişim bu açıdan akademisyenlerin ilgisini çekmiştir. Hatırlanacağı üzere bu dönemde hem dijital hasta verilerinin kullanılması hem de COVID-19 ilişkili çalışmalarda kısıtlamalar farklı ortamlarda tartışılır olmuştur. Türk Toraks Derneği'nin "*COVID-19 araştırmaları konusunda araştırmacı ve hekimlerin yoğun talebine rağmen T.C. Sağlık Bakanlığının etik komite onaylarından önce COVID-19 araştırmaları için*[26] *başvuru (onay) zorunluluğu getirmesi"* konusundaki makalesi; Türk Toraks Derneği'nin çok merkezli, geniş örneklemli çalışması da dahil olmak üzere bazı araştırmaların herhangi bir açık ifade olmaksızın reddi" açıklaması yerel ve küresel düzeyde rahatsızlık uyandırmıştı.

Cevaben T.C. Sağlık Bakanlığı adına Dr. Fahrettin Koca tarafından kaleme alınan yazıda *"Türkiye'de tüm hasta ve hastane kayıtlarının Sağlık Bakanlığı veri tabanında, hasta mahremiyeti ve veri güvenilirliğinin sıkı bir şekilde korunduğu; bu verilerin bilimsel bilgiye dönüştürülebilmesi ve paylaşılması için anonimize olarak araştırmacılar için erişimine önem verildiği belirtilmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı ilgili birimimin (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü) araştırmaları ve yayınları, finans desteği de dahil olmak üzere, teşvik etmek üzere araştırmacıların planladıkları çalışmaların elektronik özetlerinin toplandığı belirtilmiştir. 1 Eylül 2020 itibarı ile bu şekilde kuruma 9317 bilimsel çalışma başvurusu yapıldığı; içerik kontrolü yapılmadığı, sadece az sayıda çok merkezli planlanmış çalışma grubuna "santral veri tabanına erişimi olan networklere katılma önerisi" yapıldığı; bu tarih itibarı ile 20 değişik alandan 196 bilim insanının bu veri tabanına erişimi olduğu ve araştırma yaptıkları"* belirtilmiştir.[27] Bu makaleler sonrasında adı geçen uygulama devam etmiş ise de Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü altında bir araya getirilmiş bu 20 çalışma gruplarının yapısı ve ne sayıda araştırmayı tamamlandığına dair bir yazılı kayıta ulaşılamamıştır.

Ekim 2025 itibarı ile yaklaşık 100 yayınlanmış makalede e-Nabız verisinin kullanıldığı gözlenmektedir. Bunlar arasında dikkat çekici bir konu yazar katılımları ve sıralanmasıdır. Sağlıkla ilgili makalelerde yazar olmanın akademik anlamda olduğu gibi sosyal ve finansal anlamda da sonuçları bulunmaktadır; yazar yayına ait sorumluluk almayı ve hesap verir olmayı kabul eder. Çalışmalarda yapılmış her türlü etik, deontolojik, yasal eksiklik; haksızlık ya da yanlışlık da bu sorumluluklar içinde yer alır. Yayınlandıktan sonra olsa da araştırmanın planlanmasından yazı haline getirilmesine kadar ki aşamalarında yapılan ciddi hatalardan ve/veya geri çekilen çalışmalarda tüm yazarlar sorumlu olacaktır.[28] Bu nedenle kurumsal araştırma protokolleri hazırlanırken yazarlık haklarının detaylı ve açık olarak tanımlanmış olması değerlidir. Uzun yıllardır çoğu dergi yönetimi bu nedenle yazarlardan yayının hangi aşamalarda yer aldıklarını açık olarak istemektedir.

Uluslararası sağlık alanındaki dergi editörlerin komitesi (ICMJE) bir yayında yazar olmak için 4 kriterin her birinde kişinin görev almasını öngörmektedir.[28]

Bunlar:

1. Çalışmanın planlanması ve tasarlanması aşamasında veya verilerin toplanması, analiz ve yorumlanması aşamasında önemli görev almış olması;
2. Eserin yazıya dönüşmesinde veya düzenlenmesinde önemli entelektüel katkı sağlamak;
3. Makalenin basıma sunulan son halini okumuş ve onaylamış olmak,
4. Çalışmanın geçerlilik veya bütünlüğü konusunda herhangi bir kısmı ile ilgili soru gelmesi durumunda bunların incelenmesi, çözümlenmesi ve cevap-

lanması konusunda sorumluluk almayı kabul etmektir.

Çalışmalarda araştırma ekibine idari destek verilmesi, genel anlamda denetleme sunmak, teknik destek vb. yazarlık hakkı getirmez, ancak teşekkür kısmında bu kişilerin isimleri ve çalışmaya katkılarına açık olarak ("acknowledgement" kısmında) teşekkür edilir.

"Nationwide electronic health data", "national electronic health data base", "e-nabız", "real-world evidence", "national registry-based study" gibi farklı kelimelerle makale arandığında COVID-19 ile ilişkili yayınlar başta olmak üzere Ulusal sağlık veri tabanının sekonder analizine ait PubMed'de çok sayıda makale yer almaktadır. Bu makalelerde yazar isimleri, çalışılan konu özelinde uzmanlık eğitimi almış kişiler olduğu gibi, farklı disiplinlerden hekim ve diğer sağlık personelinin de yazar olarak yer aldıkları görülmektedir. Makalelerin hemen tümünde Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü yetkililerinin ismi olması ve yayınların etik kurul izinlerinin Sağlık Bakanlığı'ndan alınmış olduğunun belirtilmesi Bakanlık dahilinde bu veri setinin erişimi ve kullanımı konusunda belirli kurallar olduğunu düşündürse de bu kullanım hakkına ilişkin yazılı dokümana ulaşılamamıştır. İleride bu veri tabanlarını kullanarak araştırma yapmak isteyecek kişiler için bu kuralların açıklanması ve rasyonelize edilmesi değerli olacaktır.

Özetle:

2020-2025 yılları arasında Türkiye'de sağlık araştırma politikaları konusundaki değerlendirmede ülkemizdeki önemli açığın sağlık politikaları olmamasından ziyade, politikaların "hedeflendiği şekli ile" sonuçlandırılamaması; süresi içinde araştırmaların nicel ve nitel olarak uygun şekli ile tamamlanamaması; bilimsel araştırma kültürünün yaygınlaştırılamaması ile eş zamanlı olarak "hazır" ekiplerin zamanında ve uygun şekilde desteklen(e)memesi; yapılan araştırmalarda kurumsal "sahiplenme" ve "sürdürülebilirlik" kavramlarının gerçekleşmesinde sorunlar yaşandığı gözlenmektedir.

Ulusal sağlık kayıtları, yerel rutin hizmet verileri, ulusal araştırma verilerinin kullanılması, paylaşılması, raporlanmasında akademisyenlerin verilerin kapsayıcılık, kalite, analizleri ve raporlaması hakkında dile getirilen "güvensizlik" duygusunun araştırma konusundaki motivasyonu azalttığı, ekip çalışmasının tam gerçekleşememesi durumlarında çalışmalardan istenen verimin alınamamasının politika hedeflerine ulaşmayı olumsuz etkilediği düşünülmüştür [19,20,26]. Kanıta dayalı tıp uygulamalarına duyulan ihtiyaç konusundaki genel kabulün kanıta dayalı sağlık politikası uygulamalarında da sağlanması durumunda hem araştırma kalitesinin artıracağı hem de ulusal kaynakların ihtiyaçlar paralelinde ve hakkaniyet temelinde "daha verimli" kullanılmasını sağlayacağı beklenir.

Sağlık araştırma kalitesinin artırılmasında multidisipliner ve transdisipliner çalışmaların artırılması; mezuniyet öncesi/sonrası ve hizmet içi epidemiyoloji ve biyoistatistik eğitimlerinin güçlendirilmesi; eleştirel okuma ve makale yazma eğitimlerinin yaygın ve ücretsiz olarak sunulması; genç akademisyenlerin bu eğitimleri almak konusunda motive edilmesinin önemi açıktır. Halk Sağlığı Anabilim Dalları ve Epidemiyoloji Bilim Dallarının bu tür eğitimlerde aktif rol alması değerli olacaktır.[29]

Sağlık araştırma politikalarında araştırmalara katılımcı sayısının artırılması, bulguların genellenebilirliğinin artırılması, uluslararası kabul gören ve yeni yöntemlerin kullanılabilmesi hedefi ile farklı disiplinlerden araştırma ekiplerinin entegrasyonunun sağlanması, disiplinler arası çalışmaların artırarak ve katma değeri yüksek çıktılar üretmek önemli vurgulanmalıdır. Araştırmalar sadece konu özelinde sonuca gitmekle kalmamalı, araştırma süreçlerinin lisans ve lisansüstü eğitim programlarına devam eden öğrencilere açılması ile nitelikli araştırmacıların yetiştirilmesine katkı sağlaması planlanmalıdır. Araştırma odaklı çalışmalarda lisansüstü eğitimlerin niteliğinin iyileştirmesi ve kurumlarda nitelikli doktoralı elemanlara kadro sağlanması değerlidir. Araştırma üniversitelerinin rutin çalışmaları dahilinde topluma sundukları hizmetlerle ülkeye bilimsel katkıları kadar, mezunları yolu ile farklı sektörlere yönelik yaptıkları bilgi ve teknoloji transferi hizmetlerinin değeri önemle vurgulanmalıdır. Son olarak, araştırma ve yayın etiği standart protokoller şeklinde ele alınmalı ve uygulamalarda eşitlik sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. The Ministry of Health Tobacco Control and Other Additive Substances Control Department. Global Adult Tobacco Survey- 2012. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2014.
2. Gökler ME, Bağcı HH, Keklik K, Ergüder T, Üçüncü İlayda, editors. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Prevalansı: 2017-2023 çalışmalarının karşılaştırılması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2025.
3. Kessler R, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Üstün T. The WHO World Mental Health (WHM) Surveys. Psychiatrie (Stuttg). 2009 Jan;6(1):5–9.
4. Cakir B. COVID-19 in Turkey: Lessons learned. Vol. 10, Journal of Epidemiology and Global Health. 2020.

5. Bayram H, Köktürk N, Elbek O, Kılınç O, Sayıner A, Dağlı E. Interference in scientific research on COVID-19 in Turkey. Vol. 396, The Lancet. 2020.
6. TÜBİTAK 2024-2025 Öncelikli Ar-Ge ve Yenilik Konuları. https://tubitak.gov.tr/tr/kurumsal/politikalar/tubitak-2024-2025-oncelikli-ar-ge-ve-yenilik-konulari Erişim Tarihi: 12.10.2025
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. https://sbsgm.saglik.gov.tr/ Erişim Tarihi: 12.10.2025
8. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı. TÜSEB 2040 Strateji ve Vizyon Çalıştayı Raporu. Temmuz, 2022. TÜSEB Sertifika No: 52277. ISBN: 978-605-72112-0-0
9. Kalkınma Ajansları, Sağlık. https://ka.gov.tr/sayfalar/orta-karadeniz-kalkinma-ajansi-saglik--7-174. Erişim Tarihi: 12.10.2025
10. Türkiye İstatistik Kurumu. TÜİK Stratejik Plan (2024-2028). http://www.sp.gov.tr/tr/stratejik-plan/s/3047/Turkiye+Istatistik+Kurumu+2024-2028 Erişim Tarihi: 12.10.2025
11. Times Higher Education Ülkeler Sıralaması (2025). https://www.timeshighereducation.com/world-university-rankings/2025/world-ranking Erişim Tarihi: 12.10.2025
12. Cakir B. A novel approach to managing COVID-19 patients; results of lopinavir plus doxycycline cohort. Vol. 40, European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. 2021.
13. Cag Y, Icten S, Isik-Goren B, Baysal NB, Bektas B, Selvi E, et al. A novel approach to managing COVID-19 patients; results of lopinavir plus doxycycline cohort. Vol. 40, European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. 2021.
14. Cag Y, Vahaboglu H. A novel approach to managing COVID-19 patients: results of lopinavir plus doxycycline cohort—authors' reply. Vol. 40, European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. 2021.
15. Cag Y, Icten S, Isik-Goren B, Baysal NB, Bektas B, Selvi E, et al. Retraction Note: A novel approach to managing COVID-19 patients; results of lopinavir plus doxycycline cohort. European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases. 2024;43(2).
16. Çakir B. Bias in medical research: Types, classification, sources and control measures: Review (1). Vol. 25, Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2005.
17. Çakir B. Bias in medical research: Types, classification, sources and control measures - Review (2). Vol. 25, Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2005.
18. Özyavuz Alp Ş. COVID-19 ve SARS-CoV-2 konusunda Türkiye kaynaklı bilimsel yayınların metodolojik özelliklerinin ve raporlama kılavuzlarına uyumlarının değerlendirilmesi. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Epidemiyoloji Yüksek Lisans Programı; 2023.
19. von Elm E ADEMPSGPVJSInitiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)statement: guidelines for reporting observational studies. J Clin Epidemiol. 2008;61(4):344–9.
20. Çakır Banu, Korten Volkan, Yazıcı Hasan. The epidemiology and management of COVID-19 disease: A critical apppraisal. Toplum ve Hekim. 2021;36(3):165–79.
21. Çakır Banu. Methodological issues commonly observed in COVID-19-related publications over the pandemic. KLIMIK Derg. 2022;35(4):209–14.
22. Çakır Banu. Conducting risk assessments and case detection in online environments in teh scope of fight with COVID-19. North Clin Istanb. 2024;11(5):492–4.
23. Cakir B. Outcome of COVID-19 in patients with chronic myeloid leukemia receiving tyrosine kinase inhibitors. Vol. 26, Journal of Oncology Pharmacy Practice. 2020.
24. Cakir B. Development and Validation of Clinical Prediction Models to Estimate the Probability of Death in Hospitalized Patients with COVID-19: Insights from a Nationwide Database. Vol. 93, Journal of Medical Virology. 2021.
25. Cakir B. The outcome of COVID-19 in patients with hematological malignancy. Vol. 93, Journal of Medical Virology. 2021.
26. Cakir B. Convalescent plasma (CP) therapy in patients with COVID-19. Vol. 60, Transfusion and Apheresis Science. 2021.
27. Koca Fahrettin. Promotion of scientific research on COVID-19 in Turkey. Lancet. 2020;396(10253):e25–6.
28. ICMJE. ICMJE Recommendations: Who is an author? https://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/ Erişim Tarihi: 12.10.2025
29. İnci Sibel KVH. Eğitimde multidisipliner, disiplinlerarası ve transdisipliner kavramları. Milli Eğitim. 2022;235:2757–72.

Sağlık Mevzuatında 2020 Yılından Sonra Yapılan Değişiklikler

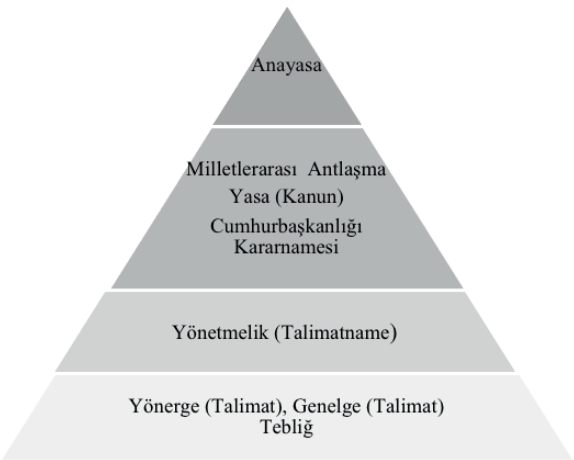
Cemil Özcan, Mithat Temizer

Arapça kökenli olan mevzuat sözcüğü, "konulmuş, vazedilmiş, konu" sözcüğünün çoğulu olmasına karşın hukuk terminolojisi açısından yürürlükte olan kanunları ve diğer kural koyucu metinleri tanımlamak için kullanılmaktadır. Mevzuatın adlandırılmasında kullanılan Osmanlıca eski terimler yerine 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren Türkçe sözcükler kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde nizamname, talimatname, talimat ve tamim sözcüklerinin yerine sırasıyla tüzük, yönetmelik, yönerge ve genelge sözcükleri kullanılmaktadır. Ancak yürürlükten kaldırılmamış eski mevzuatın adlarında eski terimler yer almaktadır.

Mevzuatın yaptırım gücü açısında kendisinden üstün olan diğer hukuk kurallarına aykırı hükümler içermemesi gerekmektedir. Norm hiyerarşisi olarak adlandırılan bu ilke uyarınca yönerge, genelge ve tebliğlerin yönetmeliklere; yönetmeliklerin tüzüklere, tüzüklerin kanun ve kanuna eşdeğer metinlere, kanunların ve kanuna eşdeğer metinlerin anayasaya aykırı hükümler içermemesi kuraldır.

Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemi olarak adlandırılan başkanlık sistemine geçilmeden önce yazılı hukuk kuralları; anayasa, milletlerarası antlaşma, kanun, kanun hükmünde kararname, tüzük, yönetmelik ile yönerge, genelge ve tebliğ gibi metinlerden oluşmaktaydı. Günümüzde olduğu gibi, Milletlerarası antlaşmalar ve kanun hükmünde kararnameler kanuna eşdeğer nitelikte metinler olarak kabul edilmekteydi. Başkanlık sistemi sonrasında kanun hükmünde kararname ve tüzük çıkarma yetkisi olan bakanlar kurulunun bulunmaması nedeniyle Anayasada bu kuralların yerine "cumhurbaşkanlığı kararnamesi" yer almıştır (**Şekil 1**).

2000 yılından günümüze kadar sağlık mevzuatı niteliğinde hiçbir kanun çıkarılmamış, sadece "torba" yasa



Şekil 1. Başkanlık sistemi sonrası norm hiyerarşisi

olarak adlandırılan kanunlar ile yürürlükte olan sağlıkla ilgili bazı kanunlarda değişiklikler yapılmıştır. Halen yürürlükte olan 6 kanun, 2 Cumhurbaşkanlığı kararnamesi, 10 tüzük ve sağlık mevzuatı olmamakla birlikte sağlıkla ilgili düzenlemelerin yer aldığı 33 kanun, 1 KHK, 20 tüzük bulunmaktadır. Doğrudan sağlık mevzuatı niteliğinde ve sağlıkla ilgili hükümler içeren 176 yönetmelik bulunmaktadır. Bu yönetmeliklerden 44 tanesi 2020 yılından sonra yayımlanmıştır. Kanunlar, Cumhurbaşkanlığı kararnameleri ile yönetmeliklerin çoğu günlük olarak çıkarılan Resmi Gazetede yayımlanmaktadır. Yönerge ve genelgeler Resmi gazetede yayımlanmadığı için bunlara tek bir kaynaktan ulaşabilmek olanaklı değildir. 2020 yılı sonrasında 19 yönerge ve 40 genelge çıkarılmıştır. 2020 yılı sonrasında yayımlanan yönetmeliklerin (tablo 1), yönergelerin (tablo 2) ve genelgelerin (tablo 3) listeleri aşağıda verilmiştir.

Tablo 1. Sağlık Bakanlığı Yönetmelikleri Listesi (2020 yılı ve sonrasında)

Yönetmeliğin adı	Resmi Gazete	
Sağlık Bakanlığına ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (Sağlık Bakanlığına ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik)	04.03.2020 (16.06.2017)	31058 (30098)
Hastane Afet ve Acil Durum Planları (Hap) Uygulama Yönetmeliği (Hastane Afet ve Acil Durum Planları (Hap) Uygulama Yönetmeliği)	18.03.2020 (20.03.2015)	31072 (29301)
Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği (Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği)	30.06.2021 (30.12.2010)	31527 (27801)
Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği (Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği) (Farmasötik Müstehzarların Biyoyararlanım ve Biyoeşdeğerliliğinin Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik)	11.12.2021 (19.01.2005) (27.05.1994)	31686 (25705) (21942)
Ruhsatlı Beşeri Tıbbi Ürünlerdeki Varyasyanlara Dair Yönetmelik (Ruhsatlandırılmış veya Ruhsatlandırma Başvurusu Yapılmış Beşeri Tıbbi Ürünlerdeki Değişikliklere Dair Yönetmelik)	18.12.2021 (23.05.2005)	31693 (25823)
Çalışanların Sağlık Gözetimine Yönelik Tıbbi Tetkiklerin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik	20.01.2022	31725
Uzaktan Sağlık hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik	10.02.2022	31746
Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik	10.02.2022	31746
Radyoloji Hizmetleri Yönetmeliği (Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik)	26.04.2022 (05.07.2012)	31821 (28344)
Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik	15.06.2022	31867
Ecza Ticarethaneleri ve Ecza Ticarethanelerinde Bulundurulan Ürünler Hakkında Yönetmelik (Ecza Depoları ve Ecza Depolarında Bulundurulan Ürünler Hakkında Yönetmelik)	15.06.2022 (20.10.1999)	31867 (23852)
Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği)	08.07.2022 (06.09.2014)	31890 (29111)
Sağlık Bilgi Yönetim Sistemleri Hakkında Yönetmelik	25.08.2022	31934
Aşı ve İmmun Serumlar Hakkında Seri Serbest Bırakma Yönetmeliği	30.09 2022	31969
Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik (Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik)	06.10.2022 (03.02.2015)	31975 (29256)
Organ Nakli Hizmetleri Yönetmeliği (Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği)	09.12.2022 (01.02.2012)	32038 (28191)
Çok Disiplinli Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönetmelik	15.12.2022	32044
Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği (Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünler Yönetmeliği)	03.02.2023 (06.10.2010)	32093 (27721) ……..
İyonlaştırıcı Radyasyon ve Radyonüklit Kullanılarak Sunulan Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönetmelik (İyonlaştırıcı Radyasyon ve Radyonüklit Kullanılarak Sunulan Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönetmelik)	13.04.2023 (26.04.2022)	32162 (31821)
Radyasyon Onkolojisi Hizmetleri Yönetmeliği	25.04.2023	32171
Saç Ekimi Birimleri Hakkında Yönetmelik	06.05.2023	32171
Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Yönetmeliği (Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği)	28.04.2023 (26.09.2014)	32182 (29131)

Tablo 1. Sağlık Bakanlığı Yönetmelikleri Listesi (2020 yılı ve sonrasında)(devam)

Yurt Dışından İlaç Temini Yönetmeliği	03.02.2023	32093
Beşeri Tıbbi Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik)	27.05.2023 (13.042013)	32203 (28617)
İleri Tedavi Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği	27.05.2023	32203
Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik)	02.06.2023 (27.02.2015)	32209 (29280)
Homeopatik Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği (Homeopatik Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği)	08.07.2023 (24.12.2021)	32242 (31699)
Özel Sağlık Tesislerinin Denetimi Hakkında Yönetmelik	17.11.2023	32372
Seferberlik ve Savaş Hali Yönetmeliği (Seferberlik ve Savaş Hali Tüzüğü)	22.05.2024 (16.07.1990)	32553 (20576)
Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği (Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği)	06.08.2024 (12.08.2022)	32624 (31921)
Tıbbi Amaçlı Olmayan Belirli Aktif Ürün Gruplarının Yeniden Sınıflandırılmasına İlişkin Yönetmelik	17.08.2024	32635
Beşeri Tıbbi Ürünler ve Özel Tıbbi Amaçlı Gıdaların Geri Çekilmesi Hakkında Yönetmelik (Geri Çekme Yönetmeliği)	23.10.2024 (19.11.2015)	32701 (29537)
Ebelik Yönetmeliği	03.12.2024	32741
Hastane Koordinasyon Kurulu Yönetmeliği	03.12.2024	32741
Türk Eczacılar Birliği Disiplin Yönetmeliği	10.12.2024	32748
Gebe Okulları ile Doğuma Yönelik Hizmetlerin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik Usul ve Esasları **Hakkında Yönetmelik**	13.12.2024	32751
Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği (Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği) Sağlık ve Sağlıkla İlgili Yeni ve kaldırılan Yönetmelikler Listesi	08.01.2025 (07.12.2006)	32776 (26369)
Sağlık Meslek Mensuplarının Serbest Meslek İcrası Hakkında Yönetmelik	29.03.2025	32856
Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik	26.04.2025	32882
İnsan Doku ve Hücrelerinden Elde Edilen Ürünler ve Bu Ürünler ile İlgili Merkezler Hakkında Yönetmelik (Kordon Kanı Bankacılığı Yönetmeliği) (İnsan Doku ve Hücreleri ile Bunlarla İlgili Merkezlerin Kalite ve Güvenliği Hakkında Yönetmelik)	04.09.2025 (05.07.2005) (27.10.2010)	33007 (25886) (27742)
Sağlık Meslek Mensubu Olmayan Personelin Sağlık Personeli Yokluğunda Yapmaya Yetkili Oldukları Acil Tıbbi Müdahaleler Hakkında Yönetmelik (Sağlık Meslek Mensubu Olmayan Personelin Sağlık Personeli Yokluğunda Yapmaya Yetkili Oldukları Acil Tıbbi Müdahaleler Hakkında Yönetmelik)	17.10.2025 (02.03.2016)	33050 (29661)
Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri ve İleri Teknoloji Tıbbi Laboratuvar Uygulamaları Hakkında Yönetmelik (Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği) (Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezleri Yönetmeliği)	24.10.2025 (04.06.2024) (10.01.2020)	33057 (32566) (31004)
Sağlık Hizmetleri Lisans Yönetmeliği	11.11.2025	33074
Sağlık Hizmetlerinde Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik (Sağlık Hizmetlerinde Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik)	12.11 2025 (29.07.2023)	33075 (32263)

Tablo 2. Sağlık Bakanlığı Yönergeleri Listesi (2020 yılı ve sonrasında)

Yönergenin adı	Bakan onayı	
Sağlık Bakanlığı Sosyal Tesisler İşletme Yönergesi	24.01.2020	955
Sağlık Bakanlığı Ön Mali Kontrol İşlemleri Yönergesi	24.07.2020	356
Türkiye Kök Hücre Merkezinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge (Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi Çalışma Esasları Yönergesi)	14.08.2020 (31.07.2009)	967 (30559)
Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastaneler, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ile Hastanelerin Bazı Bölümlerine Ad Verilmesi ve Tabela Esasları Hakkında Yönerge (Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastaneler, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ile Hastanelerin Bazı Bölümlerine Ad Verilmesi ve Tabela Esasları Hakkında Yönerge)	02.09.2020 (16.05.2018)	4145 (2787)
Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü İz Kayıtları Yönetim Yönergesi	08.11.2021	
Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönerge (Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönerge)	11.10.2022 (13.02.2014)	2068 (6586)
Sağlık Bakanlığı Yeni Elektronik Belge Yönetim Sistemi Yönergesi (Sağlık Bakanlığı Elektronik Belge Yönetim Sistemi Yönergesi)	29.12.2022 (02.05.2018)	719 (2082)
Sağlık Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi (SAKOM-İLSAKOM) Yönergesi	02.01.2023	205995293
Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı Harici Personelin Atama Yer Değiştirme Usul ve Esaslarına İlişkin Yönerge (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı Harici Personelin Atama Yer Değiştirme Usul ve Esaslarına İlişkin Yönerge)	08.09.2023 (02.02.2018)	2410678 (663)
Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ve Hizmetler Hakkında Yönerge (Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge)	15.09.2023 (20.02.2013)	4627335 (1488)
Genel Tıbbi İşlemler Yönergesi (Genel Tıbbi İşlemler Yönergesi)	01.07.2024 (13.10.2022)	(1088)
Özellikli Tıbbi İşlemler Yönergesi (Özellikli Tıbbi İşlemler Yönergesi)	01.07.2024 (13.10.2022)	(1087)
Sağlık Tesislerinde Mesai Dışı Sağlık Hizmeti Sunumuna Yönelik Usul ve Esaslar (Sağlık Tesislerinde Mesai Dışı Sağlık Hizmeti Sunumuna Yönelik Usul ve Esaslar)	01.07.2024 (25.08.2022)	(890)
Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları İmza Yetkileri Yönergesi (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları İmza Yetkileri Yönergesi)	17.07.2024 (10.10.2018)	
Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Muhakkiklik Eğitimi Yönergesi	29.11.2024	261021584
Tablo 2 (devam)		
Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Risk Esaslı Denetim Sistemi Koordinatörlüğü Yönergesi	29.11.2024	261023707
Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinin Değerlendirilmesi ve Geliştirilmesine Dair Yönerge (Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinin Verimliliğinin Yerinde Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge	23.05.2025 (06.07.2018)	277164390 (171)
Sağlık Tesisleri Kurum Hedef Katsayısının Belirlenmesine İlişkin Yönerge (Sağlık Tesisleri Kurum Hedef Katsayısının Belirlenmesine İlişkin Yönerge)	23.05.2025 (02.02.2023)	7724646 (32646)
Aile Hekimliği Tarama ve Takip Katsayısına İlişkin Yönerge (Aile Hekimliği Tarama ve Takip Katsayısına İlişkin Yönerge)	29.05.2025 (30.06.2021)	7723519 (1091)

Yönetmelik listelerinde daha önceden yayımlanmış bir yönetmeliği yürürlükten kaldıran yönetmeliğin altında eski yönetmeliğe parantez içinde yer verilmiştir.

Yönerge listelerinde daha önceden yayımlanmış bir yönergeyi yürürlükten kaldıran yönergenin altında eski yönergeye parantez içinde yer verilmiştir.

2020 yılından sonra çıkarılan 44 yönetmeliğin 23'ü ile 19 yönergenin 13'ü, 2020 yılından önce aynı konuda yayımlanan yönetmelikleri ve yönergeleri yürürlükten kaldırarak onların yerine aynı adla ya da adında değişik yapılan güncelleme niteliğinde mevzuattır. 19 yönetmelik ile 6 yönerge daha önce düzenleme yapılmamış konuları kapsamaktadır. Bu yeni yönetmeliklerden biri olan ve 2022 yılında çıkarılan "Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik" ile yerleşmiş bir terminoloji olan sağlık kurum ve kuruluşlarının üç basamak olarak tanımlanması ilk kez mevzuatta yer almıştır. Yönetmeliğe göre hastaların ayaktan veya yataklı teşhis ve tedavilerinin yapıldığı

birinci basamak sağlık kuruluşları olarak, bünyesinde birinci basamak sağlık kuruluşu bulunan ilçe sağlık müdürlüğü, toplum sağlığı merkezi (TSM), aile sağlığı merkezi (ASM), halk sağlığı laboratuvarı (L1ve L2), kurum tabipliği, 112 Acil sağlık hizmeti birimleri, evde bakım merkezleri veya birimler, işyeri sağlık ve güvenlik hizmeti sunulan birimler, belediyelere ait poliklinikler, özel poliklinikler, ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları, üniversiteler bünyesindeki mediko-sosyal birimler, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, eczaneler, muayenehaneler, entegre ilçe devlet hastaneleri (E2 ve E3) yer almaktadır.

Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri (E1), ağız ve diş sağlığı hastaneleri ve merkezleri, özel hastaneler ile tıp merkezleri ve dal merkezleri, diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar, alkol ve madde bağımlılığı tedavi ve eğitim merkezleri, çocuk ergen madde bağımlılığı tedavi merkezleri, gebe okulu, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama birimleri, obezite merkezleri, toplum ruh sağlığı merkezleri ikinci basamak sağlık hizmet sunucuları arasında yer almıştır. Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile devlet ve vakıf üniversitelerine ait hastaneler ise doğrudan üçüncü basamak olarak kabul edilmiştir.

2020'den sonra çıkarılan diğer 19 yönetmelik ve düzenleme konuları kronolojik olarak şöyle sırlanabilir:

Çalışanların Sağlık Gözetimine Yönelik Tıbbi Tetkiklerin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik: 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında yer alan işyerlerinde çalışanların sağlık gözetimine yönelik; olarak ortak sağlık ve güvenlik birimleri, işyeri sağlık ve güvenlik birimleri ve çalışan sağlığı merkezleri tarafından yapılacak tıbbi tetkiklere dair usul ve esaslar.

Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik: Sağlık hizmetinin mekândan ve coğrafyadan bağımsız olarak ve çağdaş tıbbî teknolojiye dayanılarak sunulmasına hizmet etmek üzere; uzaktan sağlık hizmetinin kapsamına, uzaktan sağlık hizmeti sunacak sağlık tesislerine izin verilmesine, uzaktan sağlık bilgi sisteminin geliştirilmesine, tescil edilmesine, sağlık tesislerinin bu kapsamda denetlenmesine ilişkin usul ve esaslar.

Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik: 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununa tabi olanlar dışındaki sağlık meslek mensupları hakkında sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları tıbbî işlem ve uygulamalar nedeniyle yapılacak soruşturmalara ve idare tarafından ödenen tazminatın, görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullandığı kesinleşmiş ceza mahkemesi kararı ile tespit edilmesi halinde ilgilisine rücu edilmesine ilişkin usul ve esaslar ile Mesleki Sorumluluk Kurulunun çalışma şekli.

Sağlık Bilgi Yönetim Sistemleri Hakkında Yönetmelik: Sağlık bilgi yönetim sistemi hizmeti sağlayıcılarının uyacakları kurallara, sağlık bilgi yönetim sistemlerinin alım süreçlerine, standartlarına ve tescil işlemlerinin belirlenmesi ilkeleri.

Aşı ve İmmün Serumlar Hakkında Seri Serbest Bırakma Yönetmeliği: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumuna seri serbest bırakma başvurusu ile gelen numunelerin kabul edilmesi ve dosya incelenmesinin ardından DSÖ kılavuzları, farmakopeler ve EU OCABR kılavuzlarında yer alan analiz metotlarını baz alarak kalite kontrol testlerinin yapılması ve seri serbest bırakma sertifikalarının düzenlenmesinde dikkat edilecek usul ve esaslar.

Çok Disiplinli Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönetmelik: Zihinsel özel gereksinimi olan çocuk ve gençlerin biyopsikososyal takip süreçlerinde rolü olan meslek mensuplarının bir arada hizmet vereceği çok disiplinli çocuk ve genç ruh sağlığı merkezleri açacak sağlık tesislerine izin verilmesi, merkezlerin açılması, faaliyetleri ve denetlenmesi.

Yurt Dışından İlaç Temini Yönetmeliği: Hastalar için sağlığın yüksek seviyede korunmasını esas alarak, ülkemizde henüz ruhsatlı olmayan veya ruhsatlı olup da çeşitli sebeplerle piyasada bulunmayan beşeri tıbbi ürünlerin, yurt dışından şahsi kullanım amacıyla reçeteli olarak temin edilmesi ve hastanelerin yurt dışından toplu olarak ilaç teminine ilişkin usul ve esaslar.

Radyasyon Onkolojisi Hizmetleri Yönetmeliği: Sağlık Bakanlığına, üniversitelere ve özel hukuk tüzel kişilerine ait radyasyon onkolojisi hizmeti sunulan sağlık kurum ve kuruluşlarında tetkik, teşhis ve tedavi amaçlı uygulanan radyasyon onkolojisi klinik hizmetlerinin planlanması, sınıflandırılması ile bu hizmetlerin sunulduğu sağlık kurum ve kuruluşlarının faaliyetlerine, standartlarına ve denetlenmesine ilişkin usul ve esaslar.

Saç Ekimi Birimleri Hakkında Yönetmelik: Saç ekimi birimlerinin açılmasına, saç ekimi uygulamasına ait asgari standartlar ile saç ekimi birimlerinde görev yapa-

Tablo 3- Sağlık Bakanlığı Genelgeleri Listesi (*2020 yılı ve sonrasında*)

Genelgenin adı	Yayım Tarihi
Çocuklara Yönelik Mikrobesin Destek Programları Genelgesi	2020 / 3
Gebelere Demir ve D Vitamini Destek Uygulamaları Genelgesi	2020 / 4
Kamu Zararı Genelgesi	2020 / 5
Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemleri	2021 / 1
Prematüre Retinopatisi (ROP) Hizmetleri Genelgesi	2021 / 2
Kalp Krizi Geçiren Vakaların Yönetimi Genelgesi	2021 / 3
Kronik Yara Bakım Hizmetleri	2021 / 4
Çocuk Kalp Hastalıkları Merkezleri Hizmetleri Genelgesi	2021 / 5
Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) Genelgesi	2021 / 7
Bebek ve Küçük Çocuk Beslenme Programları	2021 / 10
Yenidoğanlarda K Vitamini Uygulaması	2021 / 11
Merkezi Hekim Randevu Sistemi MHRS	2021 / 12
Denetimli Serbestlik Tedavi Hizmetleri	2021 / 13
Genetik Veri Paylaşımı	2021 / 14
Tıbbi Cihaz Yönetmeliklerine ilişkin Genelge	2022 / 1
Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemleri Genelgesi	2022 / 2
Engelli Hastalara Yönelik Ağız ve Diş Sağlığı Hizmet Birimleri Genelgesi	2022 / 3
İdari Hizmet Binası Kiralama İşlemleri Hakkında Genelge	2022 / 5
Ev Hemodiyalizi Genelgesi	2022 / 7
Kronik Yara Bakım Hizmetleri Genelgesi	2022 / 8
4924 Sözleşmeli Personel Hakkında Genelge	2023 / 1
Uzmanlık Öğrencilerinin Uzmanlık Tezi ve Bilimsel Çalışmaları Genelgesi	2023 / 2
Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE) Genelgesi	2023 / 3
Yatağa Bağımlı Kişiler İçin Durum Bildirir Tek Hekim Raporu Genelgesi	2023 / 4
Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri (YAŞAM) Genelgesi	2023 / 5
Sağlık Kabinleri Hakkında Genelge	2023 / 7
Öğretim Üyesi Tabiplerin Muayenehane Açma Başvuruları Hakkında Genelge	2023 / 8
Bakanlık Müfettişleri ve Faaliyetleri Genelgesi	2023 / 9
Soybağının Tespiti Testi Genelgesi	2024 / 2
Merkez Teşkilatı Konut Tahsisi Genelgesi	2024 / 3
Taşra Teşkilatı Konut Tahsisi Genelgesi	2024 / 4
Yetki Devri Genelgesi	2024 / 5
Mevzuat Hazırlama Usul ve Esasları Genelgesi	2024 / 6
Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Tesislerinin Hizmet Rollerinin Belirlenmesi ve Planlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar Genelgesi	2024 / 7
Uzaktan Hasta Değerlendirmesi (UHD) Genelgesi	2024 / 8
Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Genelgesi	2024 / 11
Aile Hekimliğine Geçişte Muvafakat İşlemleri Hakkında Genelgesi	2025 / 1
Ticari Alanların Kiraya Verilmesi Genelgesi	2025 / 3
Hasta Sevk Süreçlerinin Koordinasyonu Genelgesi	2025 / 5
Teftiş ve Denetim Faaliyetlerinin Yürütülmesi Genelgesi	2025 / 6

cak personelin belirlenmesi ve saç ekimi birimlerinin denetlenmesi.

Özel Sağlık Tesislerinin Denetimi Hakkında Yönetmelik: Sağlık hizmet sunumunun ve sağlık hizmeti sunan gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişilerine ait sağlık kurum, kuruluş ve müesseselerin ilgili mevzuat ve Sağlık Bakanlığınca belirlenen politika ve düzenlemelere uygunluğunun denetlenmesine ve uygulanacak idari yaptırımlara ilişkin usul ve esasları.

Tıbbi Amaçlı Olmayan Belirli Aktif Ürün Gruplarının Yeniden Sınıflandırılmasına İlişkin Yönetmelik: Tıbbi Cihaz Yönetmeliğinde listelenen tıbbi amaçlı olmayan belirli aktif ürün gruplarının yeniden sınıflandırması.

Ebelik Yönetmeliği: Ebelerin eğitim durumlarına göre yer aldıkları sağlık hizmet sunumu süreçlerinde yapabilecekleri ebelik uygulamalarını, görevlerini, yetkilerini ve sorumlulukları.

Hastane Koordinasyon Kurulu Yönetmeliği: Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde kurulacak olan hastane koordinasyon kuruluna ilişkin esaslar ile karar ve toplanma yeter sayılarını, üyelerinin niteliklerini, çalışma usul ve esaslar.

Türk Eczacılar Birliği Disiplin Yönetmeliği: Eczacı odalarına kayıtlı olan üyeler ile kayıt zorunluluğu bulunmasına rağmen odaya kayıt yaptırmayan eczacıların disiplin cezalarını gerektiren fiil ve haller, disiplin soruşturması ile oda haysiyet divanları ve TEB Yüksek Haysiyet Divanının çalışma usul ve esasları.

Gebe Okulları ile Doğuma Yönelik Hizmetlerin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik: Doğuma hazırlık, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bazı hizmetler ile eğitim ve danışmanlık hizmetlerini belirlemek, bu hizmetlerin sunum standartlarını oluşturmak ve gebe okullarının açılması, faaliyet göstermesi konuları.

Sağlık Meslek Mensuplarının Serbest Meslek İcrası Hakkında Yönetmelik: Sağlık meslek mensuplarının serbest meslek icrası için açacakları sağlık meslek hizmet birimleri ile bu birimlerin tıbbi ve teknik standartları, açılmaları, faaliyetleri, denetimleri ve kapatılmaları ile ilgili usul ve esaslar.

Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik: Uluslararası sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında uluslararası düzeyde sunulan sağlık hizmetlerinin asgari hizmet sunum standartlarının belirlenmesi, uluslararası sağlık turizmi hizmetlerinde faaliyet yürütecek sağlık kuruluşları ile aracı kuruluşların yetkilendirilmesi ve bu faaliyetlerin denetlenmesine ilişkin usul ve esaslar düzenlenmiştir.

Sağlık Hizmetleri Lisans Yönetmeliği: Sağlık Bakanlığının planlamaları çerçevesinde, gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine sağlık alanında belirli bir hizmeti verebilme veya hastane ve benzeri özel sağlık kuruluşları açabilme yetkisi veren lisanslara ilişkin usul ve esasları belirlemek amacıyla çıkarılmıştır.

Sağlık Hizmetlerinde Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik: Sağlık hizmetlerinde tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerine ilişkin temel ilke ve ölçütlerin belirlenmesi, bu faaliyetlerin denetlenmesi ve uygulanacak yaptırımlara ilişkin usul ve esasların düzenlenmesi amacıyla çıkarılan hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, ebe ve optisyen ile 1219 sayılı yasada yer alan diğer meslek mensuplarının, özel sağlık tesisleri için hasta kabul ve tedavi edilen uzmanlık dalları, adres ve iletişim bilgileri ile hizmet verilen sağlık alanıyla ilgili sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikteki bilgileri, hekimler için ise mesleki ve akademik unvanı ile 1219 sayılı Kanunda belirlenen ana dal ve yan dal uzmanlıklarını, muayene gün ve saatlerini, hasta kabul ettiği zaman ve mahal bilgisini ve sunmaya yetkili oldukları sağlık hizmetiyle ilgili sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikteki bilgilere izin verilmesi ancak yanıltıcı ve aldatıcı olmayan, insan sağlığını tehlikeye düşürmeyen, talep ve haksız rekabet ortamı yaratmayan ve reklam tanımı kapsamına girmeyen faaliyetleri dışında kalan bir ürün veya hizmete talep yaratmak veya talebi artırmak ve kişileri ikna etmek amacıyla görsel, işitsel ve benzeri yollarla gerçekleştirilen ticari amaçlı pazarlama iletişimi niteliğindeki duyurular yasaklanması.

Diğer 2020'den sonra çıkarılan 6 yönerge ve düzenleme konuları kronolojik olarak şunlardır:

Sağlık Bakanlığı Sosyal Tesisler İşletme Yönergesi: Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatına ait sosyal tesislerin kurulmasına, yönetilmesine, işletilmesine ve sosyal tesis hizmetlerinden yararlanılmasına, ilgili mevzuat kapsamında muhasebe, defter ve kayıtların tutulmasına, hesap verilebilirlik açısından denetim birimlerine ve diğer bilgi kullanıcılarına sunulmasına dair usul ve esaslar.

Sağlık Bakanlığı Ön Mali Kontrol İşlemleri Yönergesi: Bakanlık merkez ve taşra harcama birimleri ve Strateji Geliştirme Başkanlığınca yürütülecek genel bütçe kaynaklı alımların ön malî kontrol faaliyetlerine ilişkin ilke, iş, işlem ve süreçleri.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü İz Kayıtları Yönetim Yönergesi: Sağlık

Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından işletilen bilgi sistemleri üzerinde gerçekleştirilen iş ve işlemlerin takip edilebilirliğini sağlamak maksadıyla; her seviyedeki sistem bileşeni tarafından üretilmesi gereken iz kayıtlarının asgari düzeyde içeriğini, bu kayıtların saklama süresi ve koşullarını belirlemek.

Sağlık Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi (SAKOM-İLSAKOM) Yönergesi: Bakanlık Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi (SAKOM) ve İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde kurulan İl Sağlık Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi (İI SAKOM)'un teşkilatlanması, kuruluşu, çalışma esasları ile görev, yetki sorumluklarını düzenlemek.

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Muhakkiklik Eğitimi Yönergesi: Bu yönergenin amacı; muhakkiklik eğitimlerinin, ilke ve hedeflerini tespit etmek, söz konusu eğitimlerin planlanması, uygulanması, eğitim sonu katılımcıların değerlendirilmesine ilişkin usul ve esaslar.

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Risk Esaslı Denetim Sistemi Koordinatörlüğü Yönergesi: Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Risk Esaslı Denetim Sistemi Koordinatörlüğünün organizasyon yapısı ve görevleri ile çalışma usul ve esaslarını düzenlemek.

2020–2025 Dönemi Türkiye Aile Hekimliği Sistemi ile İlgili Mevzuat Değişiklikleri

Türkiye'de aile hekimliği sistemi, 2020–2025 döneminde önemli yasal düzenleme değişikliklerine sahne olmuştur. Bu dönemde özellikle pandemi koşullarının getirdiği ihtiyaçlar ve Sağlıkta Dönüşüm Programı politikaları çerçevesinde aile hekimlerinin çalışma koşullarını, görevlerini ve özlük haklarını etkileyen mevzuat değişiklikleri gerçekleştirilmiştir.

5 Eylül 2020 tarihinde, Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'nde pandemi koşullarına özgü bir değişiklik yapılarak aile hekimliği çalışanlarına 1 Ağustos 2020'den itibaren geçerli üç aylık bir ek ödeme imkânı tanınmıştır.[1] Bu düzenleme ile ayrıca 1 Haziran 2020'den itibaren COVID-19 hastası olan veya temaslı kabul edilen aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının hastalık izni dönemlerinde ücret kesintisi yapılmaması hükme bağlanmıştır (1). Söz konusu ek ödemelerin miktarı ve koşulları performansa dayalı olarak belirlenmiş; İstanbul Tabip Odası gibi meslek örgütleri ise bu ödemelerin şartsız ve adil dağıtılmasını talep ederek performansa dayalı yöntemi eleştirmiştir.[2]

Pandemiyle mücadelenin devamı niteliğinde, 15 Temmuz 2021 tarihinde Resmî Gazete'de yayımlanan bir kararla aile hekimleri için yeni bir ek ödeme kararı alınmıştır. Sağlık Bakanlığı, 1 Temmuz 2021'den itibaren 3 ay süreyle COVID-19 aşılama faaliyetlerini de dikkate alarak, sözleşmeli aile hekimlerine aylık net 3.000 TL'ye kadar, aile sağlığı çalışanlarına ise 1.500 TL'ye kadar ilave ücret ödeneceğini duyurmuştur. Bu karar, aile hekimlerine pandemi dönemindeki aşılama ve filyasyon katkıları için merkezi bütçeden destek sağlanmasını amaçlamış ve ilgili yönetmelik hükümlerine geçici istisnalar tanımıştır.[3]

Pandemi döneminin hemen sonrasında, aile hekimliği mevzuatında en kapsamlı değişikliklerden biri 30 Haziran 2021 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği, 30/06/2021 tarih ve 31527 sayılı Resmî Gazete'de Cumhurbaşkanı Kararı ile yayımlanarak 1 Temmuz 2021 itibarıyla yürürlüğe konmuştur.[4] Bu yeni yönetmelik, daha önce yürürlükte olan 2010 tarihli ödeme-sözleşme yönetmeliğini ilga ederek, aile hekimlerinin çalışma esasları, performans kriterleri ve sözleşme hükümlerinde önemli yenilikler getirmiştir.

Hastalık Yönetim Platformu (HYP): Yönetmeliğin getirdiği en dikkat çekici yeniliklerden biri, kronik hastalıkların takibine ilişkin olarak aile hekimlerine yeni sorumluluklar yüklenmesidir. Yönetmelik yayımlandıktan kısa süre sonra Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan *"Aile Hekimliği Tarama ve Takip Katsayısına İlişkin Yönerge"* ile birlikte, aile hekimlerine kayıtlı 18 yaş üstü nüfusta hipertansiyon, diyabet, obezite ve kardiyovasküler risk taraması yapma; 65 yaş üstü kişilerde yaşlı sağlığı taraması uygulama ve bu tarama ile takip verilerini Hastalık Yönetim Platformu (HYP) adı verilen ulusal sisteme yükleme görevi verilmiştir. Bu düzenleme ile aile hekimlerinin rutin poliklinik hizmetlerine ek olarak, kronik hastalık tarama ve izlemlerini kanıta dayalı kılavuzlara uygun şekilde yapması ve verileri HYP üzerinden merkezi sisteme aktarması zorunlu kılınmıştır. Bakanlık, HYP uygulamasını ilk olarak 1 Ocak 2021'de pilot olarak başlatmış, 1 Temmuz 2021 itibarıyla ülke genelindeki tüm aile sağlığı merkezlerinde yaygın kullanıma açmıştır.[5,6] Bu sayede bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların takibi standardize edilmeye ve 2025'e kadar 70 yaş altı kronik hastalık ölüm oranlarının %25 azaltılması hedeflenmiştir.[5] HYP ile ilgili düzenleme, kronik hastalıkların kontrolü yönünde önemli bir adım olmakla birlikte, aile hekimleri örgütleri ve meslek örgütlerince iş yükü ve altyapı sorunları açısından eleştirilmiştir.[6]

Performans ve İhtar Puanı Sistemi: 2021 tarihli yönetmelik, aile hekimlerinin sözleşme yenileme ve fesih koşullarını performansa dayalı ihtar puanı sistemine

sıkı biçimde bağlamıştır. Önceki uygulamada 200 ihtar puanı olan sözleşme fesih eşiği 150 puana düşürülmüş, herhangi bir kural ihlalinin ikinci tekrarında ihtar puanlarının iki kat artırılacağı hükme bağlanmıştır. Ayrıca entegre (nöbet hizmeti verilen) sağlık merkezlerinde, mazerete bakılmaksızın beş nöbet görevini yerine getirmeme halinde sözleşmenin doğrudan feshedilebileceği yeni bir fesih nedeni olarak eklenmiştir. Bu düzenlemeler sağlık meslek örgütlerince, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının iş güvencesini zayıflatan hükümler olarak değerlendirilmiştir.[7]

Basın Açıklamaları: Aynı yönetmelikle ilk kez getirilen tartışmalı maddelerden biri de aile hekimlerinin basına veya sosyal medyaya izinsiz açıklama yapmaları durumunda ağır cezai sonuç öngörülmesidir. Yönetmeliğin ekindeki ihtar puanı cetveline, *"idarenin izni olmaksızın görevleri hakkında basına, haber ajanslarına, radyo/TV kurumlarına veya sosyal medyaya bilgi ya da demeç vermek"* fiilinin karşılığının 50 ihtar puanı olacağı hükmü konulmuştur. Gerek ulusal anayasal düzenlemeler gerek evrensel hukuk normları uyarınca ifade ve haberleşme özgürlüğünün korunması gerektiğini belirten aile hekimleri ve meslek örgütleri (TTB, AHEF), bu maddeye sert tepki göstermiş ve "ceza yönetmeliği" olarak adlandırdıkları düzenlemedeki bu hükmün de geri çekilmesini talep etmişler ve devamında dava açmışlardır[8,9]

Yukarıdaki yenilikler bağlamında, 2021 yönetmeliği Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir parçası olarak aile hekimliği sisteminde yeni bir faza geçildiğinin işareti sayılabilir. Bu yönetmelik, koruyucu sağlık hizmetleri ve kronik hastalık yönetimi yükünü artırırken, aynı zamanda disiplin ve performans hükümleriyle aile hekimlerinin mesleki özerklik ve güvence algısını etkilemiştir. Nitekim, AHEF ve Türk Tabipleri Birliği yönetmeliğin iptali için yargı yoluna başvurmuş; bu süreçte bazı hükümler yargı kararlarına konu olmuştur. 2021 yılında getirilen düzenlemelerin bazıları yargı denetimine takılmıştır. Özellikle sözleşme fesih nedenlerinin yönetmelikle belirlenmesi meselesi, yürütmenin yetki alanı açısından Anayasa'ya aykırılık iddiasıyla dava edilmiştir. Danıştay İkinci Dairesi, önüne gelen iptal davasında 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu'nun 8. maddesindeki bir ifadeyi Anayasa Mahkemesi'ne taşıyarak, idarenin sözleşme fesih nedenlerini tek başına düzenleme yetkisinin Anayasa'nın yasa koyucuya tanıdığı yetki sınırlarını aşabileceğini belirtmiştir.

Anayasa Mahkemesi, 21/06/2022 tarihinde E.2022/43 numaralı dosyada bu itirazı karara bağlamış ve kanunun 8. maddesinin ikinci fıkrasında yer alan *"...sözleşmenin feshini gerektiren nedenler,..."* ibaresini iptal etmiştir. Kararın gerekçesinde, temel hak ve özgürlüklerle yakından ilişkili olan iş güvencesine dair nedenlerin kanunla düzenlenmesi gerektiği, bu hususun alt düzenleyici işlem olan yönetmeliğe bırakılmasının "kanunilik ilkesine aykırı" olduğu vurgulanmıştır.[10] İptal kararı 5 Ağustos 2022 tarihli 31914 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Anayasa Mahkemesi'nin bu iptal kararı, aile hekimliği mevzuatında yeni bir yasal düzenleme ihtiyacını gündeme getirmiştir. Zira iptal ile birlikte, kanunun 8. maddesinde sözleşme fesih nedenlerine dair açık bir hüküm kalmamıştır. Bu boşluğun doldurulması amacıyla Sağlık Bakanlığı ve yasama organı nezdinde çalışmalar başlatılmış, 2023 ve 2024 yıllarında kanun değişiklikleri gündeme alınmıştır. Öte yandan, Anayasa Mahkemesi kararının ardından Danıştay da 2021 yönetmeliğinin bazı ilgili maddelerinin yürütmesini durdurmuş; örneğin "70 puan altı performans durumunda sözleşmenin yenilenmemesi" kuralı ve "aile hekiminin görevde kalmasında sakınca görülürse 3+3 ay görevden uzaklaştırılması" kuralı yargı kararıyla geçici olarak uygulanamaz hale gelmiştir. Bu yargı kararları, idareyi ilerleyen dönemde mevzuatı revize etmeye yöneltmiştir.

Aile hekimliği sistemine ilişkin düzenlemeler 2022 yılında kısmen revize edilerek, teşvik mekanizmaları yürürlüğe konulmuştur. 25 Ağustos 2022 tarihli ve 31934 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan *"Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik"* ile performansa dayalı ek ödeme kalemleri eklenmiştir.[11] Bu yönetmelik değişikliğiyle aile hekimliği birimi başına düşen günlük ortalama muayene sayısına göre "teşvik ödemesi" verilmesi hükmü konulmuştur. Bir aile hekimi biriminde hekimin günlük ortalama muayene sayısı belli eşikleri aştığında, örneğin günde 76 ve üzeri hasta baktığında tavan ücretin %42'sine kadar ilave ücret alabilecektir. Daha düşük hasta sayıları için kademeli oranlar belirlenmiştir (41–50 arası için %10, 51–60 arası %21, 61–75 arası %31 teşvik). Aile sağlığı çalışanları için de 40 ve üzeri hasta izlemi durumunda %1.5–%3 oranlarında benzer teşvik ödemesi öngörülmüştür. Ancak son bir yılda aile hekimi herhangi bir cezai puan almışsa bu destek ödemesi geçici süreyle kesilecektir. 1–10 arası ihtar puanı olan hekimler 1 ay, 11–20 arası puan alanlar 2 ay, 21 ve üzeri puan alanlar 3 ay süreyle destek ödemesinden mahrum bırakılacaktır. Benzer bir uygulama aile sağlığı çalışanları için de getirilmiş; cezasız personele tavan ücretin %3'ü oranında destek ödemesi tanımlanmıştır.

Bu 2022 değişiklikleri, aile hekimlerine günlük hasta muayene sayısı ve ceza puanı almama prensibine da-

yalı bir finansal motivasyon sistemi getirmiştir. İlgili yönetmelik md. 1/a-11'da açıklandığı üzere, Sağlık Bakanlığı, halk sağlığının geliştirilmesine katkı ve düzenli hizmet sunumu gibi unsurları teşvik etmeyi amaçladığını belirtirken (*"Aile hekimlerine, halk sağlığının geliştirilmesine destekleri, halkın birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmaları ve düzenli hizmet sunumuna katkıları nispetinde ödüllendirilmeleri ve motivasyonlarının sürdürülmesi amacıyla destek ödemesi yapılır.(…)"*), aile hekimleri örgütleri bu düzenlemelerin iş yükünü artırabileceğini ve cezalandırma mekanizmasıyla iç içe geçtiğini vurgulamıştır.[12]

2023 yılı, aile hekimliği alanında kanun düzeyinde önemli değişikliklerin yapıldığı bir dönem olmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı bir torba yasa kapsamında, 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununun bazı maddeleri revize edilmiş ve aile hekimliği hizmetinin kapsamı genişletilmiştir. 15 Temmuz 2023'te yürürlüğe giren 7456 sayılı Kanun, aile hekimliği sistemine ağız ve diş sağlığı ile geriatri (yaşlı sağlığı) hizmetlerinin entegrasyonunu öngören hükümler içermektedir.[13] Aile Hekimliği Kanununun değiştirilen 7. maddesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkililiğini artırmak amacıyla aile hekimliği bünyesinde birinci basamak diş hekimliği ve yaşlı sağlığı hizmetleri planlaması yapılabileceğini hükme bağlamıştır. Buna göre, Sağlık Bakanlığı uygun gördüğü nüfus grupları ve bölgelere göre ağız-diş sağlığı ve yaşlı sağlığı hizmetlerini aile hekimliği sistemine entegre edebilecektir. Birinci basamak diş hekimleri ve gerektiğinde diğer sağlık meslek mensupları, aile hekimliği kanunu kapsamında sözleşmeli personel olarak çalıştırılabilecek; bunların statü, hak ve yükümlülükleri aile hekimlerine ilişkin esaslara tabi olacaktır. Bu düzenleme ile hukuken aile hekimliği modelinin kapsamının genişletilmesi hedeflenmiş; henüz uygulamada ülke çapında başlamamakla birlikte, pilot düzeyde "aile diş hekimliği" uygulamalarının önü açılmıştır.[14]

Aynı yasal değişiklik paketi, aile hekimlerinin ve aile sağlığı çalışanlarının disiplin işlemleri ve özlük haklarına dair bazı iyileştirmeler de getirmiştir. Örneğin, sözleşmeli aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının asli kadrolarında ücretsiz izinli sayılmalarına dair hüküm kanuna eklenerek kurumsal statüleri netleştirilmiştir (7456 s. Kanun m.13). Ayrıca disiplin kurullarının teşkili ve disiplin cezalarının usulüne ilişkin çerçeve hükümlerin yönetmelikle düzenleneceği belirtilmiştir. Bu hükümler, 2021 yönetmeliğiyle getirilen ceza puanı sistemi ve yaptırımlara yasal dayanak sağlama amacı taşımaktadır. Nitekim, Anayasa Mahkemesi'nin iptal ettiği "fesih nedenleri yönetmelikle belirlenir" ibaresinin ardından, disiplin ve performans kriterlerinin kanuna dayanması için kanun metnine bu şekilde genel yetki ve usul hükümleri eklenmiştir.

Özetle, 2023 yılında yürürlüğe konan yasa değişiklikleri, aile hekimliği modelini hem hizmet kapsamı (diş hekimliği, yaşlı sağlığı entegrasyonu) açısından genişletmiş hem de yasal dayanıklılığını artırma amacı taşımıştır. Bu değişiklikler, uygulamada hazırlık gerektiren yenilikler olduğundan 2023 sonu itibarıyla sahada tam olarak hayata geçmiş olmasa da mevzuat altyapısı oluşturulmuştur.

2024 yılı, aile hekimliği sözleşme ve ödeme esaslarında performans odaklı düzenlemelerin daha da arttığı bir yıl olmuştur. Sağlık Bakanlığı, aile hekimliği uygulamasından beklenen hizmet kalitesini yükseltmek ve sağlık göstergelerini iyileştirmek gerekçesiyle 30 Ekim 2024 tarihinde kapsamlı bir yönetmelik değişikliği yapmıştır.[15] 30/10/2024 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanarak 1 Kasım 2024'te yürürlüğe giren bu değişiklikler, 2021 yönetmeliğinin performans hükümlerini genişletmiş ve bazı yeni ölçütler getirmiştir. Bu ölçütler:

Lohusa İzlemi ve Hastalık Takibi: Yeni düzenlemeye göre doğum yapmış kadınların lohusalık sürecinde aile hekimince ziyaret edilmemesi performans kesintisine sebep olacaktır.

Hasta Memnuniyeti, Akılcı İlaç Kullanımı ve Diğer Sağlık Kurumlarına Başvuru: Hekimlerin performans değerlendirmesine hastaların memnuniyet puanları ve akılcı ilaç kullanımı durumları da dahil edilmiştir. Muayene sonrası aile hekiminin hastadan aldığı puan ortalaması ve hekimin akılcı ilaç kullanım durumu, hekimin teşvik ödemesini etkileyecektir. Ayrıca hastanın aile hekiminin takibi yerine başka bir sağlık kurumuna başvurması durumu da teşvik ödemelerini azaltıcı bir faktör olarak ele alınmaya başlanmıştır.

Nüfus Katsayısı ve Ücret: Aile hekimine kayıtlı nüfusun üst sınırı 4000'den 3500'e düşürülmüştür. Bu değişiklik, bir hekime düşen kişi sayısını azaltarak hizmet kalitesini artırmayı hedeflerken, nüfus düşüşünün aile hekimi ücretlerine yansıması da yeniden düzenlenmiştir. Sonuç olarak nüfus azaldıkça maaşın da orantılı düşeceği bir hesaplama formülü mevcuttur.

Takipsiz Hasta Kesintisi: En tartışmalı düzenlemelerden biri, belirli süre doktora gelmeyen hastalar için hekimin ücretinden kesinti yapılmasıdır. İlk yayımlandığında 6 ay boyunca muayeneye gelmeyen kayıtlı bir hasta için aile hekimine yapılan ödemede kesinti yapılacağı belirtilmişti. Bu madde, aile hekimlerine nüfuslarındaki "aktif olmayan" hastaları bile polikliniğe

çağırma zorunluluğu getirdiği için eleştirildi. Nitekim Temmuz 2025'te yapılan güncellemede bu süre *6 aydan 12 aya* çıkarılarak kriter bir nebze esnetildi.

İlgili yönetmeliğe tepki olarak, AHEF ve diğer sağlık örgütleri 5-7 Kasım 2024 tarihleri arasında Aile Hekimliklerinde iş bırakma kararı almışlardır.[16] Ayrıca ilgili yönetmelikte günlük muayene sayısına göre ek ödeme formülünün sigma karakteri içermesi sebebiyle, yönetmelikten kamuoyunda "sigma formüllü yönetmelik" olarak bahsedilmiştir.[17]

Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği kapsamında belirtilen yukarıdaki değişiklikler paralelinde, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde de değişiklikler yapılmıştır. 21 Şubat 2025 tarihli 32820 sayılı Resmî Gazete'de, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde değişiklik yapılarak, 2024 sonunda getirilen yeni politikalar uygulama yönetmeliğine entegre edilmiştir.[18] Bu kapsamda, aile hekimi başına kayıtlı kişi sayısının azami 3.500 olarak sınırlandırılması kuralı yönetmeliğe eklenmiştir. Ayrıca illerin ihtiyaç durumuna göre aile hekimlerinin haftalık en fazla 30 saate kadar acil nöbeti tutabileceği, entegre sağlık hizmeti sunulan yerlerde ayda en az 96 saat (ve en az 5 ayrı gün) nöbet görevi planlanabileceği belirtilmiştir. Ancak, 2021'deki sert hüküm yumuşatılarak 96 saatlik nöbet koşulunu gün bazında tutturamayan hekimlere, kendi talebi halinde bu açığı tamamlama imkânı tanınmıştır. Resmî Gazete'de yayımlanarak Temmuz 2025'te yürürlüğe giren düzenlemelerle, yukarıda değinilen *"6 ay hasta muayene etmeme"* eşiği 12 aya çıkarılmıştır. Böylece, bir hastanın en az 1 yıl boyunca hiç aile hekimine başvurmaması halinde hekimin ödeme katsayısında kesinti yapılacağı hükmü getirilmiş; 6 aylık periyot uygulanmamıştır. Ayrıca aile sağlığı elemanlarına yapılan teşvik ödemelerinde de oranlar yeniden belirlenerek daha uygulanabilir hale getirilmiştir.[19] Danıştay tarafından iptal edilip yürürlükten kaldırılmış olan bazı hükümler, 2025 yılında hukuki zemini güçlendirilerek tekrar yönetmeliğe konulmuştur. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği'nin 06/09/2025 tarihli değişikliği, daha önce yargı kararıyla durdurulan *"performans puanı 70 altında kalan aile hekiminin sözleşmesinin yenilenmemesi"* kuralını yeniden yürürlüğe sokmuştur.[20]

Son olarak, Eylül 2025 değişiklikleri aile hekimlerinin mali haklarında önemli bir iyileştirmeyi de beraberinde getirmiştir. Daha önce aile sağlığı merkezlerinin cari gider ödeneğinden karşılanması beklenen kıdem tazminatı ve fazla mesai ücretleri gibi personel maliyetleri, yeni yönetmelikle tamamen Bakanlık tarafından ödenir hale getirilmiştir. Önceden işten ayrılan yardımcı personelin kıdem tazminatı aile hekiminin cebinden karşılanmakta iken, 2025 itibarıyla bu yükün aile hekimlerine yüklendiği uygulamadan vazgeçilmiştir. Bu değişiklik, aile hekimleri tarafından olumlu karşılanan bir gelişme olup, yeni yönetmelikteki belki de en olumlu düzenleme olarak ifade edilmiştir.[21]

Sonuç ve Değerlendirme

2020–2025 döneminde Türkiye'de aile hekimliği sisteminin mevzuat altyapısında köklü değişiklikler yapılmıştır. Pandemi koşullarında başlayan bu süreç, aile hekimlerine ek mali destek sağlama adımlarıyla açılmış; akabinde 2021'de performans ve ceza odaklı yeni bir yönetmelik düzeni getirilmiştir. Sonraki yıllarda, getirilen kuralların bir kısmı yargı denetimine tabi olmuş ve bu da kanun düzeyinde düzenleme gerekliliğini doğurmuştur. 2023 yılında yapılan yasa değişiklikleri ile sistemin yasal sınırları genişletilmiş, 2024–2025'te ise performans yönetimi daha rafine hale getirilerek idare ile aile hekimleri arasında denge kurulmaya çalışılmıştır. Hastalık Yönetim Platformu (HYP), bu dönemdeki dönüşümü temsil etmiş ve kronik hastalık odaklı birinci basamak hizmet modeline geçişin aracı olmuştur. Tüm bu değişiklikler, aile hekimliği uygulamasını sadece kurumsal olarak değil, aynı zamanda hizmet sunumu olarak da etkilemiştir: Koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelendiği, performansın yakından izlendiği ve aynı zamanda sorumluluk alanının genişletildiği bir yapıya evrilme söz konusudur. Nitekim Sağlık Bakanı Kemal Memişoğlu da koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemi vurgulamıştır.[22]

Bu konuda vurgulanması gereken en önemli noktalardan biri, kısa sürede aile hekimliğini belirleyen kanun ve yönetmeliklerde bu kadar çok değişikliğin yapılması ve bu değişikliklerden bir kısmının Danıştay ve AYM tarafından iptali; ilgili mevzuat değişikliklerinin akademi ve meslek örgütleri iş birliği içerisinde hazırlanması gerekliliğini göstermektedir.[23,24]

KAYNAKLAR

1. Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 5 Eylül 2020 Tarihli 31235 Sayılı Resmi Gazete.
2. İstanbul Tabip Odası [İnternet]. [01 Kasım 2025]. Aile Hekimliği Ek Ödemesi Covid 19 Hastasının Çokluğuna Bağlandı! Çok Hasta - Tam Ücret. Erişim adresi: http://www.istabip.org.tr/6077-aile-hekimligi-ek-odemesi-covid-19-hastasinin-cokluguna-baglandi-cok-hasta-tam-ucret.html
3. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 15 Temmuz 2021 Tarihli 31542 Sayılı Resmi Gazete.

4. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği. 30 Haziran 2021 Tarihli 31527 Sayılı Resmi Gazete.
5. Aile hekimliklerinde "kronik hastaları özel yazılımla takip" dönemi [İnternet]. [01 Kasım 2025]. Erişim adresi: https://www.aa.com.tr/tr/saglik/aile-hekimliklerinde-kronik-hastalari-ozel-yazilimla-takip-donemi/2299014
6. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2021 Birim Faaliyet Raporu [İnternet]. [01 Kasım 2025] s. 64. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Raporlar/HSGM_2021_Birim_Faaliyet_Raporu.pdf
7. Ankara Tabip Odası [İnternet]. [01 Kasım 2025]. 29 Haziran 2021 Tarihinde Resmî Gazete'de Yayımlanan Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği Geri Çekilsin! » Ankara Tabip Odası. Erişim adresi: https://ato.org.tr/basin-aciklamalari/2021-basin-aciklamalari/517-29-haziran-2021-tarihinde-resmi-gazetede-yayimlanan-aile-hekimligi-sozlesme-ve-odeme-yonetmeligi-geri-cekilsin.html
8. https://www.ahef.org.tr/Detay.aspx?ID=2762 [İnternet]. [01 Kasım 2025]. AHEF SÖZLEŞME VE ÖDEME YÖNETMELİĞİ'NE DANIŞTAYDA DAVA AÇTI. Erişim adresi: https://www.ahef.org.tr/Detay.aspx?ID=2762
9. Birliği TT. Türk Tabipleri Birliği. [01 Kasım 2025]. Sağlık Emek-Meslek Örgütlerinin Açtığı Davada Anayasa Mahkemesi'nden Aile Hekimliği Ceza Yönetmeliği'nin Sözleşme Feshi Maddesine İptal Kararı ve TTB Hukuk Bürosu Görüşü. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=ce1f257a-14c4-11ed-b239-40cc40d87dea
10. Anayasa Mahkemesi Kararı E.2022/43 K.2022/81 K.T.21.06.2022 [İnternet]. Erişim adresi: https://normkararlarbilgibankasi.anayasa.gov.tr/Dosyalar/Kararlar/KararPDF/2022-81-nrm.pdf
11. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği. 25 Ağustos 2022 Tarihli 31934 Sayılı Resmi Gazete.
12. -MIŞ Gibi Ödeme -MIŞ Gibi Teşvik [İnternet]. İstanbul Aile Hekimliği Derneği | İSTAHED. 2022 [01 Kasım 2025]. Erişim adresi: https://istahed.org.tr/mis-gibi-odeme-mis-gibi-tesvik/
13. 6/2/2023 TARİHİNDE MEYDANA GELEN DEPREMLERİN YOL AÇTIĞI EKONOMİK KAYIPLARIN TELAFİSİ İÇİN EK MOTORLU TAŞITLAR VERGİSİ İHDASI İLE BAZI KANUNLARDA VE 375 SAYILI KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMEDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASI HAKKINDA KANUN. 15 Temmuz 2023 Tarihli 32249 Sayılı Resmi Gazete, 7456.
14. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI DAİRE BAŞKANLIĞI [İnternet]. [01 Kasım 2025]. Erişim adresi: https://shgmadsdb.saglik.gov.tr/TR-92751/aile-dis-hekimligi-modeli-uygulamasi-3-pilot-ilde-baslatildi.html
15. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği. 30 Ekim 2024 Tarihli 32707 Sayılı Resmi Gazete.
16. https://ahef.org.tr/detay.aspx?ID=3294 [İnternet]. [01 Kasım 2025]. AHEF ve Sağlık Örgütlerinden İş Bırakma Kararı: 5-7 Kasım Tarihlerinde Aile Hekimleri Hizmet Vermeyecek. Erişim adresi: https://ahef.org.tr/detay.aspx?ID=3294
17. Hekimsen [İnternet]. [01 Kasım 2025]. Dava Ettiğimiz Sigma Formül Yönetmeliği Anayasa Mahkemesi'nde. Erişim adresi: https://hekimsen.org/gonderiler/gonderi/detay/dava-ettigimiz-sigma-formul-yonetmeligi-anayasa-mahkemsinde/643
18. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik [İnternet]. 21 Şubat 2025 Tarihli 32820 Sayılı Resmi Gazete. Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2025/02/20250221-1.htm
19. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği. 10 Temmuz 2025 Tarihli 32952 Sayılı Resmi Gazete.
20. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği. 6 Eylül 2025 Tarihli 33009 Sayılı Resmi Gazete.
21. T24 [Internet]. [01 Kasım 2025]. Danıştay'ın iptal ettiği Aile Hekimiliği Ödeme Yönetmeliği'ndeki madde yeniden yürürlüğe girdi: Neyi maaşımdan kesip kesmeyeceğini ayırmak yerine puan üzerinden hepsini kesiyor! Erişim adresi: https://t24.com.tr/haber/danistay-in-iptal-ettigi-aile-hekimiligi-odeme-yonetmeligi-ndeki-madde-yeniden-yururluge-girdi-neyi-maasimdan-kesip-kesmeyecegini-ayirmak-yerine-puan-uzerinden-hepsini-kesiyor,1259948
22. Sağlık Bakanı Kemal Memişoğlu NTV'de | Aile hekimlerine ilişkin açıklama: Hedef koruyucu hekimliği ön planda tutmak [İnternet]. [01 Kasım 2025]. Erişim adresi: https://www.ntv.com.tr/turkiye/saglik-bakani-kemal-memisoglu-ntvde-aile-hekimlerine-iliskin-aciklama-hedef-koruyucu-hekimligi-on-planda-tutmak,rWrwn-n8Ik6hXZ_NJzoLRQ
23. Özcan, C. Halk Sağlığı. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayını, Manisa, 2022.
24. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Sağlık Bakanlığı Yönergeler ve Genelgeler Kitabı, Ankara, 2025.

Türkiye'de Sağlık Politikalarında ve Sağlık Yönetiminde Gelecek Projeksiyonları

Erhan Eser

Bu bölümde ülkemizdeki Sağlık yönetimi ve Sağlık Politikalarının geleceği ile ilgili öngörü ve önerilerimizi aktarırken önemli ölçüde bölüm yazarlarının farklı konularda bu rapor için hazırladıkları yazılar temel alınmıştır. Bu bölüm, Türkiye'de Sağlık Politikası karar vericileri için bir yol haritası niteliğindedir. Değerlendirilmesi umuduyla alt-bölüm başlıkları altında bir özet olarak aşağıda sunulmaktadır:

Sağlık Politikası

Türkiye'de sağlık politikalarının son beş yıllık performansı; aşırı merkeziyetçilik, kötü yönetim, denetimsizlik/cezasızlık, koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci planda kalması ve toplum katılımının zayıflığı gibi çok katmanlı yapısal sorunlar içermektedir. Sağlık sisteminin etkinliğinin ve sürdürülebilirliğinin artırılabilmesi için; çok sektörlü iş birliğini güçlendiren, liyakat temelli yönetimi esas alan, halk sağlığı perspektifini merkeze koyan ve toplumun aktif katılımını teşvik eden bir sağlık politikası yaklaşımının benimsenmesi zorunlu görünmektedir.

Türkiye'de son yıllarda sağlık politikaları alanındaki en kritik sorunlardan biri de giderek derinleşen sağlık eşitsizlikleridir. Bebek ve çocuk ölümlerinde ülkenin farklı bölgeleri arasında ciddi farkların bulunması, sağlık hizmetlerine erişim ve sosyal belirleyiciler açısından ciddi yapısal eşitsizliklere işaret etmektedir. Gerek bu eşitsizliklerin azaltılması gerekse yeni ve yeniden ortaya çıkan salgın tehditleri, halk sağlığının merkezi rolünü daha da belirgin hâle getirmektedir. Bu bağlamda, halk sağlığı disiplinine yeterli ve sürdürülebilir kaynak ayrılması, stratejik bir zorunluluk olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle kaynakların; tedavi edici hizmetlerden, koruyucu hizmetlere, çevre sağlığına ve sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik müdahalelere kaydırılması bu aşamada büyük önem taşımaktadır.

Bu süreçte, politik karar vericilerin, akademisyenlerin ve meslek örgütlerinin birlikte çalıştığı, katılımcı ve bilim temelli bir politika üretim sürecine duyulan gereksinim açıktır. Dirençli sağlık sistemlerinin oluşturulması bağlamında, halk sağlığı uzmanlarının bilgi ve deneyimine ve HASUDER'in kurumsal katkısına olan gereksinim giderek artmaktadır. Halk sağlığının güçlendirilmesi, yalnızca sağlık sektörünün değil, Türkiye'nin toplumsal refahının ve geleceğinin korunması açısından da vazgeçilmez bir önceliktir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin geleceği hem yapısal hem de yönetsel dönüşümlere duyulan ihtiyacın belirginleştiği bir döneme girmektedir. Hizmet sunumunun niteliğini doğrudan etkileyen mekânsal altyapı yetersizlikleri ve aile hekimi başına düşen aşırı nüfus yükü, yakın gelecekte çözülmesi gereken öncelikli politika alanları olarak ortaya çıkmaktadır. İmar planlarında ASM ve TSM/İlçe SM gibi kuruluşlara yer ayrılması, tüm ASM'lerin "A tipi" grup pratiğine dönüştürülmesi ve pratisyen hekim istihdamının aile hekimliğine yönlendirilmesi, sürdürülebilir ve eşitlikçi bir birinci basamak modelinin temelini oluşturacaktır. Buna paralel olarak, coğrafi temelli nüfus düzenlemeleri, aile hekimi–hastane eşgüdümü ve bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik izlem sistemlerinin güçlendirilmesi, birinci basamağın koordinasyon rolünü artıracak kritik gelişmelerdir.

Gelecek perspektifinde en önemli reform alanlarından biri de hizmet sürveyansının güçlendirilmesi ve raporlama süreçlerinin kronikleşmiş sorunlardan arındırılması olacaktır. Birinci basamakta yapılan müdahalelerin etki-

sini izlemeyen bir sistemin sürdürülebilirliği mümkün olmadığından, düzenli performans izlemine dayalı, şeffaf ve bölge düzeyinde etkili veri kullanımını teşvik eden bir model kaçınılmaz görünmektedir. Kırsal bölgelerde erişimin azalması ise, mevcut "gezici hizmet" yaklaşımının yeniden tasarlanmasını zorunlu kılmakta; bunun yerine kapsayıcı, sürekliliği olan ve bölgeye özgü çözümler geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlıklı Hayat Merkezlerinin (SHM) her ilçede en az bir SHM olacak şekilde yaygınlaştırılması ve yönetsel yapılardan ayrılarak her ilçede güçlendirilmiş bir halk sağlığı odağına dönüştürülmesi gereklidir.

Yataklı Tedavi Hizmetleri

Önümüzdeki dönemde Türkiye'de yataklı tedavi hizmetlerinin en belirgin gündemi, artan hizmet talebi karşısında kamu, üniversite ve özel sektörün kapasiteleri arasındaki dengesizliklerin politika düzeyinde yeniden ele alınması olacaktır. Mevcut veriler, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin hem yatak kapasitesi hem de başvuru-yatış yükü açısından sistemi ayakta tutan çekirdek yapı olduğunu göstermektedir. Bu nedenle 2025 sonrası dönemde kamu hastanelerinde yatak kapasitesinin bölgesel eşitsizlikleri azaltacak biçimde artırılması, özellikle İstanbul, Doğu Marmara, Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu gibi sürekli olarak ülke ortalamasının altında kalan bölgelerde stratejik yatırım programlarının uygulanması beklenmelidir. Üniversite hastanelerinde düşük nitelikli yatak oranı ve yüksek yatak doluluk/kalış süreleri, bu kurumların altyapı yenilemelerine ve finansal sürdürülebilirlik için düzenlemelere ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Üniversite hastanelerinin Sağlık Bakanlığı Hastaneleri kadar desteklenmediği, binalarının yenilenmediği, sürekli finansal bir cendere içinde tutulduğu gözlenmektedir. Türkiye'de çağdaş basamaklı hastane hizmeti vermenin anahtarı bu yıldırıcı politikadan vazgeçerek Üniversite Hastanelerinin desteklenmesidir.

Özel sektörün başvuru oranı düşük fakat yatış oranı yüksek olan yapısı, gelecek dönemde ödeme politikaları, sevk zinciri ve klinik endikasyonların standartlaştırılması bağlamında daha yakından izlenecektir. Sağlık Bakanlığı ve SGK'nın, hastaneler arası farklı ortalama kalış süreleri ve yatış eğilimlerini klinik kalite göstergeleriyle entegre biçimde değerlendiren yeni bir performans çerçevesi geliştirmesi uygun olur. Bunun yanında, hastane hizmetlerinin geleceği giderek "nitelikli yatak", "izolasyon kapasitesi" ve "esnek kullanım alanı" gibi kalite temelli kriterlerle tanımlanacağından bu hedef doğrultusunda gelişmeler sağlanmalıdır. COVID-19 sonrası dönemin kalıcı etkisi olarak, bu kriterlerin hem fiziki altyapı planlamasında hem de ruhsatlandırmada daha belirleyici hâle gelmesi beklenmektedir. Sonuç olarak, Türkiye'de yataklı tedavi kurumlarının geleceği; bölgesel kapasite planlaması, üniversite hastanelerinin güçlendirilmesi, özel sektörün düzenlenmesi ve kalite odaklı dönüşüm ekseninde şekillenecektir.

Türkiye'de Halk Sağlığı Uzmanlarının Dağılımı

Mevcut veriler, Türkiye'de halk sağlığı uzmanı (HSU) sayısındaki artışa rağmen hem nüfusa oranla uzman sayısının hem de uzmanların coğrafi ve yönetsel dağılımının ülkenin epidemiyolojik ihtiyaçlarına yanıt verecek düzeyde olmadığını göstermektedir. Önümüzdeki dönemde, Türkiye'nin hızlanan demografik dönüşümü, bulaşıcı olmayan hastalık yükündeki artış, afet riskleri ve göç dinamikleri göz önüne alındığında, nüfusa düşen HSU oranının en az iki katına çıkarılması, PDC'nin objektif kriterlere dayalı yeniden yapılandırılması ve uzman dağılımının ihtiyaç temelli bir modele kavuşturulması kritik bir zorunluluk olacaktır. Bu çerçevede, özellikle doğurganlık oranı yüksek iller, afet sonrası yeniden yapılanma bölgeleri ve kentsel yoksulluğun yoğun olduğu metropollerde HSU kadrolarının güçlendirilmesi, toplum temelli müdahalelerin etkinliği açısından belirleyici olacaktır.

Önümüzdeki on yıllık dönemde bir diğer stratejik kırılma noktası ise HSU'ların yönetsel pozisyonlarda güçlendirilmesi olacaktır. Güncel durum, halk sağlığı hizmetlerinin planlandığı kritik karar mekanizmalarında uzmanlık bilgisinin yeterince temsil edilmediğini göstermektedir. Mevzuatın "tercihen uzman" ibaresinden çıkarılarak halk sağlığı alanlarında yöneticilik için zorunlu alan uzmanlığı koşulunun getirilmesi hem liyakat ilkesinin hem de toplum sağlığı yönetiminde bilimsel kapasitenin kurumsallaşması açısından temel bir ihtiyaçtır. Ayrıca, üniversitelerde uzmanlık eğitimi veren anabilim dallarının yarısında Halk Sağlığı Uzmanlık Öğrencisi bulunmaması, gelecekte insan gücü arzında ciddi bir yavaşlamaya neden olabileceğinden, eğitim kapasitesinin ulusal ihtiyaç planlamasıyla uyumlu biçimde yeniden düzenlenmesi gerekecektir. Bu politika adımlarının hayata geçirilmesi, Türkiye'nin halk sağlığı alanındaki insan gücü açığını kapatmasını, saha-üniversite dengesini yeniden kurmasını ve geleceğin halk sağlığı tehditlerine daha dirençli bir yapıya kavuşmasını mümkün kılacaktır.

Türkiye'de Mezuniyet Sonrası Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi

Türkiye'de mezuniyet sonrası halk sağlığı uzmanlık eğitimi, son yıllarda hem Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici

çerçevesi hem de meslek örgütlerinin standardizasyon ve akreditasyon çabalarıyla kurumsallaşma yolunda önemli gelişmeler sağlanmıştır. Ancak özellikle yeni kurulan ve yetersiz öğretim üyesine sahip olan tıp fakültelerinde uzmanlık eğitimindeki standardizasyon halen daha önemli bir sorun olarak karşımızda durmaktadır. HASUDER Yeterlilik Kurulunun yeterlilik sınavlarında sınava gönüllü olarak giren uzmanların bile başarı oranları düşük kalmıştır. Ancak Halk Sağlığı Uzmanlık eğitiminin içeriğinin ve standartlarının geliştirilmesi konusundaki çabalar devam etmektedir. Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu'nun akreditasyon süreçlerinin hızla genişlemesi, tüm anabilim dallarını eşgüdümlü ve aynı kalite standartları içinde çalışmaya zorlayan güçlü bir politika aracına dönüşmektedir. Bu eğilim, 2030'lara doğru Türkiye'de halk sağlığı uzmanlık eğitiminde tam standardizasyonun mümkün olabileceğini göstermektedir.

Gelecek yıllarda temel politika ihtiyacının, üniversitelerde öğretim üyesi kapasitesinin güçlendirilmesi, ortak eğitim modelleri ve bölgesel iş birliği ile uzmanlık eğitiminin desteklenmesi olacağı anlaşılmaktadır. Dijitalleşen eğitim altyapısı ile ATUB standartlarıyla uyumlu uluslararasılaşma da kaçınılmaz bir yönelimdir. Türkiye'nin halk sağlığı uzmanlık eğitimini Avrupa ile tam uyumluluğa taşıması hem uzman hareketliliği hem de küresel sağlık tehditlerine hazırlık açısından stratejik önem taşımaktadır.

Bu nedenle önümüzdeki dönemin politika öncelikleri,

1. Ulusal–uluslararası standardizasyonu güçlendirmek,
2. Tüm anabilim dallarını akreditasyona yönlendirmek,
3. Öğretim üyesi kapasitesindeki yapısal boşlukları kapatmak ve
4. Sağlık Bakanlığının ve taşra teşkilatı yöneticilerinin Halk Sağlığı Uzmanı eğitiminin en önemli bileşeni olan Sağlık Yönetimi uygulamalarında Halk Sağlığı anabilim dalları ile yakın iş birliği içinde olmasıdır.

Bu adımlar atıldığında Türkiye'nin halk sağlığı uzmanlık eğitimi hem eğitim kalitesi hem de sistem bütünlüğü açısından sürdürülebilir bir yapıya kavuşabilecektir.

Türkiye'de Diğer Sağlık Profesyonellerinin Durumu

Son yıllarda sağlık hizmeti talebindeki hızlı artış ve başvuru hacminin özellikle hastanelerde yoğunlaşması, Türkiye'de diğer sağlık profesyonellerine olan zorunlu ihtiyacı daha görünür hâle getirmiştir. 2019–2024 arasında hemşire, diş hekimi ve "diğer sağlık personeli" kategorilerinde kaydedilen güçlü artış bu dönüşümün altyapısını oluştursa da, artışın meslek grupları arasında dengesiz gerçekleşmesi orta vadeli riskleri beraberinde getirmektedir. Özellikle ebe sayısındaki sınırlı büyüme, anne–çocuk sağlığı hizmetlerinin gelecekte kapasite tıkanıklığı ile karşılaşabileceğini; hızla artan asistan hekim sayısının ise klinik hizmet yükünü taşıyacak ek profesyonel kadrolar olmaksızın sistemde yeni darboğazlar yaratabileceğini göstermektedir. Önümüzdeki yıllarda sağlık sisteminin sürdürülebilirliği, hekim dışı profesyonellerin planlı ve dengeli yetiştirilmesine, özellikle birinci basamakta hemşire, ebe, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist ve psikolog gibi rollerin güçlendirilmesine bağlı olacaktır.

Politika yapıcılar açısından bakıldığında, Türkiye'nin sağlık insan gücü yönetiminde temel ihtiyaç, hekim-merkezli büyümeden multidisipliner ve ekip temelli bir yapıya geçiştir. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sektöründeki istihdam yükünün artması, kamunun bu dönüşümde yön verici rolünü güçlendirmektedir; ancak ağız-diş sağlığı ve eczacılık alanlarında özel sektör ağırlığının devam etmesi, karma bir işgücü stratejisinin zorunlu olduğunu göstermektedir. Önümüzdeki dönemde etkin sevk zinciri, lisansüstü uzmanlık alanlarının çeşitlendirilmesi ve bölgesel işgücü planlaması gibi politika araçlarının uygulanması, hem artan talebi karşılamak hem de diğer sağlık profesyonellerinin sistem içindeki görünürlüğünü ve etkisini artırmak için kritik önem taşıyacaktır.

Nüfus Politikaları

Nüfus Artışı ve Doğurganlık:

Türkiye'de nüfus politikalarının geleceği, yalnızca doğurganlık düzeylerinin yeniden artırılmasına odaklanmayan, daha bütüncül ve hak temelli bir yaklaşımı gerektirmektedir. Son yıllarda uygulanan pronatalist politikalara rağmen doğurganlığın artmaması, demografik dönüşümün yapısal nitelikte olduğunu ve kısa vadeli teşviklerle tersine çevrilemeyeceğini göstermektedir. Türkiye, önümüzdeki yaklaşık 18 yıllık dönemde devam edeceği öngörülen "demografik fırsat penceresini" ancak nitelikli ve eğitimli bir işgücü yetiştirebildiği, kadınların istihdama katılımını artırabildiği ve cinsiyet eşitliğini güçlendirebildiği takdirde değerlendirebilecektir. Üreme haklarını gözeten, baskıcı olmayan, sosyal ve ekonomik politikalarla desteklenen bir nüfus stratejisi; hem doğurganlık tercihlerinin iyileşmesini hem de aile refahının korunmasını sağlayacaktır.

Nüfusun Yaşlanması:

Öte yandan Türkiye'nin hızla yaşlanan bir nüfus yapısına doğru ilerlemesi, gelecek dönemin en kritik politika alanlarını oluşturmaktadır. Yaşlı bağımlılık oranlarındaki artış, sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliği, yaşlı yoksulluğu, bakım hizmetleri, yaşam boyu öğrenme ve yaşlı ayrımcılığı gibi konularda kapsamlı reform ihtiyacını açık biçimde ortaya koymaktadır. Kadınların daha uzun yaşam süreleri nedeniyle yaşlı nüfusun feminizasyonu da finansal güvence, bakım desteği ve sosyal katılım mekanizmalarının cinsiyete duyarlı biçimde yeniden tasarlanmasını gerektirir. Sonuç olarak, geleceğin nüfus politikaları; insan haklarına dayanan, toplumsal değişim dinamikleriyle uyumlu, ekonomik kalkınma hedeflerini demografik gerçeklerle bütünleştiren bir yapıda kurgulandığında etkili olacaktır. Aksi hâlde, toplumun ihtiyaçlarını karşılamayan veya hakları gözetmeyen nüfus politikaları sürdürülebilirlikten uzak kalacak ve uzun vadeli refahı tehdit edecektir.

Türkiye'de Sağlık Bilgi Sistemleri ve Sürveyans

Önümüzdeki dönemde Türkiye'nin sağlık bilgi sistemlerinin, mevcut bütünleşik yapıyı daha ileri bir düzeyde "akıllı sağlık ekosistemine" dönüştürmesi beklenmektedir. e-Nabız, MHRS, MEDULA, İZCİ, İTS ve ATS gibi çekirdek ulusal platformların birbirine uyumlu çalışabilmesi için geliştirilen veri sözlükleri, entegrasyon kılavuzları ve semantik standartlar; 2025 sonrasında gerçek zamanlı analitik, otomatik karar destek sistemleri ve yapay zekâ tabanlı erken uyarı mekanizmalarının yaygınlaştırılmasına zemin hazırlamaktadır. Kamu ve özel sağlık kuruluşları arasındaki entegrasyon farklarının kapatılması, laboratuvar bilgi sistemlerinin ulusal sürveyans yapılarıyla tam uyumu ve veri kalitesi göstergelerinin mevzuat temelli bir çerçeveye kavuşturulması, dijital dönüşümün sürdürülebilirliği açısından kritik olacaktır.

Halk sağlığı sürveyansı açısından ise İZCİ'nin çekirdek bir platformdan, çok sektörlü, çok kaynaklı bir erken uyarı ağına evrilmesi öngörülmektedir. Laboratuvar sonuçlarının otomatik akışı, sentinel ağların genişletilmesi, çevresel ve hayvan sağlığı verilerinin insan sağlığı izleme sistemleriyle ilişkilendirileceği "Tek Sağlık" yaklaşımının dijital karşılığı, sürveyansın kapsamını belirgin biçimde genişletecektir.

Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Sürveyansında madalyonun diğer yüzü ise bir kronik sorunu gözler önüne sermektedir: Türkiye'de sağlık sürveyansı, karar alma süreçlerinde büyük ölçüde merkezîleştirilmiş bir yapıya sahiptir ve bu durum, verinin yönetimi ile kullanımı arasında önemli bir kopukluğa yol açmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın üst düzey yönetim basamaklarında yoğunlaşan sürveyans yetkisi, il düzeyi yöneticilerinin bile çoğu zaman karar süreçlerine sınırlı erişebildiği bir sistem üretmektedir. Şeffaflığın zayıflığı, yerel düzeyde hizmet üreten sağlık profesyonellerinin ve bölge yöneticilerinin epidemiyolojik eğilimleri zamanında görememesine, kendi bölgelerinin hastalık yükü, hizmet performansı ve risk tablolarını gerçekçi biçimde değerlendirememesine neden olmaktadır. Oysa uluslararası iyi yönetişim modelleri, sürveyansın yalnızca bilgi toplama değil, bilginin en yakın düzeyde harekete geçirilebilir politika ve eyleme dönüşmesi gerektiğini vurgular.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde üretilen geniş hacimli veri setlerinin yeterince analiz edilmemesi ve karar döngüsüne aktarılamaması, sistemin en büyük "kayıp fırsat" alanlarından biridir. Aile hekimliği birimleri ve özellikle bölge düzeyinde üretilen verilere göre hizmetlerini planlayan İlçe SM/ Toplum Sağlığı Merkezleri, sürveyans raporları üretememekte öncelikli sorunlara yeterli ve etkin müdahalelerde bulunamamaktadır. Sonuç olarak saha personeli, kendi ürettiği verinin kendi çalışmasını iyileştirici şekilde kullanılabildiği bir geri bildirim döngüsüne erişememektedir. Gelecek için ihtiyaç duyulan dönüşüm, sürveyans verilerinin güvenlik ve gizlilik ilkelerini koruyarak yerelleştirilmiş, rol temelli, çok kademeli bir erişim ve kullanım modeline açılmasıdır. Bu dönüşüm hayata geçirildiğinde, veri tabanlı erken uyarı mekanizmaları güçlenecek, halk sağlığı müdahaleleri zamanında planlanabilecek ve sağlık sisteminin bütününde hesap verebilirlik ve etkililik artacaktır.

Sağlık Harcamaları

2018–2023 dönemindeki eğilimler, Türkiye'de sağlık harcamalarının önümüzdeki yıllarda **yüksek enflasyon, demografik yaşlanma, teknolojik maliyetler ve kronik hastalık yükünün artışı** nedeniyle reel olarak da büyümeye devam edeceğini göstermektedir. Merkezi yönetim bütçesinin sistem içinde giderek daha belirleyici hâle gelmesi, sağlık finansmanında **vergilere dayalı ve daha merkezileşmiş bir yapının** kalıcı olacağına işaret etmektedir. SGK'nın sağlık harcamalarındaki payının azalması, ödeme kurumunun stratejik yatırım gücünü kaybederek daha çok "operasyonel fatura ödeme kurumu" rolüne sıkıştığını göstermektedir; bu durum gelecekte prim gelirlerinin sağlık harcamalarını karşılamada daha da yetersiz kalabileceğini ve sosyal güvenlik sisteminde yapısal reform baskısını artıracağını düşündürmektedir.

Reel harcamaların özellikle hastaneler, ilaç-tıbbi malzeme ve kamu yatırımları ekseninde yoğunlaşması, sağlık

sisteminin gelecek yıllarda da *ikincil-basamak merkezli ve maliyet-yoğun* bir yapıyı sürdüreceğini göstermektedir. Buna karşılık birinci basamak hizmetlerinin finansman payındaki sınırlı artış, gelecekte kronik hastalık yönetimi, yaşlı bakım hizmetleri ve koruyucu sağlık programlarında önemli bir kapasite baskısına yol açabilir. 2020–2021'de pandemiye bağlı sıçrama sonrası halk sağlığı bütçesindeki gerileme, bu alanda sürdürülebilir bir yatırım politikasına ihtiyaç olduğuna işaret etmektedir. Bu eğilimler ışığında 2025 sonrası için en güçlü beklenti, kaynak tahsisinde verimlilik-gider kontrolü baskısının artacağı, finansmanda kamunun ağırlığının daha da büyüyeceği ve sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliği için hizmet sunumunun daha fazla dijitalleşme, evde bakım modelleri ve değer-temelli ödeme sistemlerine yönelmek zorunda kalacağıdır.

Sağlık Mevzuatı

Türkiye'de sağlık mevzuatı önümüzdeki dönemde, giderek artan yönetmelik ve ikincil düzenleme yoğunluğundan daha bütüncül, sadeleştirilmiş ve erişilebilir bir normatif yapıya doğru evrilme ihtiyacıyla karşı karşıyadır. 2000'li yıllardan bu yana yeni bir temel sağlık kanununun çıkarılmamış olması, politika yapıcıların düzenleme ihtiyacını çoğunlukla torba yasalar ve kapsamlı yönetmelik güncellemeleriyle karşıladığını göstermektedir. Son yıllarda hızla artan yönetmelik ve yönerge sayısı ise hem hizmet sunum modellerinin çeşitlenmesi hem de sağlık teknolojilerinin, tele-sağlığın, ileri tedavi tıbbi ürünlerinin ve sağlık turizminin mevzuatta karşılık bulma çabasının doğal bir sonucudur. Bu eğilim, gelecekte sağlık mevzuatının daha modüler, tematik olarak ayrışmış ve dijital olarak izlenebilir bir yapıya kavuşması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Özellikle basamaklandırma, profesyonel yetki sınırları, kalite-güvenlik standartları ve veri yönetimi gibi alanlarda ulusal ölçekte standartlaşmanın merkezi bir politika gündemi hâline gelmesi beklenmektedir.

Önümüzdeki yıllarda sağlık sisteminin karmaşıklığı arttıkça, mevzuat yapımında proaktif ve kanun düzeyinde çatı düzenlemelere dönüş ihtiyacı daha görünür olacaktır. Yeni hizmet modelleri (uzaktan sağlık, evde bakım, disiplinler arası ruh sağlığı merkezleri, ileri teknoloji laboratuvarları vb.) için eşzamanlı çıkarılan çok sayıda yönetmeliğin yerine, daha geniş çerçeveli ve esnek uyarlanabilir bir mevzuat mimarisine ihtiyaç duyulacaktır. Aynı zamanda yönerge ve genelgelerin tek kaynaktan izlenebilirliğini sağlayacak birleşik dijital bir mevzuat yapılanmasının oluşturulması, normlar hiyerarşisinin iç tutarlılığının güçlendirecek, sağlık alanında öngörülebilirliği artıracaktır. Kısacası Türkiye'de sağlık mevzuatının geleceği, mevcut parçalı yapıyı sadeleştirmeyi, bilimsel-teknolojik gelişmelere hızlı uyumu ve halk ile sağlık profesyonelleri açısından daha şeffaf bir düzenleyici bir sistem oluşturmayı gerektirmektedir.

Halk Sağlığı Araştırma Politikaları

Önümüzdeki dönemde Türkiye'de halk sağlığı araştırmalarının, çok sektörlü kalkınma hedefleriyle daha güçlü entegre olan, veri odaklı ve kurumsal kapasiteyi önceleyen bir yapıya evrilmesi kaçınılmaz görünmektedir. Ulusal önceliklerin giderek "yüksek hastalık yükü", "ekonomik kayıp", "afetlere dayanıklılık", "dijital veri altyapısı" ve "incinebilir gruplar" etrafında şekillenmesi; araştırma gündeminin de salt epidemiyolojik sorunlardan çıkıp sağlık ekonomisi, hizmet sunumu, yapay zeka destekli veri analitiği ve çok-disiplinli saha araştırmalarına yönelmesini gerektirecektir. Bu bağlamda TÜSEB, TÜBİTAK ve Sağlık Bakanlığı gibi kurumların stratejik önceliklerinin uyumlanması; ortak çalışma modelleriyle ulusal araştırma kapasitesinin güçlendirilmesi; anonimleştirilmiş büyük veri kümelerinin araştırmacılara güvenli biçimde açılması ve izin süreçlerinin rasyonelleştirilmesi kritik bir politika alanı haline gelecektir.

Gelecek projeksiyonlarında en kritik unsur ise **sürdürülebilir insan gücü altyapısı** olarak görünmektedir. Türkiye'nin ulusal ve uluslararası araştırmalarda liderlik iddiası, geçici proje ekiplerinden ziyade, kurumsallaşmış saha epidemiyolojisine, ileri biyoteknoloji ve veri bilimi ekiplerine ve toplumu temsil eden ulusal araştırmaları yürütebilecek yetkin araştırma merkezlerinin güçlendirilmesine bağlıdır. Afetler, salgınlar, kronik hastalık yükü ve sağlık hizmetlerinde dönüşüm gibi alanlarda karar vericilere zamanında ve güvenilir kanıt sunabilen bir araştırma ekosistemi için; liyakat, şeffaflık, veri paylaşımı standartları ve düzenli raporlama kültürünün kurumsallaşması belirleyici olacaktır. Bu doğrultuda Türkiye'nin gelecek 10 yılda en önemli politik fırsatı, ulusal veri altyapısını, çok-disiplinli araştırma konsorsiyumlarını ve yerli araştırmacı yetiştirme programlarını entegre eden bir Araştırma Ekosistemini hayata geçirmek olacaktır.

BÖLÜM 2

SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ

Bölüm Editörü: *İlker Kayı*

Sunuş

İlker Kayı

Sağlığın sosyal belirleyicileri (SSB)—bireylerin doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşullar— her yerde olduğu gibi Türkiye'de de sağlık eşitsizliklerinin başlıca belirleyicileridir. 2020–2025 dönemi, COVID-19 pandemisi, derinleşen ekonomik istikrarsızlık ve yıkıcı 6 Şubat depremleri gibi birbiriyle örtüşen krizlerle şekillenmiş olup, özellikle kritik bir dönem olarak öne çıkmaktadır. Bu bölümde yer alan makaleler, gelir dağılımı, eğitim, mekânsal örgütlenme, gıda güvencesi ve sosyal dışlanma gibi yapısal faktörlerin Türkiye'de sağlık alanını nasıl biçimlendirdiğini analiz etmektedir. Çalışmalar, sağlık çıktılarının yalnızca biyolojik süreçlerin ürünü olmadığını; sosyal adalet ve politik ekonomiyle derin biçimde ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Gelir, Türkiye'de sağlığın en temel belirleyicilerinden biri olmayı sürdürmektedir. Etiler'in ayrıntılı biçimde ortaya koyduğu üzere, Türkiye OECD ve Avrupa bölgesi içinde en yüksek gelir eşitsizliği oranlarına sahip ülkelerden biridir ve Gini katsayısı son yıllarda 0,44 düzeyine ulaşmıştır. Toplumun en zengin ve en yoksul kesimleri arasındaki uçurum genişlemiş; nüfusun en üst %10'luk dilimi, en alt %10'luk dilime kıyasla ulusal servetin çok daha büyük bir bölümünü elinde tutar hâle gelmiştir. Bu ekonomik tabakalaşma, doğrudan sağlık eşitsizliklerine yansımaktadır. Yoksulluk, sağlıklı yaşam çevrelerine ve sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlamakta; düşük gelir gruplarında kronik hastalıklar ve mortalite oranlarının daha yüksek seyretmesine yol açmaktadır. Özellikle beş yaş altı çocuk ölümleri, en düşük gelir dilimlerinde en yüksek gelir dilimlerine kıyasla belirgin biçimde daha yüksektir. Bununla birlikte, 2023 depremleri sırasında yaşanan yaygın yıkımın daha geniş nüfus kesimlerini etkilemesi nedeniyle bu farkta geçici dalgalanmalar gözlenmiştir. Makalede ayrıca göreli yoksunluğun yarattığı psikososyal stresin, dezavantajlı gruplarda öznel sağlık algısının ve ruhsal iyilik hâlinin bozulmasına katkıda bulunduğu vurgulanmaktadır.

Eğitim, bireylerin bilgiye erişme, sağlıklı tercihler yapma ve sağlık sisteminde yolunu bulma kapasitesini etkileyerek sağlık üzerinde güçlü bir kaldıraç işlevi görmektedir. Ergin'in analizi, Türkiye'de belirgin bir "eğitim gradyanı" olduğunu göstermektedir: eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam beklentisi artmakta, mortalite riskleri azalmaktadır. Örneğin, 30 yaşında üniversite mezunu bireyler ile ortaöğretim altı eğitim düzeyine sahip bireyler arasındaki yaşam beklentisi farkı yaklaşık beş yıldır. Genel okullaşma oranlarında kaydedilen iyileşmelere rağmen, özellikle toplumsal cinsiyet ve kuşaklar arası toplumsal hareketlilik açısından derin eşitsizlikler varlığını sürdürmektedir. Genç yetişkinlerin (25–34 yaş) önemli bir bölümü hâlen ortaöğretim üstü eğitimi tamamlamamış durumdadır ve eğitim olanakları büyük ölçüde ebeveynlerin eğitim düzeyine bağlı kalmaktadır. Bu durum, dezavantaj döngüsünün kuşaklar boyunca yeniden üretilmesine yol açmaktadır. Makale ayrıca düşük eğitim düzeyinin kanser taramalarına katılımın azalması ve daha kötü öznel sağlık çıktılarıyla ilişkili olduğunu ortaya koyarak, eğitim politikalarının birer halk sağlığı müdahalesi olarak ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Türkiye'de sağlık eşitsizlikleri coğrafi düzlemde de belirgin biçimde ortaya çıkmaktadır. Türkkan, "mekânsal adalet" kavramını kullanarak, sağlık kaynaklarının, altyapının ve çevresel risklerin ülke genelinde yapısal olarak eşitsiz biçimde dağıldığını ileri sürmektedir. Doğu–Batı ayrımı belirgindir: batı illeri genellikle daha iyi sağlık altyapısına ve daha olumlu sağlık göstergelerine sahipken, doğu ve güneydoğu bölgeleri sağlık personeli yetersizliği ve daha yüksek bebek ölüm hızlarıyla karşı karşıyadır. Kentleşme süreçleri ve neo-liberal politikalar bu mekânsal adaletsizlikleri daha da derinleştirmiştir. Makalede, kentlerin kendi içlerinde

dahi sosyoekonomik ayrışmanın sağlık risklerini yoksul mahallelerde yoğunlaştırdığı vurgulanmaktadır. 2023 depremleri, zaten yetersiz sağlık altyapısı ve yüksek yoksulluk oranlarıyla mücadele eden bölgeleri ağır biçimde etkileyerek bu mekânsal kırılganlıkları daha görünür kılmıştır. Türkkan, hizmetlere eşit erişimi ve dayanıklı kentsel çevreleri önceleyen bir planlama yaklaşımının etik bir zorunluluk olduğunu savunmaktadır.

Yeterli, güvenli ve besleyici gıdaya erişim sağlığın temel taşlarından biridir; ancak son yıllardaki ekonomik dalgalanmalar bu erişimi ciddi biçimde zayıflatmıştır. Salman ve Meseri, yüksek gıda enflasyonu ve satın alma gücündeki erozyonun tetiklediği artan gıda güvencesizliğini ele almaktadır. Türkiye, küresel gıda güvencesi endekslerinde olumsuz bir konumda yer almakta; nüfusun önemli bir bölümü sağlıklı bir beslenme düzenini karşılayabilecek ekonomik güce ne yazık ki sahip değildir. Bu güvencesizliğin sonuçları yaşam döngüsünün her evresinde gözlenmektedir. Çocuklarda bodurluk ve zayıflık gibi yetersiz beslenme göstergelerinin yanı sıra, ucuz fakat enerji yoğun ve besin değeri düşük gıdaların tüketimine bağlı obezite görülmektedir. Yaşlılarda ise gıda güvencesizliği; kırılganlık, sarkopeni ve depresyonla ilişkilendirilmektedir. Yazarlar, bu beslenme krizleriyle mücadele edebilmek için gıda egemenliğini esas alan ve sürdürülebilir tarım politikalarına dayalı bir yaklaşımın zorunlu olduğunu vurgulamaktadır.

Turunç ve Karabey, sosyal kimliğin –özellikle etnisite, cinsiyet kimliği ve meslek temelinde– dışlanma ve ayrımcılık mekanizmaları yoluyla nasıl bir sağlık belirleyicisine dönüştüğünü incelemektedir. Makale; Romanlar, Kürtler, LGBT+ bireyler ve seks işçileri gibi sağlık hizmetlerine erişimde sistematik engellerle karşılaşan marjinalleştirilmiş gruplara odaklanmaktadır. Roman topluluklar açısından yoksulluk ve kötü barınma koşulları, sağlık hizmetlerinde karşılaşılan ayrımcı tutumlarla birleşerek olumsuz sağlık sonuçlarına yol açmaktadır. Kürt nüfus için dil engelleri, sağlık hizmeti sunucularıyla etkili iletişimi zorlaştırmakta ve dışlanmayı derinleştirmektedir. LGBT+ bireyler ve seks işçileri ise damgalanma ve hak ihlalleri nedeniyle gerekli sağlık hizmetlerini aramaktan kaçınabilmekte; bu durum ruh sağlığı sorunları ve şiddet risklerini artırmaktadır. Yazarlar, bu eşitsizliklerle mücadelenin yapısal ayrımcılığı hedef alan insan hakları temelli bir yaklaşımı gerektirdiğini savunmaktadır.

Bu sorunları ahlaki bir çerçeveye oturtan Bilgin, Türkiye'de halk sağlığının temel ilkesinin sosyal adalet olması gerektiğini ileri sürmektedir. Bu bakış açısı, odağı bireysel sorumluluktan sistematik dezavantajların giderilmesine yönelik kolektif sorumluluğa kaydırmaktadır. Makalede, kâr odaklı uygulamalar sonucunda bebek ölümlerinin yaşandığı "Yenidoğan Çetesi" skandalı ile derin yoksulluk nedeniyle çıkan yangınlarda çocukların önlenebilir ölümleri gibi somut vakalar üzerinden mevcut sistemin etik başarısızlıkları tartışılmaktadır. Bilgin, halk sağlığının yalnızca teknik bir disiplin değil; eşitsizlikleri azaltmayı ve kırılgan grupları korumayı amaçlayan ahlaki bir uğraş olduğunu vurgulamaktadır. Tartışma, piyasa odaklı sağlık modellerinden (piyasa adaleti) uzaklaşılarak, insan refahını ve dayanışmayı önceleyen bir yaklaşıma geçilmesi gerektiğini savunmakta; çocuk işçiliği ve güvencesiz çalışma koşulları gibi kök nedenlerin ele alınmasının önemine dikkat çekmektedir.

Son olarak Kayı'nın değerlendirmesi, Türkiye'nin 2020–2025 dönemini, neoliberal ihmalin "bedenselleşmesi"nin –2023 depremleri ve "Yenidoğan Çetesi" skandalında somutlaştığı üzere– yoksulluk ve mekânsal adaletsizliği, Galler'in kuşaklar arası yoksunluklara ilişkin tanımlamalarına benzer biçimde bir biyolojik kadere dönüştürdüğü bir çoklu kriz dönemi olarak tanımlamaktadır. Kayı, Nancy Krieger'in Ekososyal Kuramı ile Amartya Sen'in Yapabilirlik Yaklaşımı'nı bütünleştirerek; mevcut veri körlüğünün ve sağlığın metalaştırılmasının, yurttaşların yaşamlarını sürdürebilme yönündeki "kurucu özgürlüklerini" aşındırdığını ve mülteciler ile yoksullar gibi marjinalleştirilmiş grupların hastalık yüklerini görünmez kıldığını ileri sürmektedir. Bu sistemik iflas durumunun tersine çevrilebilmesi için Kayı, *Care Manifesto*'da ortaya konan Evrensel Bakım etiğine dayalı bir "Yeni Toplumsal Sözleşme" çağrısında bulunmakta; barınma, beslenme ve ulaşım gibi Temel Ekonomi bileşenlerinin birer meta değil, hak olarak güvence altına alınmasını amaçlayan Evrensel Temel Hizmetler (ETH) yaklaşımının hayata geçirilmesini önermektedir. Bu bağlamda, nakit transferlerinin bu yapısal gereksinimlerin yerini alamayacağını özellikle vurgulamaktadır.

Sonuç olarak bu bölümde yer alan makaleler, Türkiye'de sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin kapsamlı ve bütünsel bir bakış sunmaktadır. Çalışmalar, ülkenin sağlık düzeyini iyileştirmenin yalnızca tıbbi müdahalelerle mümkün olmadığını; gelir dağılımı, eğitim, kentsel planlama, gıda sistemleri ve insan hakları alanlarında cesur ve yapısal reformlar gerektirdiğini açıkça ortaya koymaktadır. Bu belirleyicilerin ele alınması, daha adil ve sağlıklı bir toplumun inşası için vazgeçilmezdir.

Gelir, Yoksulluk ve Sosyal Koruma

Nilay Etiler

1. Giriş

Gelir düzeyi, bireylerin ve toplumların yaşam koşullarını, refahını ve sağlık durumunu belirleyen en temel sosyoekonomik göstergelerden biridir. Gelir yalnızca bireylerin yaşam standardını değil, aynı zamanda eğitim ve sağlık hizmetlerine erişim gibi yaşam boyu etkileri olan sosyal belirleyicileri de etkiler. Bu nedenle gelir, yoksulluk ve sosyal koruma mekanizmaları arasındaki etkileşim, toplum sağlığının düzeyi ve toplumdaki sağlık eşitsizliklerinin boyutunu anlamada kritik öneme sahiptir.

Bu yazıda, ilk olarak Türkiye'de gelir dağılımı ve yoksulluk göstergeleri sunulacaktır. Daha sonraki bölümlerde sırasıyla gelir ile sağlık arasındaki ilişki tartışılacak, Türkiye'de gelir grupları arasında sağlık düzeyinin farklılaşması çeşitli başlıklarda verilecektir. Son olarak sosyal koruma ve sosyal politikalar incelenecektir.

2. Türkiye'de Yoksulluk ve Gelir Eşitsizliğinin Görünümleri

Dünya genelinde gelir grupları açısından Türkiye, kişi başına düşen 15.461 USD gayrisafi yurtiçi hasılası (GSMH) ile "yüksek-orta gelirli" ülkelerden biri olarak kabul edilmektedir. Hükümetin Orta Vadeli Program (OVP) hedeflerine göre, Türkiye'nin 2026 yılına kadar kişi başına düşen geliri artırarak yüksek gelirli ülkeler kategorisine girmesi hedeflenmektedir.

Buna karşın Türkiye aynı zamanda gelir eşitsizliğinin yüksek olduğu ülkelerden biridir. Dünya Bankası verilerine göre, Gini katsayısı ile ölçülen gelir eşitsizliği açısından Türkiye dünyanın 10., Avrupa ve Orta Asya bölgesinin ise ilk sıradaki en eşitsiz ülkesidir (**Tablo 1**).[1]

TÜİK'in Gelir Dağılımı İstatistiklerine göre Türkiye'nin Gini katsayısı 2023 ve 2024 yıllarında 0,42 olarak bildirilmiştir (**Şekil 1**). Diğer bir eşitsizlik ölçütü toplumun en yüksek ve en düşük gelir gruplarının karşılaştırılmasıdır. **Şekil 1**'de gösterildiği gibi, 2024 yılında Türkiye'nin en zengin %20'lik kesiminin geliri, en yoksul %20'lik kesimine göre 8,1 kat daha fazla iken, en zengin %10 ve en yoksul %10 arasındaki gelir farkı 14,2 kata çıkmaktadır.

2010 yılından 2024'e kadar gelen veriler, yıllar içinde gelir grupları arasındaki gelir eşitsizliğinin giderek

Tablo 1. Son üç yılda dünya genelinde Gini katsayısı en yüksek 10 ülke.

Sıra	Ülke	Gini Katsayısı	Verinin yılı
1	Kolombiya	0,54	2023
2	Brezilya	0,52	2023
3	Zambiya	0.51	2022
4	Panama	0.50	2024
5	Mozambik	0.50	2022
6	Kosta Rika	0.46	2024
7	Honduras	0.46	2024
8	Ekvator	0.45	2024
9	Paraguay	0.44	2024
10	Türkiye	0.44	2022

[1]Kaynak: World Bank

arttığını göstermektedir. UNDP verilerine göre 2010 yılında Türkiye'nin en zengin %10'luk kesimi ülke gelirinin %51,24'üne sahipken (en eşitsiz 35. ülke), 2021 yılında bu oran %54.47'ye çıkarak Türkiye'yi en 24. sıraya çıkarmıştır.[2]

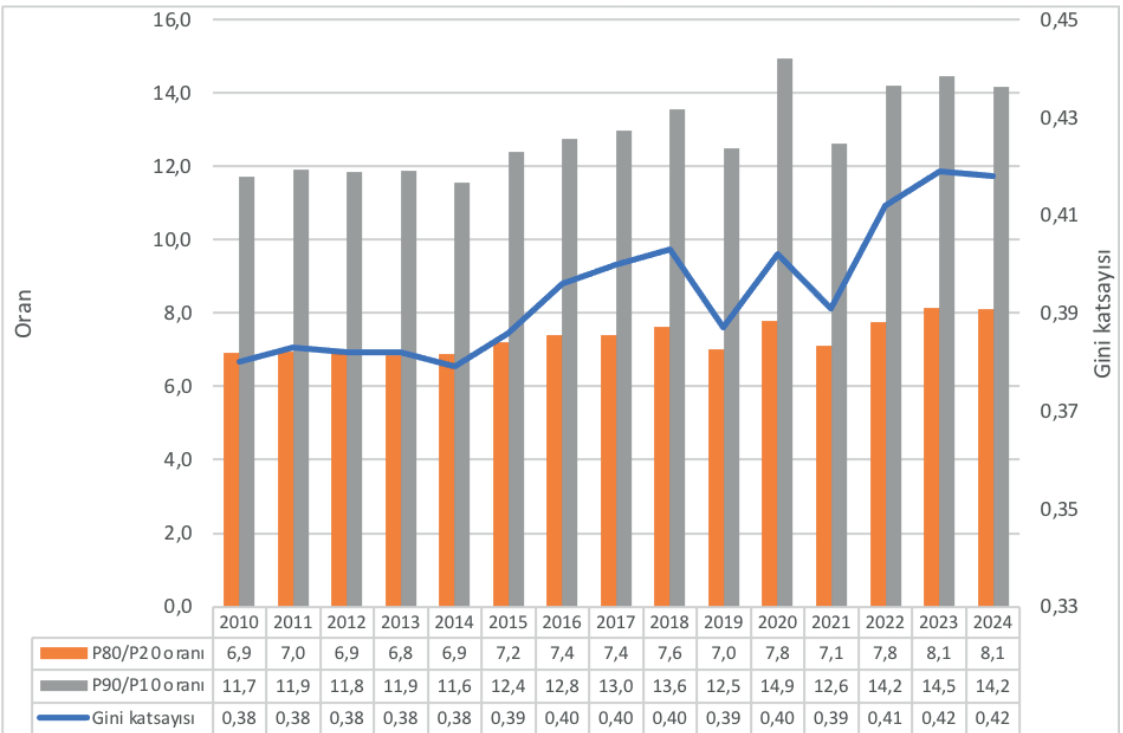
Genel olarak değerlendirdiğimizde, Türkiye ekonomisinin son üç yıldır yüksek enflasyonla karakterize olması, toplumda yoksulluğu artırmış ve derinleştirmiştir. Yıllık enflasyon Haziran 2023'te bir önceki yıla göre %38,2, 2024'te %71,6 ve 2025'te %35,1 olarak gerçekleşti.[3] Bu haliyle Türkiye, OECD ülkeleri arasında en yüksek enflasyona sahip ülke sıfatına sahiptir. OECD'nin raporuna göre, Türkiye'de genel olarak yıllık enflasyon %33,0 iken, 2019'dan Ağustos 2025'e kadar kümülatif enflasyon %640,5'tir (OECD ortalaması sırasıyla %4,1 ve %34,9).[4]

Türkiye'de en yüksek enflasyon kalemleri; %73,3 ile eğitim, %65,5 ile konut, %38,7 ile sağlık hizmetleridir. Bunlar aynı zamanda sağlığın önde gelen sosyal belirleyicileridir. Toplum beslenmesi açısından önemli olan "gıda ve alkolsüz içecekler" kategorisinde artış son bir yıla göre %30,2 olurken[3], OECD ortalaması %5,0 olarak gerçekleşmiştir.[4]

İşsizlik, enflasyon, banka borçları, kişi başı GSMH gibi kriterleri hesaba katarak yapılan değerlendirme, Türkiye dünya sıralamasında en olumsuz 5. ülke olduğu, bu durumun önde gelen nedeninin ise banka borçları olduğu bildirilmektedir.[5]

Türkiye'de bölgeler arasındaki gelir eşitsizliği uzun süredir bilinen bir olgudur. **Şekil 2**'de görüldüğü üzere, ülkenin Batı ve Doğu bölgeleri arasında hane halkı geliri açısından belirgin bir fark bulunmaktadır.[6] En yüksek hane halkı gelirine sahip bölge İstanbul iken, en düşük gelir düzeyi Ortadoğu Anadolu Bölgesi'nde görülmektedir; bu iki bölge arasındaki gelir farkı yaklaşık iki kattır. Ayrıca, hane halkı gelirinin en yüksek olduğu İstanbul ve Batı Anadolu bölgeleri, aynı zamanda gelir eşitsizliğinin en belirgin olduğu bölgeler olarak dikkat çekmektedir.

Yoksulluk, kabaca bireyin veya hane halkının belirli bir gelir düzeyinin altında olması olarak tanımlanabilir ve bu durumun sağlık üzerindeki etkileri son derece çarpıcıdır. Ancak gelir ve sağlık arasındaki ilişki, yalnızca yoksulluk sınırının altında kalma durumuyla sınırlı değildir; gelir düzeyi azaldıkça sağlık göstergelerinde de kademeli ve sürekli bir kötüleşme gözlenir. Bu nedenle, yoksullukla mücadelede yalnızca sosyal yardım veya benzeri destek mekanizmaları değil, aynı zamanda



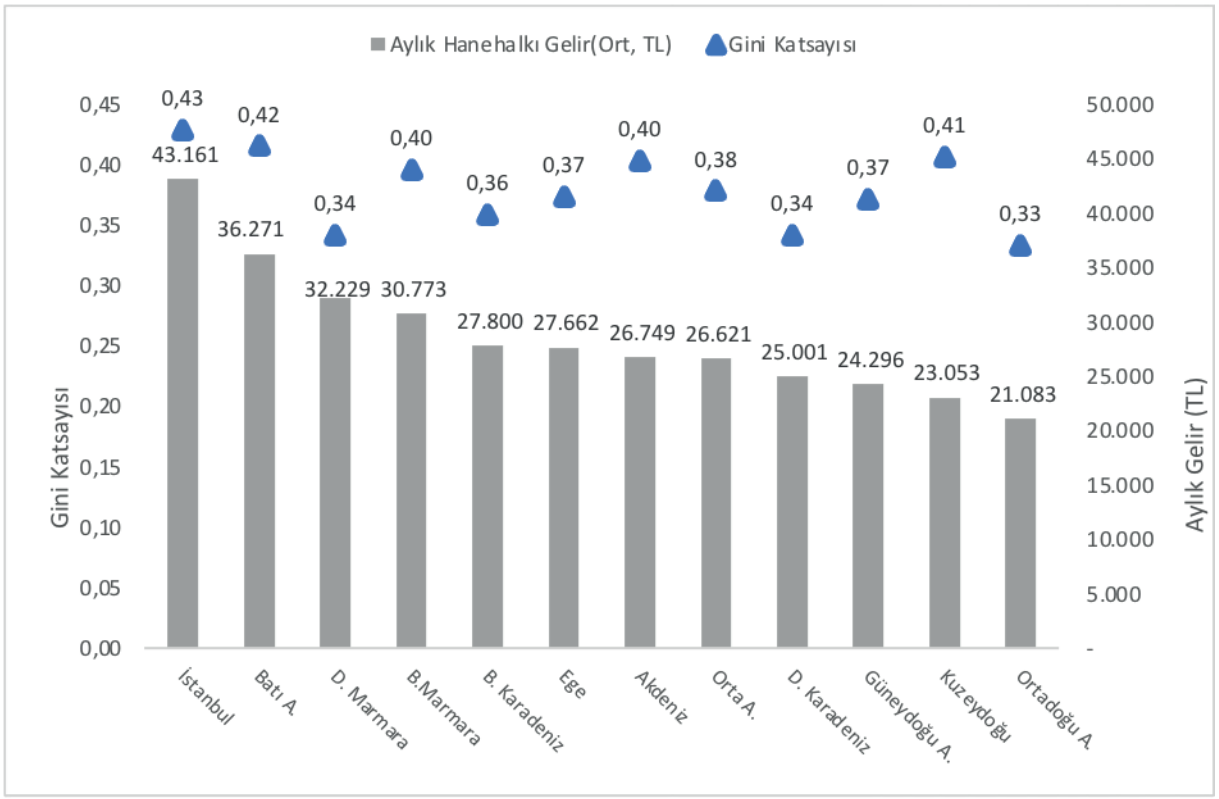
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
P80/P20 oranı	6,9	7,0	6,9	6,8	6,9	7,2	7,4	7,4	7,6	7,0	7,8	7,1	7,8	8,1	8,1
P90/P10 oranı	11,7	11,9	11,8	11,9	11,6	12,4	12,8	13,0	13,6	12,5	14,9	12,6	14,2	14,5	14,2
Gini katsayısı	0,38	0,38	0,38	0,38	0,38	0,39	0,40	0,40	0,40	0,39	0,40	0,39	0,41	0,42	0,42

Şekil 1. Türkiye'de yıllara göre gelir eşitsizliği ölçütleri (2010-2024)

[6]Kaynak: TÜİK, Gelir Dağılımı İstatistikleri

P80/P20: Gelir düzeyi en yüksek %20'nin en düşük %20'lık kesimin gelirine oranı

P90/P10: Gelir düzeyi en yüksek %10'un en düşük %10'luk kesimin gelirine oranı



Şekil 2. Türkiye'de bölgelere göre Gini katsayısı ve aylık ortalama hane halkı geliri (TL), 2024.

[6]Kaynak: TÜİK, Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması

toplum genelinde gelirin daha adil ve dengeli biçimde dağıtılmasını sağlayacak politikalar gereklidir.

TÜİK, gelir düzeyinin temel gereksinimleri karşılayamaması anlamına gelen "mutlak yoksulluk" yerine, "göreli yoksulluk" kavramını esas almaktadır. Buna göre, hane halkının eşdeğer kişibaşı kullanılabilir geliri esas alınarak, ülke genelindeki bireylerin medyan gelirine göre dört farklı göreli yoksulluk sınırı belirlenmektedir. **Tablo 2**, TÜİK'in Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması 2024 sonuçlarına göre Türkiye'deki yoksulluk oranlarını ve yoksul nüfus büyüklüklerini özetlemektedir.[7]

TÜİK'in tahminine göre, Türkiye'de yaklaşık 12 milyon kişi (%13,7) sürekli yoksulluk içinde yaşamaktadır. Ayrıca yoksulluk veya sosyal dışlanma riski altında olanlar[1] 2024 yılında %29,3 olarak bildirilmiştir. Yaş gruplarına göre bakıldığında ise, en fazla yoksulluk ve sosyal dışlanmanın %38,9 ile 0-17 yaş grubunda olduğu görülmektedir.[7] Diğer yandan 15 yaş üstü nüfusta *çok boyutlu yoksulluk* altında yaşama kadınlarda %36,1, erkeklerde %32,0'dir.[8]

Tablo 2. Türkiye'de yoksulluk sıklığı ve yoksul sayısı

Göreli yoksulluk kategorileri	Yoksulluk %	Yoksul sayısı (milyon)
Medyan gelirin %40'ına göre	6,9	5,8
Medyan gelirin %50'sine göre	13,6	11,5
Medyan gelirin %60'ına göre	21,2	17,8
Medyan gelirin %70'ine göre	28,9	24,3

[7]Kaynak: TÜİK, 2024

3. Gelir İle Sağlık Arasındaki İlişkiye Dair Özellikler

3.1. Gelir İle Sağlık Arasındaki İlişkinin Nedenselliği

Sosyoekonomik durumun bir bileşeni olan gelir, üç temel mekanizma üzerinden sağlık üzerinde birtakım sonuçları ortaya çıkarır: yaşam koşulları, sağlık davranışları ve sağlık hizmeti.

1 Yoksulluk veya sosyal dışlanma riski altında olanlar; göreli yoksulluk, maddi ve sosyal yoksunluk ve düşük iş yoğunluğu göstergelerinin en az birinden yoksun olanları ifade etmektedir.

Gelir ve sağlık arasındaki bağlantının arkasındaki nedensel ilişkiyi araştırdığımızda, bunun çok boyutlu, çok katmanlı ve karmaşık olduğu görülür. Kısaca özetlemek gerekirse:

1. Gelir düzeyi, mevcut yaşam koşullarının temel belirleyicisi olmanın yanında, eğitim vb olanaklar nedeniyle kuşaklar arası etki yaratan bir özelliğe sahiptir.
2. Yoksullar (gelir düzeyi düşük gruplar) konut koşulları, yaşadıkları çevre, çalışma koşulları, sağlıklı beslenme olanakları vb gibi açısından olumsuz koşullara maruz kalırlar.
3. Tüm bu olumsuz koşullara uzun süreli maruziyet, zaman içinde ortaya çıkan sağlık sorunlarının örüntüsünü belirler.
4. Yoksulların sağlığın korunması, geliştirilmesi ve tıbbi hizmetlere ulaşım olanakları daha düşüktür.

Sağlık ile gelir arasındaki ilişki iki yönlüdür. Gelirin, sağlığın bir belirleyicisi olmasının yanında bireyin sağlığının da gelir ile ilişkisi vardır. İstihdam edilen kişilerin, çalışmayanlara göre daha iyi sağlık sonuçlarına sahip olma olasılığı daha yüksektir.[9]

3.2. Yoksulluğun Yaşam Boyu Süren Sağlık Sonuçları

Çocukluktan, hatta anne karnından başlayan gelir eşitsizliğinin sağlık sonuçlarının yetişkinlik ve sonrasındaki yaşlılık döneminde sürdüğü, yaşamın çeşitli dönemlerinde, örneğin, çocuklar, yaşlılar, üreme çağındaki kadınlar gibi sağlık açıcından risk gruplarında daha da derinleştiği görülür.

3.3. Mutlak Gelirin Sağlık Üzerine Etkisi: Gelir Gruplarının Karşılaştırılması

Toplumsal ölçekte incelendiğinde, gelir ve sağlık arasındaki ilişki pozitif yönde bir özellik göstermekle birlikte gelir yükseldikçe bu ilişki içbükey bir hal alır. Bu durum, gelir artıkça sağlık üzerindeki etkinin azaldığı, yani marjinal faydanın azaldığı anlamına gelir. Diğer bir deyişle, daha fazla gelir elde etmek daha uzun bir yaşam süresi sağlasa da çok zengin olan birinin gelirinin artışıyla elde edeceği beklenen yaşam süresi, yoksullara kıyasla daha azdır. Bu nedenle, zenginlerden yoksullara gelir aktarımı, toplumun ortalama yaşam süresini artırabilir. Daha eşit gelir dağılımına sahip toplumlar, ortalama gelir düzeyi aynı olsa bile daha yüksek yaşam beklentisine ve refaha sahiptir.[10] ABD verilerine göre gelir eşitsizliğinde %10'luk bir azalma, toplam ölümlerde yaklaşık %4 düşüşe karşılık gelmektedir.[11]

Gelir eşitsizliğin toplumsal düzeyde sağlık sonuçları üzerinde doğrudan ve olumsuz etkileri pek çok çalışma ile kanıtlanmıştır. Uluslararası karşılaştırmalar, gelir eşitsizliğinin daha düşük yaşam beklentisi, daha yüksek bebek ölüm oranları ve genel olarak daha büyük ölüm riski ile bağlantılı olduğunu,[12] gelir eşitsizliği arttıkça ülkeler arasındaki yaşam beklentisi farklarının da açıldığını göstermektedir.[13] Konuyla ilgili pek çok çalışmada, bir ülkenin genel zenginliğinden çok, zenginliğin nasıl dağıldığının yani eşitsizliğin sağlık sonuçlarını ne ölçüde kötüleştirdiğini vurgulanmaktadır. Kısacası, gelir dağılımındaki adaletsizlikler, bireylerin yaşam süresini ve sağlığını doğrudan tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunudur.

3.4. Göreli Gelir Yoksunluğunun Sağlık Üzerine Etkileri

Göreli gelir yoksunluğu yaklaşımı, gelir eşitsizliğinin insanların birbirleriyle karşılaştırmaları yoluyla sağlık üzerinde yıkıcı etkiler yarattığını savunmaktadır.[14] Gelir farkı arttıkça, geride kalanlarda öfke, umutsuzluk, çaresizlik, stres ve yabancılaşma gibi psikososyal tepkiler görülür; bu durum şiddet, madde kullanımı, ruhsal bozukluklar ve sosyal güvenin zayıflamasıyla ilişkilidir. Ayrıca, eşitsizlik yalnızca yoksulları değil, zenginleri de etkiler: üst gelir grupları arasında gösterişçi tüketim, çevresel tahribat ve artan bencillik davranışları gözlenir.[10]

Bu kurama göre, görece yoksunluğun kişinin sağlığını etkileyebileceği iki kanal vardır:[15]

- *Maddi yol kanalı*nda görece gelir yoksunluğu, kişinin toplumdaki yaşam standartlarını temsil eden mal, hizmet ve istihdam veya sosyal ağlar gibi sosyal aktivitelere erişimini kısıtlar ve dolayısıyla kişinin sağlığını olumsuz etkiler.
- *Psikososyal kanal* ise, artan eşitsizlik, nispeten yoksun olanlar arasında utanç, hayal kırıklığı ve stres yaratarak olumsuz sağlık etkilerine yol açar.

3.5. Servetin Yoğunlaşmasının Etkileri

Gelir ve servet yoğunlaşması, siyasal sistemin zengin kesimler lehine biçimlenmesi, ekonomik politik uygulamalarda üst gelir grubunun belirleyici olması ile ilişkidir.[10] Bu durum, *Tersine Robin Hood Etkisi* yaratarak yoksuldan zengine gelir aktarımına neden olmaktadır. Bu süreçler, asgari ücret üzerinde işverenlerin etkisi, sendikaların gücünün kırılması dolayısıyla toplu pazarlık gücünün zayıflatılması gibi etkileri kapsamaktadır. Bu mekanizmalar, gelir ve refahın alt tabakalardan üst tabakalara yeniden aktarılmasına neden olur ve sağlık eşitsizliklerini derinleştirir.

4. Türkiye'de Gelir Eşitsizliği, Yoksulluk ve Göreli Yoksulluğun Sağlık Üzerine Sonuçları

4.1. Çocuk Ölümlüğü

Çocukluk dönemindeki ölümler, sosyoekonomik durum ve yaşam koşullarından büyük oranda etkilendiği için toplumun refahını ve sağlığı gösteren en kritik göstergelerden birisidir. Öte yandan çocukluk döneminde sunulan koruyucu sağlık hizmetler (aşılama, tarama programları, vb) yaşam beklentisi üzerinde belirleyici bir etkisi vardır. Bu nedenle beş yaş altı ölüm hızı (5YÖH), yalnızca yaşam koşullarını değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişimi de yansıtan temel bir göstergedir.

Tablo 3'te görüldüğü gibi, Türkiye'de 2014–2022 yılları arasında en alt %20'lik gelir diliminde tahmin edilen 5YÖH, toplumun en yüksek %20'lik gelir dilimine göre yaklaşık 2,7–2,8 kat daha yüksektir. 2023 yılında ise 5YÖH'deki genel artışla birlikte, en alt ve en üst gelir dilimleri arasındaki fark 2 kata gerilemiştir

Yıllar içinde tüm gelir dilimlerinde istikrarlı bir azalma eğilimi gösteren beş yaş altı ölüm hızı, 2023 yılında bir önceki yıla göre %17 oranında artmıştır. Bu artış, en alt gelir grubunda %20,1; ikinci gelir grubunda %29,0; üçüncü (orta) gelir grubunda %33,1; dördüncü gelir grubunda %39,9 ve en üst gelir grubunda %61,8 olarak gözlenmiştir (**Tablo 3** ve Grafik 3).

2023 yılındaki çocuk ölümlerindeki artışın en önemli nedenlerinden biri, Kahramanmaraş merkezli depremlerdir. Hem depremin doğrudan etkileri hem de deprem sonrasında ortaya çıkan olumsuz yaşam koşullarının bu artışta belirleyici rol oynadığı düşünülmektedir. Nitekim 5YÖH, depremlerden birincil olarak etkilenen iller arasında Kahramanmaraş'ta 5,7 kat, Adıyaman'da 7,0 kat ve Hatay'da 5,2 kat artmıştır (TÜİK).[2]

Bununla birlikte, 2022 yılı sonunda ortaya çıkan ve etkileri 2023 boyunca devam eden ekonomik krizin de bu artışta payı olduğu değerlendirilmektedir. Zira, deprem bölgesindeki 11 ilin dışında kalan 40 ilde de beş yaş altı ölüm hızının arttığı görülmektedir.

4.2. Yaşam Beklentisi

Sosyoekonomik göstergelerden biri olan eğitim temel alındığında, Türkiye'de eğitim düzeyine göre beklenen yaşam süresi incelendiğinde; eğitim düzeyi yükseldikçe beklenen yaşam süresinin de uzadığı görülmektedir. Her yaştaki beklenen yaşam süresi, düşük eğitime sahip kişiler arasında daha az iken, eğitim düzeyi arttıkça beklenen yaşam süresi de uzamaktadır. Bu eğilim hem erkek hem de kadınlar için geçerlidir.

Otuz yaşındaki bireylerde 8 yıl ve altında eğitim almış olanlarda beklenen yaşam süresi, yükseköğretim düzeyinde eğitim görmüş bireylere göre 5 yıl daha kısadır.[17] Benzer biçimde, yüksek sosyoekonomik düzeye (SES) sahip emekliler ile düşük SES grubundaki emekliler arasında ortalama 3,3 yıllık yaşam beklentisi bir farkı bulunmaktadır.[18]

4.3. Algılanan Sağlık

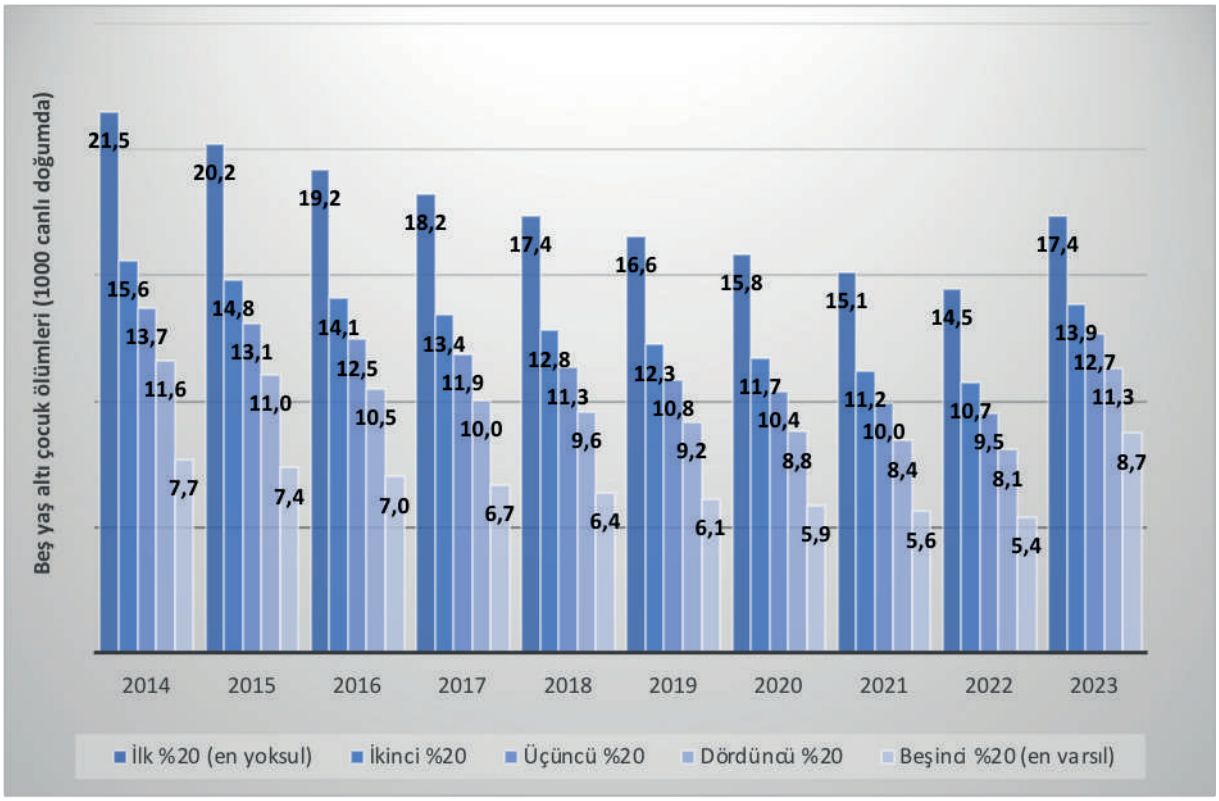
Toplum sağlığının yaygın kullanılan bir diğer göstergesi olan algılanan sağlık, bireylerin kendi sağlık durumlarını değerlendirdikleri tek soruluk bir öznel ölçektir. Bu gösterge, yalnızca fiziksel sağlıkla (örneğin, kronik hastalıklar veya günlük aktivitelerde kısıtlanma) değil,

Tablo 3. Gelir dilimlerine göre Türkiye'de beş yaş altı ölüm hızı (1000 canlı doğumda) (2014-2023)

	Yıllar									
							Pandemi dönemi			
Gelir dilimleri	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Toplam [a]	13,3	12,4	12	11,3	11,4	11,3	10,7	11,4	11,3	14,7
İlk %20 (en yoksul) [b]	21,5	20,2	19,2	18,2	17,4	16,6	15,8	15,1	14,5	17,4
İkinci %20 [b]	15,6	14,8	14,1	13,4	12,8	12,3	11,7	11,2	10,7	13,9
Üçüncü %20 [b]	13,7	13,1	12,5	11,9	11,3	10,8	10,4	10,0	9,5	12,7
Dördüncü %20 [b]	11,6	11,0	10,5	10,0	9,6	9,2	8,8	8,4	8,1	11,3
Beşinci %20 (en varsıl) [b]	7,7	7,4	7,0	6,7	6,4	6,1	5,9	5,6	5,4	8,7
Q5/Q1 oranı	2,8	2,8	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,0

[2,6]Kaynak: [a] TÜİK veri setlerinden dinamik sorgulama [b] UN IGME, 2024

2 TÜİK'in il temelinde sunulan verilerinden yapılan hesaplamada, diğer deprem illerinde artış yüzdeleri şöyledir: Malatya %2,2; Osmaniye %1,6; Gaziantep %1,5; Diyarbakır, Kilis ve Elazığ'da %1,2; Adana ve Şanlıurfa'da %1,1.



Şekil 3. Türkiye'de gelir gruplarına göre beş yaş altı çocuk ölüm hızı (2014-2023).

aynı zamanda sağlığın psikososyal boyutuyla da yakından ilişkilidir.[19]

Literatürde, algılanan sağlık değerlendirmesinin mortalite (ölüm) ve morbidite (hastalık) gibi nihai sağlık sonuçları ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur.[20] Bu nedenle, algılanan sağlık göstergesi sağlık eşitsizliklerinin belirlenmesinde sıklıkla kullanılmaktadır.

TÜİK verileri, algılanan sağlık durumunu tüm gelir gruplarına göre ayrıntılı biçimde sunmamakta, en üst ve en alt gelir gruplarını vermektedir. **Şekil 4**'te 2019 yılına kadar üst gelir grubundaki bireylerin kendilerini ortalama %22,2 (min.–maks.: %16,5–%27,3) oranında daha sağlıklı bildirdiklerini göstermektedir. Ancak pandemi yılları olan 2021 ve 2022'de bu fark azalmış; sırasıyla %12,1 ve %10,6 düzeyine gerilemiştir.

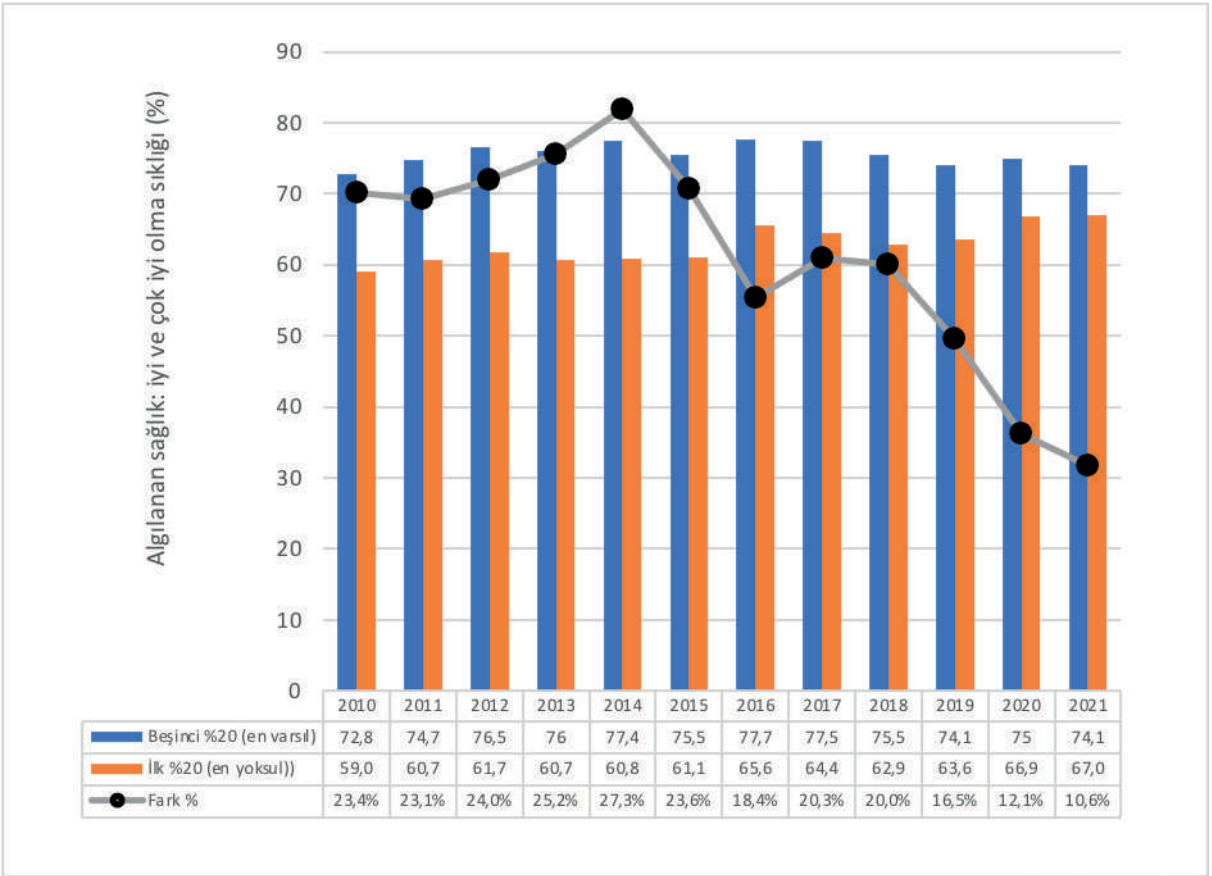
4.4. Türkiye'de Göreli Yoksunluğun Sağlık Sonuçları

Gelir ve Yaşam Koşulları Anketi ve Türkiye Sağlık Araştırmalarının 2010-2014 yıllarına ait veri setlerini kullanarak yapılan bir çalışma, Yitzhaki'nin göreli yoksunluk endeksini temel alarak sağlık durumunu analiz etmiştir.[15]

Çalışmanın bulguları, aynı gelir düzeyinde olsa bile göreli yoksunluğun artmasıyla bireylerin sağlığının bozulduğunu, algılanan sağlıkta "kötü veya çok kötü sağlık" bildirimleri ile anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Aynı çalışma, göreli yoksunluğun özellikle ruhsal sağlık ölçütlerinde (stres, düşük yaşam doyumu, yorgunluk hissi) daha belirgin bir etki ortaya çıkardığının altını çizmektedir. Görece yoksunluğun sağlık üzerine yarattığı etki, kadınlarda ve düşük eğitim gruplarında; Marmara ve Ege gibi gelir farklarının büyük olduğu bölgelerde daha belirgindir.[15]

Çalışma, Türkiye'de göreli gelir yoksunluğunun sağlık üzerinde bağımsız ve olumsuz etkiler yarattığını göstermektedir. Bu sonuçlar, Wilkinson ve Pickett'in "psikososyal stres" modelini destekler niteliktedir: bireylerin toplumsal hiyerarşi içindeki konumlarına dair algıları, sağlık ve iyi olma hali üzerinde doğrudan etkilidir. Bu çalışma, göreli yoksunluğun toplum sağlığı olumsuz üzerine etkisinin bağımsız bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur.

Diğer bir çalışmada, Türkiye'de kamu ve özel sağlık harcamalarının hastalık yükünü azalttığı, ancak yaşam süresi veya insani gelişme üzerindeki etkisinin sınırlı kaldığı gösterilmiştir [21]. Bu durum, sağlık harcamalarının düzeyinden çok dağılımının ve etkinliğinin belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır. Benzer biçimde, il düzeyinde yapılan diğer bir analizde, gelir eşitsizliği



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Beşinci %20 (en varsıl)	72,8	74,7	76,5	76	77,4	75,5	77,7	77,5	75,5	74,1	75	74,1
İlk %20 (en yoksul))	59,0	60,7	61,7	60,7	60,8	61,1	65,6	64,4	62,9	63,6	66,9	67,0
Fark %	23,4%	23,1%	24,0%	25,2%	27,3%	23,6%	18,4%	20,3%	20,0%	16,5%	12,1%	10,6%

Şekil 4. Türkiye'de gelir gruplarına göre sağlığı iyi ve çok iyi olma sıklığı, (2010-2021).

Kaynak: WHO, HEAT

arttıkça bebek ölüm hızının anlamlı biçimde yükseldiği bulunmuştur. Bu bulgu, gelir dağılımındaki eşitsizliğin erken yaşam dönemlerinde dahi sağlık sonuçlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir.[22]

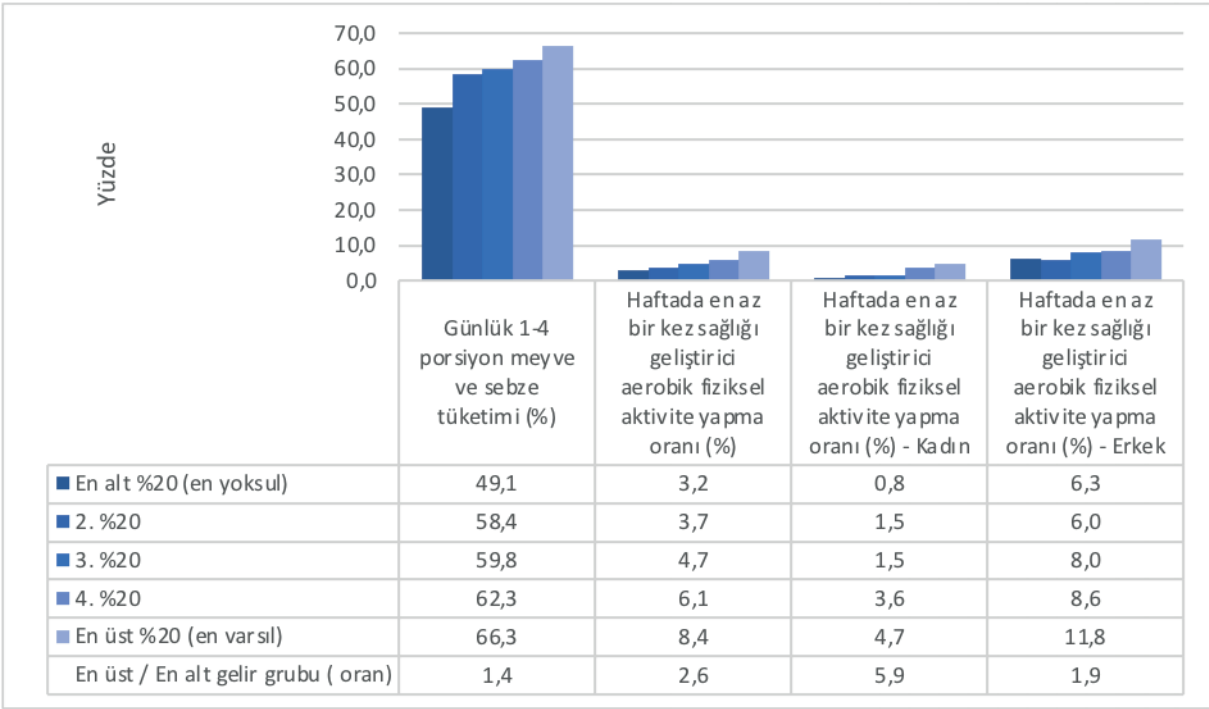
4.5. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Üzerine Etkisi

Bulaşıcı olmayan hastalıkların alt gelir gruplarında daha yoğun görülmesi, gelir ve sağlık arasındaki ilişkinin bir özeti olarak düşünülebilir. Bu durumun temelinde, bulaşıcı olmayan hastalıkların başlıca risk faktörleri olan dengesiz beslenme, sürekli stres, olumsuz çalışma koşulları ve yaşam alanlarının olumsuz çevresi (işyeri, okul ve konut koşulları gibi) yer almaktadır. Bu faktörlerin bir arada bulunması, alt gelir gruplarında kronik hastalıkların insidansını artıran en önemli etkenlerden biridir. Buna ek olarak, fiziksel aktivite eksikliği ve tütün kullanımı gibi sağlığı koruyucu davranışlardaki eşitsizlikler de gelir grupları arasındaki kronik hastalık yükünün farklılaşmasına katkıda bulunmaktadır.

Şekil 5'te görüldüğü üzere, gelir düzeyi arttıkça günlük meyve-sebze tüketimi ve sağlığı geliştirici fiziksel aktivite sıklığı da artmaktadır. Meyve-sebze tüketimi Türkiye genelinde yaygın olmakla birlikte, en yüksek gelir grubunda bu oran en yoksul gruba göre 1,4 kat daha fazladır. Haftada en az bir kez sağlığı geliştirici aerobik fiziksel aktivite yapma sıklığında ise fark 2,6 kata kadar çıkmaktadır. Fiziksel aktivite konusunda, kadın ve erkeklerin arasındaki farkın, iki eşitsizlik ekseninde (gelir ve toplumsal cinsiyet) daha da derinleştiği görülmektedir. Erkekler arasında en üst ile en alt gelir grubu arasında 1,9 kat fark varken, kadınlarda gelir grupları arasındaki farkın 5,9 kat gibi belirgin biçimde artması dikkat çekicidir (Şekil 5).

Hastalık yükünün gelir gruplarına dağılımı incelendiğinde, Şekil 6'da gösterilen tüm hastalık türlerinde gelir dilimleri arasında belirgin bir sosyoekonomik gradiyent olduğu görülmektedir.

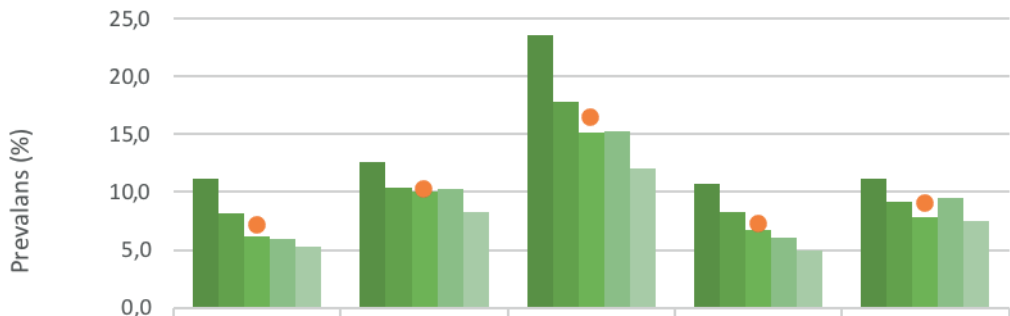
Başlıca nedenleri arasında tütün kullanımı, kapalı ortam ve dış ortam hava kirliliği olan kronik alt solunum yolu hastalığı, en alt ve en üst gelir grupları arasında 2,1 katlık bir fark göstermektedir. Benzer biçimde, gelir grupları arasındaki fark koroner kalp hastalığında 2,1



	Günlük 1-4 porsiyon meyve ve sebze tüketimi (%)	Haftada en az bir kez sağlığı geliştirici aerobik fiziksel aktivite yapma oranı (%)	Haftada en az bir kez sağlığı geliştirici aerobik fiziksel aktivite yapma oranı (%) - Kadın	Haftada en az bir kez sağlığı geliştirici aerobik fiziksel aktivite yapma oranı (%) - Erkek
En alt %20 (en yoksul)	49,1	3,2	0,8	6,3
2. %20	58,4	3,7	1,5	6,0
3. %20	59,8	4,7	1,5	8,0
4. %20	62,3	6,1	3,6	8,6
En üst %20 (en varsıl)	66,3	8,4	4,7	11,8
En üst / En alt gelir grubu (oran)	1,4	2,6	5,9	1,9

Şekil 5. Türkiye'de gelir gruplarına göre meyve ve sebze tüketimi ile fiziksel aktivite sıklığı

Kaynak: TÜİK Sağlık Araştırması, 2019



	Kronik alt solunum yolu hastalığı olan kişiler (astım hariç) (%)	Diyabeti olan kişiler (%)	Yüksek tansiyonu olan kişiler (%)	Koroner kalp hastalığı veya anjina pektorisi olan kişiler (%)	Kronik depresyonu olan kişiler (%)
En alt %20 (en yoksul)	11,1	12,6	23,5	10,7	11,2
2. %20	8,2	10,4	17,8	8,3	9,2
3. %20	6,2	10,0	15,1	6,7	7,8
4. %20	5,9	10,3	15,3	6,1	9,5
En üst %20 (en varsıl)	5,3	8,3	12,0	5,0	7,5
Türkiye geneli	7,1	10,2	16,4	7,2	9,0
En alt / En üst oranı	2,1	1,5	2,0	2,1	1,5

Şekil 6. Türkiye'de yetişkinlerde seçilmiş bazı hastalıkların gelir gruplarında göre sıklığı (%)

Kaynak: TÜİK Sağlık Araştırması, 2019

kat, hipertansiyonda 2,0 kat, diyabette ve kronik depresyonda ise 1,5 kat olarak bildirilmiştir.

4.6. Çocukların Beslenme Durumu

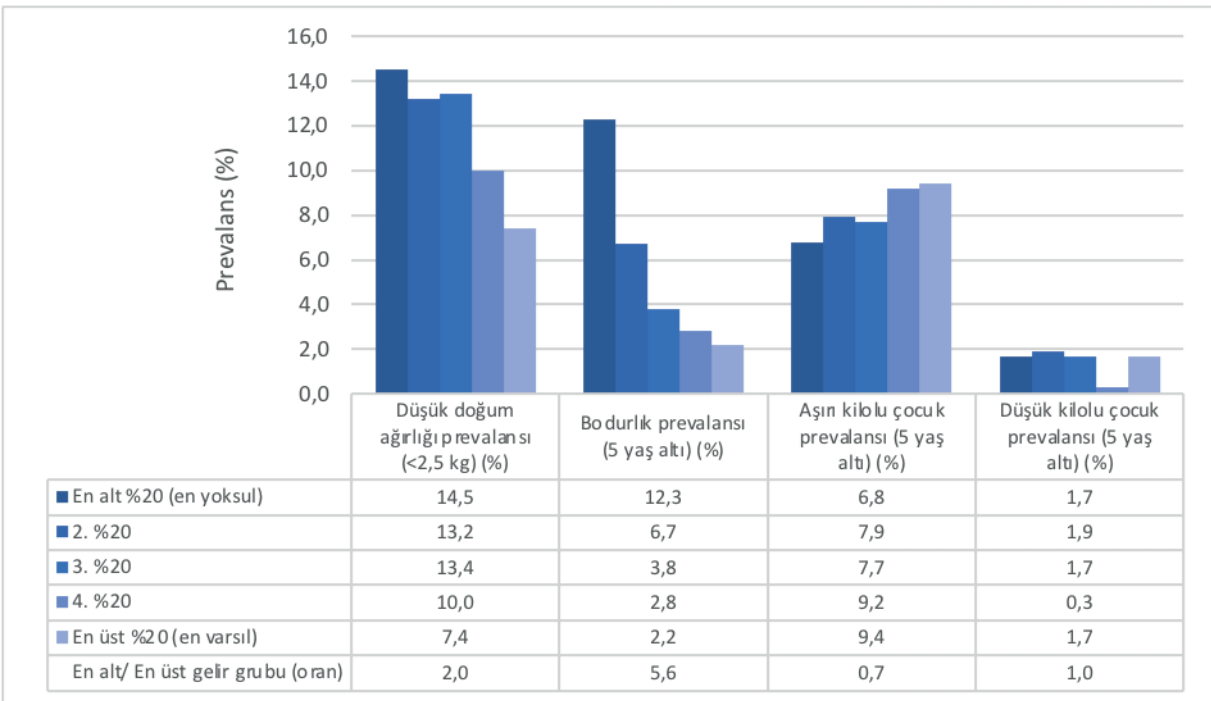
Yeterli ve dengeli beslenme, sağlığın en temel belirleyicilerinden biridir. Düşük doğum ağırlığı, yani yenidoğanın 2500 gramın altında doğmasının nedenleri, annenin kronik hastalıkları, tütün kullanımı veya gebelik sürecindeki sağlık sorunları olmakla birlikte, genellikle anne karnındaki beslenme yetersizliğinin dolaylı bir göstergesi olarak kabul edilir.[23]

Düşük doğum ağırlığına ilişkin veriler, yalnızca annenin beslenmesinin bir göstergesi olmakla kalmaz; aynı zamanda yenidoğan ölümleri ve çocuğun hayatta kalması durumunda yetersiz beslenme riski açısından da öngörü sağlamaktadır. Araştırmalar, düşük doğum ağırlığıyla doğan bebeklerin erken çocukluk döneminde ölüm riskinin normal doğum ağırlığına sahip bebeklere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu göstermektedir.[23] Toplumda en üst ve en alt %20'lik gelir grubu arasında düşük doğum ağırlığı 2,0 kat farklıdır (**Şekil 7**).

Beş yaş altı çocukların beslenme durumunu değerlendirmede kullanılan antropometrik göstergelerden düşük kilolu çocukların oranı, gelir grupları arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Buna karşın, gelir düzeyi arttıkça aşırı kilolu çocukların oranında da artış gözlenmektedir.

Antropometrik ölçütler arasında yer alan bodurluk (yaşa göre boy z-skorunun -2 standart sapmanın altında olması), gelir grupları arasındaki eşitsizliklerin en belirgin yansıdığı göstergelerden biridir. En alt ve en üst gelir dilimleri arasında 5,6 katlık fark bulunmakta; en düşük gelirli %20'lik dilimde bodurluk prevalansı diğer tüm gelir gruplarına kıyasla dramatik biçimde yüksek seyretmektedir.

Bodurluk, çocuklarda uzun süreli veya kronik beslenme yetersizliğini yansıtan önemli bir göstergedir. Yaşa göre boy indeksi, çocukların doğrusal büyümesinin değerlendirilmesini sağlar. Bodurluğun en doğrudan nedenleri, yetersiz beslenme (büyümeyi destekleyen besin öğelerinin yeterince alınmaması) ile tekrarlayan enfeksiyonlar veya kronik hastalıklardır. Bu durumlar, besin alımı, emilimi ve kullanımını olumsuz etkileyerek büyümenin geri kalmasına yol açar. Dolayısıyla, yaşa göre boy indeksi, bir toplumdaki uzun dönemli yetersiz beslenmenin etkilerini yansıtan bir ölçüttür.[23]



	Düşük doğum ağırlığı prevalansı (<2,5 kg) (%)	Bodurlık prevalansı (5 yaş altı) (%)	Aşırı kilolu çocuk prevalansı (5 yaş altı) (%)	Düşük kilolu çocuk prevalansı (5 yaş altı) (%)
En alt %20 (en yoksul)	14,5	12,3	6,8	1,7
2. %20	13,2	6,7	7,9	1,9
3. %20	13,4	3,8	7,7	1,7
4. %20	10,0	2,8	9,2	0,3
En üst %20 (en varsıl)	7,4	2,2	9,4	1,7
En alt/ En üst gelir grubu (oran)	2,0	5,6	0,7	1,0

Şekil 7. Gelir gruplarına göre çocukluk döneminde bazı antropometrik ölçütler (2018)

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018

5. Gelir ve Sağlık Hizmetlerine Erişim

5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin genelinde olduğu gibi, koruyucu hizmetlerinde de gelir ile hizmete erişim arasında pozitif bir ilişkisi söz konusudur. Bu durum gelir ve sağlık arasındaki ilişkinin sadece doğrudan finansal erişimle sınırlı olmadığını, yoksulluk ve eşitsizliğin yol açtığı başkaca sorunların sağlık üzerine etkilerine işaret etmesi, gelir ile sağlık arasındaki çok boyutlu ilişkinin ortaya konması açısından önemlidir. Çünkü çoğu koruyucu sağlık hizmetleri Türkiye sağlık sistemi kapsamında ücretsiz olarak sunulmaktadır.

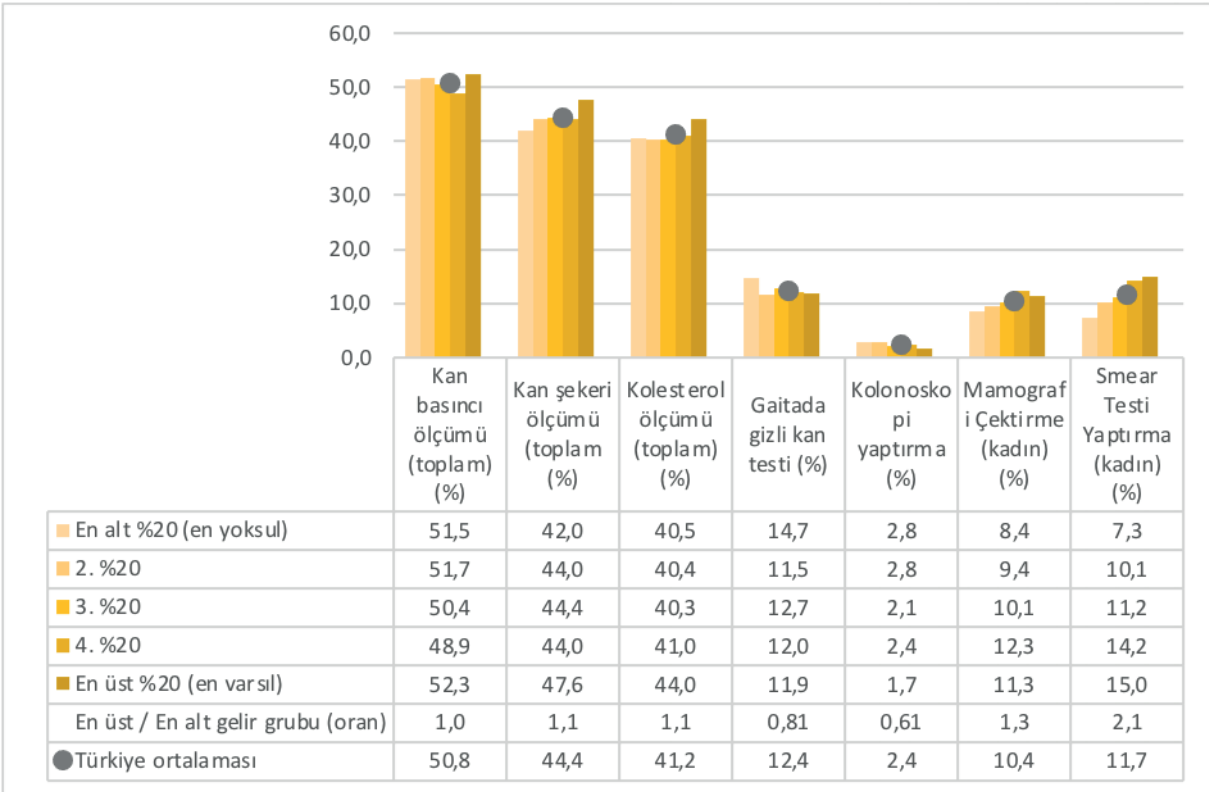
Söyler ve ark. (2025)'nın 2014-2022 yıllarına ait Türkiye Sağlık Araştırması verilerinden yaptıkları ileri analiz, hanehalkı gelir seviyesindeki artışın, koruyucu hizmetleri yüksek düzeyde kullanma olasılığını %1,26 artırdığını ve düşük düzeyde kullanma olasılığını %1,20 azalttığını ortaya koymuştur.[24]

Şekil 8'de Türkiye'de sağlık sistemi kapsamında yapılan bazı taramalar görülmektedir. Buna göre, kan basıncı ve kolesterol ölçümleri arasında gelir gruplarına göre belirgin bir fark bulunmamaktadır. Buna karşın, kolonoskopi ve gaitada gizli kan taraması alt gelir gruplarında daha yüksek oranda bildirilmektedir. Kan şekeri ölçümü sıklığı ise ilk dört gelir grubunda benzer düzeydedir (%42,0–%44,4 arasında); ancak en yüksek gelir grubunda bu oran biraz daha fazladır (%47,6) (**Şekil 8**).

Kadın sağlığı açısından temel öneme sahip tarama testleri olan mamografi ve Smear testinde de gelir grupları arasında belirgin farklılıklar görülmektedir. Mamografi taramasında en alt ve en üst gelir grupları arasında 1,3 kat, Smear testinde ise 2,1 kat fark bulunmaktadır (**Şekil 8**).

Bu tarama testlerinin tümünün Türkiye'de ücretsiz olarak sunulduğu göz önünde bulundurulduğunda, gelir farklılıklarının yalnızca hizmetin maliyetini karşılayabilme kapasitesiyle açıklanamayacağı açıktır. Yoksulluğun sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkisi ekonomik sınırların ötesine geçerek hizmetin önceliği, bilgiye erişim, farkındalık, sağlık okuryazarlığı ve sosyal kaynaklara ulaşabilme gibi yapısal boyutlarda da kendini göstermektedir.

Koruyucu hizmetlerden yararlanma sıklığını etkileyen nedenlerden birisi koruyucu hizmetlerin önceliklendirilmesi konusudur. Düşük gelir düzeylerinde bireylerin



	Kan basıncı ölçümü (toplam) (%)	Kan şekeri ölçümü (toplam) (%)	Kolesterol ölçümü (toplam) (%)	Gaitada gizli kan testi (%)	Kolonoskopi yaptırma (%)	Mamografi Çektirme (kadın) (%)	Smear Testi Yaptırma (kadın) (%)
En alt %20 (en yoksul)	51,5	42,0	40,5	14,7	2,8	8,4	7,3
2. %20	51,7	44,0	40,4	11,5	2,8	9,4	10,1
3. %20	50,4	44,4	40,3	12,7	2,1	10,1	11,2
4. %20	48,9	44,0	41,0	12,0	2,4	12,3	14,2
En üst %20 (en varsıl)	52,3	47,6	44,0	11,9	1,7	11,3	15,0
En üst / En alt gelir grubu (oran)	1,0	1,1	1,1	0,81	0,61	1,3	2,1
Türkiye ortalaması	50,8	44,4	41,2	12,4	2,4	10,4	11,7

Şekil 8. Gelir gruplarına göre bazı koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu

Kaynak: TÜİK Sağlık Araştırması, 2019

semptom göstermedikleri durumda koruyucu sağlık hizmetleri kullanmaktan kaçınabildiği ve bu hizmetleri "belirsiz bir yatırım" olarak görmesi söz konusudur.[24] Diğer yandan gelir, eğitim ve sağlık okur-yazarlığı ekseninde, yüksek eğitim düzeyi ile koruyucu hizmet kullanımını önemli ölçüde arttığı bilinmektedir.

Bu noktada, Söyler ve ark.nın çalışmasında dikkat çeken noktalardan biri, genel olarak sağlık hizmetlerine erişimin artması ile koruyucu sağlık hizmetlerini düşük düzeyde kullanma olasılığının %1,33 arttığı, yüksek düzeyde kullanımın ise %1,39 oranında azaldığını bildiriyor. Bu da finansal engellerin kalkmasına rağmen bireylerin koruyucu hizmetler yerine, tedavi edici hizmetleri kullanma eğiliminde olduklarını göstermektedir.[24] Bu, düşük gelirli bireylerin finansal engelleri aşması durumunda dahi, sağlık okuryazarlığı ve koruyucu hizmetlerin önemi konusundaki düşük farkındalık nedeniyle, gelir avantajını koruyucu bakım yerine akut durumlar için kullandığını düşündürmektedir.

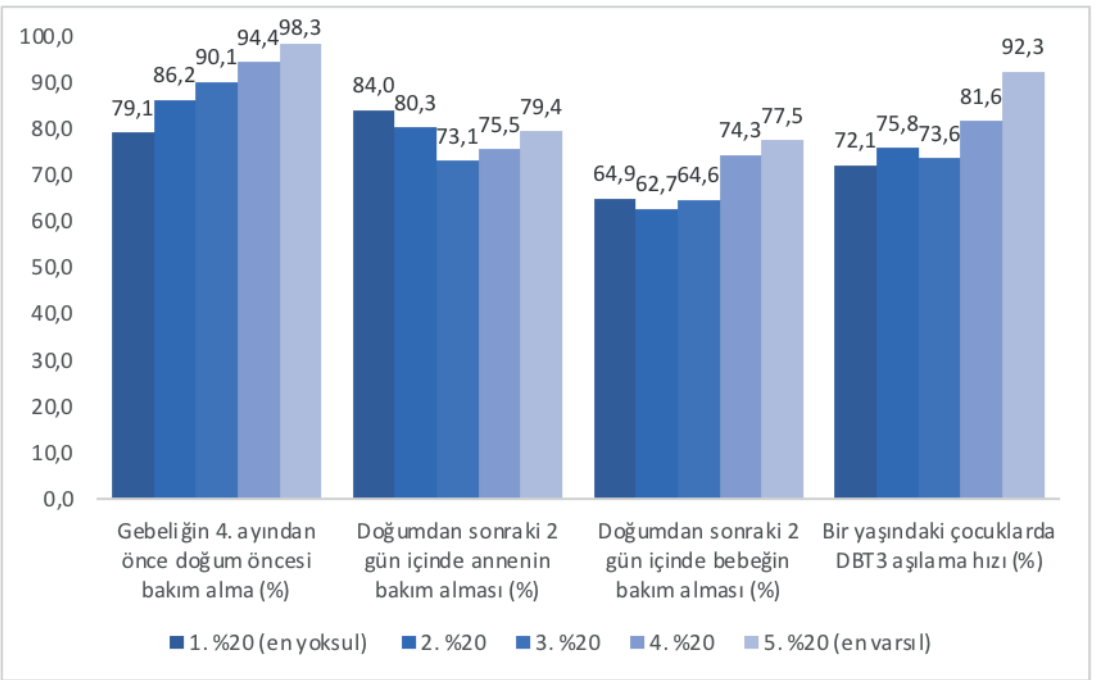
Ana-çocuk sağlığı hizmetleri olarak, **Şekil 9**'da sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinin genel olarak yüksek düzeyde olduğu, ancak yine de gelir grupları arasında farklılaşma gösterdiği dikkat çekmektedir. Doğum öncesi bakımda gelir düzeyinin artmasıyla bakım alan gebe oranı düzenli bir şekilde artarken, doğum sonrası bakımın orta gelir gruplarında düşük olduğu görülmektedir. Doğum sonrası ilk 2 gün içinde bebeğin bakım alması, aynı zaman diliminde annenin bakım almasına göre daha düşük sıklıkta görülmekle birlikte, özellikle en yüksek iki gelir diliminde daha yüksek sıklıktadır.

Çocukluk dönemi aşılama kapsamını temsil etmesi amacıyla kullanılan bir yaşındaki çocuklarda DBT3 aşılama kapsamı da benzer eğilimi göstermekte, gelir düzeyi arttıkça aşılama hızı da artmaktadır (**Şekil 9**).

5.2. Sağlık Hizmetine Ulaşım: Karşılanmamış Sağlık Hizmeti Gereksinimi

"Nitelikli tıbbi bakımın erişilebilirliği, bu bakıma en çok ihtiyaç duyan gruplarda en düşük düzeyde olma eğilimindedir." Ters Hizmet Yasası, Dr. J. Tudor Hart

Sağlık hizmetlerine gereksinimi olduğu halde hizmetten yararlanamama durumu, literatürde karşılanmamış sağlık gereksinimi olarak tanımlanmaktadır. Andersen'in sağlık hizmeti kullanım modeline göre, sağlık hizmetlerine erişimi belirleyen unsurlar üç grupta toplanır: bireysel hazırlayıcı özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim gibi), hizmete erişimi kolaylaştırıcı veya engelleyici kaynaklar (gelir, sigorta, ulaşım, sağlık tesislerinin dağılımı gibi) ve sağlık gereksiniminin düzeyidir. Bu çerçevede, gelir ve sağlık sigortası gibi faktörler bireylerin sağlık hizmetine erişimini mümkün kılan ya da engelleyen temel kaynaklardır.[25]



Şekil 9. Ana-çocuk sağlığı hizmetleri kapsamında bazı koruyucu hizmetlerin gelir gruplarına göre sıklığı

[23]Kaynak TNSA 2018

Türkiye'de karşılanmamış sağlık gereksinimi, özellikle maliyet, uzaklık/ulaşım ve bekleme listeleri gibi nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de 2019 verilerine göre, bireylerin %15,4'ü finansal kısıtlamalar nedeniyle sağlık hizmetlerine erişemediğini bildirmiştir, bu oran Avrupa Birliği ortalaması olan %13,0'ün üzerindedir.[26] **Tablo 4**'te Türkiye'de en düşük %20'lik gelir grubundaki bireylerin finansal nedenlerle tıbbi hizmetlere erişememe oranı %7,1, diş hekimliği hizmetlerinde ise %7,2 olarak görülmektedir. Bu oran, en yüksek gelir diliminde sırasıyla yalnızca %0,3 ve %0,6 düzeyindedir. Dolayısıyla, en yoksul grupların sağlık hizmetlerinden yararlanamama olasılığı en zengin gruplara göre yaklaşık 20 kat daha yüksektir. Bu fark özellikle diş hekimliği hizmetlerinde daha belirgindir; çünkü Türkiye'de diş sağlığı hizmetleri tarihsel olarak serbest piyasa mekanizmaları içinde şekillenmiş, kamusal kapsama alanı sınırlı kalmıştır.[26]

Türkiye Sağlık Araştırması 2019 verilerini analiz eden bir çalışma, düşük gelirli hanelerde karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacının yüksek gelirli hanelere kıyasla yaklaşık üç kat daha fazla olduğunu saptamıştır. Gelir düzeyi azaldıkça hem tıbbi bakım hem de ruh sağlığı hizmetlerine erişememe olasılığı anlamlı biçimde artmaktadır. Özellikle kadınlarda bu fark daha da çarpıcıdır; düşük gelirli kadınların erkeklere kıyasla yaklaşık %25 oranında daha fazla karşılanmamış gereksinim bildirdiği saptanmıştır. Araştırmacılar, bu durumu 2016–2019 döneminde yaşanan ekonomik durgunluk, reel gelirlerdeki azalma ve cepten yapılan sağlık harcamalarındaki artışla ilişkilendirmektedir.[26]

Düşük gelirli haneler, yalnızca tıbbi bakım değil, reçeteli ilaçlar, ruh sağlığı hizmetleri ve diş bakımı gibi alanlarda da maliyet nedeniyle daha yüksek düzeyde karşılanmamış gereksinim yaşamaktadır.([26,27]) Diş sağlığı ve ruh sağlığı hizmetlerinde görülen yüksek karşılanmamış hizmet, bu hizmetlerin ağırlıklı olarak özel sektör tarafından sunulmasıyla yakından ilişkilidir. Bu durum, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında "ters hizmet yasası" (*inverse care law*) dinamiklerinin varlığına işaret etmektedir; yani en fazla gereksinimi olan gruplar, hizmete en az erişebilmektedir.

Tablo 1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Karşılanmamış Gereksinimin Gelir Gruplarına Göre Dağılımı (%) (2021)

Gelir Dilimleri	Tıbbi Hizmetler	Diş Hekimliği Hizmetleri
İlk %20 (en yoksul)	7.10	7.20
İkinci %20	3.00	4.40
Üçüncü %20	1.50	2.30
Dördüncü %20	0.90	1.40
Beşinci %20 (en varsıl)	0.30	0.60
En yoksul/en varsıl oranı	23.7	12.0

Kaynak: Eurostat, 2021

Sağlık hizmet ihtiyacının maliyet nedeniyle karşılanamamasının nedenlerinde biri, hizmetin kullanımı sırasında yapılan cepten ödemelerdir. Yapılan bir çalışmada, cepten yapılan sağlık harcamalarının yükünün yıllar içinde regresif bir seyir izlediği saptanmıştır. Yani, cepten sağlık harcamalarının yükü, giderek artan bir şekilde, mali zorluklarla karşı karşıya olan yoksul nüfus ve savunmasız gruplar tarafından üstlenilmektedir. Çalışma, savunmasız grupları korumak için ek kamu sağlık finansmanı reformlarının acil olarak gerçekleştirilmesini önermektedir.[28]

6. Yoksulluğun ve Gelir Eşitsizliğinin Azaltılması

Türkiye'de yoksullukla mücadele ve gelir eşitsizliğinin azaltılması hem sosyal adaletin sağlanması hem de toplum sağlığının geliştirilmesi açısından kritik bir politika alanıdır. Kalkınma planlarında yoksullukla mücadele, iki düzeyde ele alınmaktadır: birincisi, makro politikalar aracılığıyla refahın sosyal gruplar arasında daha adil dağıtımını hedefleyen yapısal düzenlemeler; ikincisi ise mikro düzeyde, hane ve bireylerin yaşadığı yoksunlukların ve gelir kısıtlarının giderilmesine yönelik sosyal yardım ve destek mekanizmalarıdır.[29] Hane ve birey düzeyindeki sosyal politika uygulamaları Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB) tarafından yürütülmektedir.

Kısaca özetlenecek olursa, ÇSGB'nin ana stratejisi, işsizliği azaltmak ve çalışma hayatını düzenleyerek piyasa gelir eşitsizliğini ve yoksulluğu kaynağından kurutmaktır. Diğer yandan yoksul hanelere yapılan nakdi ve ayni sosyal yardımlar (gıda, kömür, dul ve yetim aylığı vb.) büyük oranda ASHB tarafından yürütülmektedir.

Genel Sağlık Sigortası Priminden Muafiyet

Bilindiği gibi Genel Sağlık Sigortası (GSS), çalışan ve işverenlerden toplanan primler ile bir fon oluşturarak sağlık hizmetlerinin finansmanını karşılamaktadır. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'na göre diğer bazı değerlendirmelerin yanı sıra hane içinde kişi başına düşen geliri net asgari ücretin 1/3'ünün altında olanların GSS primleri devlet tarafından karşılanır. Kaymakamlıklar tarafından olgu bazında değerlenme ile yapılan gelir testi ile kişilerin yok-

sulluk düzeyi saptanarak GSS priminden muafiyetine karar verilir. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerine erişim eşitsizliğini azaltan önemli bir uygulamadır.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun istatistiklerine göre 2024 yılında 8 milyon (8.062.377) kişi GSS kapsamında tescil edilerek primden muaf tutulmuştur.[30] Bu nüfus, Türkiye nüfusunun yaklaşık %10'na karşılık gelmektedir ancak yazının başlangıç bölümlerinde bahsedildiği gibi Türkiye'de 12 milyon kişi sürekli yoksulluk içinde yaşamaktadır. Bu açıdan bakıldığında, GSS primlerinden muafiyetin tüm yoksulları kapsamadığı anlaşılmaktadır.

7. Sonuç ve Öneriler

Sağlık ile ilişkili olarak 'gelir' konusu, sadece yoksulluk ile sınırlı olmayıp gelir eşitsizliği ve göreli yoksunluk durumlarını da kapsamaktadır. Bu kapsamda bakıldığında Türkiye'de gelir, toplum sağlığını ve iyilik halini olumsuz yönde etkileyen önemli bir belirleyici olmanın yanında sağlıkta eşitsizliklerin ekonomik, psikososyal ve politik temellerini şekillendiren bir özelliğe sahiptir. Dolayısıyla, yoksulluk yardımlarıyla sınırlı sosyal politikaların ötesinde, gelir eşitliğine yönelik ekonomik politikaların toplum sağlığını yükselteceği ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltacağı beklenmelidir.

Sağlık sistemi kapsamında, hizmete finansal nedenli erişim engellerinin azaltılması amacıyla GSS prim desteği önemli bir uygulama olmakla birlikte istatistikler kapsadığı nüfusun genişletilmesi gerektiğini göstermektedir. Diğer yandan, koruyucu sağlık hizmetleri gibi, hizmetin ücretsiz olması durumunda bile gelir grupları arasında önemli bir farklılaşma olması, gelir eşitsizliğinin sağlık üzerine dolaylı sonuçları olduğuna işaret etmektedir.

Gelir eşitliğini hedefleyen politikalar, servetin yoğunlaşması ile üst gelir gruplarının toplumun orta ve alt gelir gruplarının yaşamını belirleyici etkilerini de kontrol altına almayı hedeflemelidir. Diğer bir deyişle, sadece gelir artışı değil, toplumsal dayanışma, katılım, politik temsil, sendikal güçlenme ve sosyal politikaların adil bir biçimde uygulanmasının toplumun gerek fiziksel gerekse ruhsal sağlığı üzerine olumlu katkısı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. World Bank. Poverty & Inequality Indicators. Poverty and Inequality Platform (version 20250930_2021_01_02_PROD) [data set]. 2025. https://pip.worldbank.org/poverty-calculator
2. UNDP. Mapping income inequality: The bottom 40 and top 10 percent. Data Futures Exchange. 2022. https://data.undp.org/insights/mapping-income-inequality
3. TÜİK. Tüketici Fiyat Endeksi, Haziran 2025. TÜİK Haber Bülteni. Published online 2025. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=T%C3%BCketici-Fiyat-Endeksi-Haziran-2025-54181&dil=1
4. OECD. *Statistics News Release: Consumer Price Index*. OECD; 2025. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/insights/statistical-releases/2025/10/consumer-prices-oecd-10-2025.pdf
5. Hanke SH. Hanke's 2024 Misery Index An economic ranking of countries. Independent Institute. February 28, 2025. https://www.independent.org/article/2025/02/28/hankes-2024-misery-index/
6. TÜİK. *Gelir Dağılımı İstatistikleri*. Türkiye İstatistik Kurumu; 2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Gelir-Dagilimi-Istatistikleri-2024-53712
7. TÜİK. *Yoksulluk ve Yaşam Koşulları İstatistikleri, 2024*. Türkiye İstatistik Kurumu; 2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yoksulluk-ve-Yasam-Kosullari-Istatistikleri-2024-53714
8. WHO. Sustainable Development Goals (SDGs). Published online 2024. https://www.who.int/data/inequality-monitor/data
9. Çelik Keçili M, Sezgin Kiroğlu B, Esen E. Does where you live affect your health? Evidence from households in Türkiye. *Rev Reg Res*. 2025;45(2):247-270. doi:10.1007/s10037-025-00229-z
10. Kawachi I, Subramanian S. Income inequality. In: *Social Epidemiology (Eds. L. Berkman, I. Kawachi, M.M. Glymour)*. Oxford University Press; 2014:126-154.
11. Brodish PH, Hakes JK. Quantifying the individual-level association between income and mortality risk in the United States using the National Longitudinal Mortality Study. *Social Science & Medicine*. 2016;170:180-187. doi:10.1016/j.socscimed.2016.10.026
12. Schenkman S, Bousquat A. From income inequality to social inequity: impact on health levels in an international efficiency comparison panel. *BMC Public Health*. 2021;21(1):688. doi:10.1186/s12889-021-10395-7
13. Neumayer E, Plümper T. Inequalities of Income and Inequalities of Longevity: A Cross-Country Study. *Am J Public Health*. 2016;106(1):160-165. doi:10.2105/AJPH.2015.302849
14. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine*. 2015;128:316-326. doi:10.1016/j.socscimed.2014.12.031
15. Caner A, Yiğit YC. Relative deprivation and its association with health indicators: Lower inequality may not improve health. *SSM - Population Health*. 2019;7:100381. doi:10.1016/j.ssmph.2019.100381
16. UN. Under-five mortality rates. Published online 2024. https://www.who.int/data/inequality-monitor/data
17. TÜİK. Hayat Tabloları, 2022-2024. Published online 2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2022-2024-54081

18. Şirin İ. Türkiye'de sosyo ekonomik seviyeye göre emeklilik sonrası ölümlülük farklılıkları. *Nüfusbilim Dergisi*. 2018;40:31-48.
19. Bowling A. Just one question: If one question works, why ask several? *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(5):342-345. doi:10.1136/jech.2004.021204
20. Düzgün Öncel B. Socio-Economic Status Gradient in Health: Micro Evidence from Turkey. *Bulletin of Economic Theory and Analysis*. 2018;3(1):53-77. doi:10.25229/beta.397967
21. Saraç E, Torun N. The Effects of Health Expenditures on Health Outcomes in Türkiye. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2024;(23):882-900. doi:10.38079/igusabder.1520663
22. Odabaşi S. DOES BETTER INCOME DISTRIBUTION REDUCE INFANT MORTALITY? THE CASE OF TURKEY. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. 2022;20(4):295-307. doi:10.11611/yead.1123979
23. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK,; 2019.
24. Soyler S, Sipahi BB, Cavmak D. Does Access to Health Care Affect Utilization of Preventive Health Services? An Ordered Probit Model Analysis of Turkey Health Survey. *World Med & Health Policy*. 2025;17(3):606-615. doi:10.1002/wmh3.70028
25. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Quarterly*. 2005;83(4). doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x
26. Davas A, Etiler N. Gender differences in cost-related unmet healthcare needs: a national study in Turkiye. *BMC Public Health*. 2024;24(1):2413. doi:10.1186/s12889-024-19878-9
27. Davas A, Çiçeklioğlu M. Understanding the determinants of self-reported asthma in Turkey: insights from national data on individual, lifestyle, socioeconomic, and healthcare access factors. *BMC Pulm Med*. 2024;24(1):349. doi:10.1186/s12890-024-03159-7
28. Cinaroglu S. Poverty effects of public health reforms in Turkey: A focus on out-of-pocket payments. *Evaluation Clinical Practice*. 2021;27(1):53-61. doi:10.1111/jep.13383
29. 12. Kalkınma planı, Yoksullukla Mücadele Komisyonu Raporu. Published online 2023. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2025/08/Yoksullukla-Mucadele-ve-Sosyal-Yardimlar-OIK-Raporu_01082025.pdf
30. SGK. *SGK İstatistik Yıllığı, 2024ç Bölüm 1: Sigortalı ve İşyeri İstatistikleri, Tablo 1.6.*; 2025. https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4

Eğitim ve Sağlık Eşitsizlikleri

Işıl Ergin

1. Giriş

Eğitim düzeyi, bireyin sağlık bilgisini, riskten kaçınma davranışlarını ve sağlık hizmetlerine etkin başvurusunu şekillendiren temel bir toplumsal belirleyicidir; aynı zamanda istihdam ve gelir aracılığıyla hem iş hem de yaşam koşullarını ve fırsatları (barınma, beslenme, sosyal güvence, çevresel etkilenimler) ve bireyin dahil olduğu toplumsal ağların kapsam ve niteliğini belirleyerek sağlık üzerinde dolaylı ama güçlü etkiler üretir. Bu bölümde Türkiye'de bölgesel ve toplumsal gruplar arası eğitim farklarının sağlık üzerindeki etkileri ele alınacaktır. İlk olarak Türkiye'deki mevcut eğitim düzeyi ve barındırdığı eşitsizlikler irdelenecek ardından eğitim eşitsizliklerinin sağlığa yansımaları ele alınacaktır.

2. Türkiye De Eğitim Düzeyinde Mevcut Durum ve Eşitsizlikler

2.1. Türkiye De Eğitim Düzeyinde Mevcut Durum

Türkiye de eğitim düzeyinin mevcut durumunu incelemek için Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) ve Eğitim Reformu Girişimi'nin (ERG) son ulusal değerlendirmeleri yanısıra OECD'nin Education at a Glance 2024 raporu esas alınmıştır.[1]

Tablo 1, Türkiye'deki 25 yaş ve üzeri nüfustaki eğitim durumunun 2020-24 yıllarındaki ulusal istatistiklerini özetlemektedir.[2] Bu verilere göre Türkiye'de son beş yılda ortaöğretim ve yükseköğretime erişimin arttığı, okuryazarlık oranının da yükseldiği belirtilebilir. Artış özellikle lise ve üniversite mezuniyetinde belirgindir.

Ancak; uluslararası karşılaştırmalara bakıldığında Education at a Glance 2024 raporu Türkiye'deki eğitim durumuna dair önemli saptamalarda bulunmaktadır.[3] Bunlardan ilki Türkiye'de 25-34 yaş arası gençlerde, ortaöğretim veya onun üstünü tamamlamamış olanların %30 gibi yüksek bir düzeyde oluşudur. Bu sıklık OECD ortalamasının %16 üzerindedir. Birçok ülke, lise mezunu olmayan genç yetişkinlerin oranını azaltmayı önceliklendirmiş ve 2016-2023 arasında 35 OECD üyesi ülkenin 28'inde azalma sağlanmıştır. Bu azalma Türkiye için de geçerlidir. Ancak, Türkiye'de 25-34 yaş grubunda lise veya üstü mezuniyeti olmayanların ora-

Tablo 1. Türkiye'de 25 yaş ve üzeri nüfusta eğitim/okul bitirme durumu (2020-24)

	OY*Bilmeyen(%)	OY bilen, bir okul bitirmeyen (%)	İlk Okul (%)	İlk Öğretim (%)	Ortaokul ve dengi meslek okulu (%)	Lise ve dengi meslek okulu (%)	Yüksekokul ve fakülte (%)	Yüksek lisans (%)	Doktora (%)	Bilnm (%)
2020	3,8	4,7	23,8	10,7	13,0	21,4	19,0	2,2	0,4	1,1
2021	3,5	4,3	23,2	9,9	12,9	22,3	19,6	2,7	0,5	1,2
2022	3,3	4,1	22,4	9,6	12,8	22,9	20,3	2,8	0,5	1,3
2023	3,1	3,9	21,9	9,4	13,0	23,5	21,0	2,9	0,5	0,7
2024	2,9	3,8	21,2	9,1	13,2	23,9	21,6	3,0	0,5	0,7

(2) *Nolu Kaynak:TÜİK verisi ile hazırlanmıştır*

***OY:** Okuma-yazma) (%) Satır yüzdesi

nı 2016'dan 2023'e %15 azalmakla birlikte hala yüksek düzeydedir. TÜİK verilerine göre 2024 yılında 25 yaş ve üzeri nüfusun yaklaşık %50,2 si ortaokul veya altı eğitim düzeyine sahiptir.[2]

OECD'nin raporunda Türkiye'ye dair ikinci önemli saptama eğitim fırsatlarındaki nesiller arası değişim üzerinedir. Türkiye'de, ebeveynlerinden en az biri yükseköğretim mezunu olan 25-64 yaş grubundaki bireylerin %81'i de yükseköğretim mezunudur. Buna karşılık, ebeveynleri lise mezunu olmayan 25-64 yaş grubundaki bireylerin yalnızca %18'i kendisi yükseköğretim diploması elde etmiştir.[3] Bu bulgular, eğitimdeki fırsat eşitsizliklerinin kuşaklar boyunca yeniden üretildiğini göstermektedir. Ebeveynlerin eğitim düzeyi, çocukların eğitim kazanımları üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir. Ailelerin eğitim düzeyi, çocukların eğitim ve dolayısıyla işgücü piyasasındaki konumlarını belirleyen temel bir yapıtaşı olmaya devam etmektedir. Bu durum Türkiye'de sosyal hareketliliğin sınırlı olduğunu ve eğitimde eşitsizliklerin nesiller boyunca devam edebildiğini de göstermektedir. Dolayısıyla, erken yaşta ve kuşaklar arası bu aktarımı kırmayı hedefleyen eğitim politikaları, toplumsal eşitsizlikleri azaltmak için kritik bir önem taşımaktadır.

2.2. Eğitim ve Eşitsizlikler

2.2.1. Cinsiyet Temelli Eşitsizlikler

Eğitim Reformu Girişimi'nin Eğitim İzleme Raporuna göre, 2024'te zorunlu eğitim çağındaki 612.814 çocuk eğitim dışında kalmıştır; bu sayı bir önceki yıla kıyasla %38,4 artmıştır [4]. Bulgular, eğitimde fırsat eşitsizliğinin derinleştiğine ve yapısal sorunların sürdüğüne işaret etmektedir. 15–17 yaş grubunda eğitim dışı kalma oranı en yüksek il Muş (%35,6) olup, Ağrı (%32,4) ve Gümüşhane (%28,7) onu izlemektedir. Özellikle Siirt, Bitlis ve Ağrı'da 17 yaşındaki her üç kızdan biri eğitimin dışındadır. Bu bulgular, eğitimde bölgesel eşitsizliklerin ve toplumsal cinsiyet temelli engellerin sürdüğünü; cinsiyet farkının özellikle Güneydoğu Anadolu'da kızlar aleyhine devam ettiğini göstermektedir.[4] Öncelikle kadınların eğitim hakkı, yalnızca ekonomik fayda, toplumsal sağlık çıktıları veya sistem verimliliği için değil, temel bir insan hakkı olarak savunulmalıdır. Kadının değeri yalnızca annelik rolüne indirgenmemeli; eğitim eşitsizliğinin kadının bireysel özerkliği, ekonomik bağımsızlığı, politik temsil hakkı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri de vurgulanmalıdır. Bununla birlikte, eğitimdeki cinsiyet temelli eşitsizliklerin çocuk ve anne ölümleri, doğurganlık oranları, beslenme ve hijyen koşulları gibi somut sağlık ve demografik göstergeler üzerinde güçlü ve kanıtlanmış etkileri olduğu da unutulmamalıdır. Bu nedenle, eğitim hakkını güvence altına almak hem kadınların özgürleşmesi hem de toplumun genel sağlık düzeyinin iyileşmesi açısından hayati önem taşır. Ayrıca farklı etnik köken, bölge, engellilik durumu ve göçmenlik statüsü gibi kesişen eşitsizlikler de dikkate alınmalıdır.

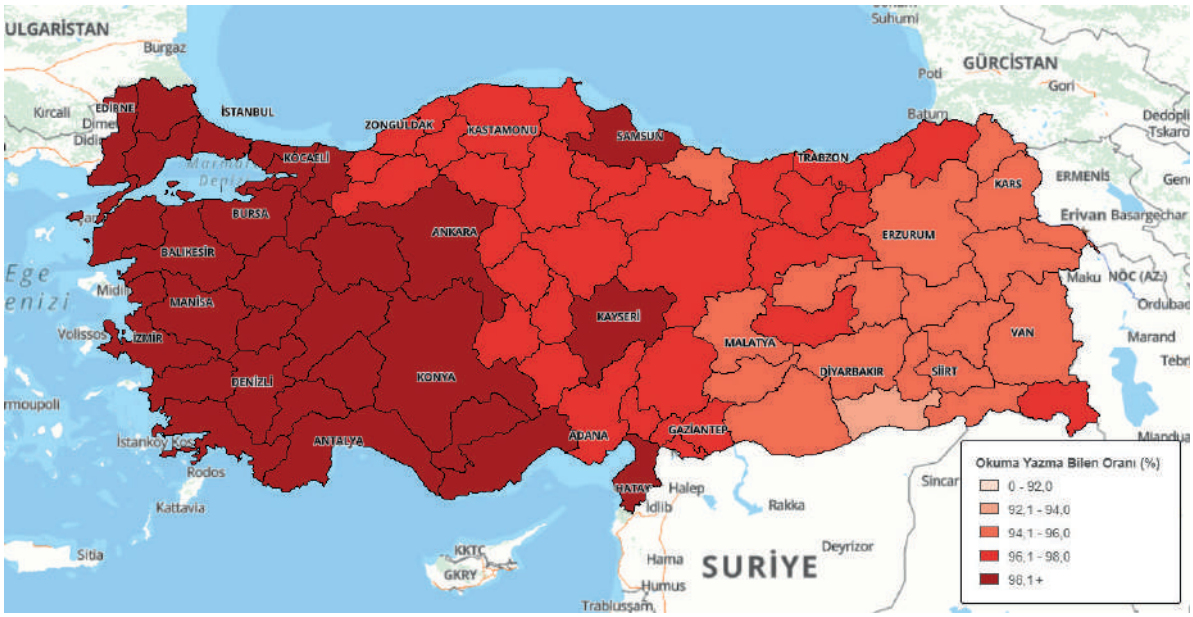
Cinsiyet temelli eğitim eşitsizlikleri sadece eğitim açığı ile kalmayıp, ölüm oranları ve doğum oranları gibi somut sağlık/demografik sonuçlarda doğrudan etki yaratmaktadır. Kız çocuklarının eğitime erişiminin kısıtlanması, onların sağlık okuryazarlığını, bilgiye erişimini ve sağlık hizmetlerini zamanında/uygun biçimde kullanmasını zayıflatır, bebek ve beş yaş altı ölüm hızlarını artırır, beslenme–hijyen uygulamalarını ve bakım arama davranışlarını olumsuz etkiler. Yüksek doğurganlık, anne ve çocuk sağlığı risklerini artırır.[5]

2.2.2. Bölgelerarası Eşitsizlikler

Ülkemizde okuma yazma bilen nüfus yüzdelerinin bölgeler arası farklılıklar gösterdiği görülmektedir (**Şekil 1**). İllere göre bitirilen eğitim durumu 2024 verileri incelendiğinde[2] okuma yazma bilmeyen nüfus yüzdelerinin Urfa, Mardin ve Ağrı illerinde %6'yı bulduğu görülmektedir.

2.2.3. Göçmenler

Eğitim eşitsizliklerinin derinleştiği önemli bir diğer grubu da göçmenler oluşturmaktadır. Türkiye'de 2020'de 3,6 milyonu Suriyeli olmak üzere 4 milyon göçmen nüfusun bulunduğu[6], bunun 2025 itibariyle (2,52 milyonu geçici koruma altındaki Suriyeli nüfus ve 166,899'u diğer gruplar olmak üzere) azaldığı ancak önemini korumaya devam ettiği görülmektedir.[7] Almanya ve İsveç'teki köklü ve kurumsallaşmış göç ve koruma sistemlerine kıyasla Türkiye'nin yeni ve geçici koruma temelli göç rejimi, yasal düzenlemeleri ve uygulamalarıyla daha kısıtlayıcı ve toplumdaki statülere göre katmanlıdır.[8] Türkiye'deki geçici ve statülere göre katmanlı bu göç rejimi (örneğin Geçici Koruma Yönetmeliği), göçmenlerin sağlık ve eğitim hizmetlerine erişimini doğrudan etkilemektedir. Yasal düzenlemelerin kimi zaman kısıtlayıcı olması da göçmenlerin sigortalı sağlık hizmetine veya resmî okullara kesintisiz katılımını zorlaştırabilmektedir. Bu durum, özellikle çocuklar ve gençler için sağlık ve eğitimde yapısal eşitsizliklerin oluşmasına ve kuşaklar arası dezavantajların sürmesine yol açabilir.[9] Göçmenlerin yasal statüleri ve geçici koruma düzeni, hem sağlık hem de eğitim alanındaki fırsat eşitsizliklerinin temel belirleyicisi olup, eğitimdeki eşitsizlikler yoluyla sağlık alanındaki eşitsizlikleri de derinleştirmektedir.



Şekil 1. Türkiye'de okuma yazma bilme yüzdesinin illere göre durumu

(2) Nolu Kaynak:TÜİK İstatistik Portalı, 2024

2.2.4. COVID-19 Pandemi Döneminde Artan Eğitim Eşitsizlikleri

Pandemi dönemindeki okul kapanmaları öğrenmede genel bir kayba yol açarken, bu kayıp sosyo-ekonomik açıdan kırılgan öğrencilerde daha ağır yaşanmıştır. Dünya Bankası[10], bu kapanmaların öğrenime-düzeltilmiş eğitim yılı (LAYS) göstergesinde ~0,6 yıllık kayıp yaratacağını; asgari yeterlilik altındaki öğrenci oranının Türkiye'de %26'dan %37'ye tırmanabileceğini öngörmüştür. Bu etkiler özellikle internet/cihaz erişimi zayıf hanelerde belirgindir: okul çağı çocuğu olan yoksul hanelerde internet erişimi yalnızca %39'dur. Ayrıca en yoksul bölgelerde öğrencilerin sadece %9'u Eğitim Bilişim Ağının (EBA) çevrimiçi sistemine bağlanabilirken en zengin bölgelerde bu oran %29 olmuştur. Kız öğrencilerin ev içi sorumluluklar nedeniyle ev-temelli eğitime erişimde ek dezavantajlar yaşayabildiği de belirtilmiştir. Bu tablo, uzaktan eğitimde kapsayıcılığı artıran hedefli tedbirlerin ve kırılgan gruplara ilave desteğin gerekliliğini ortaya koymuştur. Dünya Bankası'nın MEB için hazırladığı proje belgesinin [10] ek bulgularına göre, Türkiye'de en yoksul sosyo-ekonomik %20'deki öğrenciler en zengin %20'ye kıyasla PISA'da 87 puan daha düşük performans göstermiştir. Bu fark yaklaşık iki yıllık okul öğrenimine karşılık gelmektedir. COVID-19 kapanmalarıyla birlikte uçurumun yaklaşık 9 puan daha artacağı öngörülmüştür. Bu nedenle uzaktan/dijital eğitimin kapsayıcılığını artıracak önlemler ve kırılgan öğrencilere ilave destekler önerilmiştir.[10,Ek 5]

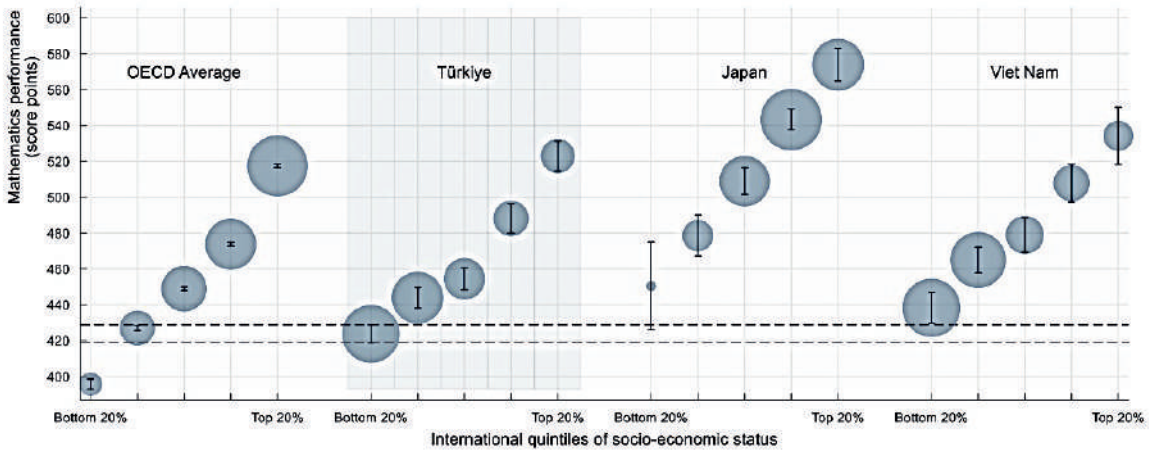
2.2.5. Eğitimde Sosyoekonomik Eşitsizlikler

OECD'nin 15 yaş grubu öğrencilerde okuryazarlığı karşılaştırmalı olarak ölçen PISA değerlendirmesinde 2022'de Türkiye'de[11] öğrencilerin %33'ü uluslararası Sosyoekonomik Statü (SES) ölçeğinin en alt beşte birinde olarak saptanmıştır (**Şekil 2**). Ülke içinde en üst–en alt SES grupları arasında 82 puanlık fark 2012–2022 arasında da büyük ölçüde sabit kalmıştır. Dezavantajlı öğrencilerin yalnızca %12'si en yüksek performans çeyreğine ulaşabilmektedir. Bu sonuçlar eğitimde sosyo-ekonomik eşitsizliklerin sürekliliğine işaret etmektedir.

3. Eğitim-sağlık İlişkisi ve Eşitsizlikler

3.1. Sağlık Eşitsizliklerinin Ölçümünde Kamusal Veri Sorunları

Eşitsizliklerle mücadelede ilk basamak, sorunu ölçmek ve anlamak; ardından eylemin etkisini değerlendirmektir.[12] Eşitsizliklerin sağlıklı biçimde analiz edilebilmesi, düzenli ve karşılaştırılabilir veri üretimine ve bu verinin zaman içindeki eğilimleri izleyecek biçimde erişilebilir kılınmasına bağlıdır. Ancak ulusal düzeyde sorumlu kurumların veriyi şeffaf biçimde sunmaması, kanıta dayalı değerlendirmelerin önünde önemli bir engel oluşturmaktadır. Araştırmacıların konuya yönelik ilgisinin sınırlı olması, veri erişim altyapılarının yetersizliği ve analitik kapasitenin düşük kalması bu sorunu derinleştirmektedir. Ayrıca, klinik uygulama alanında sosyoekonomik eşitsizlikler verisine dayalı değerlendirmelere gereken değerin verilmemesi, eşit-



Şekil 2. Uluslararası SES beşliklerine göre matematik ortalama performansı[11]

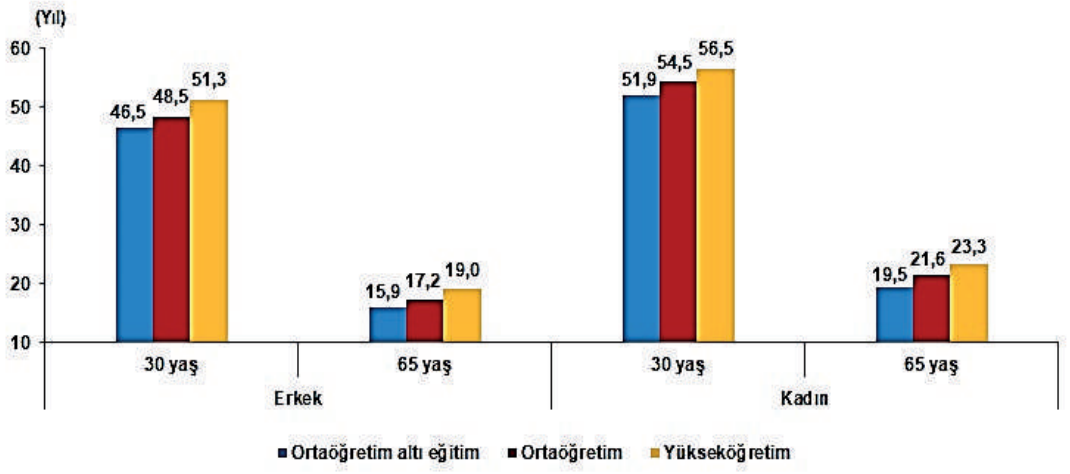
sizliklerin ölçülmesi ve azaltılmasına yönelik çabaların etkinliğini zayıflatmaktadır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), ulusal ölçekte anne ve bebek sağlığına ilişkin temel göstergeleri (gebelik izlemi, doğumda nitelikli personel, aşılama, beslenme, bebek ve anne ölümlülüğü vb.) standart yöntemlerle ve düzenli aralıklarla ölçen temsili bir hane halkı araştırmasıdır. Tabakalı örnekleme ve ayrıntılı arka plan bilgileri sayesinde, bölge-kır/kent-sosyoekonomik düzey kırılımlarında eşitsizlikleri görünür kılar; zaman içinde eğilimlerin izlenmesine ve hedefli politika tasarımına güçlü bir kanıt zemini sunar. TNSA'nın 2018'den bu yana yinelenmemesi, izlemi kesintiye uğratmakla kalmayıp; son yedi yılda fiilen bir veri körlüğü oluşturmuştur. Üstelik bu körlük, belirgin nüfus hareketliliği ve yapısal dalgalanmaların (ör. pandemi, iç/dış göç dinamikleri) yaşandığı bir döneme denk gelmiştir. Bu koşullar altında güncel ve karşılaştırılabilir veri yokluğu, anne-bebek sağlığı göstergelerinde eğilimlerin, bölgesel/sosyoekonomik düzey kırılımlarının ve program etkilerinin güvenilir biçimde izlenmesini ciddi biçimde zayıflatmakta, dezavantajlı gruplar lehine hedefli politika tasarımını güçleştiren bir boşluk yaratmaktadır. Oysa; OECD'nin OURdata 2023 bulgularına göre, erişime açık kamu verisi hem köklü hem de yeni ortaya çıkan politika sorunlarının ele alınmasında hayati bir araç hâline gelmiştir. Özellikle toplumların dayanıklılığını güçlendirmek için zamanında ve kaliteli veriye erişimin güvence altına alınması gereklidir. Bu şeffaflık, hesap verebilirlik ve bu verileri 'kamusal mal' sayan yaklaşım, sağlık başta olmak üzere tüm kamusal alanlarda sosyo-ekonomik eşitsizliklerin izlenmesi ve hedefli müdahalelerin tasarımında açık verinin stratejik önemine işaret eder.[13]

3.2. Eğitimin Yaşam Süresine Etkisi

TÜİK, 2024 yılında (Hayat Tabloları 2021–2023) eğitim durumuna göre beklenen yaşam süresini ilk kez raporlamıştır; 2024 ve 2025'te yayınlanan bulgular [14,15], tüm yaş grupları ve her iki cinsiyette belirgin bir eğitim gradyantına işaret etmiştir. Buna göre eğitim düzeyi arttıkça beklenen yaşam süresi sistematik olarak uzamakta, düşük eğitim düzeyine sahip gruplarda yaşam beklentisi daha kısa seyretmektedir. Nitekim 30 yaş örneğinde, ortaöğretim altı ile yükseköğretim düzeyleri arasında beklenen yaşam süresi farkı yaklaşık 5 yıl düzeyindedir (erkekte 4.8 yıl, kadında 4.6 yıl) (**Şekil 3**). OECD'nin verilerinde 25 yaşta beklenen yaşam süresi açısından eğitim grupları arasında (düşük/yüksek karşılaştırmasında) erkeklerde yaklaşık 8 yıl, kadınlarda yaklaşık 5 yıl fark ortaya çıkmaktadır[16]. Buna göre Türkiye'de erkeklerde eğitimin yaşam süresi üzerinde yarattığı fark OECD ortalamasının belirgin biçimde altındayken, kadınlardaki fark OECD ortalamasına oldukça yakındır. Kadındaki bu göreli yükseklik, eğitim eşitsizliğinin yaşam süresine yansımasının kadınlarda erkeklere kıyasla nispeten daha fazla olduğunu düşündürmektedir.

Lancet Public Health'de yayınlanan çalışmaya göre eğitim, yetişkinlerde tüm nedenlere bağlı ölümlülükle doz–yanıt ilişkisi göstermektedir:[17] Her bir ek eğitim yılı, ortalama olarak %1,9 daha düşük ölüm riski ile ilişkilidir. Etki gençlerde daha belirgindir: 18–49 yaş için her ek yıl %2,9 daha düşük riskle; 70+ yaş için ise %0,8 daha düşük riskle ilişkilidir. Bu risk artışı yaş, cinsiyet ve medeni durumun analizde kontrol edilmesi sonrasında devam ederek eğitimin erişkin ölümlülüğü için bağımsız bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, yaşam beklentisini artırmada eğitimin



Şekil 3. Yaş, cinsiyet ve eğitim durumuna göre beklenen yaşam süresi, 2022-2024 15

belirleyici önemini güçlü biçimde ortaya koymakta ve küresel mortalite eşitsizliklerini azaltmak için eğitime yatırımı artırma çağrılarını desteklemektedir.

Eğitimin mortalite riskini düşürücü etkisi, diğer davranışsal risk faktörleriyle kıyaslandığında benzer büyüklüktedir. Örneğin, 18 yıl eğitim almak (hiç eğitim almamaya kıyasla) mortalite riskini %34,3 azaltır; bu azalma, optimal sebze tüketimine (RR≈0,77) veya yeterli fiziksel aktivite yapmanın etkisi ile (RR≈0,60) benzer büyüklüktedir. Hiç eğitimi olmayan bir yetişkinin akciğer kanseri olma riski, 5 paket-yıl sigara öyküsü olan birindeki risk artışıyla (RR≈1,52) veya yüksek alkol tüketimi olan kişinin tüm nedenlere bağlı ölüm riskindeki artışla (RR≈1,41) benzer düzeydedir. Bu karşılaştırmalar, eğitime yapılan yatırımların toplum sağlığı üzerindeki etkilerinin, sık tartışılan halk sağlığı tehditlerine yönelik müdahalelerle denk olduğunu göstermektedir; buna karşın fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme politikaları sürekli ön plana çıkarılırken, eğitim ve eğitime yatırım kamu politikalarında sistematik biçimde geri planda bırakılmaktadır. Bu dengesizlik, sağlık eşitsizliklerini kalıcı kılan yapısal bir kör nokta olarak ele alınmalı ve eğitim yatırımları temel bir halk sağlığı stratejisi olarak önceliklendirilmelidir.

3.3. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Arasında Eğitimin Yeri

Sağlığın sosyal belirleyicilerine bakıldığında, hayatta bazı kritik geçiş noktaları olduğu (işe başlama, evden ayrılma, aile kurma, iş değiştirme) ve bunlardan birinin de ilkokul eğitiminin tamamlanıp ortaokula geçildiği dönem olduğu bildirilmektedir. Bu kritik noktalardaki değişim bireyin daha avantajlı ya da daha dezavantajlı bir yola sapmasında rol oynayarak sağlığını belirler. Ülke politikaları bu kritik dönemeçlerin varlığını görmezden gelir ise hem modern toplumların güçlü sağlık belirleyicilerini hem de sosyal adalet unsurlarını ıskalamış olur. Üstelik bireyin geçmiş dezavantajları da yaşam boyunca birikerek her bir kritik geçiş dönemine bireyi taşıyacağı için, refah politikalarının hayatın olabildiğince en erken döneminde devreye girmesi birey için erken dönemde bir toplumsal güvenlik ağı oluşturacaktır.[18] Eğitim eşitsizliklerinin hayatın en erken döneminde giderilmesi bu anlamda kritiktir. Örneğin; kötü fetal gelişim erişkin hayattaki sağlığın da belirleyicisidir. Eğitim düzeyi düşük bir hanede kümelenebilecek tüm riskler (kötü hane koşulları, yoksulluk, yetersiz beslenme, sigara içme, alkol/madde kullanımı, stres, şiddet) hayata adil bir başlangıcın önünde engeldir. Bebeklik dönemi ile devam edecek bu eşitsiz koşullar kötü fiziksel gelişim, yanı sıra kognitif, duygusal ve duyusal eksiklikleri de tetikleyerek toplumsal eşitsizliklerin kuşaktan kuşağa aktarılmasına zemin hazırlar; bu nedenle erken ve kapsayıcı eğitim politikaları kritik önemdedir. Eğitimin genel seviyesinin yükseltilmesi erken yaşam dönemindeki sağlığının iyileştirilmesi politikalarında ilk sırada yer almaktadır.[18] Bu bağlamda gebelik izlemi, doğumda nitelikli personel, aşılama, beslenme, bebek ve anne ölümlülüğü gibi sağlık göstergelerindeki eğitim eşitsizliklerinin ortaya konmasında önemli bir araç olan TNSA'nın bir an evvel yinelenmesi kritik önem taşımaktadır.

Bireyin eğitim düzeyi; anne ve çocuk sağlığını hane koşulları, sağlık bilgisi, hizmete erişim ve sağlıklı yaşam davranışları üzerinden etkilerken buna benzer biçimde kronik hastalıklarda da hem kişinin iş koşulları ve gelir olanaklarında ve dolayısıyla sağlık hizmet kullanımında belirleyici olarak hem de bilgiye erişme, yaşam

biçimi, sağlık davranışları ve riskli alışkanlıklarında (sigara, alkol vb.) rol oynayarak etkili olmaktadır. Çalışmalar düşük eğitim seviyesindeki erkeklerde görülen kanserlerin %17'sini eğitim düzeyine atfetmekte, üst solunum yolu, mide, karaciğer, akciğer, rektum, mesane, santral sinir sistemi kanserlerinin düşük eğitimli erkeklerde, mide, karaciğer ve servikal kanser riskinin düşük eğitimli kadınlarda arttığını göstermektedir.[19] Kanserlere dair bu eğitim gradienti başka çalışmalarda da gösterilmektedir.[20] İnsidansta etkili olan eğitim düzeyi, kanserli bireyin sağ kalım ve tedavi süreçlerinde de etkili olmaktadır. Kuzey Avrupa ülkeleri gibi sağlık hizmetlerine erişim açısından coğrafi ve sosyoekonomik eşitsizlikleri en aza indirmiş ülkelerde bile kanser hastaları içerisinde düşük eğitimli olanların hastalığına özel tedavi hizmetlerine erişim konusunda yüksek eğitimlilere göre daha dezavantajlı olduğu saptanmıştır. Bu durum sağ kalım sürelerine de yansımaktadır. Bu durum yüksek eğitimli bireylerin sağlık girdilerinden daha verimli yararlanabilmesi, bireysel davranışları ve tedavinin sağlık sonuçlarıyla ilişkisini daha iyi anlayabilmesi, hızlı teknolojik ilerlemelere erişme olanaklarının daha fazla olması, haklarının farkında olması, bilgi edinebilmesi, iletişim konusunda daha başarılı olması, referans hastanelere sevkinin daha sık olması ile ilişkilendirilmektedir. Tamamen ücretsiz ve kamusal olan sağlık sistemlerinde farklı eğitim düzeylerinde ortaya çıkan bu eşitsizlikler, özelleşmiş sağlık sistemlerinde çok daha derin sağlık eşitsizlikleri olduğunu göstermektedir.[21]

Türkiye Sağlık Araştırmasının 2022[22] yılı mikroverileri analiz edildiğinde, 30-65 yaş arası kadınların her 5 yılda bir yaptırması gereken vaginal smear tetkikini yüksek eğitimli kadınların %42,1'inin okuryazar olmayan kadınların %20,9'unun son 5 yılda yaptırdığı ve bu tetkiki hayatı boyunca hiç yaptırmama durumunun eğitimli kadınlarda %48,7 ve okuryazar olmayanlarda %69,2 olduğu görülmektedir. Mammografi için 40-69 yaş arası tarama aralığındaki kadınlarda, yüksek eğitimli kadınların son 2 yılda mammografi yaptırma sıklığı %32,5 iken, okuryazar olmayan kadınlarda bu sıklık %15,8'dir. Gaitada Gizli Kan tetkikini hiç yaptırmamış olma kadınlarda yüksek eğitimlilerde %55,1 ve okuryazar olmayanlarda %60,9'dur. Erkeklerde bu sıklıklar sırasıyla %56,5 ve %68,3'tür. Eğitim taramaya erişim ve katılım davranışında anlamlı biçimde fark yaratmaktadır. Bu bulgular, Türkiye'de kanser tarama programlarına katılımın genel olarak düşük olduğunu ve eğitim düzeyinin tarama davranışında belirleyici bir etken olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyi arttıkça taramaya katılım oranlarının yükselmesi, sağlık okuryazarlığının ve farkındalık düzeyinin erken tanı hizmetlerinden yararlanma üzerinde kritik rol oynadığını ortaya koymaktadır.

Türkiye'de sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti kullanımı araştırmalarında eğitim değişkeni sıkça yer alsa da, eğitim eşitsizliklerinin sağlık sonuçları üzerindeki etkisini uygun istatistiksel ölçütlerle niceliksel olarak ortaya koyan ve bu etkinin büyüklüğünü değerlendiren/izleyen çalışmalar sınırlıdır. Eğitimin sonuç değişkeni ile ilişkisini sunmak önemli olsa da müdahaleleri planlamak, önceliklendirmek ve izlemek açısından yeterli değildir.

Kemaoğlu ve ark. nın 2025'te Ağrı'da yürüttüğü çalışmada yaşlı populasyonda eğitimsiz gruplarda malnutrisyon riskinin arttığı[23] görülmektedir. Amsterdam Yaşlanma Çalışması verilerine dayalı araştırmada, Hoogendijk ve ark. Türk ve Fas kökenli yaşlı göçmenlerde kırılganlık(frailty) görülme olasılığının Hollanda doğumlulara göre belirgin biçimde daha yüksek olduğunu saptamıştır. Çok değişkenli lojistik regresyon sonuçları kadın (OR = 1,82), düşük eğitimli (OR = 2,81) ve göçmen kökenli (OR = 6,59) olmanın kırılganlıkla bağımsız ve güçlü bir ilişki içinde olduğunu göstermiştir. Bu bulgular, eğitim ve göç temelli yapısal eşitsizliklerin yaşlılıkta sağlık durumunu belirleyen kilit faktörler olduğunu vurgulamakta oldukça değerlidir.[24]

Tablo 2'de Türkiye'de 18 yaş üzeri nüfusta 2022'de genel sağlık durumunun (5 kategori) eğitim durumuna göre dağılımı görülmektedir.[22]

Türkiye Sağlık Araştırması 2022 mikro verileri analiz edildiğinde öznel sağlık kategorilerinde eğitim düzeyi yükseldikçe "çok iyi/iyi" artarken "kötü/çok kötü" belirgin biçimde azalmakta "orta" yanıtı da üst eğitim gruplarında daralmaktadır. Okuryazar olmayan ve okul bitirmemiş gruplarda öznel sağlık belirgin biçimde daha kötüdür (**Tablo 2**). Anlamlı bir doz–yanıt ilişkisi gösteren bu patern, sağlıktaki eğitim eşitsizliklerindeki gradiente işaret etmektedir.[22] Benzer patern ağız diş sağlığına ilişkin öznel değerlendirmede de söz konusudur (**Tablo 3**).

Medlife-TR çalışması[25] yaşam tarzı ve kardiyovasküler risk algısının eğitim düzeyine göre anlamlı biçimde farklılaştığını, yüksek eğitimlilerde düzenli egzersiz ve diyet yapma davranışının arttığını, sigaraya dair risk algısının yükseldiğini göstermektedir. Bu sonuçlar eğitim temelli sağlık eşitsizliklerinin yaşam tarzı davranışları ve risk algısı üzerinden şekillendiğini ve müdahalelerin eğitim gruplarına göre hedeflenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Ferhatosmanoğlu ve ark.'ın tedaviye dirençli uyuz vakalarının incelendiği çalış-

Tablo 2. Türkiye'de 18 yaş üzeri nüfusta 2022'de genel sağlık durumunun (5 kategori) eğitim durumuna göre dağılımı

	Genel Sağlık Durumu					TOPLAM
	Çok iyi (%)*	İyi (%)*	Orta(%)*	Kötü(%)*	Çok kötü (%)*	
Okuryazar Değil	1,0	22,6	42,9	29,1	4,5	4413155
İlkokul bitirmemiş	3,1	32,1	41,7	21,0	2,1	2392449
İlk/orta öğretim mezunu	4,6	49,8	36,4	8,3	0,8	26524457
Lise mezunu	10,3	64,4	22,0	3,0	0,3	13430606
Yükseköğretim mezunu	12,9	66,2	18,8	2,0	0,2	12851963
TOPLAM	4378520	32141787	17915301	4649535	527487	59612630

*Satır Yüzdesi

[22] Kaynak: TSA 2022 verilerinden hazırlanmıştır

Tablo 3. Türkiye'de 18 yaş üzeri nüfusta 2022'de diş ve diş etlerinin durumunun (5 kategori) eğitim durumuna göre dağılımı

	Diş Durumu					TOPLAM
	Çok iyi (%)*	İyi (%)*	Orta (%)*	Kötü (%)*	Çok kötü (%)*	
Okuryazar Değil	1,6	29,2	35,5	29,7	3,9	4413154
İlkokul bitirmemiş	2,1	36,3	33,5	24,7	3,4	2392450
İlk/orta öğretim mezunu	3,3	43,3	35,8	16,0	1,6	2652445
Lise mezunu	6,9	55,5	27,4	9,2	1,0	13430606
Yükseköğretim mezunu	8,0	58,3	26,7	6,5	0,5	12851963
TOPLAM	5,0	48,0	31,8	13,8	1,5	59612629

*Satır Yüzdesi

[22] Kaynak: TSA 2022 verilerinden hazırlanmıştır

masında üniversite ve üzeri eğitime sahip bireylerde, tedaviye dirençli uyuz riski %46 daha düşüktür. Düşük eğitimli bireylerdeki tedavi başarısızlığı daha kalabalık hane koşulları ve tüm ailenin tedavi alma sıklığının düşük olması ile ilişkilendirilmektedir.[26] Başar ve ark.'nın çalışması karşılanmayan gereksinimin eğitim düzeyi üniversite ve üzeri gruplarda oldukça azaldığını ve ilkokul ve altı gruplarda daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Sağlık hizmetindeki bekleme süresi, hizmete uzaklık ve hizmetin ücretini karşılayamama gibi engeller düşük eğitim gruplarında daha şiddetli bir erişim engeline dönüşmektedir.[27]

Eğitim düzeyi, sağlık okuryazarlığı, gelir ve sosyal güvence kanalları üzerinden sağlık hizmetlerine erişimin temel belirleyicilerinden olup eğitimdeki eşitsizlikler, hizmete başvuru ve yararlanma olasılığında sistematik farklar üretmektedir. **Tablo 4**, Türkiye Sağlık Araştırması 2022 mikro verisi kullanılarak 18 yaş ve üzeri nüfusta "ihtiyaç olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle yararlanılamayan" sağlık hizmetlerinin eğitim düzeyine göre dağılımını göstermektedir.[22] Göstergeler öz-bildirime dayalıdır ve tıbbi bakım, diş bakımı, ilaç temini ve ruh sağlığı hizmetlerine dairdir (Oranlar, örnekleme yapısını yansıtmak üzere FERTFAKTOR ile ağırlıklandırılmıştır). Tabloda, 18+ nüfusta eğitim düzeyi düştükçe ödeme güçlüğüne bağlı karşılanamayan ihtiyaç oranlarının belirgin biçimde arttığı; bu eğilimin tüm hizmet türlerinde görüldüğü, en yüksek düzeyin diş bakımında ve en dik eşitsizlik eğiminin ise tıbbi bakım ve ilaç temininde ortaya çıktığı belirtilebilir.

Eğitim; bireylerin sağlık bilgilerini anlama, değerlendirme ve kullanma kapasitesini şekillendirerek, sağlık okuryazarlığı üzerinden de sağlık davranışlarını ve sağlık sonuçlarını belirler. Bu nedenle, sağlık eğitiminin ve hizmet sunumunun dezavantajlı grupların gereksinimlerine uyarlanmadan (dil, okuryazarlık düzeyi, kültürel bağlam, erişilebilirlik) tasarlanması, hizmete katılımı ve müdahalenin etkinliğini gruplar arasında farklılaştırarak mevcut sağlık eşitsizliklerini derinleştirir. Başka bir deyişle, eğitimsiz ya da düşük eğitimli gruplara hizmetin uyarlanmamış olması, sağlık okuryazarlığı farklarını kurumsal düzeyde yeniden üreterek eşitsizliklere kurumsal bir kanal açar. Örneğin Türkiye'de Suriyeli kadınların üreme ve cinsel sağlık hizmetine erişiminin

Tablo 4. Türkiye'de 18+ nüfusta 2022'de ihtiyacı olduğu halde ödeme güçlüğü nedeni ile yararlanılamadığı belirtilen hizmetlerin eğitim durumuna göre dağılımı

	Tıbbi bakım		İlaç		Diş bakım		Ruh sağl.ted.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Okuryazar değil	597632	13,5	528360	12,0	616394	14,0	134181	3,0
Bir okul bitirmemiş	346238	14,5	315554	13,2	370967	15,5	67828	2,8
İlk/ortaöğretim mezunu	2548403	9,6	1919741	7,2	3254420	12,3	534867	2,0
Lise mezunu	821751	6,1	567125	4,2	1418756	10,6	214871	1,6
Yükseköğretim mezunu	684667	5,3	372695	2,9	1205710	9,4	224092	1,7
TOPLAM	4998691		3703475		6866247		1175839	

*Satır Yüzdesi

[22] Kaynak: TSA 2022 verilerinden hazırlanmıştır

önündeki engellerin incelendiği çalışmada, eğitimsiz grupların daha kötü bir hizmet deneyimi yaşadığı veya hizmet sonrası daha fazla komplikasyon gerçekleştiğini bildirmektedir.[28] Bu durum eğitim düzeyi düşük grupların gereksinimlerinin hizmet sunum sürecinde yeterince ele alınmadığını düşündürmektedir. Bu bulgular, Levesque'in erişim modelindeki arz tarafı "hizmetin uygunluğu" (appropriateness) ile talep tarafı "katılım yetisi" (ability to engage) boyutlarının birlikte yetersiz işlemesiyle açıklanabilir. Hizmet hem gereksinimlere uygun değildir, hem de bireylerin katılım kapasitesini desteklememektedir.[29] Hizmetin kişinin kapasitesini geliştirmeye, etkin ve saygın bir iletişim kurmaya çabalamaması sonucunda, kişinin kendisiyle ilgili sağlık bakımında yeterince aktif rol alamamasına, tedavisinde bilgilendirilmiş bir karar alma sürecinin işlememesine, tedavisini sahiplenmemesine ve bunun sonucunda da sağlık çıktılarının olumlu olmamasına yol açmaktadır. Kanıtlar, bakım ve müdahalelerin, hastalar arasındaki farklılıklar dikkate alınmadığında sağlık eşitsizliklerini azaltmadığını göstermektedir. Örneğin, hastalara durumları ve tedavi yönetimi hakkında eğitim verilmesi, öz-yönetim davranışlarını ve ilgili sağlık sonuçlarını iyileştirebilir. Ancak bu yaklaşım, karmaşık sosyal koşullara, düşük gelire veya sınırlı ulaşım olanaklarına sahip hastalarda her zaman etkili değildir; bu gruplarda pratik engeller, eğitsel müdahalelerin etkinliğini azaltabilir.[30] Gürel ve ark.nın 409 kadınla yürüttüğü kesitsel bir çalışmada, kardiyovasküler hastalık risk faktörü bilgisi ile sağlık okuryazarlığı arasında orta düzeyde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır; sağlık okuryazarlığının erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama boyutlarının her biri bilgi düzeyinin anlamlı yordayıcılarıdır. Daha yüksek eğitim ve daha iyi ekonomik durum, hem sağlık okuryazarlığı hem de bilgi puanlarıyla olumlu ilişki göstermiştir. Düşük sosyoekonomik konumdaki kadınların doğru bilgiye erişimde yaşadığı güçlükler, bilgi düzeyi ve öz-yönetim davranışlarında dezavantaja yol açmakta; bu durum, eğitim temelli sağlık eşitsizliklerinin kalıcılığını beslemektedir.[31]

3.4. Pandemi Döneminin Etkisi

2020-25 döneminin en önemli sağlık olayı olan pandemi sürecinde de düşük eğitim düzeyine sahip gruplar, çok boyutlu yapısal dezavantajlar nedeniyle COVID-19 ile ilişkili sağlık eşitsizliklerinden orantısız biçimde etkilenmiştir. Düşük eğitim, hem enfeksiyona maruziyeti (kalabalık ve uzaktan çalışmaya elverişli olmayan işlerde istihdam, toplu taşımaya bağımlılık) hem de sağlık bilgisi ve sağlık okuryazarlığını sınırlandırarak koruyucu önlemlerin uygulanmasını güçleştirmiştir.[32,33] Ayrıca bu gruplarda kronik hastalıkların ve risk faktörlerinin (ör. hipertansiyon, diyabet) daha yüksek prevalansı, ağır hastalık ve mortalite riskini artırmıştır.[34] Sağlık hizmetlerine erişimdeki kısıtlılıklar ve tele-sağlık kullanımındaki dijital uçurum da tanı, tedavi ve aşılama süreçlerini geciktirmiştir. Bu bulgular, pandeminin eğitim temelli sağlık eşitsizliklerini belirgin biçimde derinleştirdiğini göstermektedir.

4. Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de eğitimdeki eşitsizlikler kalıcı ve çok katmanlıdır; kuşaklar arasında yeniden üretilir, bölgesel ve toplumsal cinsiyet farklarıyla derinleşir, göç ve kırılganlık durumlarıyla kesişir. Bu yapı, yalnızca okullaşmayı değil, yaşam boyu sağlık fırsatlarını da belirler; gelir düzeyi, istihdam güvencesi, barınma koşulları, sosyal güvenceye erişim ve yaşanılan çevrenin imkânları gibi diğer temel sağlık belirleyicileriyle yakından ilişkilidir. Düşük eğitim; sağlık okuryazarlığının sınırlanması ve hizmete geç/eksik erişim kadar, güvencesiz işlerde çalışma, yetersiz konut koşulları ve kırılgan sosyal koruma ağları üzerinden de daha olumsuz sağlık sonuçlarına zemin hazırlar. Pandemi ve dijital erişim

sorunları bu uçurumu büyütmüş; veri şeffaflığı ve düzenli izleme eksikliği ise kanıt temelli politika üretimini zayıflatmıştır. Eğitim eşitsizliklerini azaltmadan sağlık eşitsizliklerini azaltmak mümkün değildir.

Politika düzeyinde öncelikler nettir:

1. Erken çocukluk ve temel eğitimde kapsayıcı yatırımlar (özellikle kız çocukları ve dezavantajlı bölgeler için),
2. Göçmen çocuk ve gençlerin kesintisiz eğitime erişimini güvence altına alan düzenlemeler,
3. Sağlık hizmetlerinde "uygunluk" ve sağlık okuryazarlığına duyarlı sunum (dil, okuryazarlık ve kültürel bağlama uyarlama),
4. TNSA'nın ivedilikle yinelenmesi ve eğitim–sağlık eşitsizliklerinin izlenmesi için düzenli, açık ve karşılaştırılabilir kamu verisi altyapısının güçlendirilmesi,
5. Okuldan işe geçiş gibi kritik yaşam dönemeçlerinde sosyoekonomik destekler ve hedefli müdahaleler
6. Dijital kapsayıcılık için evrensel ve güvenilir geniş bant altyapısı, uygun maliyetli bağlantı ve cihaz erişimi; yaşa/dile/engelliliğe duyarlı içerik ve arayüzler.

Eğitim yatırımları, mortalite ve kronik hastalık yükünü azaltmada davranışsal riskleri hedefleyen klasik halk sağlığı politikalarıyla denk büyüklükte etki üretebilecek bir kaldıraçtır. Bu nedenle eğitim; sağlık eşitsizliklerini azaltmanın merkezinde, ölçülebilir hedefler ve güçlü izleme–değerlendirme çerçeveleriyle birlikte, temel bir halk sağlığı stratejisi olarak önceliklendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. OECD (2024), *Education at a Glance 2024: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c00cad36-en. *(Erişim 25.09.2025)*
2. TÜİK, (2025) Ulusal Eğitim Eğitim İstatistikleri, 2024. 29 Mayıs 2025 Sayı:53937 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Ulusal-Egitim-Istatistikleri-2024-53937 (Erişim 25.09.2025)
3. Education at a Glance 2024 - Country notes: Türkiye https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/09/education-at-a-glance-2024-country-notes_532eb29d/turkiye_163b5a41/5718b270-en.pdf(Erişim 25.09.2025)
4. Eğitim İzleme Raporu 2024 (EİR 2024) https://egitimreformugirisimi.org/yayinlar/egitim-izleme-raporu-2024/ (Erişim 25.09.2025)
5. Klasen, S (2000) Does Gender Inequality Reduce Growth and Development? Evidence from Cross-Country Regressions. World Bank Policy Research Report Working Paper No. 7 (Erişim 25.09.2025)
6. UNHCR (2020), "Figures at a glance" www.unhcr.org/tr/en/figures-at-a-glance (Erişim 3 Haziran 2020)
7. UNHCR (2025), Türkiye Bi-Annual Factsheet Turkish - September 2025 https://www.unhcr.org/tr/media/unhcr-tuerkiye-bi-annual-factsheet-turkish-september-2025 (Erişim 23.10.2025)
8. Gokalp Aras, N. E., Kabadayi, S., Ozeren, E., & Aydin, E. (2021). Right to health and access to health-care services for refugees in Turkey. *Journal of Services Marketing*, *35*(7), 962-976.
9. Çetin, E. (2020). Uncertainties involved in Turkey's migration management: The case of Syrians under Temporary Protection. *DPCE Online*, *45*(4).
10. WB 2020, Safe Schooling and Distance Education Project Internatıonal Bank For Reconstruction and Development Project Appraisal Document On A Proposed Loan In The Amount Of € 143.8 Million (US$ 160 Million Equivalent) To The Republıc Of Turkey. June 12, 2020 Report No: PAD3962 *https://documents1.worldbank.org/curated/en/788991593396173808/pdf/Turkey-Safe-Schooling-and-Distance-Education-Project.pdf (Erişim 25.09.2025)*
11. PISA 2022 Türkiye Report https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/11/pisa-2022-results-volume-i-and-ii-country-notes_2fca04b9/turkiye_5a6863b0/d67e6c05-en.pdf (Erişim 25.09.2025)
12. CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health., Geneva, World Health Organization.
13. OECD 2023 Open, Useful and Re-usable data (OURdata) Index Results and Key Findings, Public Governance Policy Papers. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/12/2023-oecd-open-useful-and-re-usable-data-ourdata-index_cc9e8a9e/a37f51c3-en.pdf (Erişim 25.09.2025)
14. TÜİK 2024 Hayat Tabloları, 2021-2023 (https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2021-2023-53678) (Erişim 25.09.2025)
15. TÜİK 2025 Hayat Tabloları, 2022-2024 (https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2022-2024-54081) (Erişim 25.09.2025)
16. Lübker, C., & Murtin, F. (2023). Changes in longevity inequality by education among OECD countries before the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, *23*(1), 1646.
17. Balaj, M., Henson, C. A., Aronsson, A., Aravkin, A., Beck, K., Degail, C., ... & Gakidou, E. (2024). Effects of education on adult mortality: a global systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, *9*(3), e155-e165.
18. Wilkinson, R. G., & Marmot, M. (Eds.). (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. World Health Organization.
19. Spadea T, et al. Educational inequalities in cancer incidence in Turin, Italy. European Journal of Cancer Prevention. 2009;169-178.

20. Uthman OA, Jadidi E, Moradi T. Socioeconomic position and incidence of gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. J Epidemiol Community Health. 2013;67(10):854-860.
21. Fiva JH, Hægeland T, Rønning M, Syse A. Access to treatment and educational inequalities in cancer survival. Journal of health economics. 2014;36:98-111.
22. Türkiye Sağlık Araştırması(TSA), 2022.Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK) Yayım Tarihi**:** 01 Haziran 2023. **Sayı:** 49747 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747
23. Kemaloğlu, E., Çiçek, B., Sözmen, M. K., & Kemaloğlu, M. (2025). Prevalence and Determinants of Malnutrition in Community-Dwelling Adults Aged 65 and over in Eastern Türkiye: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*, *17*(15), 2522.
24. Hoogendijk, E. O., Muntinga, M. E., de Breij, S., Huisman, M., & Klokgieters, S. S. (2022). Inequalities in frailty among older Turkish and Moroccan immigrants and native Dutch: data from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of immigrant and minority health*, *24*(2), 385-393.
25. Kış, M., Öz, A., Bekar, L., Tanık, V. O., Karabulut, D., Yenerçağ, M., ... & Zoghi, M. (2022). The correlation between education levels and lifestyles of patients admitted cardiology clinics: a subgroup analysis of Medlife-TR study. *Journal of Updates in Cardiovascular Medicine*.
26. Ferhatosmanoğlu, A., Baykal Selçuk, L., & Arıca, İ. E. (2025). Risk Factors and Lesion Patterns in Treatment-Resistant Scabies: Impact of Sex, Age, and Comorbidities. *Acta Parasitologica*, *70*(3), 116.
27. Başar, D., Dikmen, F. H., & Öztürk, S. (2021). The prevalence and determinants of unmet health care needs in Turkey. *Health Policy*, *125*(6), 786-792.
28. Kaya, M. (2025). *Barriers and Bridges: Syrian Women's Access to Sexual and Reproductive Healthcare and Migrant Health Centers in Türkiye* (Master's thesis, Middle East Technical University (Turkey)).
29. Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18.
30. Gkiouleka, A., Wong, G., Sowden, S., Bambra, C., Siersbaek, R., Manji, S., ... & Ford, J. (2023). Reducing health inequalities through general practice. *The Lancet Public Health*, *8*(6), e463-e472.
31. Gürel, T. Y., & Güner, Ö. (2024). Health literacy as a predictor of cardiovascular disease risk factor knowledge level among women in Turkey: A community-based cross-sectional study. *Medicine*, *103*(29), e38994.
32. Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 74(11), 964–968.
33. World Health Organization (2021). *COVID-19 and the social determinants of health and health equity*.
34. Marmot, M., & Allen, J. (2020). COVID-19: exposing and amplifying inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 74(9), 681–682.

Mekânsal Adalet: Türkiye'de Bölgesel ve Kentsel Eşitsizlikler

Alpaslan Türkkan

1. Giriş: Mekânsal Adalet Kavramsal Çerçeve

Kentsel alanlarda giderek derinleşen sosyoekonomik eşitsizlikler, kentlerde mekânsal adalet kavramını gündeme taşımıştır. Bu eşitsizlikler, mekânsal ayrışmaya yol açarak, sosyal sınıfların belirli coğrafi bölgelerde yoğunlaşmasıyla belirginleşir. Sınıfsal farklılıkların mekâna yansımasıyla ortaya çıkan mekânsal adaletsizlik, özellikle neoliberal politikaların etkisiyle daha da derinleşmektedir. Mekânsal adalet kavramı, bir toplumun farklı coğrafi bölgelerinde ve kentsel mekânlarında kaynaklara, sağlık hizmetlerine, altyapıya ve yaşam olanaklarına adil erişimi ifade eder. Bu kavram, toplumsal adaletin sağlanmasında hem bir araç hem de bir sonuç olarak ele alınması gereken sürekli ve etik bir boyut taşımaktadır.[1]

Mekânsal adaletsizlikler, kentlerde altyapı, ulaşım, konut ve hizmet kalitesi açısından farklı bölgeler arasında belirgin farklılıklar yaratmakta ve bu durum kentsel yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.[2] Mekânsal adalet tanımında; eşitlik, hakkaniyet ve adalet kavramları birbirini tamamlayıcı unsur olarak ele alınır.

- Eşitlik, kaynakların eşit dağılımını;
- Hakkaniyet, risk temelli ve ihtiyaçlara göre dağılımı;
- Adalet ise dağıtım sürecinin adil ve ahlaki niteliğini vurgular.

David Harvey'in çalışmalarından ilhamla, mekânsal adalet yalnızca kaynakların eşit dağılımını değil, karar alma süreçlerine eşit katılımı ve yaşam kalitesinin coğrafyadan bağımsız güvence altına alınmasını da kapsar.[3] Bu adaletsizlikler, sosyal eşitsizliklerle yakından ilişkilidir; özellikle dar gelirli ve ihtiyaç sahibi grupların temel hizmetlere, altyapıya ve güvenli konutlara erişimleri sınırlı kalmakta, bu da kent içindeki sosyal kırılganlıkları artırmaktadır.[2] Kentsel yoksulluğun yoğun olduğu bölgelerde, hava kirliliği, gürültü ve yetersiz altyapı (kanalizasyon, temiz su) gibi çevresel sağlık riskleri daha yüksektir. Bu durum, düşük gelirli grupların kronik hastalıklara ve enfeksiyonlara karşı daha savunmasız hale gelmesine yol açarak sağlık eşitsizliğini artırmaktadır. Mekânsal eşitsizlikler; yoksulluk, barınma, eğitim ve sağlık gibi temel sosyal adalet konularının mekânsal olarak ayrışmasıyla somutlaşır. Bu bağlamda mekânsal adalet, güç merkezileşmesine, baskıya, eşitsizliklere, bağımlılığa ve vahşi kapitalist politikalara yönelik bir eleştiridir.

Sağlık eşitsizlikleri, temelde sosyal sınıflar arasındaki coğrafi bölgeler ile kentsel ve kırsal alanlar arasında gözlenen, önlenebilir ve haksız sağlık durumu veya sağlık hizmetlerine erişim farklılıklarıdır. Bu eşitsizlikler, ortalama yaşam süresi, hastalık ve ölüm hızları ile hizmetlere erişimde kendini gösterir. Olağandışı durumlarda bu eşitsizliklerin daha da derinleştiği bilinmektedir. Örneğin COVID-19 pandemisi (2020-2024), kentsel alanlardaki yoğunluk, altyapı yetersizlikleri ve düşük gelirli mahallelerdeki kronik hastalık yükü nedeniyle sosyo-mekânsal eşitsizlikleri derinleştirmiş, sağlık hizmetlerinden yararlanmadaki adaletsizlikleri görünür kılmıştır.[4]

Afet riskleri yalnızca doğal olaylardan kaynaklanmaz. Mekânsal eşitsizlikler, doğal afetlere karşı kentlerin ve bölgelerin kırılganlıklarını artırarak yaşam kalitesini ve yaşanabilirliği olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle politika ve planlama süreçlerinde, mekânsal adaletsizliklerin azaltılması, herkesin güvenli, ekonomik ve erişilebilir konut ve hizmetlere ulaşımının sağlanması öncelikli hedefler arasında yer almakta ve bu amaçla

arazi ve konut planlamasında adil dağılım ilkesi vurgulanmaktadır.

Mekânsal eşitsizliklerin giderilmesi, kentlerin sürdürülebilirliği ve dirençliliğinin artırılması için hem yerel hem uluslararası politika gündeminde önemli bir öncelik olarak kabul edilmektedir.[2]

2. Türkiye'de Bölgesel ve Kentsel Sağlık Eşitsizliklerinin Analizi (2020-2025)

Türkiye'de mekânsal sağlık eşitsizlikleri, temel sağlık göstergeleri ve sağlık insan gücü dağılımı üzerinden çarpıcı bir şekilde gözlenmektedir. Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişim ve kaynak dağılımında belirgin bölgesel eşitsizlikler bulunmaktadır.[5] Bölgesel ve kentlerarası sağlık eşitsizlikleri, mesleksel yaralanmalar ve ölümlerde olduğu gibi kronik hastalıkların prevalansında, anne ve bebek sağlığı göstergelerinde ve sağlık personelinin dağılımında da önemli farklılıklar göstermektedir.[6,7] Bu durum, sağlığın sosyal belirleyicilerinin güçlü etkilerini göz önüne sermekte ve bölgesel politikaların belirlenmesinde eşitlikçi bir yaklaşımın benimsenmesini zorunlu kılmaktadır.

2.1. Sağlık İnsan Gücü Dağılımındaki Mekânsal Eşitsizlik

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği, büyük ölçüde nitelikli sağlık personelinin, özellikle de hekimlerin coğrafi dağılımına bağlıdır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Sağlık Bakanlığı verisi, kentler ve bölgeler arasında sağlık insan gücü dağılımında ciddi eşitsizlikler olduğunu göstermektedir.[8,9]

Hem 2020 hem de 2024 yıllarında 100 bin kişiye düşen en az sağlık çalışanı sayısı Güneydoğu Anadolu Bölgesindedir (**Tablo 1**). Türkiye genelinde 2020-2024 yılları arasında toplam hekim oranındaki artış %25,9 iken bu oran Batı Anadolu'da %34,6'ya ulaşmış, Güneydoğu Anadolu'da ise %17,9'da kalmıştır. Bu durum Türkiye'de düzelmesi beklenen hekim dağılımındaki eşitsizliğin 2020-2024 yılları arasında artarak devam ettiğini göstermektedir.[8,9] Bu tablo Türkiye'de mekânsal adaletin önemli ilkesi olan sağlık hizmetine eşit erişimin sağlanamadığını açıkça göstermektedir.

Hekim dağılımındaki bu eşitsizlik, aynı zamanda hekimlerin iş yüküne de yansımaktadır. İBBS-1 düzeyinde, Aile Hekimi Birimi Başına Düşen Nüfus 2.802 ile 3.160 kişi arasında değişmektedir. Örneğin, İstanbul'da aile hekimi başına düşen kişi sayısı 3.522 iken, bu sayı Orta Anadolu'da 3.034 kişidir.[7] Bu veri, bölgesel farklılıkların hizmet sunumu üzerindeki baskısına da işaret eder.

Sağlık hizmeti altyapısındaki mekânsal adaletsizlik, hastane yatakları dağılımında da gözlenmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığına göre, 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı Batı Anadolu'da 41,1 iken, Güneydoğu Anadolu'da bu sayı 26,3'tür. Benzer bir mekânsal adaletsizlik, yoğun bakım yatakları ile milyon kişiye düşen MR, BT, Ultrason, EKO ve mamografi cihazı gibi ileri teknoloji tıbbi cihaz dağılımında da mevcuttur.[7]

Türkiye genelinde 2020-2024 yılları arasında kişi başına hekime başvuru sayısı önemli ölçüde artmıştır.

Tablo 1. Türkiye'de sağlık çalışanı dağılımı 2020-2024 (100.000 Kişiye)

	Uzman Hekim		Toplam Hekim		Diş Hekimi		Hemşire / Ebe	
	2020	2024	2020	2024	2020	2024	2020	2024
İstanbul	141	164	247	317	56	78	314	334
Batı Marmara	92	110	181	218	37	52	353	390
Ege	115	135	215	277	44	62	339	380
Doğu Marmara	96	113	184	228	39	56	333	350
Batı Anadolu	147	178	295	397	54	79	408	464
Akdeniz	97	115	186	229	41	58	324	381
Orta Anadolu	85	99	182	224	36	53	378	417
Batı Karadeniz	86	104	184	219	36	48	391	434
Doğu Karadeniz	92	109	200	239	39	53	410	450
Kuzeydoğu Anadolu	75	90	175	206	27	41	384	382
Ortadoğu Anadolu	76	90	161	206	28	40	366	426
Güneydoğu Anadolu	63	77	140	165	24	33	281	331
Türkiye	105	125	205	258	42	59	342	381

*Tablo Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıklarından yararlanılarak oluşturulmuştur.

Tablo 2. İBBS-1'e göre bazı sağlık hizmeti kullanım göstergeleri, 2020-2024

	Kişi Başı Hekime Başvuru		Yatak Doluluk Oranı		Ortalama Kalış Günü	
	2020	2024	2020	2024	2020	2024
İstanbul	6,9	10,9	50,9	57,5	6,0	4,5
Batı Marmara	7,9	12,9	48,0	59,8	5,4	4,1
Ege	7,8	13,0	50,1	61,4	5,2	4,3
Doğu Marmara	7,5	12,2	56,6	65,1	5,6	4,3
Batı Anadolu	6,7	12,9	50,8	60,4	6,1	4,9
Akdeniz	7,7	12,9	50,7	59,0	4,5	3,8
Orta Anadolu	7,2	13,3	48,1	59,2	5,0	4,3
Batı Karadeniz	7,7	13,5	47,6	62,1	5,5	4,2
Doğu Karadeniz	7,5	13,4	44,7	62,4	5,1	4,0
Kuzeydoğu Anadolu	6,1	11,2	45,5	54,7	5,1	4,3
Ortadoğu Anadolu	6,1	11,4	42,6	59,3	4,3	3,9
Güneydoğu Anadolu	6,5	11,3	51,6	56,6	4,0	3,5
Türkiye	7,2	12,2	50,0	59,8	5,2	4,2

2020 yılında en fazla başvuru Batı Marmara'da iken, 2024 yılında Batı Karadeniz Bölgesi en yüksek başvuru oranına sahip olmuştur. Ancak, İl bazında incelendiğinde, kişi başı hekim başvurusu İstanbul'da 17,2 iken, Diyarbakır'da 8,9 olarak kaydedilmiştir.[8,9] Genel olarak, en fazla başvuru Batı illerinde (İstanbul, Ankara, İzmir, Antalya ve Samsun) gerçekleşirken, en az başvuru Doğu illerinde (Diyarbakır, Siirt, Hakkâri, Şırnak ve Bitlis) yoğunlaşmaktadır. Bu veri, sağlık hizmetine erişim önündeki bölgesel sorunları ve mekânsal eşitsizliği açıkça göstermektedir.[7]

Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırmaları (SEGE) 2025'e göre illerin endeksleri, sağlık hizmetlerine başvuru sayıları ile yakından ilişkili görülmektedir.[10] Kısıtlı sağlık altyapısı ve erişim sorunları, düşük gelişmişlik seviyesindeki illerde hekime başvuru sayılarının azlığına ve sağlık hizmetlerine ulaşmadaki mekânsal eşitsizliğin sürmesine işaret etmektedir.([10] SEGE raporunda, nüfus artışı, yaşlanma, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve sağlık okuryazarlığının gelişmesinin başvuru sayılarındaki artışın temel nedenleri olduğu belirtilmektedir. Türkiye'de hekime başvuru sayıları sürekli artmakta, ancak bu artış bölgeler arasında eşit olmayan bir dağılım gösterdiğinden sağlık sistemine önemli bir baskı oluşturmaktadır.

2.2. Bebek ve Çocuk Ölüm Hızlarında Bölgesel Eşitsizlikler ve Sağlık Hizmetlerine Erişim

Bebek ölüm hızı (BÖH), bir ülkenin veya bölgenin sağlık sisteminin kalitesini ve sosyoekonomik gelişmişlik düzeyini gösteren temel göstergelerinden biridir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verisi, iller ve bölgeler arasındaki sağlık eşitsizliğini belirgin bir biçimde gözler önüne sermektedir.

Türkiye'de bebek ve beş yaş altı çocuk ölümlerinde bölgesel eşitsizliklerin devam ettiği ve 2020-2024 döneminde bu eşitsizliklerin arttığı görülmektedir (**Tablo 3**). En yüksek BÖH, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde kaydedilmiştir. En düşük BÖH ise 2020'de İstanbul'da (binde 6,3), 2024'te ise Doğu Karadeniz Bölgesi'nde (binde 5,8) gerçekleşmiştir.

Bölgesel farklılıklar, epidemiyolojik risk ölçütlerinde de belirginleşmiştir. Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki BÖH'nin en düşük bölgeye göre Risk Oranı, 2020'de 2,0 iken 2024'te 2,3'e yükselmiştir. Bu durum, eşitsizliğin derinleştiğini göstermektedir. Benzer şekilde, Risk Farkı da 6,6'dan 7,8'e çıkmıştır. 2024 verisine göre, Türkiye'deki tüm bölgelerde BÖH, en düşük değere sahip olan Doğu Karadeniz Bölgesi'ndeki düzeyde olsaydı, bebek ölümlerinin %34,8'i önlenebilirdi. Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (BYAÖH) verisinde de benzer bir artış eğilimi gözlenmiş; Risk Oranı 2,1'den 2,2'ye, Risk Farkı ise 8,2'den 8,9'a yükselmiştir.

Bölgesel genel eğilimlerin yanı sıra, bazı illerdeki çarpıcı artışlar dikkat çekicidir. İl bazlı veri, 2023 Kahramanmaraş depremlerinden en çok etkilenen illerde BÖH'nin önemli ölçüde yükseldiğini ortaya koymaktadır. Adıyaman, Kahramanmaraş, Hatay, Gaziantep, Şanlıurfa ve Kilis, BÖH'nin en hızlı yükseldiği iller olarak öne çıkmaktadır. Bu illerdeki BÖH'nin önceki yıllara kıyasla yaklaşık iki kat artması, Türkiye ortala-

Tablo 3. Türkiye'de bebek ölüm hızı (Binde) bölgesel dağılımı (2022-2024)

	Bebek Ölüm Hızı (BÖH)		Beş Yaş Altı Ölüm Hızı	
	2020	2024	2020	2024
İstanbul	6,3	6,4	7,8	7,9
Batı Marmara	6,8	6,6	8,2	8,0
Ege	6,7	6,8	8,3	8,7
Doğu Marmara	6,8	6,9	8,2	8,4
Batı Anadolu	7,1	7,1	8,5	8,7
Akdeniz	8,2	9,4	10,5	11,5
Orta Anadolu	9,2	9,3	11,5	11,2
Batı Karadeniz	6,4	8,0	8,4	10,2
Doğu Karadeniz	6,6	5,8	8,1	7,5
Kuzeydoğu Anadolu	12,9	10,1	12,8	12,3
Ortadoğu Anadolu	11,5	11,3	14,0	13,7
Güneydoğu Anadolu	12,9	13,6	16,0	16,4
Türkiye	8,5	8,9	10,6	10,9
Risk Farkı	6,6	7,8	8,2	8,9
Risk Oranı	2,0	2,3	2,1	2,2
Topluma Atfedilen Mutlak Risk (TAR)	2,2	3,1	2,8	3,4
Topluma Atfedilen Risk % (TAR%)	25,9	34,8	26,4	31,2

masındaki yükselişe de neden olmuştur. Örneğin, Adıyaman'da BÖH 2022'de binde 10,8 iken, 2023'te binde 23,0'e; Kahramanmaraş'ta ise binde 9,0'dan binde 20,8'e yükselmiştir.[5] Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerindeki illerin, batıdaki illere kıyasla daha yüksek bebek ölüm hızlarına sahip olduğu görülmektedir. Bu durum, doğal afetlerin sağlık göstergeleri üzerindeki yıkıcı etkisini ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan aksaklıkları açıkça göstermektedir.

Bebek ölüm hızındaki bu mekânsal farklılıklar, annenin eğitim düzeyi, sağlık hizmetlerine erişim, doğum öncesi bakım kalitesi ve sosyoekonomik koşullardaki bölgesel eşitsizliklerin doğrudan bir sonucu olarak değerlendirilmektedir.[11] Bölgesel Gelişmişlik Düzeyleri (SEGE) verisi de bu tespiti desteklemektedir; düşük gelişmişlik seviyesindeki illerde, bebek ve beş yaş altı çocuk ölümleri oranlarında belirgin artışlar gözlenmektedir. Bu bölgelerdeki sağlık altyapısındaki yetersizlikler, bebek ölümlerini azaltma çabalarının önündeki temel engellerden biri olarak kabul edilmektedir.[10]

Sağlık göstergeleri bakımından, bölge ve iller arasında belirgin farklılıklar mevcuttur. Beşinci ve altıncı gelişmişlik kademesindeki illerde, doğum ve antenatal bakım oranlarının düşük olması, bölgesel sağlık eşitsizliklerinin sürdüğüne işaret etmektedir.[10]

Türkiye'de 2020 ve 2024 yılları arasında tüm İBBS-1 bölgelerinde sezaryen ameliyatlarının oranı artmıştır (**Tablo 4**). Türkiye sezaryen ameliyatlarının oranı %61,2'ye ulaşarak, OECD ve AB ülkeleri ortalaması olan yaklaşık %28'in oldukça üzerine çıkmış, OECD ülkeleri arasında en yüksek sezaryen doğum oranına sahip ülke konumuna ulaşmıştır.[7] Özellikle özel hastanelerde bu oranın %79,2'ye kadar çıkması, sezaryenin yalnızca tıbbi bir gereklilik olmaktan çıkıp, tercih veya yönlendirme yoluyla yaygınlaştırılmış bir doğum pratiği hâline geldiğini düşündürmektedir.[5]

Buna karşın, Kuzeydoğu, Ortadoğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde sezaryen oranları, Türkiye ortalamasının altında kalmakla birlikte, bu bölgelerde de artış eğilimi sürmektedir. Antenatal bakım kapsamı (en az 1 ziyaret) ise tüm bölgelerde yüksek düzeyde (ortalama %99,6) seyretmektedir.

Sağlıktaki eşitsizlikleri, anne ölüm oranlarında da belirginleşmektedir. İBBS-1 bölgeleri arasında anne ölüm oranında ciddi bir eşitsizlik mevcuttur.[7] Akdeniz Bölgesi'nde anne ölüm oranı (yüz bin canlı doğumda 19,0) Batı Anadolu Bölgesi'ne (yüz bin canlı doğumda 8,2) göre 2,3 kat daha yüksektir. Türkiye'deki anne ölümlerinin %39,3'ü önlenebilir özelliktedir.

Hizmete erişimde yaşanan eşitsizlik, ileri tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanımında da gözlemlenmektedir.

Tablo 4. İBBS-1'e göre doğum ve antenatal bakım göstergeleri (%), 2020-2024

	Sezaryen Ameliyatlarının Canlı Doğumlara Oranı		Primer Sezaryen Ameliyatlarının Canlı Doğumlar Oranı		Antenatal Bakım Kapsamı (En az 1 ziyaret)	
	2020	2024	2020	2024	2020	2024
İstanbul	60,7	61,6	32,8	35,6	99,5	99,5
Batı Marmara	62,8	67,9	34,8	41,4	99,8	99,7
Ege	65,3	68,4	35,2	38,9	99,8	99,7
Doğu Marmara	60,7	63,1	31,9	35,6	99,8	99,6
Batı Anadolu	55,9	61,1	29,7	34,3	99,7	99,6
Akdeniz	67,0	70,1	31,5	34,9	99,6	99,6
Orta Anadolu	54,4	57,4	27,1	30,7	99,6	99,8
Batı Karadeniz	65,7	69,4	35,2	38,2	99,7	99,7
Doğu Karadeniz	63,8	67,0	32,7	36,1	99,7	99,8
Kuzeydoğu Anadolu	40,1	48,7	20,0	25,8	99,8	99,7
Ortadoğu Anadolu	43,5	50,7	21,7	25,1	99,7	99,7
Güneydoğu Anadolu	46,4	52,7	19,2	21,6	99,7	99,5
Türkiye	57,3	61,2	28,8	32,2	99,7	99,6

Ameliyat sayısı (bin kişide) ve bin muayenede istenen Bilgisayarlı Tomografi (BT) görüntüleme sayısı Batı Anadolu'da en yüksek seviyededir. Buna karşın, en az ameliyat ve Manyetik Rezonans (MR) görüntüleme sayısı Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde kaydedilmiştir.[7] Bin kişiye düşen ameliyat sayısında Batı Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri arasındaki mutlak eşitsizliği gösteren fark %35,4 olarak hesaplanmıştır.

Türkiye'deki bebek, çocuk ve anne ölüm hızlarındaki bölgesel eşitsizlikler, sağlık hizmetlerine erişim ve kalitesindeki farklılıklarla doğrudan ilişkilidir. Bölgesel eşitsizliklere ek olarak, büyük kentlerin kendi içlerinde de ciddi mekânsal adalet sorunları vardır. Özellikle 2020-2022 yıllarındaki COVID-19 pandemisi, kent içi eşitsizlikleri derinleştiren önemli bir katalizör işlevi görmüştür.[12]

3. Eşitsizliklerin Temel Nedenleri ve Politika Etkileri İle Mekânsal Adalet İçin Öneriler

Türkiye'de gözlenen mekânsal sağlık eşitsizlikleri, tek bir nedene indirgenemeyen, karmaşık yapısal sorunların bir sonucudur. Bu eşitsizliklerin ortaya çıkmasında ve sürmesinde etkili olan başlıca faktörler aşağıda sunulmuştur:

Tarihsel Kalkınma Politikaları: Türkiye'nin kalkınma planları, tarihsel süreçte batı bölgelerini önceliklendirmiş; bu durum, sermaye, altyapı ve nitelikli insan gücünün bu bölgelerde yoğunlaşmasına yol açarak bölgesel farklılıkları kalıcılaştırmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) Etkisi: SDP sonrası sağlık hizmetlerinin piyasalaşması ve performans sistemine geçilmesi, hekimlerin daha yüksek gelir beklentisiyle büyükşehirlere ve özel sektöre yönelmesini hızlandırmış; bu da dezavantajlı bölgelerdeki hekim açığını derinleştirmiştir.

Yetersiz Planlama ve Teşvikler: Sağlık personelinin iller arasındaki dengesiz dağılımını gidermeye yönelik teşvik ve zorunlu hizmet politikalarının yetersiz kalması, mekânsal eşitsizliği sürdüren diğer önemli etkendir.

Mekânsal adaletsizlikler, sadece ekonomik değil; aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişim fırsatlarının bölgesel bazda farklılık göstermesi nedeniyle de ciddi bir sorun haline gelmiştir. Bu eşitsizlikler, sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin sağlık alanında dönüşmüş biçimidir ve bölgelere özgü çözümler geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Türkiye'de kalkınmanın mekânsal olarak oldukça eşitsiz dağıldığını ve "mekânsal adalet" açısından ciddi sorunlar bulunduğunu ortaya koyan veri, Batı ile Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri arasında refahın hemen her göstergesinde derin bir uçurum olduğunu göstermektedir. Eşitsizlik, yatay (bölgeler arası) ve dikey (kent içi) olmak üzere iki boyutta derinleşmektedir.[5]

Gelişmiş ve altyapısı güçlü illerde sağlık hizmetleri daha iyi durumdayken, az gelişmiş bölgelerde hem erişim hem de kalite açısından kısıtlılıklar devam etmektedir.[5] Özellikle doğal afetlerin etkisiyle sağlık göstergelerinde yaşanan kötüleşmeler, mekânsal adaletsizliğin

ne kadar kırılgan olduğunu göstermiştir. Afet bölgelerindeki altyapı hasarları ve ulaşım sorunları, sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırmış, dolayısıyla mevcut eşitsizlikleri daha da artırmıştır.

Mekânsal adaletsizlikler, kentsel yaşam kalitesini düşüren ve toplumsal eşitsizlikleri derinleştiren temel sorunlardır. Bu sorunların çözümü için çok boyutlu, kapsayıcı ve katılımcı planlama ile politika geliştirilmesi gerekmektedir.[2]

Mekânsal adalet ilkesinin sağlık alanında hayata geçirilmesi ve bölgesel eşitsizliklerin giderilmesi için aşağıdaki politikaların uygulanması kaçınılmazdır:

1. **Sağlık İnsan Gücünde Zorunlu Hizmetin Yeniden Yapılandırılması:** Dezavantajlı bölgelerde görev yapan sağlık çalışanlarına yönelik mali ve sosyal teşvikler artırılmalı, zorunlu hizmet süreleri ve koşulları ihtiyaca göre yeniden düzenlenmelidir.
2. **Kentlerde Sağlık Planlaması:** Büyükşehirlerde, mahalle ve semt düzeyinde sağlık hizmetlerine erişim haritaları çıkarılarak, dezavantajlı bölgelerde birinci basamak sağlık birimleri (Aile Sağlığı Merkezleri) güçlendirilmeli ve sayıları artırılmalıdır.
3. **Bölgesel Kalkınma ve Sağlık Entegrasyonu:** Sağlık yatırımları (hastane, ekipman) sadece büyükşehirlere değil, bölgesel kalkınma planlarıyla entegre edilerek az gelişmiş bölgelerin sağlık altyapısı güçlendirilmelidir.
4. **Veri Şeffaflığı ve İzleme:** Sağlık İstatistik Yıllıkları ve haber bültenleri, bölgesel eşitsizlikleri daha güncel ve ayrıntılı veriyle ortaya koymalı, bu veri politika yapım süreçlerinde şeffaf bir şekilde kullanılmalıdır.
5. **Bütünleşik Bölgesel Kalkınma Politikaları:** Ekonomik teşvikler, sosyal politikalar ve altyapı yatırımları koordine edilmeli; kalkınma politikaları sektörel ayrıştırmadan ziyade, bölgesel kalkınma odaklı ve bütünleşik bir yaklaşımla ele alınmalıdır.

Sonuç olarak, mekânsal adaletsizlik, yalnızca coğrafi bir sorun değil; neoliberal politikaların ve sınıfsal ayrımların somut bir yansımasıdır. Makale sosyal politikaların sağlık insan gücü, sağlık hizmetlerine erişim, bebek ölüm hızları ve afetlere karşı kırılganlık gibi hayati göstergelerde kabul edilemez eşitsizlikler yarattığını açıkça göstermektedir. Bu bağlamda mekânsal adalet, eşitsizlikleri azaltan, kentlerin ve toplumun direncini artıran, her bireyin coğrafyadan bağımsız olarak insanca ve adil yaşama hakkını güvence altına alan etik ve politik bir zorunluluktur. Bu çerçevede, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini güçlendiren, bölgesel dengesizlikleri azaltan ve insan kaynağı planlamasını önceleyen bütüncül politikalar, sürdürülebilir bir sağlık sisteminin inşasında kilit rol oynamaktadır. Mekânsal adaletin sağlanması, sadece bir kalkınma hedefi değil, aynı zamanda tüm vatandaşların anayasal bir hak olan sağlıklı yaşam hakkının güvencesidir.

KAYNAKLAR

1. Dadashpoor H, Dehghan R. Defining spatial justice: A review. *Habitat Int*. 2025;160:103387. doi:10.1016/J.HABITATINT.2025.103387
2. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. *ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU RAPORU KENTSEL YAŞAM KALİTESİ*.; 2023. www.sbb.gov.tr
3. Harvey David. *Social Justice and the City*. University of Georgia Press; 2009.
4. Pehlivan H. Covid-19 pandemisinin derinleştirdiği sosyo-mekânsal eşitsizlikler ve kentsel alanın yeni dinamikleri. *Journal of Planning*. Published online 2021. doi:10.14744/planlama.2021.43765
5. Koru E, Uzuntaş ŞN. *Toplumun Görünümü 2024*.; 2025. doi:10.71174/air22
6. Türkkan A. Mesleksel yaralanma ve ölümlerde bölgesel eşitsizlikler/Regional inequalities in occupational injuries and deaths. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2015;11(3):121-121. doi:10.20518/tjph.173078
7. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2025.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2021.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024 Haber Bülteni. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
10. T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı. *İllerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması 2025*. T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı; 2025.
11. Lüleci D, Ada D, Kılıç B. Türkiye'de Sağlık Hizmeti Göstergeleri ve Sosyoekonomik Faktörlerin Bebek Ölüm Hızına Etkisi: İl Düzeyinde Ekolojik Bir Analiz. *Halk Sağlığı Araştırma ve Uygulama Dergisi*. 2024;2(1):44-50. doi:10.5281/zenodo.11047017
12. KARADAŞ E, EKİNCİ İ. Covid-19 Pandemisi Gölgesinde Sosyo-Mekânsal Eşitsizlikler ve Kent Planlama: Diyarbakır Örneği. *İDEALKENT*. 2021;12(34):1582-1613. doi:10.31198/idealkent.880705

Türkiye'de 2020-2025 Yılları Arasında Besin Güvencesizliği ve Sağlıklı Besine Erişmek

Dicle Dilan Salman, Reci Meseri

Beslenme, büyüme gelişme ve yaşamın sürdürülmesi için besinlerin beden tarafından kullanılmasıdır. Yeterli ve dengeli beslenme, enerjinin ve besin öğelerinin kişinin gereksinimlerine göre alınmasını ifade etmektedir. Bu süreç, birbiriyle ilişkili birçok basamaktan oluşur: yeterli besin üretimi, üretilen besinlerin uygun koşullarda depolanması ve dağıtılması, kişinin bu besinlere erişebilmesi, tüketmesi ve bunların beden tarafından uygun biçimde kullanılabilmesi gereklidir. Yeterli ve dengeli beslenmenin yolu, gıda güvencesi ve gıda güvenliğinin sağlanması ile mümkündür. Gıda güvenliği, "sağlıklı ve kusursuz gıda üretimini sağlamak amacıyla gıdaların üretim, işleme, muhafaza ve dağıtımları sırasında gerekli kurallara uyulması ve önlemlerin alınması" olarak tanımlanır.[1] **Gıda güvencesi ise**, *"bütün insanların her zaman aktif ve sağlıklı yaşamı için gerekli olan besin ihtiyaçlarını ve gıda önceliklerini karşılayabilmek amacıyla yeterli, sağlıklı, güvenilir ve besleyici gıdaya fiziksel ve ekonomik bakımdan sürekli olarak ulaşabilmeleri"* şeklinde tanımlanmaktadır.[2] Gıda güvencesi gıda güvenliğini de içine alan daha geniş bir kavramdır. Gıda güvencesinin dört sacayağı bulunmaktadır: bulunabilirlik, erişilebilirlik, sürdürülebilirlik, kullanılabilirlik.[3] Bunların hepsinin varlığı durumunda gıda güvencesinden söz edilebilir.

Gıda güvencesi kavramı, 1970'lerin ortalarında küresel bir gıda krizi sırasında yapılan tartışmalar ile ortaya çıkmış;[4] Türkiye'de ise 1980'den sonra gıda güvencesi tartışmaları derinleşmiştir.[5] Bu çalışma, gıda güvencesizliğinin bireysel, toplumsal ve halk sağlığı boyutlarını ele almakta; Türkiye bağlamında güncel verilere ve örnek araştırmalara dayalı bir değerlendirme sunmaktadır.

1. Gıda Güvencesizliği ve Beslenme Yetersizlikleri

Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO)'ne göre, dünya genelinde yaklaşık 2,33 milyar insan orta veya şiddetli gıda güvencesizliği ile karşı karşıyadır.[6] Literatürde, gıda güvencesizliği yaşayan bireylerin çoğunlukla karbonhidrat ve yağ içeriği yüksek; protein, posa, mineral ve vitamin açısından ise düşük, ucuz gıdaları tercih ettikleri belirtilmiştir. Düşük protein ve yüksek karbonhidrat içeren diyetlerin, şişmanlığa ve yağsız vücut kütlesi kaybına yol açtığı bildirilmektedir.[7] Bu durum, gıda güvencesizliği yaşayan bireylerin hem yetersiz hem de dengesiz beslenme riskiyle karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır.

2. Halk Sağlığı Sonuçları: Gıda Güvencesizliğinin Yaşa Göre Etkileri

Gıda güvencesizliği, yaşamın her döneminde farklı sağlık sonuçlar doğurmaktadır. Çocuklar ve ergenlerde büyüme-gelişme geriliği, zayıflık, bodurluk, anemi, vitamin ve mineral yetersizlikleri ile astım gibi fiziksel sağlık sorunlara, dolayısıyla erken ölümlere yol açmaktadır.[8,9] Ergenlerde ayrıca akademik başarısızlık, okul terki, damgalanma ve gıda kıtlığına bağlı utanç duygularının artışı gözlenmektedir.[10] Bununla birlikte, gıda güvencesizliği ailelerin çocuklarını okuldan almalarına, dolaylı olarak çocuk yaşta evliliklerin artmasına katkıda bulunmaktadır.[11]

Üniversite öğrencileri özelinde yapılan araştırmalar, gıda güvencesizliği yaşayan bireylerin daha düşük beslenme kalitesine sahip olduğunu, depresyon ve anksiyete oranlarının arttığını, konsantrasyon güçlüğü ve zayıf akademik performans sergilediklerini ortaya koymaktadır.[12-15] Türkiye'de çocuklarda besin güvencesizliğinin diyet kalitesi ve akademik başarı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, besin güvencesizliğinin diyet kalitesi ile ilişkili olmadığı ancak matematik, fen bilimleri ve sosyal bilimler derslerinden aldıkları notlar ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.[16] Ayrıca,

gıda güvencesizliği öğrencilerin obez olma olasılığını 2–3 kat artırmaktadır.[17] Antalya'da yapılan bir çalışma ise Türkiye'de üniversite öğrencileri arasında gıda güvencesizliğinin yaygın olduğunu ve temel besin gruplarının tüketimini azalttığını göstermektedir.[18]

Gıda güvencesizliği yalnızca yetersiz beslenme ile sınırlı olmayıp obezite, diyabet ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklarla (BOH) da ilişkilidir. Dünyada ve Türkiye'de gıda güvencesizliği ile BOH arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, Hollanda'nın dezavantajlı mahallelerinde yapılan bir araştırma gıda güvencesizliği ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu göstermiştir.[19] Orta Doğu, Kuzey Afrika ve Latin Amerika ise obezitenin en yüksek olduğu düşük ve orta gelirli bölgeler arasında yer almakta; bu bölgelerde gıda güvencesizliği hem BOH'ların ortaya çıkmasına katkıda bulunmakta hem de obezitenin yaygınlığını artırmaktadır.[20,21] Bazı çalışmalar, özellikle kadınlarda gıda güvencesizliği ve obezite arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmektedir.[22,23]

Türkiye'de önemli bir halk sağlığı sorunu olan BOH'lar, tüm ölümlerin yaklaşık %89'unu oluşturmaktadır; bu hastalıkların yaklaşık beşte biri ise 70 yaş altındaki bireylerde görülmektedir.[24] Türkiye Sağlık Araştırması (2022) verilerine göre, genel obezite prevalansı %20 ,2, kadınlarda %23,6, erkeklerde ise %16,8'dir. Ayrıca kadınların %30,9'u, erkeklerin %40,4'ü fazla kilolu kategorisinde olup; obezite hâlen ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak varlığını sürdürmektedir.[25] Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıkları Epidemiyoloji Araştırması-II (TURDEP-II) çalışması da obezite prevalansını %36, diyabet prevalansını %16,5 ve hipertansiyon prevalansını %31,4 olarak bildirmiştir.[26]

Tüm bu bulgular, kronik hastalıkların toplumda ciddi bir yük oluşturduğunu ortaya koymaktadır. 2024 yılında Türkiye'de yapılan bir çalışmada, çevresel, politik, ekonomik ve karşılanabilirlik gibi motivasyonların diyabetli bireylerin beslenme ve yaşam biçimlerini etkilediği gösterilmiştir.[27]

3. Besin Güvencesizliğine Yol Açan/Riskini Artıran Etmenler

3.1. Krizler ve Gıda Güvencesizliğinin Derinleşmesi

Dünyada ve Türkiye'de 2020 yılı sonrasında yaşanan COVID-19 salgını, gıda güvencesizliğini derinleştirmiş; birçok kişi için yeterli ve sağlıklı gıdaya ulaşmak daha da zorlaşmıştır.[28] Türkiye'de Şubat 2023'te meydana gelen Kahramanmaraş merkezli depremler, özellikle çocuklar başta olmak üzere deprem bölgelerinde ciddi bir gıda güvencesizliğine yol açmıştır. Yapılan çalışmalar, bu bölgelerde gıda güvencesizliğinin hala sürdüğünü göstermektedir.[29,30] 2022 yılında yapılan çalışmada, gıda güvencesizliğinin 2014 yılına kıyasla her yıl 1,5 kattan fazla arttığını tahmin etmektedir.[31]

Deprem gibi afetler, gebelerde, gebelik kaybı, bebeklerde doğum kusurları ve büyüme ve gelişme yetersizliği gibi olumsuz çıktılara yol açmaktadır.[32, 33] Türkiye'de 2023 depremleri sonrası kadın sığınma evlerinde yapılan bir çalışmada kadınların %70'ten fazlası ciddi gıda güvensizliği yaşadığı bildirmiştir.[34] Ayrıca, kadınlar istenilen gıdaya erişimin yanı sıra erişilen miktarın yetersizliğinden sıkıntı duyduklarını belirtmiştir.

3.2. Sosyo Ekonomik Belirleyiciler: Yoksulluk ve Ekonomik Eşitsizlik

Gıda güvencesinin sac ayaklarından biri olan bulunabilirlik ilkesi, yeterli gıdanın mevcudiyeti ile ilgilidir ve hane halkının gıda talebini karşılama konusunda tarım sektörünün genel durumu ile ilgili de bilgi verir. Gıdanın fiziksel bulunabilirliği, verimli tarım, verimli ticaret altyapısı ve verimli gıda yardımı lojistiği ile ilişkilidir.[35] Tarım ülkesi olarak kabul edilen Türkiye'nin, Küresel Gıda Güvencesi Endeksi 2022 verilerine göre bu özelliğini yitirmeye başladığı görülmektedir. Türkiye, söz konusu endekste 113 ülke arasında 49. sırada yer almaktadır.[36] Türkiye'deki gıda güvencesizliğinin temelinde; dışa bağımlılığı artıran tarım politikaları, gıda arzındaki dalgalanmalar ve gelir adaletsizliği bulunmaktadır.[31,37]

Gıda güvencesizliğinin temel belirleyicilerinden biri yoksulluktur.[38] Hane halkı bütçesine bakıldığında, yaklaşık %25'lik payıyla gıda harcamaları, konut harcamalarından sonra ikinci en yüksek gider kalemidir.[39] TÜRK-İŞ'in 2025 yılı verilerine göre, dört kişilik bir ailenin aylık gıda harcaması (açlık sınırı) 26.413 TL iken,[40] 2025 yılı net asgari ücret 22.104,67 TL'dir.[41] Haneye giren tek bir asgari ücretin bugün dört kişilik bir ailenin gıda harcamalarını bile karşılamadığı düşüldüğünde ekonomik krizin derinleşmesi ve enflasyonun artması, toplumun geniş kesimlerini gıda güvencesizliğine itmektedir.

Gini katsayısı, bir ülkedeki gelir veya servet dağılımındaki eşitsizliğin ölçüsüdür.[42] Gini katsayısı aralığının 0.40-0.50 aralığında olması yüksek eşitsizliğin olduğunu göstermektedir.[43] Türkiye Gini katsayısı 0,413 olarak tahmin edilmiştir.[44] Türkiye'de gelir dağılımının adil olmaması, gıda güvenliğinin erişim boyutuna tehdit oluşturmaktadır. Küresel Gıda Güvencesi

Endeksi'nin (2022) alt boyutlarından biri olan gıda fiyatlarının uygunluğu ölçütünde, Türkiye 113 ülke arasında 81. sırada yer almaktadır.[36] Bu tablo, gıda güvencesizliğinin ekonomik yapı ve gelir dağılımı adaletsizliği ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Sağlığın temel sosyal belirleyicilerin biri olan gıda güvencesi; sosyal faktörler, sağlık durumu, istihdam durumu, gelir düzeyi ve mülteci statüsünden etkilenmektedir.[45] Türkiye, dünyada en fazla mülteci ve sığınmacıya ev sahipliği yapan ülkedir.[46] Bu durum, ekonomik ve kültürel farklılıkların da etkisiyle mültecilerin beslenme durumunu olumsuz yönde etkilemektedir.[47] Özellikle Suriye iç savaşı sonrasında Türkiye'ye gelen mülteciler arasında gıda güvencesizliği temel bir sorun olarak öne çıkmaktadır.[48]

3.3. Ekolojik Kriz ve Gıda Güvencesi

Dünyada ve Türkiye'de beslenme üzerinde yoğun olarak etkisini gösteren bir diğer sorun ise ekolojik krizdir. Ekolojik kriz, gıda güvencesi ve güvenliği riskini birçok açıdan artırmaktadır. Don olaylarının artışı, patojen (virüs, bakteri, parazit) kontaminasyonu, yangınlar, kuraklık, yer altı sularının azalması, madencilik faaliyetlerinin neden olduğu çevresel kirlenme, gıda sistemlerini tehdit etmekte; gıda güvencesi ve güvenliği riskini artırmaktadır. Risk artmaya devam ederken üretici sayısı da her yıl azalmaktadır.[49,50] Tarımsal nüfus azalırken, toplam nüfus artmaya devam etmektedir. Araştırmalar, ekolojik krizin buğday ve pirinç üretimi üzerinde olumsuz etkiler yarattığını ve ilerleyen yıllarda üretim kayıplarının artacağını öngörmektedir.[51-53] Türkiye su stresi yaşayan ülkeler arasındadır. Bu durum da önemli bir gıda güvenliği riski oluşturmaktadır.[54]

Yerel düzeyde tarımsal üretimin sürdürülmesi, gıda güvencesizliğinin önlenmesinde kritik bir öneme sahiptir.[55] IPCC (Intergovernmental Panel on Climate Change – Hükûmetlerarası İklim Değişikliği Paneli) verilerine göre, Türkiye'nin birçok bölgesinde beklenenden daha yüksek sıcaklık artışları izlenmektedir. Küresel ölçekte yapılan tahminler, 2080 yılına kadar 5 ila 170 milyon insanın akut gıda kıtlığıyla karşı karşıya kalabileceğini göstermektedir.[56]

3.4. Tarım Politikaları ve Gıda Güvencesi

Gıda güvencesinin sağlanmasında tarım sektörü temel bileşenlerden biridir. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde tarım endüstrisi, tüm beslenme sistemini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle, Türkiye'deki gıda güvencesi durumunu tartışırken tarım politikalarının da kapsamlı biçimde değerlendirilmesi gerekmektedir. Verimli tarım topraklarının tarım dışı amaçlarla (inşaat, madencilik vb.) kullanımı, sanayileşmenin yol açtığı erozyon ve çevresel kirlilik, yanlış sulama teknikleri ve ekolojik krizin etkileri, tarım alanlarının giderek daha fazla zarar görmesine neden olmaktadır. Bu süreç, gıda güvencesizliğini daha da derinleştirmektedir.[57]

Beslenme ile ilgili plan ve programların oluşturulması ve buna yönelik politikaların geliştirilmesi, halk sağlığını iyileştirme açısından elzemdir. Beslenme politikasının oluşturulması, halk sağlığının beslenme yönünden geliştirilmesi için dünyada en sık kullanılan politika araçları: mevzuatlar, rehberler, eğitim çalışmaları, vergilendirme, gıda yardımları ve bazı gıdaların zenginleştirilmesi şeklindedir.[58]

4. Yıllara Göre Uygulanan Politikalar ve Çalışmalar

4.1. 2020 Yılı

Tarım ve Orman Bakanlığı ve FAO tarafından yürütülen "Gıdanı Koru, Sofrana Sahip Çık" Kampanyası 20 Mayıs 2020 tarihinde başlamıştır. Kampanya ile "Türkiye'nin Gıda Kayıpları ve İsrafının Önlenmesi, Azaltılması ve Yönetimine İlişkin Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı" yayımlanmıştır. Söz konusu Eylem Planında yer alan Hedef 1.9, "Bütün yaş grupları için gıda okuryazarlığının artırılarak tüketici seviyesinde gıda israfının önlenmesi ve azaltılması" ile ilgilidir.

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'ne (OECD) üyesi 14 ülkenin 2020 yılında gıda güvencesizliği açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada (**Tablo 1**), gıda güvencesizliği riskinin en azdan en çoğa doğru sıralaması aşağıdaki gibidir. Türkiye gıda güvencesizliğinde en yüksek ikinci ülkedir.[59]

Tablo 2'de kişi başına et tüketimi, bitkisel üretim ve hane halkı harcamalarına yönelik OECD istatistikleri sunulmuştur.

Türkiye belirtilen OECD ülkeleri içerisinde yıllık gıda enflasyon oranı en yüksek olan ülke olarak göze çarpmaktadır. Geniş tarım arazilerinin varlığına karşı bitkisel üretimin oldukça düşük olduğu, kişi başına düşen et tüketiminin de en düşük değere sahip olduğu saptanmıştır.[59]

4.2. 2021 Yılı

Gıda okuryazarlığı konusunda çalışmaların genişletilmesi ve etkinliğinin artırılması amacıyla, Tarım ve Orman Bakanlığı ve FAO iş birliğinde 2021 yılında "Gıda Okuryazarlığı Konusunda Kapasite Geliştirme" Projesi uygulanmaya başlanmış ve proje kapsamında

Tablo 1. OECD üyesi 14 ülkenin gıda güvencesizliği riskinin en azdan en çoğa doğru sıralaması (2020)

Sıra	Ülkeler	PIS Skoru	NIS Skoru	Yakınlık Katsayısı
1	Amerika Birleşik Devletleri	4.978.809,696	1.342.844,104	0,9963059
2	Yeni Zelanda	446.708,229	856.113,637	0,6637006
3	Meksika	1.317.700,183	25.211.855,805	0,01877834
4	Kanada	1.331.798,304	11.482.208,296	0,008547793
5	Avustralya	1.334.777,746	9.700.237,707	0,006991446
6	Şili	1.337.210,048	6.853.240,146	0,009698855
7	İsviçre	1.348.009,823	5.940.425,763	0,004412575
8	Norveç	1.342.800,111	5.270.736,324	0,00242223
9	İsrail	1.342.839,416	5.091.325,324	0,003675955
10	Kore	1.342.860,499	4.990.134,941	0,002207542
11	Japonya	1.342.819,442	3.890.794,681	0,002557542
12	Birleşik Krallık	1.342.725,943	2.679.238,278	0,001991399
13	Türkiye	1.342.288,184	1.834.420,945	0,001364772
14	Kolombiya	1.342.286,483	1.693.323,546	0,001129546

[59] Nolu Kaynak

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development
PIS skoru: Bir alternatifin en iyi (ideal) performansa olan yakınlığını gösterir.
NIS skoru: Bir alternatifin en kötü (negatif) performansa olan uzaklığını gösterir.
Yakınlık Katsayısı (Closeness coefficient): Bir alternatifin ideale ne kadar yakın ve kötü çözüme ne kadar uzak olduğunu gösteren orandır.[60]

Tablo 2. 2020 yılına ait OECD üyesi 14 ülkenin değişkenlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler – Kısaltılarak sunulmuştur

	Et Tüketimi (kişi başına kg)					Bitkisel üretim (ton)								
Ülke	Sığır ve Dana Eti (kg/kişi)	Domuz Eti (kg/kişi)	Kanatlı Eti (kg/kişi)	Koyun Eti (kg/kişi)	Toplam Et (kg/kişi)	Buğday (ton)	Mısır (ton)	Pirinç (ton)	Soya (ton)	Toplam Bitkisel Üretim (ton)	Nüfus	Kişi Başına Bitkisel Üretim (ton)	Hanehalkı Harcamaları (%)	Gıda Enflasyonu Yıllık Artış Oranı (%)
Avustralya	19.44	20.21	43.79	5.87	89.32	31164.50	200.79	380.00	44.06	31789.35	25693267	1237.25	50.66	9.32
Kanada	17.58	15.88	35.53	0.97	69.96	35118.18	13563.41	0.00	6358.55	55110.14	38037204	1448.85	57.16	2.40
Şili	20.26	24.76	37.07	0.48	82.58	1300.00	594.48	117.57	0.00	2012.05	1945831	1034.03	57.77	6.74
Kolombiya	8.26	8.99	31.70	0.14	49.46	5.00	1430.00	2005.82	75.00	3515.82	50911747	69.06	70.51	5.55
İsrail	23.21	1.31	64.44	1.53	90.49	85.00	81.00	0.00	0.00	166.00	9215113	18.01	48.42	0.0
Japonya	7.64	16.13	17.73	0.16	41.67	1037.00	0.00	7396.39	241.65	8675.04	126146099	68.77	53.79	1.20
Kore	11.85	31.57	18.74	0.33	62.49	27.15	73.58	3996.48	98.98	4196.20	51836239	80.95	46.39	4.43
Meksika	8.97	14.42	30.59	0.54	54.52	2957.48	275599.39	358.23	268.41	279183.51	127792286	2184.66	63.07	6.62
Yeni Zelanda	11.55	19.06	40.08	3.45	74.14	482.06	181.77	0.00	0.00	663.83	50902	13041.39	57.50	3.18
Norveç	12.81	21.10	17.84	4.48	56.22	468.97	0.00	0.00	0.00	468.97	5379472	87.18	43.98	3.26
İsviçre	13.11	22.46	14.77	1.15	51.48	445.99	146.69	0.27	5.93	598.88	863817	693.28	51.61	0.09
Türkiye	9.63	0.00	19.18	4.23	33.05	20500.00	6031.00	588.00	140.00	27259.00	83384688	326.91	56.77	13.85
Birleşik Krallık	11.33	15.82	30.45	3.93	61.52	10132.99	0.00	0.00	0.00	10132.99	67081234	151.06	59.86	0.70
Amerika Birleşik Devletleri	26.20	23.98	50.96	0.43	101.57	49696.42	360251.16	6738.04	112538.16	529223.78	33150108	15964.47	67.03	3.51

[59] Nolu Kaynak

"Gıda Okuryazarlığı Ulusal Stratejisi ve Eylem Planı" hazırlanmıştır.[8]

COVID-19 pandemisi, gıda güvencesi, gıda bulunabilirliği, gıdaya erişim, gıda kullanımı ve gıda istikrarı konusunda ciddi tehditler oluşturmuştur.[61] Pandemi sürecinde gıda sektöründe üretim ve dağıtım aksamış, bireylerin alım gücü azaldığı için gıda güvencesizliği artmıştır.[62] Türkiye'de yapılan araştırmalara göre, COVID-19 pandemisi sırasında çocuklu hanelerin yaklaşık yarısında gıda güvencesizliği yaşanmıştır. Gelir kaybı, yoksulluk sınırının altında yaşama ve istihdam biçimi, gıda güvencesizliği riskini artıran başlıca faktörler arasında yer almıştır.[63]

Pandemi, özellikle gıda, beslenme ve sağlık konularında çocuklar, kadınlar, yaşlılar, azınlıklar, engelliler ve LGBTİ+ bireyler gibi çeşitli dezavantajlı grupların güvenliğini olumsuz yönde etkilemiş; sosyal ve sağlık eşitsizliklerini daha da derinleştirmiştir.[64-67] Ayrıca, tarımsal üretim, tedarik zincirleri ve ticaret üzerindeki kesintiler nedeniyle nişastalı gıda tüketimine doğru bir kayma yaşanmış, bu durum enerji alımında artışa, ancak mikro besin alımında azalmaya neden olmuştur.[68]

Dünyadaki savaşlar da Türkiye'deki gıda güvencesizliği üzerinde önemli etkiler yaratmıştır. Ülke içi gıda üretiminin azalmasıyla birlikte, özellikle ana besin kaynağı olan buğday gibi temel gıdaların dışarıdan tedariki zorunlu hale gelmiştir. Özellikle Ukrayna, buğday alımının gerçekleştirildiği önemli ülkelerden biridir. Yapılan bir çalışmada, çatışmanın küresel buğday pazarı üzerindeki potansiyel etkilerinin analizi sonucunda; en şiddetli senaryoda ticarette %60 düşüş, buğday fiyatlarında %50 artış ve özellikle Ukrayna'dan buğday ithalatına büyük ölçüde bağımlı olan Türkiye gibi ülkelerde gıda güvencesizliğinde %30'un üzerinde artış olabileceği belirtilmiştir.[69]

4.3. 2022 Yılı

Güncel Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2022 yılında yayınlanmıştır.[70] Bu rehberde besin öğeleri, tüketilmesi gereken minimum miktarlar, gıda güvenliği ilkeleri gibi konularda bilgiler vermektedir. Ancak gıda güvencesinin nasıl sağlanacağına dair bir tartışmaya rastlanmamıştır.

Çocukların sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için sağlıklı beslenmesi gerekmektedir.[71] Her çocuğun sağlıklı büyüme, gelişme, katılım ve korunma haklarına erişimini sağlamak, devletin temel sorumluluklarından biridir. Çocukların erken çocukluk çağında oturmaya başlayan beslenme alışkanlıkları, sağlığın temel belirleyicilerindendir. Çocukların beslenme davranışlarını pek çok faktör etkilemektedir. Çocukluk çağında beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının kazandırılması; ülkenin politikaları ve uygulamaları, toplumun ve ailelerin sosyo ekonomik yapıları, fiziksel aktivite ile ilişkileri ve çocukların yaşadıkları çevre ile doğrudan bağlantılıdır.[72]

Türkiye Çocukluk Çağı Obezite Araştırması (WHO COSI) 2022 raporunda, çeşitli örneklere yer verilmektedir.[73] Örneğin, Spinelli ve arkadaşlarının 2019'da Avrupa'da 21 ülkede yaptığı çalışmada, ilkokul çağındaki çocuklarda obezite prevalansı incelenmiştir.[74] Toplam 636.933 çocuğun verisi, Uluslararası Obezite Çalışma Kolu (IOTF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kriterlerine göre analiz edilmiştir. Türkiye, DSÖ sınıflandırmasına göre %2,2 (GA 1,8–2,7) ciddi obezite oranıyla 14. sırada yer alırken; IOTF sınıflandırmasına göre %1,5 (GA 1,1–1,9) ile 9. en yüksek obezite sıklığına sahip ülke olmuştur.

Heinen ve arkadaşları tarafından 2020'de yayımlanan çalışmada, 19 Avrupa ülkesinde çocukların meyve, sebze ve gazlı içecek tüketimleri incelenmiştir.[75] Toplam 125.546 çocuğun verisi değerlendirilmiştir. Türkiye, her gün taze meyve tüketmeme oranında %49,2 ile 14. sırada yer almıştır. Her gün taze sebze tüketmeme oranı ise %88,1 ile 2. en yüksek değerdir. Haftada üç günden fazla gazlı içecek tüketimi oranı %17,7 olup, Türkiye bu alanda 18 ülke içinde 8. sıradadır.

COSİ raporunun kendi sonuçlarına göre;

- İlkokulların %87,3'ünde taze sıkma meyve suyu ya da %100 meyve suyu bulunmamaktadır.
- Her 10 ilkokuldan 3-4'ünde öğrenciler için ücretsiz ve 2'sinde ücretli su sağlanmakta; ancak 10 ilkokuldan 4'ünde su bulunmamaktadır.
- Beslenme eğitimi verilen ilkokulların önemli bir kısmında (%99,1) sağlıklı beslenme bilgisi verildiği gözlenmektedir. Beslenme eğitiminin taze meyve ve sebze tadımı şeklinde yapıldığı ilkokulların yüzdesi %21,8'e düşmektedir ve yine bölgeler arası farklılıklar bulunmaktadır. Türkiye'de ilkokulların %53,1'inde öğrenciler arasında sağlıklı yaşamı teşvik edecek (örneğin fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme) aktivite ya da proje düzenlenmiştir.
- Kuzeydoğu Anadolu ve Ortadoğu Anadolu Bölgelerinde bu düzey en düşüktür. İlkokulların %6,2'sinde öğrencilere ücretsiz olarak süt/yoğurt/ayran verilmektedir.
- Türkiye'de yaklaşık olarak her üç/dört ilkokuldan ikisinde ise ücretli de ulaşılamamaktadır.

İlkokulların %5,2'sinde şeker içeren gazlı içeceklere ücretli olarak ulaşılabilmektedir. İlkokulların büyük bir bölümünde (%94,7) şeker içeren ve gazlı içecekler mevcut değildir; bu yüzde %89,7-%99,8 arasında değişmektedir. Bu durum mevzuatların oluşumu ve kontrolü sağlandığında değişim gerçekleşebileceğini göstermektedir.[73]

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan *Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı: Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı (2019–2023)* güncellenerek uygulanmaktadır.[76] Bu eylem planı kapsamında belirlenen stratejilerden biri, okullarda ve okul öncesinde sağlıklı çevrelerin teşvik edilmesi-

dir. Bu çerçevede yürütülen eylemler şunlardır: okul yemeği programı, sağlıklı gıda tüketiminin artırılması, eğitim programları, sağlık kuruluşlarına yönlendirme şeklindedir. Uygulama örnekleri ve mevzuatlar düzenlemeleri de yapılmaktadır. Yiyecek ve İçecek Standartları (2015) ile Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen standartlar, MEB'e iletilmiş ve 2016'daki genelge ile okullarda satışı uygun olan/olmayan gıda ve içeceklere ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi (2017), MEB'e bağlı ortaokul ve liselerde uygulanmaktadır. Öğrencilerin yılda iki kez boy, ağırlık, mekik, şınav ve otur-uzan testleri ile fiziksel uygunlukları takip edilmektedir. Veriler e-okul sistemine entegredir. Okul Gıdası Logosu (2019) uygulaması başlamıştır, sağlıklı ürünlerin görünürlüğünü artırmak amaçlanmıştır ancak uygulaması yaygınlaştırılmamıştır. RTÜK tarafından çocuk programlarında aşırı tüketimi önerilmeyen ürünlerin tanıtımına sınırlamalar reklam düzenlemeleri (2016) ile getirilmiştir. Beslenme Dostu Okullar Programı (2010) tüm Türkiye'de uygulanmaya başlanmış, ancak şu anda MEB tarafından askıya alınmıştır. Birinci basamakta İlçe Sağlık Müdürlükleri/Toplum Sağlığı Merkezleri/Sağlıklı Hayat Merkezlerinde aile hekimleri iş birliğinde diyetisyenler tarafından çocuklara yönelik beslenme tedavisi ve danışmanlık hizmetleri verilmektedir. Ancak, beslenme danışmanlıkları sınırlıdır. Trans yağ kullanımı DSÖ tavsiyelerine göre, 100 gram yağ başına en fazla 2 gram trans yağ içermesini gerektirdiği şekilde sınırlandırmaya gidilmiştir.[77]

Gıda güvencesizliği oranının yüksek olduğu yaş gruplarının başında yaşlılar gelmekte olup, Türkiye'de yapılmış sınırlı sayıdaki çalışmalara göre yaşlılarda gıda güvencesizliği prevalansı %22 ile %69 arasındadır.[78-80] Yaşlılarda yetersiz beslenme; yaşam kalitesi, sakatlık, bilişsel bozukluklar, uyku bozuklukları, deliryum, depresyon, düşmeler, kırılganlık, sarkopeni gibi çok sayıda hastalıkla ilişkilidir.[81, 82] Gıda güvencesizliği olan bireylerde düşük kaliteli diyetle ilişkili yetersiz beslenmenin sarkopeni riskini artırdığı da ortaya konmuştur.[83] Özellikle yaşlılarda malnütrisyon, yaşlanmaya bağlı anoreksiya ile ilişkilendirilmekte; kas metabolizmasının temel yapı taşı olan protein ve enerji alımındaki azalma, bu durumun en önemli belirleyicileri arasında görülmektedir.[84] 2022 yılında Türkiye'de yaşlı yetişkinlerle yapılan bir çalışmada geriatrik sendromlar ve gıda güvencesizliğinin yaşlılarda yaygın olduğu belirlenmiştir. Çalışma örnekleminde katılımcıların yaklaşık %30'u bir dereceye kadar gıda güvencesizliği yaşamıştır. Orta/şiddetli gıda güvensizliği yaşayan yaşlıların %36,2'sinde yetersiz beslenme riski veya malnütrisyon saptanırken, bu oran gıda güvencesi olanlarda %22,4, hafif gıda güvencesizliği yaşayanlarda ise %26,9 bulunmuştur. Bulgular, orta ve şiddetli gıda güvensizliğinin yetersiz beslenme riski ve malnütrisyon için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Diyet takviyesi kullandıklarını belirten yaşlıların en sık kullandığı diyet takviyelerinin ise B12 vitamini, D vitamini ve demir olduğu belirtilmiştir.[85]

4.4. 2023 Yılı

Türkiye Gıda Okuryazarlığı Stratejisi ve Eylem Planı 2022–2028 FAO tarafından hazırlanmıştır. Tarım ve Orman Bakanlığı ve FAO'nun 2021 yılında birlikte yürüttüğü 2021 yılında uygulanmaya başlayan "Gıda Okuryazarlığı Konusunda Kapasite Geliştirme" Projesinin temel çıktılarından biri olarak yayımlanmıştır.[8]

4.5. 2024 Yılı

Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve Sağlık Emekçileri Sendikası (SES) tarafından 2024 yılında deprem bölgesindeki beş yaş altı çocuklar ile 6-9 ve 12-15. Aylarda malnütrisyon durumunu görmek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar artan beslenme sorunlarını ortaya koymuştur. Beslenme sorunları Adıyaman'da beş yaş altı çocukların %14,4'ünde bodurluk; %6,0'ında zayıflık ve %6,5'in aşırı kiloluluk olarak çocukların sağlığını doğrudan etkilemiştir ve çocukların akademik ve gelecek yaşamını da etkilemeye devam etmektedir. Hala ilk 6 ayında yalnızca anne sütü alan bebek sayısı çok düşüktür, bu durum annelere emzirme ve anne sütü eğitiminin yeterince verilmediğinin ya da yaşanan olumsuz koşullar nedeniyle annenin sütünü kesildiğini, annelerin yalnız bırakıldığının göstergesidir.[29, 30].

4.6. 2025 Yılı

Türkiye Hane halkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2025 (STEPS) yayınlanmıştır. Bu araştırmaya göre Türkiye'de genel olarak meyve ve sebze tüketimi düşüktür. Türkiye'de 15 yaş ve üzeri nüfusun %87,9'u günde beş porsiyondan daha az meyve ve sebze tükettiklerinden dolayı BOH'lar açısından yüksek risk altındadır.[85]

Gıda güvencesizliğinin sonuçlarından biri olan obezite de Türkiye'de bir BOH sorunu olarak devam etmektedir. STEPS çalışmasına göre; Nüfusun %35,5'i fazla kilolu (BKİ≥25 kg/m2), %25,4'ü obezdir (BKİ≥30 kg/m2) ve obezite, kadınlarda (%30,8) erkeklerden (%20,2) 1,5 kat daha fazla bulunmuştur. Ancak obez kişilerin yüzdesi de tüm gruplar için 2023 yılında 2017 yılına göre düşüş göstermiştir. Obez kişilerin yüzdesindeki bu azalma eğilimine en önemli katkı kadınlardır (2017: %35,9; 2023: %30,8). Nüfusun

ortalama bel ve kalça çevresi değerlerinde 2023 yılında 2017 yılına göre her iki cinsiyet için de istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu görülmüştür.[85] Son olarak Türkiye Obezite ile Mücadele ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2025-2028 hazırlanmıştır.[86] Bu eylem planı dört alt başlıkta tasarlanmış: yetişkinlere yönelik, çocukluk çağı obezitesinin önlenmesine yönelik, fiziksel aktiviteye ve izleme, değerlendirmeye yönelik alt başlıklar bulunmaktadır.

SONUÇ

Sonuç olarak, Türkiye'de gıda güvencesizliğine neden olan başlıca faktörler; gıda fiyatlarının yüksekliği, gelir yetersizliği ve adaletsiz dağıtım olarak görülmektedir. Tarım sektörü tüm beslenme sistemini etkilemektedir. Tüm bu faktörler, gıda güvencesinin ayakları olan bulunabilirlik, erişilebilirlik, sürdürülebilirlik ve kullanılabilirlik ile yakından ilişkilidir.

Bulunabilirliğin sağlanması ve temiz, besleyici gıdanın sürdürülebilir şekilde erişilebilir olması için tarım politikalarına yatırım yapılması gerekmektedir. Tarım politikalarına yatırım aynı zamanda ülkenin gıda güvencesine yatırım olacaktır. Besin güvencesizliğinin önlenmesi ve sürdürülebilirliğin sağlanması için üretimden sofraya kadar tüm aşamalarda tutarlı ve kararlı bir politika oluşturulması gerekmektedir. Yıllara baktığımızda bazı programların devam edilmediği görülmektedir. Oluşturulan politika ve programlarının devamlılığının sağlanması, izlenebilirliğine bağlıdır. Başlatılan programların ve uygulamaların değerlendirilmelerinin takibi de önemlidir. Erişilebilirliğin sağlanması için dengeli bir gelir dağılımının sağlanması elzemdir.

Çocukluk dönemi, beslenme davranışlarının temelinin atıldığı kritik bir dönemdir. Bu döneme yapılacak her yatırım, gelecekte yük oluşturacak sağlık sorunlarının önüne geçebilir. Çocuklar zamanlarının birçoğunu okulda geçirmektedir. Okullarda çocukların besin güvencesizliği riski açısından taranması, bir öğün ücretsiz yemek ve suya erişimin sağlanması besin güvencesizliğinin ve hastalıkların önlenmesinde yararlı olabilir. Okul olmadığı zamanlarda ek programların uygulanması gerekebilir. Okullarda diyetisyenlerin görevlendirilmesi; çocukların beslenme durumlarının değerlendirilmesi, ekonomik ve besin değeri açısından zengin menülerin tasarlanması, besin güvencesizliğinin saptanması ve erken müdahale edilmesi açısından faydalı olabilir.

Yoksulluğun besin güvencesizliğinin başlıca nedenlerinden biri olduğu bilinmektedir. Bu nedenle yoksul hanelere gıda tedariğinin yapılması, fatura ve kira gibi ek desteklerin sağlanması besin güvencesizliğinin önlenmesine katkı sağlayabilir. Ekolojik krize çözüm üretecek politikaların geliştirilmesi ise üretimin iyileşmesine katkı sağlayacağı için halk sağlığını önceleyen politikalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Türk Gıda Federasyonu, İçecek Sanayi Dernekleri,. Çiftlikten Çatala Gıda Güvenliği. TGDF Yayınları, Ankara. 2011;70.
2. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). World food security: a reappraisal of the concepts and approaches. 1983.
3. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). The State of Food and Agriculture. Rome: FAO; 1996.
4. Diakosavvas D, Co-operation OfE, Development. Evaluation of agricultural policy reforms in Turkey: OECD Publishing; 2011.
5. Eştürk Ö, Ören MN. Türkiye'de tarım politikaları ve gıda güvencesi. Yuzuncu Yıl University Journal of Agricultural Sciences. 2014;24(2):193-200.
6. World Health Organization. Hunger numbers stubbornly high for three consecutive years as global crises deepen: UN report. Joint News Report. 2024;24.
7. Naja F, Itani L, Kharroubi S, Diab El Harake M, Hwalla N, Jomaa L. Food insecurity is associated with lower adherence to the Mediterranean dietary pattern among Lebanese adolescents: a cross-sectional national study. Eur J Nutr. 2020;59(7):3281-92.
8. T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı. Türkiye gıda okuryazarlığı stratejisi ve eylem planı 2022–20282023. Available from: https://cdniys.tarimorman.gov.tr/api/File/GetGaleriFile/470/DosyaGaleri/3295/gida_okuryazarligi_eylem_plani.pdf.
9. Zaçe D, Di Pietro ML, Caprini F, De Waure C, Ricciardi W. Prevalence and correlates of food insecurity among children in high-income European countries. A systematic review. Ann Ist Super Sanita. 2020;56(1):90-8.
10. Dush JL. Adolescent food insecurity: A review of contextual and behavioral factors. Public Health Nurs. 2020;37(3):327-38.
11. Morrow V, Tafere Y, Chuta N, Zharkevich I. "I started working because I was hungry": The consequences of food insecurity for children's well-being in rural Ethiopia. Social Science & Medicine. 2017;182:1-9.
12. Owens MR, Brito-Silva F, Kirkland T, Moore CE, Davis KE, Patterson MA, et al. Prevalence and social determinants of food insecurity among college students during the COVID-19 pandemic. Nutrients. 2020;12(9):2515.
13. El Zein A, Shelnutt KP, Colby S, Vilaro MJ, Zhou W, Greene G, et al. Prevalence and correlates of food insecurity among US college students: a multi-institutional study. BMC Public Health. 2019;19(1):660.
14. Bruening M, Van Woerden I, Todd M, Laska MN. Hungry to learn: the prevalence and effects of food insecurity on

health behaviors and outcomes over time among a diverse sample of university freshmen. International journal of behavioral nutrition and physical activity. 2018;15(1):9.
15. Maroto ME, Snelling A, Linck H. Food insecurity among community college students: Prevalence and association with grade point average. Community College Journal of Research and Practice. 2015;39(6):515-26.
16. Güzelalp A. Çocuklarda besin güvencesizliğinin diyet kalitesi ve akademik başarı ile ilişkisinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2024.
17. El Zein A, Colby SE, Zhou W, Shelnutt KP, Greene GW, Horacek TM, et al. Food insecurity is associated with increased risk of obesity in US college students. Current developments in nutrition. 2020;4(8):nzaa120.
18. Celik ÖM, Ozyildirim C, Karacil Ermumcu MS. Evaluation of food insecurity and its association with food consumption and some variables among college students. Journal of Health, Population and Nutrition. 2023;42(1):90.
19. Van Der Velde LA, Nyns CJ, Engel MD, Neter JE, Van Der Meer IM, Numans ME, et al. Exploring food insecurity and obesity in Dutch disadvantaged neighborhoods: a cross-sectional mediation analysis. BMC Public Health. 2020;20(1):569.
20. World Health Organization. The state of food security and nutrition in the world 2022: Repurposing food and agricultural policies to make healthy diets more affordable: Food & Agriculture Org.; 2022.
21. Popkin BM, Reardon T. Obesity and the food system transformation in Latin America. Obes Rev. 2018;19(8):1028-64.
22. Kowaleski-Jones L, Wen M, Fan JX. Unpacking the paradox: testing for mechanisms in the food insecurity and BMI association. Journal of Hunger & Environmental Nutrition. 2019;14(5):683-97.
23. Nettle D, Andrews C, Bateson M. Food insecurity as a driver of obesity in humans: The insurance hypothesis. Behav Brain Sci. 2017;40:e105.
24. Whittle HJ, Palar K, Hufstedler LL, Seligman HK, Frongillo EA, Weiser SD. Food insecurity, chronic illness, and gentrification in the San Francisco Bay Area: An example of structural violence in United States public policy. Social science & medicine. 2015;143:154-61.
25. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye Sağlık Araştırması 2022. ANKARA: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK); 2022 2025/11/06.
26. Satman İ, TURDEP-II Çalışma Grubu. TURDEP-II: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalans Çalışması: Türk toplumuna özgü normal referans değerleri: TSH, FT4, IGF1, IGFBP3, Vitamin D ve eGFR. 35. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi. 2013:54-7.
27. Öztürk Özkan G, Çeteoğlu B, Temiz B, Dursun H, Karaçam M, Sargın M. The effect of eating motivation on adherence to the Mediterranean diet, glycemia and lipid profile in individuals with type 2 diabetes. International Journal of Environmental Health Research. 2025;35(1):257-68.
28. Olaimat AN, Alshami IK, Al Hourani H, Sarhan W, Al-Holy M, Abughoush M, et al. Food insecurity, dietary diversity, and coping strategies in Jordan during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. Nutrients. 2022;14(11):2252.
29. Türk Tabipleri Birliği (TTB). Deprem Bölgesindeki Beş Yaş Altı Çocukların Beslenme Durumları. Ankara: TTB; 2024 2024/02/02.
30. Türk Tabipleri Birliği (TTB). Deprem Bölgesindeki Beş Yaş Altı Çocukların Beslenme Durumları: Adıyaman Örneği. Ankara: TTB; 2024 2024/11/29.
31. Ipek O. The dynamics of household food insecurity in Turkey. Sosyoekonomi. 2022;30(53):195-208.
32. Harville E, Xiong X, Buekens P. Disasters and perinatal health: a systematic review. Obstetrical & gynecological survey. 2010;65(11):713-28.
33. Harville EW, Beitsch L, Uejio CK, Sherchan S, Lichtveld MY. Assessing the effects of disasters and their aftermath on pregnancy and infant outcomes: A conceptual model. International Journal of Disaster Risk Reduction. 2021;62:102415.
34. Kaçar HK, Kaçar ÖF, Kose T, Avery A. The food and nutritional insecurity experienced by pregnant women living in shelters following the 2023 earthquakes in Turkiye. International Journal of Disaster Risk Reduction. 2024;114:104987.
35. Sen A. Ingredients of famine analysis: availability and entitlements. The quarterly journal of economics. 1981;96(3):433-64.
36. Impact E. Turkey – Global Food Security Index (GFSI). 2024 2025/11/06.
37. Eraktan G, Yelen B. Üretici, Tüketici ve Yoksulluk Olgusu Yönünden Türkiye'de Gıda Güvencesi. 2012.
38. Fram MS, Bernal J, Frongillo EA. The measurement of food insecurity among children: review of literature and concept note. 2015.
39. Turkish Statistical Institute (TurkStat). Household Budget Survey Statistics. Ankara; 2020 2020.
40. TÜRK-İŞ (Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu). Temmuz 2025 Açlık ve Yoksulluk Sınırı. Ankara; Publication Year - 2025 2025/07/30.
41. Türkiye Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. Asgari Ücret. Ankara: Türkiye, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (CSGB); 2025.
42. United Nations Development Programme (UNDP). Human Development Reports. New York 2025/11/06.
43. United Nations Development Programme (UNDP). Human Development Report 2023 – Inequality in Human Development. New York; 2023 2023.
44. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Gelir Dağılımı İstatistikleri 2024. Ankara; 2025 2025/11/06.
45. Bickel G, Nord M, Price C, Hamilton W, Cook J. Guide to measuring household food security. Revised; 2000.
46. United Nations High Commissioner for Refugees. Refugees and asylum seekers in Türkiye. 2023 2023/11/23.
47. Gilbert PA, Khokhar S. Changing dietary habits of ethnic groups in Europe and implications for health. Nutr Rev. 2008;66(4):203-15.

48. Salman DD. Konak Agora bölgesinde yaşayan göçmenlerde gıda güvencesizliği varlığı ve ilişkili etmenler / Food insecurity and related factors among migrants living in Konak Agora region. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2023.
49. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İşgücü İstatistikleri, II. Çeyrek: Nisan-Haziran, 2025. Ankara: TÜİK; 2025 2025/11/06.
50. Ahmed N, Areche FO, Cotrina Cabello GG, Córdova Trujillo PD, Sheikh AA, Abiad MG. Intensifying effects of climate change in food loss: A threat to food security in Turkey. Sustainability. 2022;15(1):350.
51. Islam MB, Ali MY, Amin M, Zaman SM. Climatic variations: farming systems and livelihoods in the high barind tract and coastal areas of Bangladesh. Climate change and food security in South Asia: Springer; 2010. p. 477-97.
52. Dellal I, Unuvar F. Effect of climate change on food supply of Turkey. J Environ Prot Ecol. 2019;20(2):692-700.
53. Ahmed N, Areche FO, Sheikh AA, Lahiani A. Green finance and green energy nexus in ASEAN countries: A bootstrap panel causality test. Energies. 2022;15(14):5068.
54. Ağaçayak T, Keyman F. Water and food security in Turkey in a changing climate. IPC Policy Brief. 2018:1-11.
55. Ogunyemi AI, Olutumise AI, Adegoroye A. The extent of vulnerability to food insecurity and household coping strategies: Case of yam farmers in Ekiti State, Nigeria. Turkish Journal of Agriculture-Food Science and Technology. 2022;10(10):1921-8.
56. Schmidhuber J, Tubiello FN. Global food security under climate change. Proceedings of the national academy of sciences. 2007;104(50):19703-8.
57. Gürsoy Sİ. Addressing the challenge of food security in Turkey. Environmental Law and Policies in Turkey: Springer; 2020. p. 127-40.
58. Willett W. Nutritional epidemiology: Oxford university press; 2012.
59. Yılmaz S, Günal AM. Food insecurity indicators of 14 OECD countries in a health economics aspect: A comparative analysis. Frontiers in Public Health. 2023;11:1122331.
60. Çelikbilek Y, Tüysüz F. An in-depth review of theory of the TOPSIS method: An experimental analysis. Journal of Management Analytics. 2020;7(2):281-300.
61. Mardones FO, Rich KM, Boden LA, Moreno-Switt AI, Caipo ML, Zimin-Veselkoff N, et al. The COVID-19 pandemic and global food security. Frontiers in Veterinary Science. 2020;7:578508.
62. Rome F. Anticipating the impacts of COVID-19 in humanitarian and food crisis contexts. doi: 10.4060/ca-8464en. 2020.
63. Büyüksoy GDB, Çatıker A, Özdil K. Food insecurity and affecting factors in households with children during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2022;16(6):2528-33.
64. UNICEF; World Health Organization; World Food Programme; Food and Agriculture Organization. Joint statement on infant and young child feeding in the context of COVID-19 pandemic. 2020.
65. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), World Food Prog,. FAO-WFP early warning analysis of acute food insecurity hotspots. FAO, Rome. 2020.
66. Khan MT, Imran M. Unveiling the carbon footprint of Europe and Central Asia: insights into the impact of key factors on CO2 emissions. 2023.
67. Mengi Çelik Ö, Ağbal Z, Ekici EM. Evaluation of the relationship between malnutrition (MNA-SF), food insecurity, and compliance with the mediterranean diet in community-dwelling older adults. BMC Geriatr. 2025;25(1):684.
68. Laborde D, Martin W, Swinnen J, Vos R. COVID-19 risks to global food security. Science. 2020;369(6503):500-2.
69. Lin F, Li X, Jia N, Feng F, Huang H, Huang J, et al. The impact of Russia-Ukraine conflict on global food security. Global Food Security. 2023;36:100661.
70. Pekcan A, Şanlıer N, Baş M, Tek N, Gökmen Özel H. Türkiye Beslenme Rehberi 2022. 2022.
71. Bakanlar Kurulu. ÇOCUK HAKLARINA DAİR SÖZLEŞME. 2004.
72. Yabancı N. Okul Sağlığı ve Beslenme Programları. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2011;10(3).
73. Türkiye Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü,, Milli Eğitim Bakanlığı,, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi (WHO Europe),. Türkiye Çocukluk Çağı Obezite Araştırması – COSI-TUR 2022. Ankara; 2024. Report No.: 1295.
74. Spinelli A, Buoncristiano M, Kovacs VA, Yngve A, Spiroski I, Obreja G, et al. Prevalence of severe obesity among primary school children in 21 European countries. Obesity facts. 2019;12(2):244-58.
75. Heinen MM, Bel-Serrat S, Kelleher CC, Buoncristiano M, Spinelli A, Nardone P, et al. Urban and rural differences in frequency of fruit, vegetable, and soft drink consumption among 6–9-year-old children from 19 countries from the WHO European region. Obes Rev. 2021;22:e13207.
76. Türkiye Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü,. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı Ankara; 2019.
77. World Health Organization (WHO). Turkey limits amount of industrially produced trans fats in foods. 2020.
78. Zarei M, Qorbani M, Djalalinia S, Sulaiman N, Subashini T, Appanah G, et al. Food insecurity and dietary intake among elderly population: a systematic review. International Journal of Preventive Medicine. 2021;12(1):8.
79. Simsek H, Meseri R, Sahin S, Ucku R. Prevalence of food insecurity and malnutrition, factors related to malnutrition in the elderly: A community-based, cross-sectional study from Turkey. European Geriatric Medicine. 2013;4(4):226-30.
80. BulucuBüyüksoy G. The determination of the prevalence of household food insecurity in a region of Central Anatolia. Health and Society. 2021;31(1):159-66.

81. Cesari M, Marzetti E, Canevelli M, Guaraldi G. Geriatric syndromes: How to treat. Virulence. 2017;8(5):577-85.
82. Pereira MH, Pereira ML, Campos GC, Molina MC. Food insecurity and nutritional status among older adults: a systematic review. Nutr Rev. 2022;80(4):631-44.
83. Sieber CC. Malnutrition and sarcopenia. Aging Clin Exp Res. 2019;31(6):793-8.
84. Selcuk KT, Atan RM, Arslan S, Sahin N. Relationship between food insecurity and geriatric syndromes in older adults: A multicenter study in Turkey. Exp Gerontol. 2023;172:112054.
85. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2025 (STEPS). Ankara; 2025.
86. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Obezite ile Mücadele ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2025-2028. Ankara; 2025.

Toplumsal Dışlanma ve Ayrımcılık

Öykü Turunç, Selma Karabey

1. Giriş

Toplumsal dışlanma, bireylerin ve grupların toplumsal yaşama katılımını sınırlayan; kapsayıcılıktan dışlanmaya kadar uzanan, adaletsiz güç ilişkilerinden beslenen dinamik ve çok boyutlu bir süreçtir. Kültürel, ekonomik, politik ve sosyal boyutlarda işleyen bu süreç, kaynaklara, yetkinliklere ve haklara erişimdeki adaletsizlikler üzerinden şekillenir. Sağlığı, ayrımcılığa uğrayan grupların sağlık sistemi ile etkileşimini şekillendiren, sağlık sistemindeki yansımaları aracılığıyla doğrudan; ekonomik ve sosyal eşitsizlikleri derinleştirerek dolaylı yoldan etkiler. Bu karşılıklı etkileşim, dışlanma ve eşitsizliklerin birbirini beslediği kısır bir döngü yaratarak sağlıkta adaletsizliklerin temelini oluşturur.[1,2] Yapısal ayrımcılık ise kurumlarda ve toplumsal yapılarda yerleşmiş kurallar, normlar ve davranış kalıplarının belirli grupların toplumun çoğunluğunun sahip olduğu hak ve fırsatlara erişimini engellemesidir. Hakim kültürlere, yasal düzenlemelere ve ekonomik yapılara gömülü bu ayrımcılık, tarihsel güç ilişkilerini ve önyargıları yansıtarak adaletsiz uygulamaları 'normal' hale getirir. Ayrımcılık, cinsiyet kimliği, cinsel yönelik, ırk, etnisite, din, göçmenlik, ekonomik durum engellilik ve yaş gibi özelliklere dayalı gözlenebilmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde engeller yaratması ve eğitim, istihdam, barınma gibi alanlarda fırsatları kısıtlaması yoluyla ayrımcılık, sağlığın sosyal belirleyicileri ile yakından ilişkilidir. Toplumsal dışlanmayı pekiştirerek sağlıkta adaletsizlikleri daha da derinleştirmektedir.[3]

Ayrımcılık, davranışsal, psikolojik ve fizyolojik mekanizmalar aracılığıyla sağlığı olumsuz etkilemektedir. Kronik stres ve sağlıksız başa çıkma davranışları üzerinden gelişen bu etkiler; ruh sağlığı sorunları, kronik hastalıklar, doğum komplikasyonları ve yaşam süresinin kısalması gibi ciddi sonuçlara yol açmaktadır.[4] Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişimde engeller yaratmakta ve kişilerin daha düşük nitelikli sağlık hizmeti almasına neden olmaktadır. Yapısal ayrımcılık ise yoksulluğun artması, eğitim, istihdam, sağlık hizmetleri ve diğer hizmetlere erişimin kısıtlanması ile güvenli ve kaliteli yaşam koşullarından mahrum kalma gibi temel sağlık belirleyicileri üzerinde çok yönlü ve yaygın olumsuz etkiler göstermektedir.[3]

2. Türkiye'de Toplumsal Dışlanma ve Ayrımcılık

Türkiye'de ayrımcılık algısı ile ilgili yapılan 2018 tarihli bir saha çalışmasına göre katılımcıların %23,1'i Türkiye'de ayrımcılığın çok yaygın olduğunu düşünmekte; evlerinde Türkçe dışında bir dil konuşulan kişilerde ise bu oranın %38,4'e çıkmaktadır.[5] 2020'de yapılan benzer bir saha araştırmasında bu oran %49 olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılanların %72'si hayatlarının herhangi bir döneminde en az bir kez ayrımcılık deneyimi yaşadığını belirtmiştir. En sık karşılaşılan ayrımcılık nedenleri siyasi görüş (%44,3), dini inanç (%34,4), etnik köken (%33) ve cinsiyet temellidir (%30,5).[6] 2018 yılında yapılan saha çalışmasına katılanların %42'si siyasi ve politik görüşe dayalı, %36,6'sı dini inanca dayalı, %36,3'ü göçmen ve mültecilere yönelik, %36,3'ü cinsel yönelime yönelik, %34,1'i cinsiyete yönelik, % 25,3'ü etnik kökene dayalı, %19,7'si zihinsel engellilik temelli, %16,4'ü fiziksel engellilik temelli, %12,6'sı gençlere yönelik ve %12,5'i yaşlılara yönelik ayrımcılığın çoğunlukla veya her zaman yapıldığını düşünmektedir.[5] 2020 yılında yapılan saha çalışmasına katılanların ise %51,1'i siyasi ve politik görüşe dayalı, %48,3'ü cinsiyete yönelik, %46,2'si etnik kökene dayalı, %43,9'u dini inanç temelli, %31,3'ü mülteci ve sığınmacılara yönelik, %25,8'i zihinsel engellilik temelli, %24,6'sı fiziksel engellilik temelli, %23,4'ü yaşlılara yönelik ve %18,3'ü genlere yönelik ayrımcılığın çok sık ya da her zaman yapıldığını düşünmektedir.[6] Türki-

ye'de Kürtçe, Arapça ve Farsça kökenli isimlere yönelik isim temelli ayrımcılığa da yaygın bir şekilde rastlanmaktadır. İsimlerin yalnızca bireysel birer tanımlayıcı değil; etnik köken, din ve ideolojik çağrışımlar yoluyla toplumsal önyargıları tetikleyen güçlü kültürel semboller olarak karşımıza çıkmaktadır. İsim temelli ayrımcılığın bireylerin kimlik oluşumunu, gündelik sosyal etkileşimlerini ve duygusal iyi oluşlarını etkilemekte, Kürtçe, Arapça ve Farsça kökenli isimlere sahip kişiler mesleki ve kamusal alanlarda ayrımcılıktan kaçınmak için Türkçe takma adlar kullanmaktadır.[7]

Ayrımcı tutumlar incelendiğinde, Türkiye'de etnisite, din, cinsiyet ve cinsel yönelim temelli ayrımcılığın politik görünürlükleri nedeniyle daha çok fark edildiği fakat bu farkındalığın tutumları değiştirmediği ve kişinin kendi kimliksel ve politik konumunun ayrımcı tutumda belirleyici olduğu; yaş ve engellilik temelli ayrımcılığın daha az farkında olunduğu fakat politik konum ve kimlikten bağımsız değerlendirildiği düşünülmektedir.[5]

Türkiye'de ayrımcılık le karşılaşanların sadece %21'i bu deneyime ilişkin hak arama mekanizmalarını kullandığını; hak arama mekanizmalarını kullanmama nedenleri incelendiğinde %44,7'si hukuki yollara başvurmanın işe yaramayacağını, % 37,7'si hangi kuruma nasıl başvuracağını bilmediğini belirtmiştir.[6]

Ülkemizde ayrımcılıkla mücadele mevzuatı büyük ölçüde Anayasa'nın 10. maddesindeki genel eşitlik ilkesine dayanmaktadır. Ancak mevcut düzenlemelerde etnik köken yalnızca dolaylı biçimde yer almakta, ırk ve etnik temelli ayrımcılığa ilişkin açık tanımlar ve kapsamlı hükümler bulunmamaktadır.[8–10] Türkiye, azınlık haklarına ilişkin uluslararası sözleşmeleri ya onaylamamakta ya da ilgili maddelere çekince koyarak onaylamaktadır. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme (ÇHS), Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (ESKHS), Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi (MSHS) ve Irk Ayrımcılığının Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Uluslararası Sözleşme (IAOKS) gibi metinlere getirilen çekincelerde Türkiye, yalnızca Lozan Barış Antlaşması çerçevesinde yükümlü olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle azınlık statüsü, Lozan'da tanımlanan dini topluluklarla sınırlanmakta; Türkiye yalnızca Musevileri, Ermenileri ve Rumları azınlık olarak tanımaktadır.[8] Türkiye'de ayrımcılığın önlenmesi, ayrımcılıkla mücadele çalışmalarının güçlendirilmesi, ayrımcılık ile ilişkili yasaların geliştirilmesi ve izlenmesi, ayrımcılık iddialarına ilişkin süreçlerin takip edilmesi ve ayrımcılık yaşayanlara yönelik hukuki danışmanlık sağlanması için 2016 yılında 6701 sayılı Kanun kapsamında Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu (TİHEK) kurulmuştur.[11] Ancak TİHEK'in yetki alanı cinsel yönelim ve toplumsal cinsiyet konularını kapsamamakta TİHEK kendi inisiyatifiyle dava açamamakta, yargılamalara müdahil olamamakta, mahkemelerin talep etmesi halinde görüş bildirebilmektedir.[12]

3. Türkiye'de Toplumsal Dışlanma ve Ayrımcılığın Sağlık Hizmetlerine Erişime ve Toplum Sağlığı Üzerine Etkileri

Türkiye'de bireyler; etnik köken, din, cinsiyet, yaş, cinsel yönelim, engellilik durumu, göçmenlik statüsü, sosyoekonomik konum ve hastalık durumu gibi çok sayıda özellik temelinde ayrımcılık deneyimleri yaşayabilmektedir. Bu ayrımcılık biçimleri, sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık çıktıları üzerinde farklı düzeylerde etkiler yaratmaktadır.

Ancak ayrımcılığın tüm biçimlerini tek bir bölümde ele almak hem analitik derinliği sınırlayacak hem de kitabın diğer bölümleriyle içerik örtüşmesine yol açacaktır. Bu nedenle bu bölümde, göçmen sağlığı, kadın sağlığı, engellilik, yaş ayrımcılığı ve sağlığın sosyal belirleyicileri gibi konulara ayrıntılı olarak girilmemekte; bu başlıklar kitabın ilgili bölümlerinde ele alınmaktadır. Buradaki tartışma, etnik köken, din, cinsel yönelim ve seks işçiliği nedeniyle ayrımcılığa maruz kalan bireylerin deneyimleriyle sınırlandırılmıştır.

3.1. Romanlar

Romanların sağlığını olumsuz etkileyen sosyal belirleyiciler arasında yoksulluk, eğitime erişimde yaşanılan problemler nedeniyle düşük eğitim seviyesi, kötü konut koşulları, yaşanılan mahalle, çevresel kirlilik ve güvencesiz çalışma koşulları öne çıkmaktadır.[13] Romanların önemli bir bölümü birden fazla hanenin paylaştığı evlerde yaşarken, konuta erişimi olmayanlar geçici barınma alanı olarak çadırları kullanmaktadır.[13,14] Yaşanılan mahalle ve konutlardaki yetersiz altyapı, şebeke suyuna erişimin düşüklüğü, çöp birikintileri ve tıkanan kanalizasyon sistemleri bulaşıcı hastalık riskini artırmaktadır.[13,15] Geçici barınma alanlarında yaşama eğitim olanaklarına erişimi kısıtlamaktadır.[14] Ayrıca Roman mahallelerinde madde kullanımı ve beraberinde getirdiği tehlikelere de sık rastlanmaktadır.[14]

Maddi kısıtlılıklar romanların sağlıklı besinlere erişimini olumsuz etkilemektedir.[14] Besin maddesi alamayacak durumda olan bazı Romanlar, semt pazarlarında atılan meyve ve sebzeleri toplayarak yemeklik gıda ihtiyacını karşılamaktadır.[16] Düşük gelir nedeniyle temiz yakıt temin edilememesi, yakacak olarak çöp ya da düşük kaliteli kömür kullanımı solunum yolu hastalıkları riskini artırmaktadır.[13]

Romanların ayrımcılığa maruz kaldığı alanların başında istihdam gelmektedir. İş başvuruları sırasında yaşanılan mahalle ve ten rengi temelinde ayrımcılıkla karşılaştıkları bildirilmektedir.[8] Roman topluluklarda işsizlik, aynı bölgede yaşayan Roman olmayan topluluklara kıyasla daha yaygın görülmektedir.[17] Yapılan farklı çalışmalarda Romanlar arasında işsizlik oranlarının %13,5 ile %85 arasında değiştiği saptanmıştır.[8,15] Herhangi bir işte çalışan Romanlar arasında sigortasız çalışma oranı, Roman olmayanlara göre belirgin biçimde daha yüksektir.[15] Romanların yalnızca %1–2'sinin sosyal güvenlik sistemine dâhil olarak çalıştığı bildirilmektedir.[8] Çoğunluğu demircilik, kalaycılık, hurda ve kâğıt toplayıcılığı, mevsimlik tarım işçiliği, sepet örücülüğü, panayırlarda çalışma, çiçek satıcılığı, falcılık, müzisyenlik, kapı kapı satış yapma ile ev ve ofis temizliği gibi düşük gelirli, günlük ve güvencesiz istihdam alanlarında yer almaktadır.[13,14,16] Güvencesiz ve sağlıksız çalışma koşulları; iş kazalarına ve istismara açıklığı artırmakta, toksik maddelere maruz kalma riskini yükseltmekte ve bu durum hem fiziksel hem de ruhsal sağlık üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır.[13]

Eğitime erişim açısından Romanlar Türkiye'deki en incinebilir etnik gruplardan biridir. Romanlar arasında okuryazarlık oranı 2011 tarihli bir raporda %30-40 olarak bildirilmektedir.[8] Roman toplulukların eğitim düzeyi, aynı bölgede yaşayan Roman olmayan topluluklara kıyasla daha düşüktür.[17] Romanlar, kendi mahallelerinde bulunan okulların fiziksel altyapı ve ders araç-gereçleri bakımından bölgedeki diğer okullara göre daha yetersiz olduğunu, öğretmenlerin çoğunlukla deneyimsiz olduğunu ve kendilerine yönelik dışlayıcı tutumlar sergilendiğini ifade etmektedir.[8] Ekonomik nedenler, Roman çocukların eğitime erişimini daha da güçleştirmektedir. Eğitime devam edemeyen Roman çocuklar arasında çocuk işçiliği yaygın bir sorun olarak öne çıkmaktadır. Geçim sıkıntısı nedeniyle çalışmak zorunda kalan çocuklar, özellikle mevsimlik tarım işlerinde çalıştıklarında eğitim süreçleri sıklıkla kesintiye uğramaktadır.[14]

Erken yaşta evlilik Roman toplumlarında sık görülebilmektedir. Toplumsal cinsiyet rolleri ve erken yaşta evlilik özellikle Roman kız çocuklarının okul devamlılığını olumsuz yönde etkilenebilmektedir.[16] Adana'da 272 Roman kadınla yapılan bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık %60'ının 18 yaşından önce evlendiği saptanmıştır. Erken yaşta evlenen kadınların ruhsal iyilik hâllerinin, 18 yaşından sonra evlenenlere kıyasla daha düşük olduğu bulunmuştur.[18] Buna ek olarak, erken yaşta evlilik sonucu doğan çocukların nüfus kaydının çoğu zaman yapılmadığı, bu durumun çocukların hem eğitim hem de sağlık hizmetlerine erişimini sınırladığı bildirilmektedir.[8]

Romanlar sağlık hizmet kullanımı sürecinde ayrımcılığa sık maruz kalan bir topluluklardan biridir.[13,14,19] Ayrımcılık deneyimleri yalnızca etnik kimliğe dayanmamakta; dış görünüş ve kültürel giyim tarzı da bu süreçte belirleyici olabilmektedir. Renkli etekler, başörtüsü ya da şalvar gibi kültürel unsurlar, sağlık çalışanları tarafından kimlik belirteci olarak algılanabilmekte ve bu durum zaman zaman dışlayıcı tutumlara yol açabilmektedir.[13,19] Ayrımcılık deneyimi sağlık hizmetini erişimi olumsuz etkilediği gibi sağlık sistemine duyulan güveni de zedelemektedir.[13] Sağlık çalışanlarının Roman dili ve kültürüne aşina olmamaları, hasta-hekim arasında iletişim problemlerine neden olmaktadır.[19] Kırklareli'nde yapılan bir çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanan Roman kadınların sunulan hizmetlerden memnuniyetsizlik oranlarının Roman olmayan kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada sağlık çalışanları, Roman vatandaşlara hizmet sunarken çeşitli güçlükler yaşadıklarını ifade etmiştir.[20] Uluslararası bir araştırmada ise Türkiye'deki hemşirelik öğrencilerinin Romanlara ilişkin görüşlerinin büyük ölçüde medya ve toplumsal stereotipler tarafından şekillendiği; kültürel farklılıkları anlamaktan ziyade Romanları sağlık riskleriyle ilişkilendirme eğiliminde oldukları belirlenmiştir. Bu durumun, ayrımcı tutumların sağlık hizmeti sunumuna yansımasına zemin hazırlayabileceği değerlendirilmektedir.[21]

Romanların sağlık hizmetine erişimini kısıtlayan en büyük etkenlerden biri de maddi kısıtlılıklardır.[13,19] Sağlık güvencesine sahip olmama durumu,[15] cepten yapılan sağlık harcamaları, ilaç katkı payları ve hastaneye ulaşım giderleri yıkıcı sağlık harcamalarına yol açabilmektedir. Bu durum Romanların sağlık kurumlarına erişimini sınırlandırmakta, hizmetten yararlanabildikleri durumlarda ise ilaçlara ilişkin ek ödemeler mali yükü artırarak tedavi sürekliliğini zorlaştırmaktadır.[13,19] Sağlık hizmetlerine erişimde karşılaşılan bir diğer önemli engel ise düşük sağlık okuryazarlığıdır. Roman toplulukların sağlık sistemi ve sağlık kurumlarının işleyişi hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, hizmet arama ve kullanma süreçlerini olumsuz etkilemektedir.[14]

Adana'da yapılan bir çalışmada ileri yaştaki Romanların Roman olmayanlara göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu gösterilmiştir.[22] Yine Adana'da gerçekleştirilen başka bir çalışmada Romanların ağız sağlığına ilişkin olumsuz sağlık çıktıları sergilediği; diş fırçalama alışkanlığının ve ağız hijyeninin düşük, diş çürüğü ve diş kaybı prevalansının ise yüksek olduğu saptanmıştır.[23] Zonguldak'ta yapılan bir çalışmada ise kronik hastalığı olmayan, genç, yükseköğrenim görmüş ve düzenli bir işte çalışan Roman bireylerde yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.[24] Roman kadınlarda erken

yaşta evlilik yaygın olarak görülmektedir. Adana'da yapılan bir çalışmada, 18 yaşından önce evlenen Roman kadınlarda evlilik süresi arttıkça kişilerarası duyarlılık, somatizasyon, depresyon, anksiyete, fobi, paranoid düşünceler ve psikotisizm düzeylerinin yanı sıra Genel Ruhsal Belirti Düzeyi (GSI) puanlarının da daha yüksek olduğu saptanmıştır.[18]

3.2. Kürtler

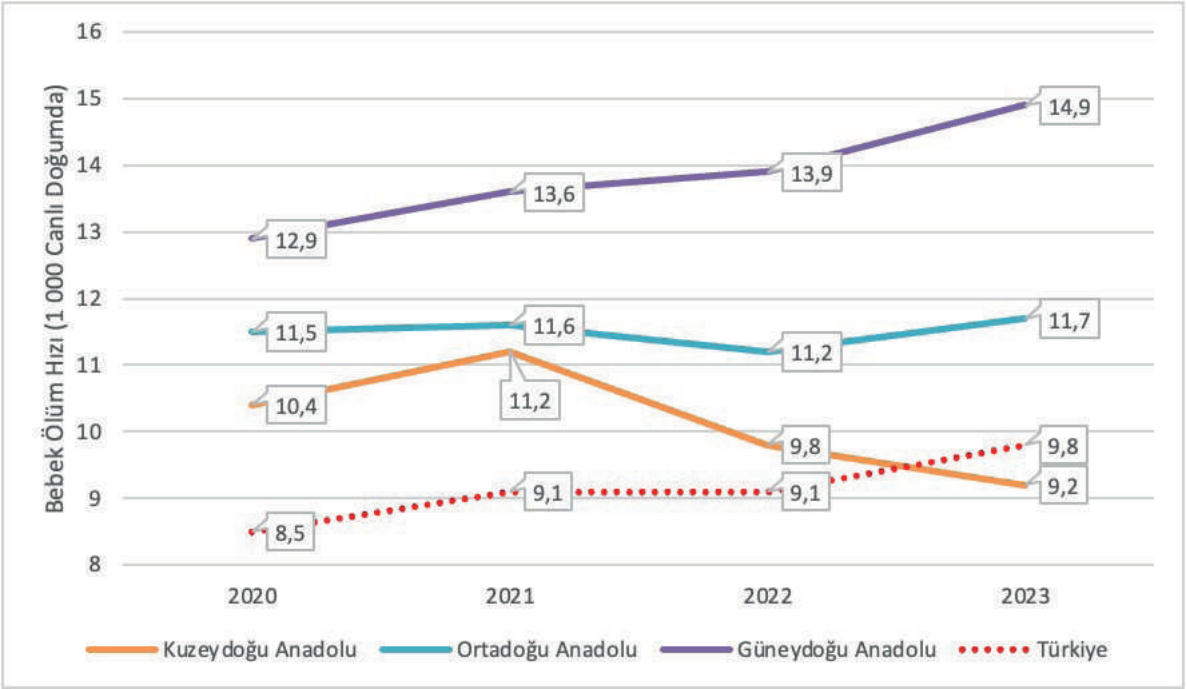
Türkiye'de Kürt topluluklara yönelik etnisite temelli ayrımcılık dini ve mezhebi temelli ayrımcılık ile iç içe geçmektedir. Adana ve Kahramanmaraş'ta yapılan bir çalışmada, bölgede ikamet eden Kürtlerin %33–58'inin etnik kökenleri ve dini mezhepleri nedeniyle; %33–79'unun ise ana dillerinde konuştuklarında yaşadıkları toplumda dışlandıklarını ya da yadırgandıklarını düşündükleri saptanmıştır. En sık ayrımcılık deneyimi yaşayan grubun Alevi Kürtler olduğu belirlenmiştir. Çalışma, ayrımcılık deneyimlerinin devlet kurumları ve siyasi yapıların söylem ve uygulamaları aracılığıyla toplumsal düzeyde yeniden üretildiğini ortaya koymaktadır.[25] 2022 yılında yapılan bir saha araştırmasında göre Kürt vatandaşların %66'sı devlet kurumlarında, %65'i eğitim kurumlarında, %50'si sağlık kurumlarında %36'sı sosyal medyada %34'ü, %31'i toplu taşıma araçlarında çalışma ortamında, %21'i yaşadığı kentte, %17'si sosyal çevrelerinde Kürtçe konuştuğu için ayrımcılığa uğradığını düşünmektedir.[26]

Kürt nüfusunun yoğun olduğu Doğu ve Güneydoğu illerinde işsizlik oranları Türkiye ortalamasının üzerindedir. TUİK 2024 yılı verilerine göre Türkiye'de ortalama işsizlik oranı %8,7 iken Hakkari'de % 18,3 Van'da %16,7 ve Ağrı'da %13,1 olarak saptanmıştır.[27] T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığının 2025 SEGE raporuna göre gelişmişlik düzeyi en düşük olan 17 ilin tamamı Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgesinde yer almaktadır.[28]

Eğitime erişim ve okullaşma oranları açısından da bölgesel eşitsizlikler dikkat çekmektedir. Özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu illerinde okullaşma oranları ve eğitim devamlılığı Türkiye ortalamasının altında seyretmektedir. TÜİK 2024 Ulusal Eğitim İstatistiklerine göre Türkiye'de okuma yazma bilmeyen kadınların oranı %3,8 iken bu oran Mardin'de %10,2, Ağrı'da %10, Şanlıurfa'da %9,9, Siirt'te %9,7 ve Muş'ta %9 olarak belirlenmiştir.[29] Mardin ilinde yapılan bir çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunda (%80,7) sağlık okuryazarlığının yetersiz düzeyde olduğu, bu durumun etnik kökene göre belirgin biçimde farklılaştığı saptanmıştır. Kürt kökenli bireylerin %85,3'ünde sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz bulunurken, Süryani kökenli bireylerde yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı oranı %46,7 olarak belirlenmiştir.[30]

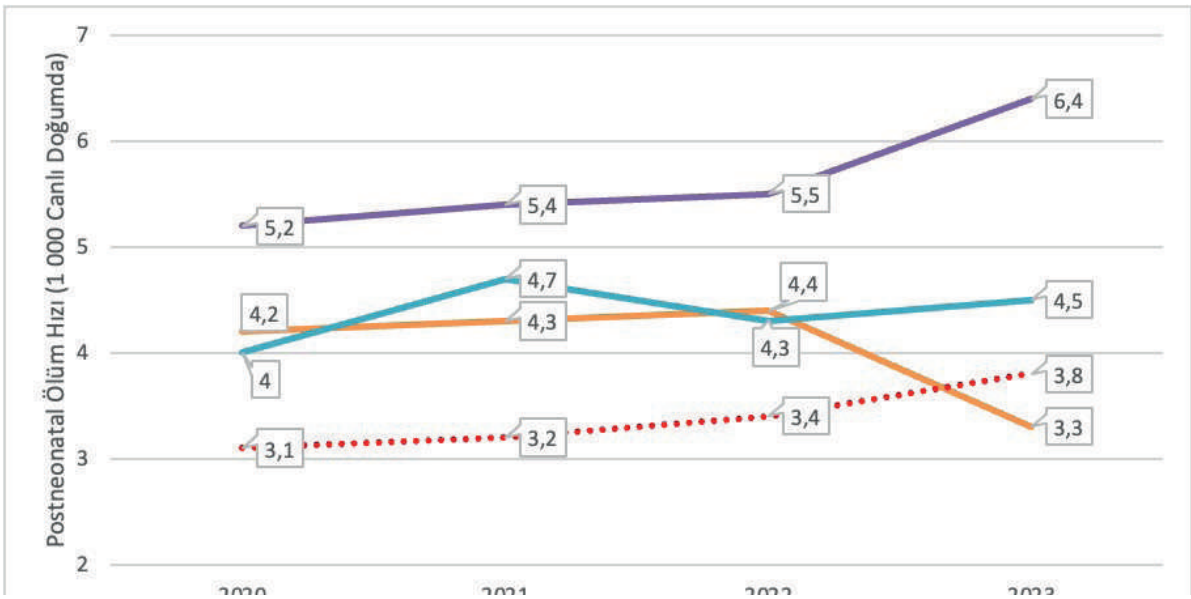
Türkiye'de yaşayan Kürt nüfus içinde Türkçe bilmeyenlerin oranına ilişkin kesin bir veri bulunmamaktadır. Ancak okuma yazma bilmeyen ya da herhangi bir eğitim kurumuna erişememiş bireylerin önemli bir kısmının Türkçe bilmediği düşünülmektedir. Bu bağlamda dil, sağlık hizmetlerine erişimi belirleyen temel faktörlerden biri olarak öne çıkmaktadır.[31] Türkçe bilmeyen Kürt vatandaşların sağlık hizmetleri ve sağlık ihtiyaçlarına ilişkin bilgilere erişimde zorluk yaşadığı; Sağlık Bakanlığının bilgilendirme kampanyalarından dil bariyeri nedeniyle yeterince yararlanamadığı ve gerekli bilgileri çoğunlukla sosyal ağları üzerinden edindiği gözlenmektedir.[31] Randevu oluşturma, sağlık ihtiyaçları için hangi kuruma ve hekime başvuracağını bilme, muayene sırasında hekimle iletişim kurabilme, tedaviye ilişkin ilaçları doğru şekilde kullanabilme, yaşam tarzı değişikliklerini uygulayabilme ve kontrol muayenelerine devam edebilme gibi sağlık hizmetine erişimin tüm aşamaları dil bariyeri nedeniyle sekteye uğramaktadır.[31] Dil bariyeri, tedavi sürecinde ortak karar alma mekanizmalarını da olumsuz etkilemekte; bu durum hizmetlerin bireylerin ihtiyaçlarına uygun biçimde düzenlenmesini ve hastanın tedavi sürecine aktif katılımını zorlaştırmaktadır.[31] Türkçe bilmeyen Kürt hastaların ayrımcılık deneyimleri, okuma yazma bilmeme ve "cahillik" gibi etiketler üzerinden şekillenmekte; bu durum sağlık hizmeti sunucularının küçük düşürücü ya da dışlayıcı tutumlarıyla görünür hâle gelebilmektedir.[31,32] Özellikle etnik kimlik temelli ayrımcılık, dil ve kültürel kısıtlamalar ile devlet kurumlarıyla kurulan güvensiz ilişki, bireylerin sağlık dâhil kamusal hizmetlerle etkileşimlerini belirleyen yapısal koşullar olarak öne çıkmaktadır.[33]

Türkiye'de Kürt topluluklara yönelik ayrımcılığın sağlık çıktıları üzerindeki etkilerini doğrudan inceleyen çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu veri boşluğu nedeniyle, ayrımcılık ve sağlık arasındaki ilişkiye ilişkin daha genel bir çerçeve çizebilmek amacıyla, Kürt nüfusun görece yoğun olarak yaşadığı Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerine ait temel mortalite göstergeleri incelenmiştir. Bu analiz, bireysel düzeyde nedensel ilişkiler kurmaktan ziyade, bölgesel örüntüler üzerinden sağlık eşitsizliklerine dair betimleyici bir perspektif sunmayı amaçlamaktadır. 2023 yılı Kuzeydoğu Anadolu bebek ölüm hızı istisna olmak üzere, 2020–2023 yılları arasında Güneydoğu Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu ve Ortadoğu Anadolu bölgelerinde bebek ölüm hızları Türkiye ortalamasının üzerinde seyretmiştir (**Grafik 1.** Bölgelere Göre Bebek Ölüm Hızları 2020-2023)[34–37]



Grafik 1. Bölgelere göre bebek ölüm hızları, 2020-2023

[34–37]Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020, 2021, 2022, 2023



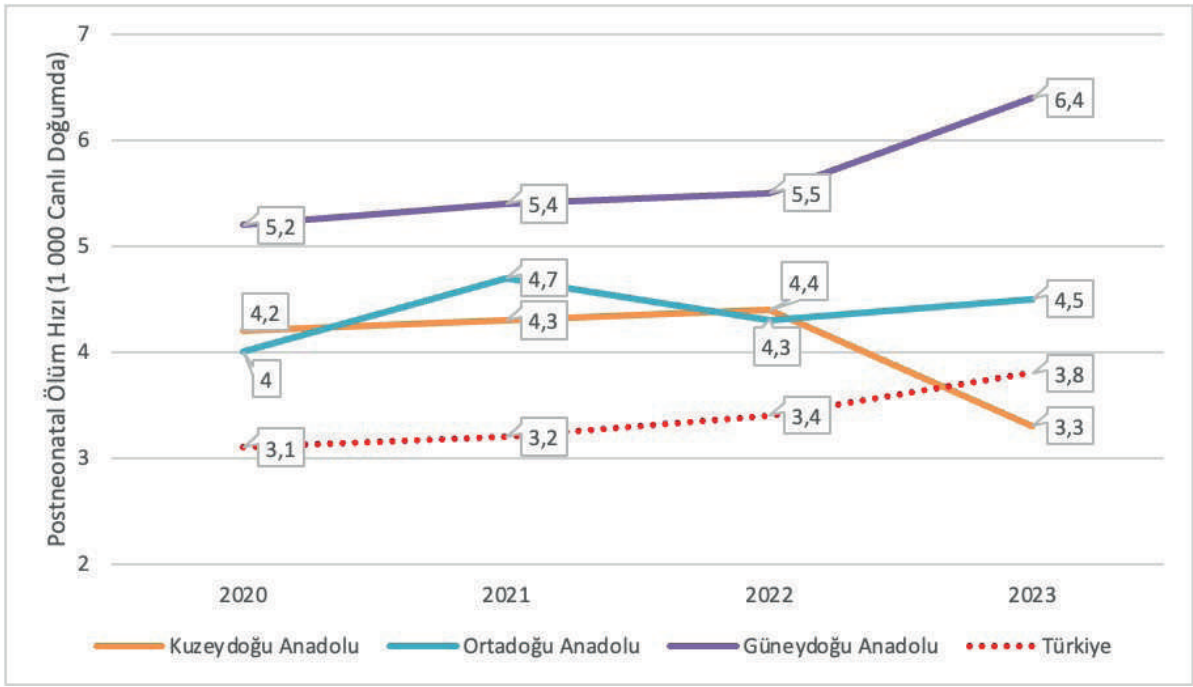
Grafik 2. Bölgelere göre neonatal ölüm hızları 2020-2023

[34–37]Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020, 2021, 2022, 2023

Neonatal ölüm hızı, Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde 2022 ve 2023 yıllarında Türkiye ortalamasının altında kalmıştır. Benzer biçimde, postneonatal ölüm hızı da Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde 2023 yılında Türkiye ortalamasından daha düşük olarak saptanmıştır. Buna karşılık, Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde neonatal ve postneonatal ölüm hızlarının 2020–2023 yılları boyunca Türkiye ortalamasının üzerinde seyrettiği görülmektedir.

Grafik 2'de Bölgelere Göre Neonatal Ölüm Hızları; **Grafik 3**'te ise Bölgelere Göre Postneonatal Ölüm Hızları (2020-2023) verilmektedir. [34–37]

Perinatal ölüm hızlarının 2020–2023 dönemi boyunca Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu



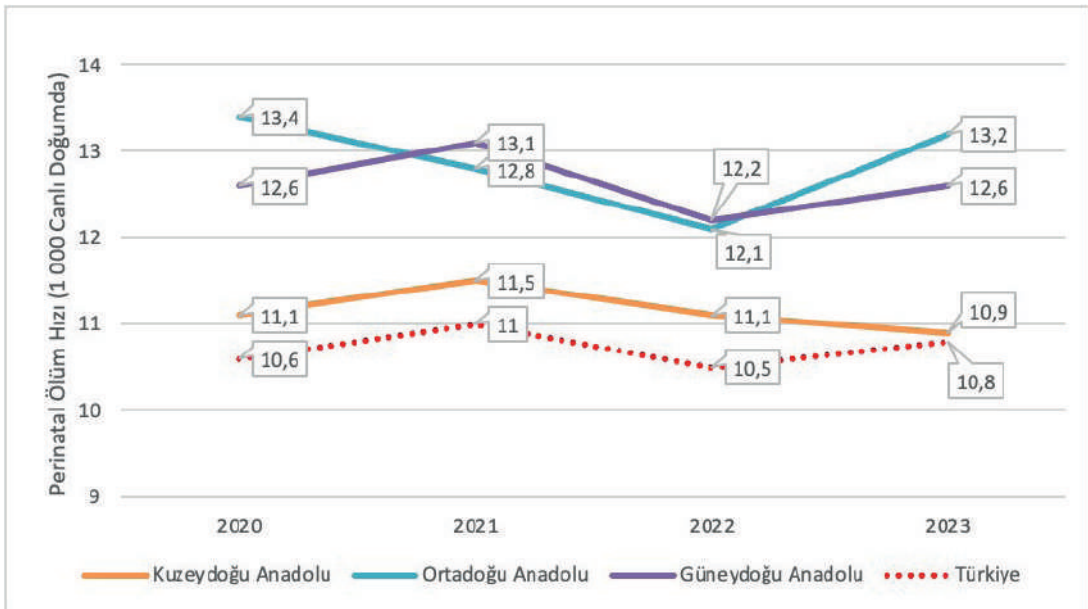
Grafik 3. Bölgelere göre postneonatal ölüm hızları 2020-2023

[34–37]Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020, 2021, 2022, 2023

Anadolu bölgelerinde Türkiye ortalamasının üzerinde kaldığı görülmektedir **Grafik 4**'te Bölgelere Göre Perinatal Ölüm Hızları (2020-2023) verilmektedir.[34–37]

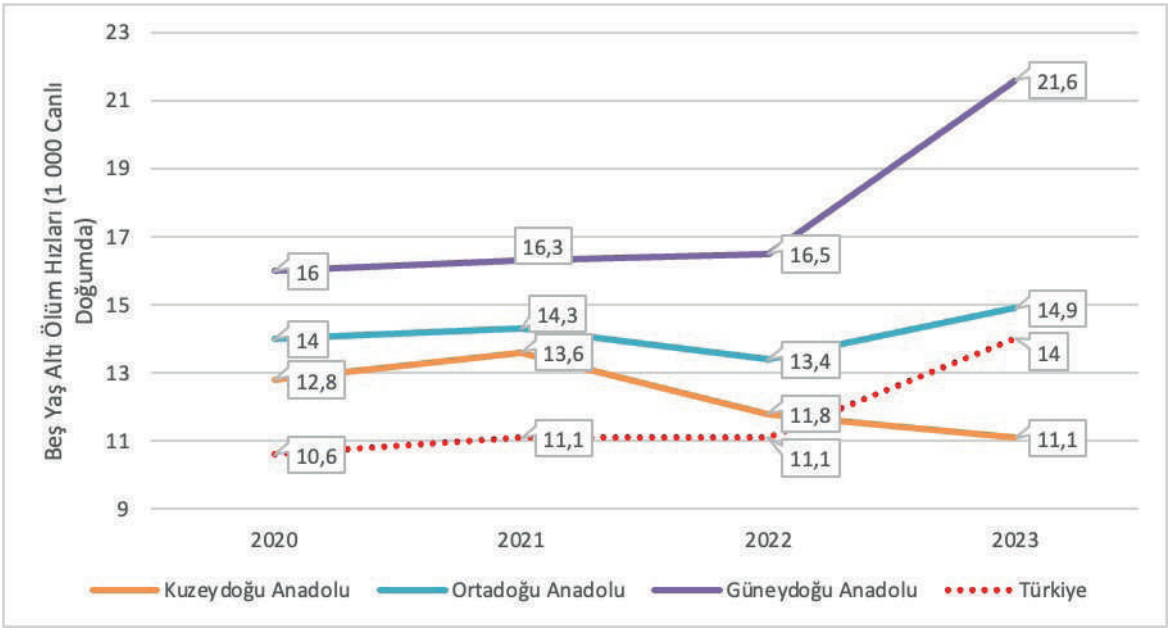
2023 yılında Kuzeydoğu Anadolu bölgesi istisna olmak üzere, beş yaş altı ölüm hızlarının incelenen tüm yıllar boyunca Türkiye ortalamasının üzerinde seyrettiği görülmektedir. (**Grafik 5**. Bölgelere Göre Beş Yaş Altı Ölüm Hızı 2020-2023) [34–37].

Anne ölüm oranları 2020–2023 yılları boyunca bölgeler arasında farklılık göstermekle birlikte, Güneydoğu Anadolu bölgesinde Türkiye ortalamasının üzerinde seyretmektedir. **Grafik 6**'da Bölgelere Göre Anne Ölüm Oranları (2020-2023) verilmektedir.[34–37]



Grafik 4. Bölgelere göre perinatal ölüm hızları 2020-2023

[34–37]Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020, 2021, 2022, 2023

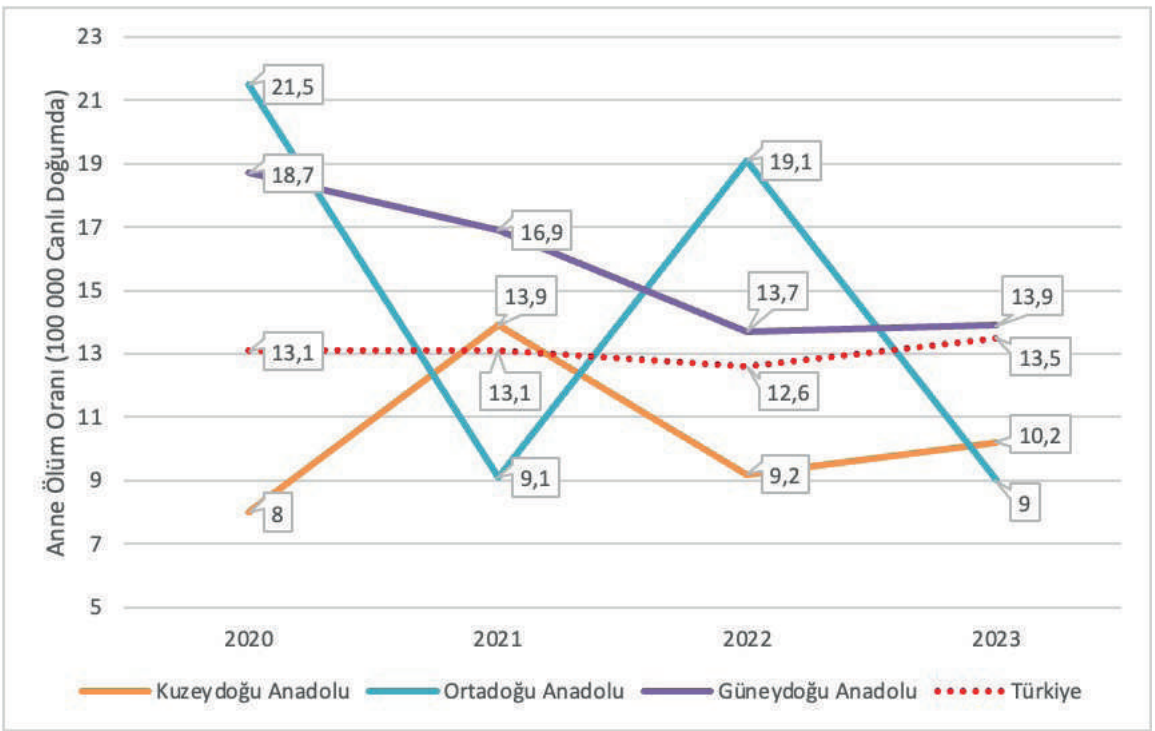


Grafik 5. Bölgelere göre beş yaş altı ölüm hızı 2020-2023

[34–37]Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020, 2021, 2022, 2023

3.3. Dini ve Etnik Azınlıklar: Aleviler, Rumlar, Ermeniler ve Museviler

Türkiye'de ayrımcılık, sağlık ve sağlık hizmetlerine erişim ilişkisini ele alan çalışmalar ağırlıklı olarak Romanlar ve göçmen nüfus üzerinde yoğunlaşmakta, kısıtlı da olsa Kürt topluluklara yönelik çalışmalar da bulunmaktadır. Buna karşılık, Aleviler, Rumlar, Ermeniler ve Museviler gibi diğer etnik ve dinî azınlıkların ayrımcılık deneyimlerinin sağlık ve sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkilerini ele alan akademik çalışma-



Grafik 6. Bölgelere göre anne ölüm oranları 2020-2023

[34–37]Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020, 2021, 2022, 2023

lara rastlanmamaktadır. Mevcut literatür, bu gruplara ilişkin olarak daha çok eğitim, istihdam ve kamusal hizmetlere erişim bağlamında hazırlanan raporlar ve izleme çalışmalarıyla sınırlıdır.

Mevcut bulgular, dinî ve etnik azınlıklara yönelik ayrımcılığın sağlık alanından ziyade eğitim, istihdam ve kamusal alanlarda daha görünür biçimde belgelendiğini göstermektedir. Gayrimüslim azınlıkların, özellikle devlet memurluğu gibi kamusal istihdam alanlarında ayrımcılığa maruz kaldıklarını ifade ettikleri bildirilmektedir.[8]

Azınlık okullarına ilişkin düzenlemeler de bu bağlamda yapısal eşitsizlikleri görünür kılmaktadır. 5580 sayılı Özel Öğretim Kurumları Kanunu ile 6581 sayılı Azınlık Okulları Türkçe ve Türkçe Kültür Dersleri Öğretmenlikleri Hakkında Kanun, azınlık okullarının işleyişini özel bir yasal çerçeveye tabi kılmaktadır. Rum okulları ise diğer azınlık okullarından farklı olarak "mütekabiliyet" (karşılıklılık) ilkesine bağlı tutulmakta, bu durum eğitim hakkının eşit kullanımına ilişkin tartışmaları beraberinde getirmektedir.[38,39]

Eğitim alanındaki bir diğer önemli mesele, zorunlu din eğitimi uygulamalarıdır. Ülke çoğunluğunun inancı olan Sünni İslam öğretisine dayalı din kültürü ve ahlak bilgisi derslerinin kapsayıcı eğitimi sınırladığına dair kaygılar dile getirilmektedir. Lozan Antlaşması kapsamında tanınan dinî cemaatlere (Ortodoks Hristiyanlar, Ermeni Apostolik Hristiyanlar ve Museviler) mensup ailelerin çocukları belirli koşullarda bu dersten muaf tutulabilmekte; diğer inanç grupları için muafiyet süreci daha karmaşık ve belirsizdir. ECRI'ye yapılan açıklamalarda, muafiyet için tanınmış bir din adamından yazılı belge sunulabileceği belirtilmiş olsa da farklı dini cemaat temsilcileri, din adamlarının resmî olarak tanınmaması ve ailelerin çocuklarının maruz kalabileceği dışlanma ve zorbalık korkusu nedeniyle inançlarını açıklamaktan kaçındıklarını vurgulamaktadır Örgün eğitim ders kitaplarında Ermenilere ve diğer incinebilir konumdaki gruplara karşı nefret ve düşmanlık söylemlerine rastlanabilmektedir. Eğitim içeriklerinin önemli bir kısmı, Türkiye'nin çok katmanlı etnik, dilsel ve dinî yapısını dikkate almayan ve kimi zaman bu toplulukların marjinalleşmesini yeniden üreten bir ulusal kimlik tasviri sunmaktadır. Ayrıca, üniversite giriş sınavlarında din eğitimi derslerinin içeriğine dayalı soruların yer alması, bu dersten muaf tutulan öğrenciler açısından yapısal bir dezavantaj oluşturabilmektedir. Eğitim materyallerine ilişkin incelemelerde ise ders kitaplarında Ermenilere ve diğer incinebilir gruplara yönelik ötekileştirici ve zaman zaman düşmanca söylemlere rastlanabildiği; eğitim içeriklerinin Türkiye'nin çok katmanlı etnik, dilsel ve dini yapısını yeterince yansıtmadığı bildirilmektedir.[12]

3.4. LGBTQIA+ Bireyler

Türkiye'de LGBTQIA+ bireyler; iş yaşamı, sağlık hizmetleri, barınma ve kamusal yaşamın çeşitli alanlarında farklı düzeylerde ayrımcılıkla karşılaşabilmektedir. Yasal düzenlemelerin kapsayıcılığının sınırlı olması ve mevcut mekanizmaların etkin biçimde uygulanamaması, bu sorunların giderilmesini zorlaştırmaktadır. Toplumsal değerler ve medya söylemleri çoğunlukla heteronormatif ve muhafazakâr bir çerçevede şekillenmekte; bu durum LGBTQIA+ bireylerin görünürlüğünü ve toplumsal kabulünü sınırlayabilmektedir. Bu dinamikler bir arada değerlendirildiğinde, bireylerin temel haklara ve hizmetlere eşit erişiminin tam anlamıyla sağlanamadığı görülmektedir.[40] ILGA-Europe'un 2025 tarihli raporuna göre, 49 Avrupa ülkesi arasında 47. sırada yer alan Türkiye LGBTIQ+ hakları bakımından en düşük puana sahip ülkelerden biri konumundadır. Türkiye'de LGBTI+ haklarına ilişkin yasal çerçeve herhangi bir değişiklik yapılmasa bile, uygulamada baskılar ve nefret söylemleri belirgin biçimde artmıştır. Kültürel ve siyasi alanlarda artan kısıtlamalar ise ifade özgürlüğü, güvenlik ve eşitlik açısından dikkat çekici bir gerilemeye işaret etmektedir.[41] Irkçılığa ve Hoşgörüsüzlüğe Karşı Avrupa Komisyonu (ECRI) 2025 tarihli Türkiye 6. Dönem İzlem Raporu'nda 2023 yılında eğitim müfredatına eklenen Türk Toplumunda Aile Yapısı başlıklı dersin LGBTİQA+ bireylere yönelik ayrımcılığı pekiştirebileceği yönünde endişelerini dile getirmiştir.[12]

LGBTQIA+ bireyler en çok aileleri, arkadaşları ve komşuları tarafından ayrımcılık ve damgalanmaya maruz kaldığını belirtmişlerdir.[42] Cinsel yönelimleri nedeniyle, hayatlarının herhangi bir döneminde, %33-35'i fiziksel şiddete, %50-68'i sözlü şiddete ve %48'i cinsel şiddete maruz kalmaktadır.[42,43] 2016 yılında yapılan bir çalışmada, LGBTQIA+ bireylerin %11'inin son bir yıl içinde eğitim gördükleri kurumlarda ayrımcılığa uğradığı, %13'ünün okul yaşamları boyunca cinsel yönelimleri nedeniyle sık sık olumsuz yorum ve davranışlarla karşılaştığı saptanmıştır. Aynı çalışmada katılımcıların %4'ünün daha önce yaşadıkları ayrımcılık nedeniyle üniversite öncesi dönemde okul değiştirdiği, %5'inin ise ayrımcılık nedeniyle eğitim hayatını sonlandırmak zorunda kaldığı belirlenmiştir.[44]

LGBTİ+'lara İlişkin Algı Araştırması (2025) sonuçlarına göre, katılımcıların %10'u LGBTQIA+ bireylerin toplumda daha görünür olmasını Türkiye için "en büyük tehdit" olarak değerlendirmektedir. Bu algının

özellikle kırsal bölgelerde yaşayanlar, lise ve altı eğitim düzeyine sahip bireyler ile 18–34 yaş grubunda daha yaygın olduğu görülmektedir. Katılımcıların %18'i cinsel yönelim veya cinsiyet kimliği nedeniyle ayrımcılık yaşadığını ifade etmiştir. LGBTQIA+ bireylerin eşit ve özgür yaşam hakkını destekleyenlerin oranı %38,8 iken, trans bireylerin cinsiyet uyum sürecinde sağlık hizmeti almasını destekleyenlerin oranı %39,1'dir. Toplumsal kabulün sanat ve eğlence alanlarında görece daha yüksek, bakan, cumhurbaşkanı veya öğretmen gibi otorite gerektiren mesleklerde ise daha düşük olduğu saptanmıştır.[45]

LGBTQIA+ bireylerin %15'i karşılaşabilecekleri ayrımcılık nedeniyle istedikleri mesleği seçememekte ve %6'sı eğitimini aldığı mesleği ayrımcılık nedeniyle icra edememektedir.[44] LGBTQIA+ bireylerin %59'u ile %68'i çalıştığı iş yerleri de olmak üzere sosyal hayatlarında cinsel kimliklerini saklamaktadır.[42,44] 2025 yılında kamu kurumlarında çalışan LGBTQIA+ bireylerin sadece %4'ü, özel sektörde çalışanların %22'si cinsiyet kimliği, cinsel yönelim ve cinsiyet özellikleri yönünden tamamen açıktır.[46] Kamu kurumlarında çalışanların %19'u doğrudan ayrımcı tutum veya davranışlara maruz kaldığını, %23'ü ise diğer LGBTQIA+ çalışanlara yönelik ayrımcı tutum, söylem ya da uygulamalara tanık olduklarını beyan etmiştir. Katılımcılar, özellikle 2025 yılının "Aile Yılı" ilan edilmesinin ardından ayrımcı tutum ve söylemlerde artış yaşandığını ifade etmiştir.[46] Özel sektörde çalışan LGBTQIA+ bireylerin ise %20'si ayrımcı tutum veya davranışlara maruz kaldığını, %18'i ise diğer LGBTQIA+ çalışanlara yönelik ayrımcı uygulamalara tanıklık ettiğini belirtmiştir.[47] Ayrımcılığın barınma ve yaşam koşulları üzerindeki etkileri de dikkat çekicidir. Cinsel yönelimleri nedeniyle LGBTQIA+ bireylerin %6'sının çalıştıkları işten istifa etmek zorunda bırakıldığı,[42] %10'unun yaşadığı yerden başka bir yere taşınmak zorunda kaldığı ve %8'inin yaşamlarının bir döneminde cinsel kimlikleri nedeniyle evsiz ya da bakıma muhtaç hâle geldiği bildirilmektedir.[48]

LGBTQIA+ bireylere yönelik sağlık hizmetlerindeki ayrımcılık, toplumsal dışlanma ve ayrımcılığın bir yansıması olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin heteronormatif bir yapıya sahip olması, Türkiye'de hasta kayıt formlarında ya da muayene formlarında ikili cinsiyet kalıplarının dışında farklı bir seçeneğin olmaması, hastalara "bey", "hanım" şeklinde hitap edilerek cinsiyet atanması, kişilere atanmış isimleriyle hitap edilmesi, HIV'le yaşayanların çoğunlukla LGBTQIA+ varsayılması, cinsel kimliğin açıklanması nedeniyle karşılaşılan damgalanma ve köyü muameleye maruz kalma, sağlık çalışanlarının ayrımcı tutumları, trans kimlik inşa sürecinin medikal yönünü yürütebilen hastanelerin azlığı, mevcut süreçlerin standartlaşmamış olması, lisans ve lisansüstü eğitimlerde LGBTQIA+ sağlığına ilişkin eğitimlerin yetersiz olması ve sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgi eksikliği, LGBTQIA+ bireylere yönelik sağlık kurumlarında ve sağlık hizmet sunumunda içselleştirilmiş yapısal ayrımcılığın farklı formlarıdır.[49–54] İçselleştirilmiş yapısal ayrımcılık ve ayrımcılık deneyimleri hem sağlık hizmetlerinin kabul edilebilirliğini azaltarak erişimi ilk basamaklarda sekteye uğratmakta hem de sağlık hizmet sunumunun bireyin ihtiyaçlarını karşılamasını engelleyerek nitelikli sağlık hizmetine erişime engel oluşturmaktadır.[49,50,52,54]

Sağlık çalışanlarının ayrımcı ve damgalayıcı tutumları nedeniyle LGBTQIA+ bireyler sağlık kurumlarına başvurmamakta ya da randevularını ertelemektedir.[42,52] Farklı çalışmalar farklı sonuçlar belirtmekle birlikte, LGBTQIA+ bireylerin %8'i ile %53'ü karşılaşacakları ayrımcılık nedeniyle sağlık hizmetlerini ihtiyacı olsa dahi kullanmamakta,[42,44,50] %50'si ile %91'i ayrımcılık deneyimleri nedeniyle sağlık hizmeti alırken cinsel kimliklerini açıklamamayı tercih etmektedir.[44,48,50] Sağlık çalışanlarına açık olan LGBTQIA+ bireylerin %25'i ile %39'u hayatları boyunca en az bir kere [48,50] yaklaşık %14'ü son 12 ay içinde sağlık hizmetine erişim sırasında cinsel yönelimleri nedeniyle ayrımcılığa veya kötü muameleye maruz kaldığını belirtmiştir.[44] Ayrımcılığa maruz kalan LGBTQIA+ bireylerin %12'si başka bir hekime başvurmakta, %11'i ise tedavilerini tamamen bırakmaktadır.[42]

2025 yılında yapılan bir çalışmaya göre Türkiye'de hizmet sunan hekimlerin %23'ü heteroseksüellik dışı cinsel yönelimleri psikiyatrik bir bozukluk, %18'i ise cinsel sağlık sorunu olarak değerlendirmektedir. Hekimlerin %22'si, dini ve ahlaki değerleri gerekçe göstererek, inanç özgürlüğü kapsamında LGBTQIA+ bireylere hizmet vermeyi reddetme hakkına sahip olması gerektiğini belirtmiştir.[55] Ayrımcı yaklaşıma, sol görüşe sahip olan sağlık çalışanlarında,[56] kadın sağlık çalışanlarında,[55–57] yetişkin ve çocuk ve ergen psikiyatristlerinde[55] daha az rastlanmaktadır. İstanbul'da tıp fakültesi öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada, öğrencilerin yaklaşık %40'ının homofobik tutumlara sahip olduğu, kamu üniversitesinde eğitim alan öğrencilerinde ve erkek öğrencilerde homofobik tutumun daha fazla görüldüğü saptanmıştır.[58] Çanakkale'de ve Samsun'da tıp fakültesi öğrencileri arasında yapılan çalışmalarda da benzer şekilde erkek öğrencilerde homofobik tutumun daha fazla olduğu, sağ politik eğilimler ve muhafazakar

tutumun, homofobi düzeyinin artmasıyla ilişkili olduğu saptanmıştır.[59,60]

Sağlık ile ilgili fakültelerin müfredatlarında LGBTQIA+ bireylerin sağlık gereksinimlerine yönelik eğitimler yeterli düzeyde yer almamaktadır.[61] Hekimlerin sadece %14'ü asistanlık döneminde LGBTQIA+ hastaları değerlendirme ve yönetme konusunda yeterli eğitim aldığını ve %28'i LGBTQIA+ bireylerin sağlık ihtiyaçları konusunda kendini yetkin hissettiğini belirtmiştir.[55] Eğitimdeki bu eksiklik sağlık hizmetlerini kullanan LGBTQIA+ bireyler tarafından da dile getirilmektedir.[52–54] Bununla beraber LGBTQIA+ bireylerin sağlık gereksinimlerine yönelik eğitimlerin tıp fakültesi öğrencilerinin homofobik tutumlarını anlamlı düzeyde azalttığı saptanmıştır.[59]

LGBTQIA+ bireyler ayrımcı tutumlara en sık kamu hastanelerinde,[48,52] ve daha çok hekimler tarafından maruz kalmaktadır.[48] Erkek sağlık çalışanları, kadın sağlık çalışanlarına göre daha fazla ayrımcı tutum sergileyebilmektedir.[50] Kamu hastanelerindeki bu ayrımcı tutum nedeniyle LGBTQIA+ bireyler özel sağlık kurumlarını daha çok tercih etmektedir.[52] Fakat özel sağlık kurumlarında da ayrımcılık ile karşılaşılmakta, cinsel kimliği nedeniyle LGBTQIA+ bireylerden daha fazla para talep edilebilmektedir.[52]

Cinsel kimlik nedeniyle damgalanmaya ve ayrımcılığa trans bireyler daha sık maruz kalabilmektedir.[42,49] Cinsel kimlik temelli ayrımcılığa, cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin önyargılar da eklendiğinde HIV+ LGBTQIA+ bireyler çifte ayrımcılığa maruz kalmakta bu durum sağlık hizmetine erişimdeki eşitsizlikleri derinleştirmektedir.[52] LGBTQIA+ bireylerin %10'u sağlık hizmeti alırken sağlık çalışanlarının uygunsuz bir merak sergilediğini belirtmiştir.[44] Cinsiyet uyum ameliyatlarına erişimin kısıtlı olması, trans bireylerin kayıt dışı koşullarda ameliyat olmalarına yol açabilmekte; bu durum kalıcı sağlık sorunlarına ve hatta ölümle sonuçlanabilen komplikasyonlara neden olabilmektedir.[52]

Yapılan çalışmalar LGBTQIA+ bireylerin ruh sağlığı ihtiyaçları olsa dahi sağlık hizmeti kullanımını ertelediğini göstermektedir.[44,48] Ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmak isteyen LGBTQIA+ bireylerin %24'ü yüksek maliyet nedeniyle, %18'i rızaları dışında ifşa edilme korkusu nedeniyle, %16'sı ise cinsel yönelimleri ve/veya cinsiyet kimlikleri temelinde ayrımcılıkla karşılaşma endişesiyle ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanamadığını belirtmiştir.[44] LGBTQIA+ bireyler, cinsel yönelim veya cinsiyet kimlikleri nedeniyle ayrımcılığa uğrama, mahremiyetlerinin ihlal edilmesi ya da veri güvenliği endişeleri yüzünden kamu hastanelerindeki ruh sağlığı hizmetlerinden çoğunlukla yararlanmamakta, daha güvenli buldukları özel hastanelere, uzmanlara veya LGBTQIA+ örgütlerinin sunduğu destek hizmetlerine yönelmektedirler.[51] Kamu hastanelerinde LGBTQIA+ bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine erişim sürecinde maruz kaldıkları ayrımcı tutumlar, ruhsal iyilik hâllerini daha da olumsuz etkilemektedir. Cinsel yönelimi "değiştirmeye" yönelik yaklaşımlar, cinsiyet kimliğinin görmezden gelinmesi, LGBTQIA+ varoluşunun küçümsenmesi ya da bireylerin birer "araştırma nesnesi"ne indirgenmesi gibi uygulamalar; kapsayıcı dilin kullanılmaması ve kimliğin patolojize edilmesiyle birleştiğinde, sunulan hizmetin zarar verici bir niteliğe bürünmesine yol açmaktadır.[51] Madde kullanım riski yüksek olan LGBTQIA+ bireylerin madde bağımlılığı tedavisine erişimi de yapısal ayrımcılık nedeniyle kısıtlanmaktadır.[62] Cinsiyet uyumla ameliyatı sonrasında ruh sağlığı desteğinin ve grup terapilerinin olmaması da önemli hizmet eksikliklerindendir.[54]

LGBTQIA+ bireyler, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulan cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimde en sık sorun yaşayan gruplardan biridir.[63] LGBTQIA+ bireyler, devlet kurumlarında cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmeti alırken sıklıkla ayrımcılığa maruz kalmakta, bu nedenle sonraki hizmetleri özel kurumlarda almayı tercih etmektedir. Ayrımcılık ve damgalanma korkusu nedeniyle cinsel sağlık hizmetini ertelemekte veya cinsel yönelim ve cinsiyet kimliklerini gizlemektedir. Sağlık hizmeti sunucularının LGBTQIA+ bireylerin sağlık ihtiyaçlarına ilişkin bilgi eksikliği, LGBTQIA+'ların da cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusundaki bilgi düzeylerinin düşük olmasına yol açmaktadır.[64]

Ayrımcılık sağlık hizmetlerinin kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir.[42,44,48–50,53] Bu durum trans bireylerde daha sık gözlenmektedir.[44,49] LGBTQIA+ bireyler sağlık hizmeti alırken cinsel sorunlarla ilgili sorularına yanıt alamadığını, mahremiyetlerine özen gösterilmediğini, cinsiyet kimliği nedeniyle yeterli tıbbi ilgiyi göremediğini belirtmişlerdir.[48] Ayrımcı tutumlar ile karşılaşan LGBTQIA+ bireyler sağlık sorunlarını dile getirememekte bu durum tanı ve tedavi süreçleri olumsuz etkileyebilmektedir.[42] Sağlık çalışanlarının bilgi ve deneyim eksikliği, LGBTQIA+ bireylerin kendilerini sürekli açıklama zorunluluğu hissetmesine, tıbbı tanı ve tedavide zaman kaybına ve artan maliyetlere yol açmaktadır.[53] LGBTQIA+ bireylerin yaklaşık %7'si sağlık çalışanlarının cinsel yönelimlerini ve cinsiyet kimliklerini "tedavi etmeye" çalıştıklarını bildirmiştir.[44]

LGBTQIA+ bireylerde alkol, sigara ve bağımlılık yapıcı madde kullanımları, intihar düşünceleri, girişimi ve

ruh sağlığı ihtiyaçları heteroseksüel bireylere göre daha gözlenmektedir.[43,44,44,48,52,61] Cinsel kimlikleri nedeniyle ayrımcılığa uğramak, taciz edilmek, cinsel kimliğini açıklayamamak, cinsel kimliğin bir hastalıkmış gibi algılanması ve tedaviye zorlanmak LGBTQIA+ bireylerin yaşadıkları psikolojik sıkıntıların temel nedenleri olarak gözlenmektedir.[48] Ayrımcılık ve nefret söylemleri sonucunda barınma ve istihdam sorunları yaşayan, aile ya da sosyal destekten yoksun kalan bireyler zamanla yalnızlaşarak sosyal izolasyona itilmekte ve bu süreçte içselleştirilmiş damgalama geliştirmektedir; tüm bu etmenler ruhsal iyilik hallerini daha da olumsuz yönde etkilemektedir.[51]

2014'te yapılan bir çalışmada LGBTQIA+ bireylerin %37'si ruhsal sıkıntılar nedeniyle psikolojik yardım aldığını, %21'i cinsel yönelimleri sebebiyle intihar düşüncesi olduğunu, %27'sinin daha önce intihar girişiminde bulunduğunu, yaklaşık %75'i alkol ve %62'si sigara kullandığını;[43] 2016'da yapılan bir çalışmada LGBTQIA+ bireylerin %43'ü yaşamlarının bir döneminde intihar etmeyi düşündüğünü, %25'i ruhsal sıkıntılar nedeniyle psikolojik yardım aldığını, %52'i ruhsal sıkıntıları nedeniyle yardım almak istediğini;[44] 2018'de yapılan bir çalışmada LGBTQIA+ bireylerin %56.6'sı düzenli olarak sigara, %85.6'sı alkol, %24.2'si madde kullandığını, %21'i hayatları boyunca en az bir kere intihar etmeyi düşündüğünü, %17'si daha önce kendine zarar verici bir davranışta bulunduğunu, %31'i ihtiyaç duyduğu halde psikolojik destek almadığını;[48] 2019'da yapılan bir çalışmada LGBTQIA+ bireylerin %30'u fiziksel sağlıklarının, %65'i ruhsal sağlıklarının iyi düzeyde olmadığını, %76'sı alkol ve %60'ı sigara kullandığını, %55'i korunmasız cinsel ilişkide bulunduğunu belirtmiştir.[49] Trans bireylerde intihar düşünceleri diğer LGBTQIA+ bireylerden daha sık gözlenmektedir.[44] Heteronormatif toplumsal yapı, ayrımcılık, aile tarafından reddedilme ve sosyal izolasyon madde kullanımını tetikleyen unsurlar olarak saptanmıştır. LGBTQIA+ bireylerde, özellikle trans kadınlar ve gey erkeklerde riskli alkol ve madde kullanımı heteroseksüel bireylere göre,[62] trans kadınlarda da trans erkeklere göre madde kullanımı daha sık gözlenmektedir.[65]

3.5. Seks İşçileri

Herhangi bir ücret, mal veya çıkar karşılığında, kendi rızalarıyla cinsel hizmet sunan kişilere seks işçisi denmektedir. Seks işçileri homojen bir grup değildir, farklı cinsiyet ve cinsel kimliklerde seks işçileri bulunmaktadır. Cinsel kimlikleri ne olursa olsun, seks işçileri profesyonel kararları gereği farklı cinsel kimliklerden kişilere de hizmet sunabilmektedir. Müşterilerini genelev, internet, masaj salonu, kulüp, bar, pavyon, otel telefon hatları ya da kamuya açık alanlarda bulmakta, seks hizmetini genelevde, kendi evinde, müşterinin veya arkadaşının evinde, masaj salonunda, eğlence mekanlarında, otellerde, günlük kiralık evlerde veya kamuya açık park ve otoyol gibi çok çeşitli mekanlarda sunmaktadır.[66] Türkiye'de kayıtlı seks işçiliğini doğrudan suç sayan bir ceza hükmü olmamakla birlikte Türk Ceza Kanunu, "fuhşun önlenmesi" amacıyla kayıt dışı seks işçiliği, aracılık, yer temini ve benzeri faaliyetlere yönelik cezai yaptırımlar içermektedir.[67] Seks işçiliğine ilişkin idari düzenlemelerin temelini ise 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve bu kanuna dayanılarak çıkarılan Genel Kadınlar ve Genelevlerin Tabi Olacağı Hükümler ile Fuhuş Yüzünden Bulaşan Zührevi Hastalıklarla Mücadele Tüzüğü oluşturmaktadır. Bu tüzük, genelevler ve belirli çalışma alanları için kayıt, sağlık kontrolü ve idari koşulları tanımlayarak devletin kayıtlı seks işçiliğini düzenlemesine olanak sağlamaktadır.[68,69] Türkiye'deki hukuki çerçeve, kayıtlı seks işçiliğini idari hükümlerle düzenlerken, kayıt dışı faaliyetleri ceza hukuku kapsamında sınırlandıran ikili bir yapı ortaya koymaktadır. Bu yapı kayıt dışı seks işçilerinin damgalanma ve ayrımcılık deneyimlerini daha da artırmakta, şiddet ve cinayet gibi çok boyutlu riskler ile karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır.[66] Ayrıca var olan hukuki düzenlemeler seks işçilerinin temel insan haklarını güvence altına almaktan ziyade cinsel yolla bulaşan hastalıkların kontrolü ve genelevler dışında seks işçiliğinin engellenmesini kapsamakta, bu durum var olan yapısal ayrımcılığın daha da derinleşmesine neden olmaktadır.[66] Yereldeki sağlık yöneticileri, mevzuatın "fuhşun önlenmesi" odağı nedeniyle genelev dışındaki seks işçilerine dair bilgiye ve temas mekanizmalarına sahip değildir. Bu hukuki çerçeve, kurumları hizmet geliştiren değil, denetleyen ve kayıt dışı seks işçiliğini kriminalize eden bir yapıya yönlendirdiği için seks işçilerinin sağlık hizmetlerine erişim ihtiyaçları görünmez hale gelmektedir.[66]

Seks işçileri bazen isteyerek kendi rızalarıyla çalışırken bazen de ekonomik zorluklar, zorlama, aile içi şiddet, çocuk yaşta evlendirilme gibi nedenler ile seks işçisi olarak çalışmak zorunda kalmaktadır.[70–72] Resmi kaydı olan ve Ankara'da çalışan seks işçisi kadınların %48.5'i çocukluk dönemlerinde fiziksel şiddete, %13'ü ise cinsel istismara maruz kaldıklarını belirtmiştir.[73] Seks işçisi olarak çalışan kadınlarda, erken yaşta evliliğe zorlanma ve parçalanmış ailelerden gelme sık karşılaşılan bir durumdur.[74] UNFPA Türkiye ofisinin saha çalışmasında görüşülen seks işçilerinin yarısından fazlasının mesleklerine 18 yaşının altında başladığı belirlenmiştir.[66] Mersin'de yaşayan seks işçileri ile yapılan

nitel bir çalışmada, kadınların yaklaşık %28'inin 13-15 yaşlarında seks işçiliğine başladığı saptanmıştır.[74]

Damgalanmanın en yoğun yaşandığı mesleklerden biri olan seks işçiliği yapan bireyler, yaşamlarında çok boyutlu baskılar ve ayrımcılıkla karşılaşmakta ve yaşamlarının büyük bir kısmını seks işçisi kimliğiyle sürdürmek zorunda kalmaktadır. Seks işçilerine yönelik bu ayrımcılık ve damgalama, onların şiddete maruz kalma riskini artıran temel bir etmen olarak öne çıkmaktadır.[66,71,72] Seks işçilerinin %69'u mesleklerini icra ederken güvende hissetmediğini belirtmiştir.[75] Karşılaşılan şiddet türleri tehdit etme gibi psikolojik şiddet, cinsel şiddet, fiziksel şiddet, ücretin hiç ödenmemesi ya da eksik ödenmesi gibi ekonomik şiddet olabilmektedir. Bu şiddet ve ayrımcılık bazen müşteriler, bazen aracılar bazen de partnerler tarafından uygulanmakta ancak maruz kalınan şiddet için herhangi bir kuruma başvurulamamaktadır.[70–72] Seks işçilerinin %66'sı müşterileri tarafından fiziksel, cinsel ya da sözel şiddete maruz kaldığını,[75] kayıtlı seks işçisi kadınların %10'u müşterileri tarafından cinsel şiddete, %15'i fiziksel şiddete ve %70'i ise psikolojik şiddete maruz kaldığını belirtmiştir.[73] Ekonomik zorluklar nedeniyle seks işçiliğine başlayan kadınlar, finansal kayıp yaşamamak adına müşterilerin baskısına daha açık hale gelmektedir. Bu durum, alkol ve madde kullanımına zorlanma, korunmasız cinsel ilişkiye zorlanma ile fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma gibi olumsuz deneyimlerin daha sık yaşanmasına yol açmaktadır.[72]

Seks işçileri kamu kurum ve kuruluşlarında da ayrımcılığa uğramaktadır. Bu ayrımcılık deneyimi kamu kurum ve kuruluşlarına duyulan güveni zedelemektedir.[70] Seks işçileri arasında özellikle trans seks işçileri ve göçmen seks işçileri birikimli ayrımcılığa uğramaktadır.[66,71] Birikimli ayrımcılık deneyimleyen trans seks işçileri ve göçmen seks işçileri kolluk kuvvetlerinin şiddetine de maruz kalabilmektedir.[71] Birçok Suriyeli göçmen seks işçisi, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı seks işçilerine kıyasla daha düşük ücretler, daha uzun çalışma saatleri ve aracıların yoğun ekonomik sömürüsü altında çok daha ağır koşullarda çalışmaktadır. Bu durum hem istismar riskini artırmakta hem de ihtiyaç duydukları sağlık ve sosyal hizmetlere erişimlerini ciddi biçimde sınırlamaktadır.[71] Suriyeli göçmen seks işçileri, bir yandan yabancı düşmanlığının nesnesi olurken diğer yandan Suriyeli göçmenler tarafından ahlak ve namus temelli dışlayıcı tutumların odağı hâline gelmektedir.[71]

Türkiye'deki yasal düzenlemeler nedeniyle fiilen kriminalize edilmesi, genelevlerin kapatılması ve idari para cezaları ile ev mühürlemeleri gibi uygulamalar sonucunda seks işçileri güvensiz ve kayıt dışı çalışma alanına itmektedir. Bu durum, cinsel sağlık ve üreme sağlığını olumsuz etkilerken fiziksel, cinsel ve ekonomik istismarın artmasına yol açmakta ve seks işçilerini daha da kırılgan hale getirmektedir.[66]

Seks işçilerinin sağlık hizmetine erişimi engelleyen en önemli faktörler arasında ekonomik nedenler ve sağlık sigortasına sahip olmama yer almaktadır. Kayıt dışı seks işçiliği yapan bireylerin birçoğunun, seks işçiliği dışında başka bir gelir kaynağı ve dolayısıyla da sosyal güvencesi bulunmamaktadır.[66,71] Kırmızı Şemsiye Cinsel Sağlık ve İnsan Hakları Derneği'nin 2022'de yaptığı çalışmada seks işçilerinin %45'inin herhangi bir sosyal güvencesi olmadığı saptanmıştır.[75] Ayrıca Suriyeli göçmen seks işçilerinin sağlık hizmetlerine erişimini etkileyen diğer önemli faktörler, Türkiye'de sağlık hizmeti sunan kurumlar ve kendi sosyal hakları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamalarıdır.[71]

Sağlık hizmeti sunucularının, seks işçilerinin karşılaşabileceği sağlık sorunlarına ilişkin bilgi ve farkındalık düzeylerinin yetersiz olduğu bildirilmektedir. Tıp fakültelerinin mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitim programlarında, seks işçilerinin özgül sağlık ihtiyaçlarına yönelik içeriklere çoğunlukla yer verilmemektedir.[66]

Seks işçilerinin %44'ü herhangi bir sağlık kuruluşunda ayrımcı tutumlara maruz kaldığını, neredeyse yarısı sağlık kurumlarında ayrımcılığa maruz kalmamak için mesleğini gizlemek zorunda kaldığını ifade etmiştir.[75] Seks işçileri yaşadıkları bölgede damgalanmadan korunmak için kendi mahallelerinde yer alan sağlık kurumlarını kullanmamaya özen göstermektedir.[66] Genelevde çalışan seks işçileri de genelev hekimlerinin ayrımcı tutumlar sergilediğini belirtmiştir.[66] Trans kadın seks işçilerine yönelik sağlık çalışanlarında ayrımcı tutumlar daha yüksek görülmektedir.[66] Trans seks işçileri damgalayıcı ve ayrımcı tutumlarla karşılaşma olasılığı daha düşük olduğu için özel sağlık kurumlarını tercih etmektedir.[66,76]

HIV+ olan seks işçileri, cinsel kimlikleri fark etmeksizin daha derin ayrımcılık deneyimleri yaşamaktadır.[66] Seks işçileri içerisinde en çok ayrımcılığa uğrayan grubun HIV+, trans kadın seks işçileri dolduğu gözlenmektedir. HIV+ trans seks işçileri, toplumsal cinsiyet kimliği, mesleki konumlanışları ve HIV statülerinin kesişiminde hem toplumsal alanlarda hem de sağlık hizmetinde çoklu ve birikimli ayrımcılığa uğramaktadır.[66,77] Ayrımcılıktan ve nefret söyleminden uzak, saygılı ve insan onurunu gözeten bir iletişim biçimi, trans seks işçilerinin sağlık hizmetine erişim için belirleyici

bir unsurdur.[76] Birikimli ayrımcılık deneyimlerine göçmen seks işçilerinde de sık karşılaşılmaktadır.[66,71]

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar başta olmak üzere cinsel sağlık sorunları ile karşılaşma riski sık olmasına rağmen seks işçilerinin cinsel sağlık üreme sağlığı danışmanlığına erişimleri kısıtlı olabilmektedir. Hemşirelik öğrencileri seks işçisi kadınlara cinsel sağlık üreme sağlığı danışmanlığı verirken kendilerini rahat hissetmediklerini belirtmişlerdir.[78] Kırmızı Şemsiye Cinsel Sağlık ve İnsan Hakları Derneği'nin 2022 tarihli raporuna göre, seks işçilerinin %53'ü cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında hiç eğitim almadığını, %37'si bu alanda yeterli bilgiye sahip olmadığını düşündüğünü belirtmiştir. Aynı raporda, temas öncesi ve temas sonrası HIV profilaksisi hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade edenlerin oranının yalnızca %19 olduğu bildirilmektedir.[75] Ücretsiz ve anonim CYBH ve HIV test merkezleri seks işçilerinin koruyucu sağlık hizmetlerine erişimini artırmakta ve düzenli olarak test yaptırmalarını teşvik etmektedir.[76]

Kondomun aile hekimliklerinde ücretsiz temin edilememesi, yüksek risk grupları için korunmaya erişimi kısıtlayan yapısal bir engel olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum özellikle seks işçilerinde hem ekonomik yükü artırmakta hem de cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından koruyucu davranışların sürdürülebilirliğini zayıflatmaktadır.[77,79]

Seks işçilerinde bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalık yükünün daha yüksek olduğu ve genel sağlık durumunun görece daha kötü olabildiği bildirilmektedir. Cinsel ve fiziksel şiddete maruz kalma, sağlık çıktıları üzerinde belirgin olumsuz etkilere yol açmaktadır.[70] Ayrıca seks işçilerinin, beslenme bozuklukları ve yetersiz beslenme nedeniyle vitamin ve mineral eksiklikleri açısından da risk altında olabilecekleri belirtilmektedir.[70]

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, özellikle HIV açısından yüksek risk altında bulunan seks işçileri arasında yapılan çalışmalarda, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon prevalansının %0,7 ile %35,5 arasında değiştiği saptanmıştır.[73,80,81]. Buna karşın, seks işçilerinin yalnızca %21,2'si cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar kapsamında Hepatit B (HBV) ve İnsan Papilloma Virüsü (HPV) aşılarını yaptırdığını belirtmiştir.[75]

Seks işçilerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin bilgi ve farkındalık düzeylerinin düşük olması, cinsel sağlık risklerine karşı daha açık olmalarına yol açmaktadır. UNFPA Türkiye Ofisi'nin raporuna göre, görüşme yapılan genelevde çalışan kadın seks işçilerinin hiçbirinin kadın kondomu hakkında bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır.[66] Kayıt dışı çalışan seks işçilerinde kondom kullanımının, kayıtlı çalışanlara kıyasla belirgin biçimde daha düşük olduğu bildirilmiştir.[66] Benzer şekilde, kayıt dışı çalışan Suriyeli seks işçilerinde de cinsel ilişki sırasında düzenli kondom kullanımının düşük olduğu saptanmıştır.[71] Kayıt dışı çalışan seks işçilerinde cinsel yolla bulaşan hastalık riski daha yüksek olmakla birlikte, tanı için gerekli test ve muayenelere erişimlerinin sınırlı olması nedeniyle hastalıkların saptanma olasılığı daha düşüktür.[66] Nitekim Kırmızı Şemsiye Cinsel Sağlık ve İnsan Hakları Derneği'nin bir çalışmasında, Suriyeli seks işçilerinin ücretsiz ve anonim HIV testi ve danışmanlığı hizmetleri hakkında neredeyse hiçbir bilgiye sahip olmadığı belirlenmiştir.[71]

Seks işçisi kadınlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak ve gebeliği önlemek amacıyla kondom kullanmak isteseler de, müşterilerin kondomsuz cinsel ilişkiye zorlaması, tehdit etmesi, fiziksel ve cinsel şiddet uygulaması,[72] ya da kondomsuz ilişki için daha yüksek ücret teklif etmesi,[66] bu çabaları çoğu zaman etkisiz kılmaktadır. Bu durum, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riskini artırdığı gibi istenmeyen gebeliklere de yol açabilmektedir.[72] Resmi kaydı bulunan seks işçisi kadınlar arasında yapılan bir çalışmada, kadınların %97'si müşterilerin kondom kullanmak istemediğini ve %89'u müşterilerin kondom kullanmamak için daha fazla para teklif ettiğini, %18'i müşterilerden kondom kullanmalarını istedikleri için fiziksel, %64'ü sözel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir.[73] İstenmeyen gebelikleri önlemek amacıyla kadınların sıklıkla ertesi gün hapı kullandıkları ya da küretaja başvurdukları belirtilmektedir.[72] En az bir kere küretaj olmuş seks işçisi kadınların oranı %70, birden fazla küretaj olmuş kadınların oranı ise %35.5 olarak saptanmıştır.[73]

Seks işçileri arasında ruh sağlığı sorunları da yaygın olarak görülmektedir. Genelevde çalışan kadınlarla yapılan bir çalışmada, katılımcıların %34,1'inin yaşamlarında en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır.[73] Özellikle trans seks işçilerinin ruh sağlığı hizmetlerine başvuru nedenleri arasında travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete bozuklukları, psikotik belirtiler ve konversiyon bozukluğu öne çıkmaktadır.[76]

Seks işçiliğinin yarattığı stres ile başa çıkmak,[66,70,71] damgalanma ve ayrımcılığın psikolojik yükünü hafifletmek,[66,71] müşterilere eşlik etmek, cinsel ilişkiyi kolaylaştırmak,[70] müşterilerin zorla madde kullandırması[72] gibi nedenlerle alkol ve madde kullanımına sık rastlanmaktadır. Genelevde çalışan kadınlar arasında yapılan bir çalışmada kadınların %87,7'sinin sigara, %55.1'inin alkol, %2.8'inin madde kullandığı saptanmıştır.[73]

4. Sonuç ve Öneriler

Ayrımcılık sağlık üzerinde yalnızca bireysel düzeyde "kötü deneyimler" üretmekle kalmamakta, sağlık hizmetlerine erişimin tüm aşamalarını şekillendiren, yapısal düzeyde işleyen ve sağlık eşitsizliklerini yeniden üreten bir mekanizma olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrımcılık; kronik stres, güvensizlik, damgalanma ve sağlıksız başa çıkma davranışları üzerinden ruhsal ve fiziksel sağlık sonuçlarını kötüleştirirken, eğitim, istihdam, barınma gibi sosyal belirleyicileri olumsuz etkileyerek risk birikimini hızlandırmaktadır.

Türkiye'de ayrımcılık ve toplumsal dışlanmanın sağlık üzerindeki etkilerini ortaya koyan kanıtlar hem sınırlı hem de parçalıdır; mevcut bilgi büyük ölçüde eğitim, istihdam ve kamusal alanlarda ölçülen ayrımcılık deneyimlerine dayanmaktadır. Sağlık alanında yürütülen araştırmaların sayısı da kısıtlı olup, çoğu çalışma belirli gruplara odaklanan, küçük ölçekli ve kesitsel tasarımlarla sınırlı kalmaktadır. Ulusal sağlık istatistikleri ve idari veri sistemleri başta olmak üzere, Türkiye'de rutin veri kaynaklarının neredeyse hiçbirinde din, etnik köken ve cinsel yönelim gibi eşitsizlikleri görünür kılacak değişkenler yer almamaktadır. Bu durum, ayrımcılığın sağlık hizmetlerine erişim, hizmetin niteliği ve sağlık çıktıları üzerindeki doğrudan etkilerinin izlenmesini ve gruplar arası sağlık eşitsizliklerinin güvenilir biçimde saptanmasını fiilen imkansızlaştırmaktadır.

Mevcut literatürde Romanlar, LGBTQIA+ bireyler ve seks işçilerine yönelik sağlık araştırmalarının görece daha görünür olmasının, bu alanlarda sivil toplum kuruluşlarının uzun süredir aktif biçimde veri üretmesi ve savunuculuk yürütmesiyle yakından ilişkili olduğu değerlendirilmektedir. Buna karşılık, Kürt topluluklara yönelik sağlık araştırmaları oldukça sınırlıdır; bu kısıtlılığın aşılması için bu bölümde bölgesel sağlık göstergeleri üzerinden dolaylı değerlendirmelerle sınırlı kalınmıştır. Fakat bu yaklaşım, ayrımcılığın özgül mekanizmalarını ortaya koymak açısından önemli kısıtlılıklar barındırmaktadır. Aleviler, Rumlar, Ermeniler ve Museviler gibi diğer dinî ve etnik azınlıklara yönelik ise sağlık alanında yürütülmüş sistematik araştırmalara ve düzenli veri üretimine neredeyse hiç rastlanmamaktadır.

Romanlar açısından yoksulluk, güvencesiz istihdam, düşük eğitim düzeyi, kötü çevre ve konut koşulları ve ayrımcı hizmet deneyimleri, sağlık risklerini katmanlandıran temel belirleyiciler olarak öne çıkmaktadır. Kürt topluluklarda dil bariyeri ve kurumsal güvensizlik, sağlık okuryazarlığı ve hizmete erişimin sürekliliği üzerinde belirleyici bir rol oynarken, bölgesel sağlık göstergelerindeki dezavantajlı örüntüler yapısal eşitsizliklerle uyumlu bir tablo sunmaktadır. Dini ve etnik azınlıklara ilişkin olarak ise sağlık alanındaki doğrudan kanıtların sınırlı olması, görünmeyen ve ölçülmeyen eşitsizlikler ihtimalini güçlendirmekte; eğitim ve kamusal hizmetler bağlamında belgelenen yapısal sorunların sağlık hizmetlerine erişimi de dolaylı biçimde etkileyebileceğini düşündürmektedir. LGBTQIA+ bireylerde heteronormatif kurumsal pratikler, ayrımcı tutumlar ve hizmetlerdeki kapasite eksiklikleri; sağlık hizmetlerine başvurmamayı veya başvuruyu ertelemeyi rasyonel bir korunma stratejisine dönüştürebilmekte, bu da ihtiyaç olduğu halde bakımın gecikmesiyle sonuçlanmaktadır. Seks işçileri için ise hukuki düzenlemeler damgalanma ve şiddet riskini artırırken, güvenli ve kesintisiz koruyucu hizmetlere erişim özellikle kayıt dışı çalışanlar için imkansızlaşmaktadır.

Türkiye'de ayrımcılık ve dışlanma, tekil bir maruziyetten çok birikimli ve kesişen bir risk düzenidir. Cinsiyet kimliği, göçmenlik, HIV statüsü, yoksulluk ve kayıt dışılık gibi eksenler üst üste geldikçe hem sağlık riskleri artmakta hem de sağlık sistemine erişim daha erken aşamalarda kırılmaktadır. Buna karşın Türkiye'de ayrımcılık ve sağlık ilişkisini doğrudan inceleyen nicel ve nitel çalışmaların sınırlılığı, hangi mekanizmaların hangi gruplarda daha baskın olduğuna dair kanıta dayalı politika üretimini zorlaştırmaktadır.

Bu tablo, ayrımcılık ve toplumsal dışlanmanın sağlık üzerindeki etkilerinin ulusal düzeyde, karşılaştırılabilir ve uzunlamasına verilerle incelenmesine yönelik açık bir ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Sağlık alanında yürütülen araştırmalara etnik köken ve cinsel yönelim gibi değişkenlerin etik, gönüllülük ve mahremiyet ilkeleri çerçevesinde dahil edilmesi; aynı zamanda bu değişkenlerin ulusal düzeyde toplanan sağlık istatistiklerine entegre edilmesi, sağlıkta eşitlik politikalarının kanıta dayalı biçimde geliştirilmesi için kritik bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Popay J, Escorel S, Hernández M, Johnston H, Mathieson J, Rispel L. Understanding and tackling social exclusion, Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health From the Social Exclusion Knowledge Network [Internet]. WHO; 2008 Şub [a.yer 19 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1744987110370529
2. WHO Regional Office for Europe. Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region. Copenhagen; 2010.
3. World Health Organization. World report on social determinants of health equity. Geneva; 2025.

4. Selvarajah S, Corona Maioli S, Deivanayagam TA, De Morais Sato P, Devakumar D, Kim SS, vd. Racism, xenophobia, and discrimination: mapping pathways to health outcomes. The Lancet. Aralık 2022;400(10368):2109-24.
5. Özatalay C, Doğuç S. Türkiye'de Ayrımcılık Algısı; Türleri, Failleri, Boyutları. İstanbul; 2018.
6. Coşkun MK, Şen E. Türkiye'de Ayrımcılık Algısı ve Hak Arama Mekanizmalarına Başvuru Sürecinde Karşılaşılan Engeller. 2020 Eki.
7. Ulum ÖG. Draw Me Your Name: Name-Based Discrimination and Identity in Turkey's Socio-Political Context and Beyond. Race Soc Probl. Aralık 2025;17(4):519-50.
8. Alp S, Taştan N. Türkiye'de Irk veya Etnik Köken Temelinde Ayrımcılığın İzlenmesi Raporu. İstanbul; 2011.
9. Mursül D. Türkiye'de Etnik Kökene Dayalı Ayrımcılıkla Mücadele Mekanizmaları ve Yasal Dayanakları. Ekon ve Önetim Araştırmaları Derg. Aralık 2022;11(2).
10. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası [İnternet]. 1982. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2709&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5
11. Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Kanunu. Nis 6, 2016.
12. European Commission against Racism and Intolerance. ECRI Türkiye Raporu (Altıncı İzlem Dönemi). 2025 Haz.
13. Ekmekci PE. Health and Roma People in Turkey. Balk Med J. 01 Ağustos 2016;33(4):377-82.
14. Yıldırım B, Egeli BM. The Access to Rights of the Roma: Views of a Neglected Community in Türkiye. OPUS Toplum Araştırmaları Derg. 02 Aralık 2024;21(6):449-64.
15. Eskiocak M, Akbaşak D. Roma health in Edirne: Social determinants of health and health status. Türkiye Halk Sağlığı Derg. 31 Ağustos 2017;136-49.
16. Dirimeşe E. Avrupa Birliği toplumsal cinsiyet politikaları ve Türkiye'de Roman kadınların durumu: Zonguldak örneği. Roman Dili ve Kültürü Araştırmaları Enstitüsü Derg. Haziran 2022;3(1).
17. Ekuklu G, Berberoglu U, Eskıocak M, Saltik A. Utilization of Primary Health Care Services by Turkish Gypsies and Members of the General Population at Muradiye Health Unit District in Edirne, Turkey. Yonsei Med J. 2003;44(3):414.
18. İnel Manav A. An evaluation of early marriage and the mental state of Roma women: A cross-sectional study. Transcult Psychiatry. Şubat 2024;61(1):107-17.
19. Gümüş BE, Çelik F. Türkiye'de son dönem sağlık politikaları ve dezavantajlı gruplar: İzmir'de roman kadınların sağlık hizmetlerine erişimi ve kullanımı üzerine bir analiz. Paradoks Ekon Sosyol ve Polit Derg. 28 Haziran 2022;18(1):32-62.
20. Cerit Ç. Memnuniyet: Romanlar ve onlara birinci basamakta hizmet sunan sağlık personeli. Roman Dili ve Kültürü Araştırmaları Enstitüsü Derg. 26 Haziran 2023;4(1):59-76.
21. Heaslip V, Vanceulebroeck V, Kalkan I, Kömürcü N, Solanas IA. Student nurse perceptions of Gypsy Roma Travellers; A European qualitative study. Nurse Educ Today. Kasım 2019;82:1-7.
22. Bozdoğan Yeşilot S, İnel Manav A. The Sleep Quality of Roman and Non-Roman older People: A Comparative Study. Turk J Fam Med Prim Care. 10 Eylül 2021;15(3):443-50.
23. Koçak E, Alkaya B. Evaluation of the oral dental health status of the Romani community in Turkey. Cukurova Med J. 30 Eylül 2021;46(3):1222-9.
24. Erdogan Z, Kurcer MA, Kurtuncu M, YiLdiZ H. Zonguldak'ta Yaşayan Romanların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi ve Kronik Hastalık Durumu. Arch Health Sci Res. 15 Aralık 2019;5(2):210-6.
25. Alacahan O, Duman B. Dışlanma, Ayrımcılık, Mezhep ve Etniklikler Arası Eşitsizlikler. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sos Bilim Derg. 01 Kasım 2011;13(1):1-30.
26. Sosyo Politik Saha Araştırmaları Merkezi. Kürtçe Anadili ve Kullanım Düzeylerine İlişkin Araştırma Raporu. 2022 May.
27. TÜİK. İşgücü İstatistikleri [İnternet]. 2024. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İşgücü-İstatistikleri-2024-54059&dil=1
28. T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı. İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması SEGE 2025. Ankara; 2025 Eki.
29. TÜİK. Ulusal Eğitim İstatistikleri. 2024.
30. Yiğitalp G, Bayram Değer V, Çifçi S. Health literacy, health perception and related factors among different ethnic groups: a cross-sectional study in southeastern Turkey. BMC Public Health. Aralık 2021;21(1):1109.
31. Bayram T, Sakarya S. Oppression and internalized oppression as an emerging theme in accessing healthcare: findings from a qualitative study assessing first-language related barriers among the Kurds in Turkey. Int J Equity Health. 07 Ocak 2023;22(1):6.
32. Bayram T. How narration could unfold oppression: insights from the experiences of the Kurds in access to Turkish healthcare services. Int J Equity Health. 30 Mayıs 2025;24(1):156.
33. Akca D, Ozeren S, Bastug MF, Ergene A. Collective resilience in diaspora groups: a study of Kurdish youth in Canada and Sweden. Behav Sci Terror Polit Aggress. 03 Nisan 2025;17(2):185-211.
34. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020. Ankara; 2022.
35. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021. Ankara; 2023.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. Ankara; 2024.
37. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. Ankara; 2025.
38. Azınlık Okulları Türkçe ve Türkçe Kültür Dersleri Öğretmenleri Hakkında Kanun. May 20, 1955.
39. Özel Öğretim Kurumları Kanunu. Şub 8, 2007.
40. Ince Yenilmez M. LGBTQIs in Turkey: the Challenges and Resilience of This Marginalized Group. Sex Res Soc Policy. Haziran 2021;18(2):440-9.

41. ILGA Europe. Rainbow Map, Turkey [Internet]. 2025 [a.yer 03 Kasım 2025]. Erişim adresi: https://rainbowmap.ilga-europe.org/countries/turkey/
42. Balci E, Çelebi I, Çalişkan C. Stigma and health disparities in vulnerable groups: a descriptive study. Sociol Spectr. 04 Temmuz 2025;45(4):202-12.
43. Yalçınoğlu N, Önal AE. Eşcinsel ve biseksüel erkeklerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi ve sağlık üzerine etkileri/The internalized homophobia level of the homosexual and bisexual men and its effect on the health. Türkiye Halk Sağlığı Derg. 22 Ağustos 2014;12(2):100.
44. Göçmen İ, Yılmaz V. Exploring Perceived Discrimination Among LGBT Individuals in Turkey in Education, Employment, and Health Care: Results of an Online Survey. J Homosex. 03 Temmuz 2017;64(8):1052-68.
45. KAOS GL. LGBTİ+'lara İlişkin Algı Araştırması. Ankara; 2025.
46. KAOS GL. Türkiye'de Kamu Çalışanı Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Trans, İnterseks ve Artıların Durumu 2025 Yılı Araştırması. Ankara; 2025 Eki.
47. KAOS GL. Türkiye'de Özel Sektör Çalışanı Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Trans, İnterseks ve Artıların Durumu 2025 Yılı Araştırması. Ankara; 2025 Eki.
48. Yasin Y, Şapçı İB, Çebi MM. Web tabanlı bir araştırmanın düşündürdükleri üzerinden LGBTİ+ sağlığı. Türkiye Halk Sağlığı Derg. 08 Eylül 2018;16(2):106-16.
49. Ercan Sahin N, Aslan F, Emiroglu ON. Health status, health behaviours and healthcare access of lesbian, gay, bisexual and transgender populations in Turkey. Scand J Caring Sci. Mart 2020;34(1):239-46.
50. Gunbegi M, Sazak Uygul E, Turla A, Aydin B. Experiences of LGBTI+ individuals in accessing right to health; a survey study from Turkey. Afr Health Sci. 23 Aralık 2022;22(4):325-33.
51. Güzel D, Güner U, Köylü M, Dikmen K, Kemaloğlu A. Türkiye'deki LGBTİ+'ların Ruh Sağlığı Hizmetlerine Erişimi. 2023.
52. Karakaya S, Kutlu FY. LGBT individuals' opinions about their health care experiences: A qualitative research study. J Nurs Manag. Ocak 2021;29(1):24-31.
53. Keleş Ş, Kavas MV, Yalım NY. LGBT+ Individuals' Perceptions of Healthcare Services in Turkey: A Cross-sectional Qualitative Study. J Bioethical Inq. Aralık 2018;15(4):497-509.
54. Soner G, Aydin Avci İ. LGBTI + Persons' Experiences, Expectations, and Suggestions for Improving LGBTI + Healthcare Services in Turkey: A Qualitative Study. Issues Ment Health Nurs. 02 Eylül 2023;44(9):834-43.
55. Çeker G, Arda E, Çakıcı ÖU, Gül M, İbiş MA, Kutman KG, vd. Turkish physicians' approach to lesbian, gay, bisexual, transgender, and other gender and sexual minority individuals and their sexual health. Sex Med. 31 Mayıs 2025;13(3):qfaf043.
56. Ersoy G, Akrep A, Gönen AÇ, Gölge ZB. Attitudes among physicians towards transgender and gender diverse people in Turkey: Relationship with religiousness, political view and conservatism. Sociol Health Illn. Kasım 2024;46(8):1686-708.
57. Değer VB, Kaçan H. Discrimination Based on Sexual Orientation "Homophobia in Healthcare Employees": a Cross-Sectional Study. Sex Res Soc Policy. Mart 2025;22(1):318-28.
58. Bayramlar OF, Nalbant H, Kayi I, Yasin Y, Mardin D, Karabey S. Attitudes of Medical Students Toward Sexual Minorities: A Multicentric Survey from the Medical Education Without Discrimination Project. J Homosex. 12 Mayıs 2025;72(6):1174-95.
59. Aker S, Mıdık Ö, Böke Ö. The Effect of Education on Homophobia and Attitudes Toward Gay Men and Lesbian Women among Medical Faculty Students: A Turkish Sample. Teach Learn Med. 26 Mayıs 2024;36(3):358-68.
60. Betin B, Korkmaz ŞA, Güleç Öyekçin D. Attitudes Towards Homosexuality and Associated Factors Among Medical Students. Turk J Psychiatry [Internet]. 2025 [a.yer 03 Kasım 2025]; Erişim adresi: https://www.turkpsikiyatri.com/submission/MakaleKontrol?Id=VFdwak1VMXFZejA9
61. Aslan F, Şahin NE, Emiroğlu ON. Turkish nurse educators knowledge regarding LGBT health and their level of homophobia: A descriptive–cross sectional study. Nurse Educ Today. Mayıs 2019;76:216-21.
62. Kara Y. "When You Can't Hold on to Society, You Hold on to Something Else": A Mixed-Methods Study on Substance Use Among LGBTQIA+ People in Türkiye. Subst Use Misuse. 21 Ekim 2025;1-11.
63. CİSÜ. 6 İl Özelinde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) Hizmetleri Araştırma Raporu. İstanbul, Adana, İzmir, Eskişehir, Gaziantep, Trabzon. 2022.
64. Esin A, Mıhçıokur S, Demir C, Kanal G, Türmen T, Akın A. Türkiye'de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi Raporu [İnternet]. 2021 Nis [a.yer 04 Kasım 2025]. Erişim adresi: https://cisuplatform.org.tr/cisu-rapor-tasarimi-dijital-2021/
65. Turan Ş, Aksoy Poyraz C, İnce E, Sakallı Kani A, Emül HM, Duran A. Sociodemographic and Clinical Characteristics of Transsexual Individuals who Applied to a Psychiatry Clinic for Sex Reassignment Surgery. Turk Psikiyatri Derg Turk J Psychiatry. 2015;26(3):153-60.
66. UNFPA Türkiye. Türkiye'de Seks İşçilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı: İhtiyaçlar ve Öneriler. 2014.
67. Türk Ceza Kanunu. Eyl 26, 2004.
68. Genel Kadınlar ve Genelevlerin Tabi Olacakları Hükümler ve Fuhuş Yüzünden Bulaşan Zührevi Hastalıklarla Mücadele Tüzüğü. Mar 30, 1961.
69. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. Nis 24, 1930.
70. Kara Y, Kaya TB, Serpen AS. Breaking the Silence: Motivations, Struggles, and Future Hopes of Sex Workers in Türkiye. Gend Issues. Eylül 2025;42(3):18.
71. Kırmızı Şemsiye Cinsel Sağlık ve İnsan Hakları Derneği. Türkiye'de "Geçici Koruma" Altinda Suriyeliler ve Seks İşçiliği. Ankara; 2017.
72. Orbay İ, Küçükkaraca N. Anatomy of Oppression: Experiences of Female Sex Workers in Turkey. Sex Res Soc Policy [Internet]. 11 Ekim 2025 [a.yer 05 Kasım

2025]; Erişim adresi: https://link.springer.com/10.1007/s13178-025-01217-1

73. Balseven Odabasi A, Sahinoglu S, Genc Y, Bilge Y. The Experiences of Violence and Occupational Health Risks of Sex Workers Working in Brothels in Ankara. Balk Med J. 01 Haziran 2012;29(2):153-9.
74. Açıkalın N. Toplumda Fahişelik Kurumunun Vazgeçilmezliği Üzerine Mitler: Mersin Örneği. J Int Soc Res. 2008;1(4).
75. Kırmızı Şemsiye Cinsel Sağlık ve İnsan Hakları Derneği. Seks İşçilerinin Sağlık Hizmetlerine Erişiminin Önündeki Engeller: CSÜS Hizmetleri İhtiyaç Analizi Rapor Sonuçları ve Öneriler. 2022.
76. Onur Şimşek K, Özgülnar N. Evaluation of health status of transgender sex workers in Turkey: A qualitative study. Aten Primaria. Haziran 2024;56(6):102875.
77. Atuk T. "If I knew you were a travesti, I wouldn't have touched you":Iatrogenic violence and trans necropolitics in Turkey. Soc Sci Med. Mart 2024;345:116693.
78. Ören B, Zengin N, Yazıcı S, Akıncı AÇ. Attitudes, beliefs and comfort levels of midwifery students regarding sexual counselling in Turkey. Midwifery. Ocak 2018;56:152-7.
79. Kızıltaş Ö, Fidancı İ, Aksoy H, Ayhan Başer D. Health care experiences of female sex workers: a qualitative study. Fam Pract. 04 Haziran 2025;42(4):cmaf048.
80. Gazi H, Surucuoglu S, Yolasigmaz G, Sen M, Akcali S, Dinc G, vd. Prevalence of Chlamydia trachomatis/Neisseria gonorrhoeae and human papilloma virus among women-at risk in the Aegian region of Turkey, and their knowledge about HIV/AIDS. West Indian Med J. Eylül 2008;57(4):398-402.
81. Zarakolu P, Alp S, Yağci S. Frequency of curable sexually transmitted infections among registered female sex-workers in Ankara City. Mikrobiyol Bul. Ocak 2010;44(1):117-21.

Halk Sağlığı Etiği ve Sosyal Adalet: Türkiye 2020-2025

Ahmet Can Bilgin

(…) halk sağlığı uzmanları olarak tüm cevaplara sahip olduğumuz veya sosyal ve ekonomik adaleti sağlama çabalarına girmeden halk sağlığını kendi başımıza iyileştirebileceğimiz yönündeki kibirli inanca direnebiliriz[1].

Krieger, N., Birn, A. E. (1998).

1. Halk Sağlığı Etiği

Halk sağlığı etiği, halk sağlığı çalışanlarının karşılaştığı etik sorunları ele almak amacıyla halk sağlığı ilkeleri ve değerlerine dayanan etik çerçeveler sunar.[2] AIDS, tüberküloz, kuş gribi, Ebola gibi salgınlar sırasında ortaya çıkan etik sorunlarla başedebilme çabaları halk sağlığı etiğini gerektirdiği söylenebilir. Bireysel hasta-hekim ilişkisine veya araştırma etiğine odaklanan biyoetik yaklaşımların aksine, halk sağlığı, tüm nüfusun esenliğini hedefleyen kolektif bir sorumluluk anlayışını gerektirir. Birey odaklı bir etik anlayışından, toplumsal yapıları ve sistematik eşitsizlikleri sorgulayan bir sosyal adalet anlayışına geçiş, günümüzün karmaşık halk sağlığı sorunlarına yönelik etkili ve adil politikalar geliştirmek için kritik öneme sahiptir.[3]

Halk sağlığı etiği, klinik etik veya araştırma etiğinden önemli ölçüde farklıdır.[3,4] Klinik etik bir bireyin sağlığına ve çıkarlarına odaklanırken, halk sağlığı etiği bir nüfusun sağlığına ve çıkarlarına odaklanır.[2-5] Halk sağlığı riskleri bir nüfusu etkilediğinde, halk sağlığı etiği ön plana çıkar ve toplumsal yarara yüksek değer verilir.[3,4]

Klinik etikte bireye yönelik hak, yarar, özerklik gibi kavramlar öne çıkarken halk sağlığı etiğinde dayanışma, karşılıklılık, bağlılık, toplumsal adalet ve toplum/kamu yararı kavramları getirilmiştir.[2,3,6] Bu bağlamda birey, izole değil toplumla ilişki içinde, "çıkar, seçim ve arzunun atomistik taşıyıcısı değil" kişisel gelişimi diğerlerinin gelişimine bağlı olan, sorunları aynı zamanda toplumsal bir sorun olarak gören "yurttaş" olarak görülmüştür.[6]

Halk sağlığı, sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına ve nüfusun sağlığının toplumsal bir yarar olarak geliştirilmesine odaklanan temel ahlaki amaçlara sahiptir.[2,3,7]

Halk sağlığı etiği ile ilgili çalışmalar 2000'li yıllarda yoğunlaşmıştır ve bir dizi etik çerçeve ortaya çıkmıştır.[3,8-13]

2. Halk Sağlığının Ahlaki Temeli Sosyal Adalet

Sosyal adaletin halk sağlığının temeli olduğu önermesi, halk sağlığının hem modern bir hareket hem de bir meslek olarak biçimlendiği yıllarda ortaya çıkmıştır.[1] Krieger ve Birn'e göre; "Bu önerme, halk sağlığının gerçekten de kamusal bir sorun olduğunu; hastalık ve ölüm, sağlık ve esenlik, bedensel bütünlük ve parçalanma gibi toplumsal kalıpların, siyasi yapının iyi ve kötü yönlerini açıkça yansıttığını anımsatan bir savdır".[1]

Birçok yaygın sağlık sorununa, halk sağlığı, çevre, ekonomi ve sosyal politikaları yol açmaktadır. Güvencesizlik, militarizm ve savaş, iklim değişikliği, içilebilir suya ve sanitasyona erişim eksikliği, sürdürülemez tarım uygulamaları, şirket suistimalleri ve uluslararası ticaret anlaşmaları da hastalık ve ölüm oranlarına büyük ölçüde katkıda bulunmaktadır.[14]

Donohoe ve Schiff, ölümleri tıbbi nedenlerine göre değerlendirmenin yeterli olmadığını altta yatan toplumsal nedenlere eğilmek gerekliliğini vurgulamışlardır. Örneğin bir çalışmada miyokard enfarktüsü, serebrovasküler hastalık ya da akciğer kanserine atfedilen ölümlerin gerçek nedenleri incelendiğinde bunların düşük eğitim, ırk ayrımcılığı, toplumsal desteğin az

olması, yoksulluk ve eşitsizlik olabileceği belirtilmiştir. Başka bir çalışmada ise, gelir eşitsizliğinin azaltılmasının ya da daha güçlü sosyal güvenlik ağlarına sahip olmanın yılda 880 bin ölümü önleyebileceği hesaplanmıştır.[14]

Bu yaklaşımdan yola çıkan Dan E. Beauchamp 1976 yılında yazdığı "Sosyal Adalet Olarak Halk Sağlığı" adlı makalesinde sosyal adalet ile halk sağlığı ilişkisini şöyle vurgulamıştır: "Halk sağlığının gelişimini birçok güç etkilemiş olsa da önlenebilir ölüm ve sakatlıkların en aza indirilmesi gerektiği yönündeki tarihi halk sağlığı hayali, bir sosyal adalet hayalidir." Dan E. Beauchamp, "sosyal adalet olarak halk sağlığını", bireysel sorumluluğu ve kişisel çabayı ödüllendiren "piyasa adaleti" modeliyle karşılaştırır. Piyasa adaleti, sağlığı bireyin kendi çabasıyla elde ettiği bir kazanım olarak görürken, sosyal adalet, sağlığı kolektif eylemlerle korunması ve güvence altına alınması gereken temel bir insan hakkı ve kamusal bir iyi olarak tanımlar. Bu perspektif, dikkati bireylerin "hatalı" davranışlarından, bu davranışları şekillendiren sosyal ve ekonomik koşullara (örneğin, tütün endüstrisinin pazarlama taktikleri veya sağlıklı gıdaya erişimdeki engeller) kaydırır.[15]

Beauchamp'ın bu yaklaşımından yola çıkan birçok yazar sosyal adaleti halk sağlığının ahlaki temeli olarak kabul etmiştir.[1,3,5,16-18]

2.1. Sosyal Adalet İle Dağıtıcı Adalet

Sosyal adalet, halk sağlığı için yalnızca dağıtıcı adaletten daha fazlasını ifade eder. Dağıtıcı Adalet, öncelikle sınırlı ve ölçülebilir faydaların ve yüklerin bireyler arasında adil dağıtımıyla ilgilenir (örneğin, aşılar, hastane yatakları veya kamu fonlarının tahsisi).[1,3,5] Sosyal Adalet ise çok daha geniştir. Sadece kaynakların dağıtımına odaklanmak yerine, haklar, fırsatlar, güç ve öz saygı gibi sosyal mallara adil erişimle ilgilenir. Sosyal adalet, politik ve sosyal yapıların yaratıldığı ve sürdürüldüğü bağlamı araştırmayı gerektirir.[3]

2.2. Sosyal Adalet ve Sağlık Eşitsizlikleri

Sosyal adalet, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerindeki kanıtların etik çıkarımlarını anlamak için merkezi bir rol oynar. Sağlıkta eşitsizlikler, adalet açısından incelenmesi gereken kritik konulardır.[5,19,20]

- **Sosyal Belirleyiciler:** Sağlık sonuçlarının ve dağılımının temel belirleyicilerinin, insanların içinde yaşadığı, çalıştığı ve rol oynadığı **sosyal ve ekonomik koşullar** olduğu kabul edilmektedir.[5] Halk sağlığı uzmanları, yoksulluk, ayrımcılık ve şiddet gibi kök nedenleri ele almak zorundadır.[5,18,21] Sosyal adalet, belirli politik ve sosyal yapıların oluşturulduğu ve sürdürüldüğü, politika kararlarının alındığı ve uygulandığı bağlamı keşfetmeyi gerektirir.[3] Bu, toplumsal grupların (örneğin gelir, sınıf, cinsiyet, ırk, etnik köken) özel ihtiyaçlarına yanıt verilmesi anlamına gelir.[3,17]
- **Bileşik Dezavantaj (Compound Disadvantage):** Sosyal adalet, dezavantajlı grupların benzersiz ihtiyaçlarına özel ilgi göstermeyi gerektirir.[3] Dezavantajlar, gruplarda kümelenme eğilimi gösterir (bileşik dezavantaj), böylece bir tür sosyal dezavantaj yaşayan bir grubun üyeleri, düşük eğitim seviyesi, kötü konutlar, şiddete maruz kalma veya ırkçılık gibi ek dezavantajlar yaşama olasılığı daha yüksektir.[3,5,17,18] Sosyal adalet, bu sistematik dezavantaj kalıplarını düzeltmeyi amaçlar.[5,17]
- **Önceliklendirme:** Sosyal adalet, sistemik dezavantaj kalıplarını ve bunların dezavantajlı gruplar üzerindeki olumsuz sonuçlarını belgelemeyi ve düzeltmeye yardımcı olmayı halk sağlığının ahlaki görevi olarak belirler.[3,17]

3. Sosyal Adalet Temelli Halk Sağlığı Etik Çerçeveleri

3.1. Powers ve Faden'in Sosyal Adalet Modeli

Powers ve Faden, kapsamlı bir sosyal adalet teorisi sunmuşlardır. Onlara göre sosyal adalet, sadece kaynakların (örneğin, sağlık hizmetlerinin) dağıtımıyla sınırlı değildir. Asıl mesele, insanların refahını oluşturan çok boyutlu unsurlarda ortaya çıkan sistematik dezavantaj kalıplarını belirlemek ve ortadan kaldırmaktır. Bu boyutlar şunları içerir:[16]

- Sağlık
- Kişisel güvenlik
- Akıl yürütme (eğitim ve bilgiye erişim)
- Saygı
- Bağlılık (sosyal ilişkiler kurabilme)
- Özerklik (kendi hayatını şekillendirebilme)

Bu boyutların asıl kritik yönü, birbirleriyle olan nedensel etkileşimleridir. Powers ve Faden'in vurguladığı gibi, *"bir alandaki eşitsizlikler diğerlerini doğurur ve pekiştirir"*, böylece bireylerin refahı üzerinde birikimli ve kaçılması zor dezavantaj ağları oluşturur. Dolayısıyla, halk sağlığı etiği, bu iç içe geçmiş eşitsizlik ağlarını tespit etmeye ve çözmeye odaklanmalıdır.[17]

Bu çerçevede Gostin ve Powers, halk sağlığını harekete geçiren ikili bir ahlaki dürtü tanımlar:[17,18]

1. **İnsan Refahını İlerletmek:** Sağlığı iyileştirerek tüm toplumun genel refahını artırmak.

2. **Dezavantajlılara Odaklanmak:** Bu iyileştirmeyi yaparken özellikle en dezavantajlı, marjinalleştirilmiş ve incinebilir grupların gereksinimlerine öncelik vermek.

Bu ikili hedef, halk sağlığının neden sadece bir teknik disiplin değil, aynı zamanda temel bir ahlaki girişim olduğunu açıkça ortaya koyar. Sosyal adalet, bu girişimin hem başlangıç noktası hem de nihai hedefidir.

3.2. İlişkisel Etik: Karşılıklı Bağımlılığın Ahlaki Önemi

Baylis, Kenny ve Sherwin gibi feminist düşünürler tarafından geliştirilen ilişkisel etik, halk sağlığı için güçlü bir alternatif çerçeve sunmaktadır. Buna göre, halk sağlığı etiği, bireysel haklara ve özerkliğe odaklanan geleneksel biyoetik yaklaşımların aksine, ilişkisel (relational) bir yaklaşıma sahip olmalıdır. Bu yaklaşımın temelinde, bireylerin içinde yaşadıkları topluluklardan ayrı düşünülemeyeceği düşüncesi yatan "ilişkisel kişilik" kavramı bulunur. Bireyler; aile, topluluk ve toplum içindeki ilişkiler aracılığıyla var olur ve çıkarları kaçınılmaz olarak birbirine bağlıdır.[3]

Bu ilişkisel etik çerçevesi şu kavramlar üzerine kurulur:[3]

- **İlişkisel Kişilik** (Relational Personhood).
- **İlişkisel Özerklik** (Relational Autonomy).
- **Sosyal Adalet**.
- **İlişkisel Dayanışma** (Relational Solidarity).

Kutu-1'de bazı halk sağlığı etiği çerçeveleri verilmektedir:[3,8-12]

KUTU-1: KİMİ HALK SAĞLIĞI ETİĞİ ÇERÇEVELERİ

Childress ve arkadaşları (2002)[8]

1. Yarar oluşturma
2. Zararı önlemek, ortadan kaldırma ya da zarardan kaçınma
3. Zararlara karşı yararları en üst düzeye çıkarma
4. Yükleri ve yararları hakkaniyete uygun dağıtma
5. Halka özellikle de en çok etkilenenlere katılım için yeterli fırsatlar sağlama
6. Seçimlere ve özerk eylemlere saygı gösterme
7. Mahremiyetin ve özel yaşamın korunmasını sağlama
8. Sözlere ve taahhütlere uyma
9. Bilgiyi açıklama ve gerçeği söyleme
10. Güven oluşturma ve güveni koruma

Selgelid (2009)[9]

1. Halk sağlığı adına özgürlüklerin kısıtlanması sağlığın korunması ya da geliştirilmesi konusunda etkinliğin inandırıcı verilerine dayanmalıdır.
2. Özgürlükleri en az gasp eden ya da en az sınırlayan seçimler kullanılmalıdır.
3. Özgürlüğün aşırı biçimde gaspedilmesi, başarısızlığın ciddi sonuçlar doğuracağı durumlar dışında uygulanmamalıdır.
4. Bu stratejiler adil biçimde (ayrımcılık yapmadan) kullanılmalıdır.
5. Özgürlüğün gerekli bütün gaspı yükü minimalize edecek biçimde uygulanmalıdır.
6. Özgürlüğü ihlal edilen insanlar tazminat almalıdır (karşılıklılık)
7. Kısıtlamaların gerçekleştirilmesi yerleşmiş prosedüre uygun olmalıdır.
8. Demokrasi ve şeffaflık mekanizmaları, politik karar alma süreçlerine kılavuzluk etmelidir.

Upshur (2002)[10]

1. Zarar İlkesi: Başkalarına olan zararı önleme
2. En az kısıtlayıcı araçlar: Daha baskıcı yöntemler, yalnızca daha az baskıcı yöntemler etkili olmadığında kullanılmalıdır.
3. Karşılıklılık İlkesi: Gerekçeli halk sağlığı eyleminde bireyler ve toplum yükümlüdür. Dayatılan yüklerin bir karşılığı olmalıdır.
4. Şeffaflık İlkesi: Kararda tüm paydaşların katılımı

Baylis (2008)[3]

1. İlişkisel kişi (Personne relationnelle)
2. İlişkisel özerklik (Autonomie relationnelle)
3. Toplumsal adalet
4. İlişkisel dayanışma (Solidarité relationnelle)

Tannahill (2008)[11]

1. Yarar sağlamak
2. Zarar vermeme:
3. Adalet
4. Saygı
5. Autonomisation
6. Sürdürebilirlik
7. Toplumsal sorumluluk
8. Katılım
9. Açıklık
10. Hesap verebilme yükümlülüğü

Kass (2001)[12]

1. Önerilen programın HS hedefleri nelerdir?
2. Belirtilmiş hedeflere ulaşmak konusunda program ne kadar etkilidir?
3. Programın bilinen ya da olası yükleri nelerdir?
4. Yükler en aza indirilebilir mi? Diğer yaklaşımlar nelerdir?
5. Program adil biçimde uygulanıyor mu?
6. Bir programın yararları ve yükleri adil biçimde nasıl dengeli olabilir?

4. Sosyal Adalet Göstergeleri Türkiye 2020-2025

Alman Bertelsmann Vakfı'nın hazırladığı 2019 yılında AB ve OECD ülkelerinin değerlendirildiği Sosyal Adalet Endeksine göre 41 ülke içinde Türkiye 40. sırada yer almıştır. Endeks şu altı başlıkta yapılan değerlendirmelere göre hesaplanmıştır:[22]

- Yoksulluğun önlemesi
- Eğitimde fırsat eşitliği
- İstihdam piyasasına erişim
- Sosyal yaşama dahil olma ve ayrımcılığa uğramama
- Kuşaklararası adalet ve sağlık

AB ve OECD ülkelerinin ortalaması ise 6,09 iken Türkiye'nin puanı 4,86 olmuştur.

Türkiye eğitimde fırsat eşitliğinde 41. sırada yer alarak sonuncu olmuştur. Türkiye, yoksulluğun önlenmesi başlığında 31., istihdam piyasasına erişimde 37. ve sosyal hayata dâhil olma ve ayrımcılığa uğramada 39. sırada yer almıştır. Türkiye kuşaklar arası adalet alanında 41 ülke arasında 18. sağlık alanında 36. sıraya yerleşmiştir.[22]

Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) 2025'te sosyal adalet raporu yayınlamıştır. Rapor sosyal adaleti dört temel konu ve 50'ye yakın gösterge ile incelemiştir. Bu dört temel konu şunlardır:[23]

1. Temel insan hakları ve yetkinlikleri: Bunlar sosyal adaletin temelini oluşturur ve temel özgürlüklerin ve hakların sağlanmasını içerir.
2. Fırsatlara eşit erişim: Sosyal adalet, eğitim, öğretim ve çalışma hayatına katılım önündeki engellerin kaldırılmasına ve insanların insanca bir yaşam sürmelerine olanak sağlanmasına odaklanmayı gerektirir.
3. Adil dağıtım: Bu temel, özellikle en dezavantajlı kesimlere odaklanarak, ekonomik büyümenin sağladığı faydaların adil bir şekilde paylaşılmasını sağlamayı amaçlar.
4. Adil geçişler: Değişen bir dünyada sosyal adalet, büyük toplumsal değişimleri (çevresel, dijital ve demografik) adil bir şekilde yönetmek için kurumları uygulamayı, uyarlamayı ve güçlendirmeyi ve kimsenin geride kalmamasını sağlamayı içerir.

4.1. Kimi Göstergeler

Örgütlenme özgürlüğü ve toplu sözleşme haklarına uyum

Türkiye'de örgütlenme özgürlüğü ve toplu sözleşme haklarına uyum dünya ortalamasına yakın ama Kuzey, Güney ve Batı Avrupa'ya göre çok kötü durumda **Tablo 1**'de görülmektedir.[23]

İşgücüne Katılım Oranı (15 Yaş ve Üstü) ve İşsizlik Oranı

UÇÖ'nün modellemesine göre işgücüne katılım oranları her yıl yükselmesine karşın Dünya ve Avrupa ortalamasından düşüktür. İşsizlik oranı ise her yıl düşmesine karşın Dünya ve Avrupa ortalamasından yüksektir.[23] Kadınların işgücüne katılma oranı 2024'te Dünyada %49 iken Türkiye'de %36,3'tür.[24]

Çocuk İşçi

Türkiye İstatistik Kurumu'na (TÜİK) göre çocuk işçi oranı 2020 yılından 2024 yılına kadar geçen süreçte her yıl artış göstermiş (2021'de 13,7; 2021'de 14; 2022'de 16,4; 2023'de 19,6 ve 2024'de 22,3), son 10 yılın en yüksek oranına ulaşmıştır.[25]

Gelir

Avrupa Birliği İstatistik Ofisi Eurosat verilerine göre kişi başına satın alma gücü olarak ifade edilen ortalama yıllık net geliri Türkiye'de 2020'de 6620 iken 2024 yılında 9527 olmuştur. Bu Avrupa düzeyinin (21253) yaklaşık %45ine karşılık gelmektedir. Türkiye'de gelirin satın alma gücündeki dalgalanmalar yüksek enflasyon oranıyla bağlantılı görülmüş 2023 yılına (7100) göre artış neredeyse %35 olmuştur.[26]

Gelir Eşitsizliği Gini Katsayısı

Gelir eşitsizliğini gösteren Gini katsayısı Türkiye'de 2024 yılında 44,8 olarak gerçekleşmiştir. 2014-2024 verilerine göre Avrupa Birliğinde gelir eşitsizliği azalırken Türkiye'de %8,7 (2014'te 41,2; 2024'te 44,8) artmıştır. Gini katsayısı Türkiye'de 2022'de en yüksek seviyesine (45,3) ulaşmıştır (2014'e kıyasla %10,0)[26]

Yoksulluk Riski

Yoksulluk riski oranı, eşdeğer kullanılabilir geliri ulusal yoksulluk riski eşiğinin altında olan kişilerin oranını ölçer. Yoksulluk riski eşiği, ulusal medyan eşdeğer

Tablo 1. Örgütlenme özgürlüğü ve toplu sözleşme haklarına uyum*

	2020	2021	2022	2023
Dünya	4.5	4.5	4.8	4.9
Kuzey, Güney ve Batı Avrupa	0.5	0.5	0.5	0.5
Türkiye	3.7	4.5	3.9	5.0

**0: en iyi; 10: en kötü*

Tablo 2. İşgücüne katılım oranı (15 yaş ve üstü) (ILO 2025)[23]

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Dünya	59.8	60.5	60.7	61.0	61.0	60.8
Kuzey, Güney ve Batı Avrupa	57.5	57.8	58.3	58.4	58.3	58.1
Türkiye	R49.3	R51.4	R53.1	R53.3	53.7	54.1

**0: en iyi; 10: en kötü*

Tablo 3. İşsizlik oranı (15 yaş ve üstü) (ILO (2025)[23]

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Dünya	6.6	6.1	5.3	5.0	5.0	5.0
Kuzey, Güney ve Batı Avrupa	7.3	7.3	6.3	6.2	6.1	6.0
Türkiye	R13.1	R12.0	R10.5	R9.4	8.4	8.8

**0: en iyi; 10: en kötü*

kullanılabilir gelirin %60'ı olarak belirlenmiştir; bu nedenle her ülke için ayrı ayrı tanımlanmıştır. Bu oran 2024'te AB ülkelerinde %16,2 iken Türkiye'de %22.2 olmuştur.[26]

Çocuk Yoksulluğu

UNICEF'in 39 ülke arasında yapmış olduğu araştırmaya göre 2019-2021 yılları arasında çocuk yoksulluğunun en yüksek olduğu ikinci ülke %33,8 ile Türkiye'dir. Çocuk yoksulluğunun yanında EUROSTAT tarafından 2023 yılında yapılan "Yoksulluk ve Sosyal Dışlanma Altında Olan Çocukların Oranları" araştırmasında Türkiye %40.1 ile Avrupa ülkeleri arasında ilk sırayı almaktadır. Bu alanda Avrupa Birliği ortalaması %24.8'dir.[25]

Eğitim

TÜİK tarafından yayınlanan Ulusal Eğitim İstatistiklerine göre 25-34 yaş grubu nüfusta yükseköğretim mezun oranı 2020 yılında %38,8 iken, 2024 yılında bu oran %44,9 olmuştur. 2020 – 2024 yılları arasında 25 – 34 yaş grubundaki nüfusta yer alan kadınlarda yükseköğretim mezun oranı %40,2'den %48,9'a, erkeklerde ise %37,4'ten %41,1'e yükselmiştir. OECD'nin en son 2022 yılında yayımladığı verilere göre 25-34 yaş arası nüfustaki yükseköğretim mezunlarının OECD ortalaması, %47,4 iken Türkiye ortalaması, %42,9 oldu. En yüksek oran, %69,6 ile Güney Kore olurken en düşük oran ise %27,3 ile Meksika oldu.[27]

Avrupa Birliği İstatistik Ofisi Eurostat'ın yayımladığı rapora göre, Avrupa ülkeleri genel bütçelerinin ortalama %4,66'sını eğitime ayırırken, Türkiye bu alana sadece %3,38 bütçe ayırarak 30 ülke arasında sondan üçüncü sırada yer almıştır.[28]

Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği

Küresel Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksine göre Türkiye 146 ülke arasında 2020 yılında 131. Sırada iken 2024'te 127. sıraya (Avrupa'da sonuncu) yükselmiştir. 2006 yılında bu sıralamada Türkiye'nin 105. olduğu düşünülürse toplumsal cinsiyet eşitsizliğinde uçurumun giderek derinleştiği görülmektedir.[29] Bu endekse göre Türkiye eğitim alanında 90. sırada, ekonomik katılım ve fırsatlar alanında 133. sıradadır. Sağlık ve Hayatta Kalma alanında ise Türkiye 98. sırada, siyasi güçlenme 114. Sıradadır.[29]

Hukuk

Dünya Adalet Projesi (WJP) tarafından 2008'den bu yana her yıl yayınlanan "Hukukun Üstünlüğü Endeksi", belirlediği 8 ölçüte (hükümet yetkilerindeki kısıtlamalar, yolsuzluğun olmaması, açık yönetim, temel haklar, düzen ve güvenlik, düzenleyici uygulama, hukuk adaleti, ceza adaleti) göre ülkelerin hukuk durumunu incelemektedir. Bu indekse göre Türkiye 2020'de 0,43 puanla 128 ülkede 107. sırada iken 2025'te 0.41 puanla 143 ülkede 118. sırada yer almıştır.[30]

4.1. Kimi Örneklerle Türkiye'de Sosyal Adalet ve Sağlık

Türkiyede 2020-2025 döneminde yaşanan birçok olayda sosyal adalet ile sağlık ilişkisi güçlü biçimde görülmektedir: Covid 19 pandemisi, depremler, sel felaketleri, orman yangınları, Kartalkaya otel yangını, ormanların yok edilmesi ve çevre sömürüsü, asgari ücretin açlık sınırının altında kalması, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, iş cinayetleri, sağlıkta özelleştirme, yenidoğan çetesi. **Kutu 2'de** Türk Tabipleri Birliği Sosyal Adalet ve Sağlıkla İlgili Görülen Seçilmiş Basın açıklamaları 2020-2025 gösterilmiştir.[31]

KUTU-2: TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ SOSYAL ADALET VE SAĞLIKLA İLGİLİ GÖRÜLEN SEÇİLMİŞ BASIN AÇIKLAMALARI[31]

2020-2025

- Van'da yaşanan katliamın sorumluları ortaya çıkarılmalı, göçmenlerin yaşam ve sağlık hakları korunmalıdır
- Yine patlama, yine iş cinayeti, yine katliam; Sakarya Hendek'te havai fişek fabrikasında büyük patlama
- İstanbul Sözleşmesi Yaşatır! İstanbul Sözleşmesi Uygulansın!
- Eşitlik İçin Kadın Platformu'ndan İstanbul Sözleşmesi ile ilgili açıklama
- Giresun Sel Felaketi: Şehirlerimizin yıkımının ve 6 yurttaşımızın ölümünün gerçek nedeni iktidarların politik tercihleridir!
- Eşitlik İlkesi ve Cinsiyet Eşitliği Mesleğimizin Vazgeçilmezidir!
- Sağlık Hizmetleri Özel Sermayenin İnsafına Bırakılamaz
- Aile Planlaması Hizmetleri Acilen Karşılanmalıdır!
- TTB COVID-19 İzleme Kurulu 8. Ay Değerlendirme Raporu: Kısıtlamalar Sosyal Devlet İlkesiyle Yapılmalı
- Salgında Tanı Yöntemleri ve Tedaviler Piyasanın İnsafına Terk Edilemez
- Sağlık Emek-Meslek Örgütleri: Aşı Uygulaması Etik İlkeler Işığında, Adil Koşullarda, Ücretsiz Yapılmalıdır
- Genelgelerden Hastalık ve Yoksulluk Çıkıyor
- TTB Pandemi Bülteni 3 - Pandemide Ekonomi Yönetimi: Borçlandırma, Yetersiz Destek ve Derinleşen Yoksulluk
- Canlıların Yaşamları Ranta Tercih Edildiğinde, Sel Kaynaklı Ölümlerin Önlenebilmesi Mümkündür
- Sağlıksızlığa Yol Açan Yoksullukla Mücadele Etmek Suç Değildir, Önceki Dönem Başkanlarımızdan Dr. M. Selim Ölçer'in Yanındayız
- Sağlık Bakanlığı 2022 Yılı Bütçe Önerisi Yeniden Düzenlenmelidir
- Yoğun Kar ve Aşırı Soğuklardan da Dayanışma ile Korunabiliriz
- Kanserle Mücadele, Ancak Kapitalizmle Mücadele ile Başarıya Ulaşabilir
- DİSK-KESK-TMMOB-TTB: "Isparta'da Çöken Yalnız Elektrik Şebekesi Değil, İktidarın Enerji Başta Olmak Üzere Kamusal Hizmetleri Özelleştirme Politikasıdır!"
- DİSK-KESK-TMMOB-TTB Kadıköy'den Seslendi: Savaşa Hayır, Barış Hemen Şimdi!
- Dünya Su Günü'nde Bir Kez Daha Vurguluyoruz: Temiz ve Güvenli Suya Erişim Hakkı Ranta Kurban Edilemez
- Tıp ve Tıpta Uzmanlık Kadrolarında Artışlar: Hekimlikte Ucuz İşgücü
- Özel Sağlık Sermayesinin Çıkarları İçin Hekimlere Dayatılan Anayasa'ya Aykırı Çalışma Modelini Kabul Etmiyoruz!
- Kamu Çökertiliyor, Hekimler İstifa Ediyor: Tüm Toplumu Sağlığına Sahip Çıkmaya Davet Ediyoruz
- Uyardık, Tekrar Uyarıyoruz: Derelerin Sel Yatakları İvedilikle Boşaltılmalıdır! Ranta Değil, Bilime Dayalı Yapılaşma Olmalıdır!
- Bolu'da Meydana Gelen Salgın, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Bir Sonucudur
- "São Paulo Bir Başlangıçtı, Şimdi Açık Kapı Atık Politikasının Terk Edilmesi İçin Mücadele Zamanı!"
- Teşvik Sistemi ve Ek Randevu; Sağlıkta Daha Fazla Şiddet, Daha Fazla Malpraktis, Daha Niteliksiz Sağlık Hizmeti Demektir
- İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin Kabul Edilişinin 74. Yılında; Yaşamın Krizi Karşısında Ekonomik, Siyasal ve Sosyal Haklarımızı; Sağlıklı Yaşam Hakkımızı Savunuyoruz!
- İş Cinayetlerini Durdurun
- Aşı Yokluğunu Dile Getirdiği İçin İfadeye Çağrılan Meslektaşımızın Yanında Yer Aldık, İl Sağlık Müdürlüğü Önünden Bir Kez Daha Seslendik: "Gerçekleri Söylemekten Vazgeçmeyeceğiz"
- TTB İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Kolu: İşçilerin Sağlığı ve Güvenliği Ertelenemez!
- 4 Mart Dünya Obezite Günü: Obezite Bir Yoksulluk Hastalığıdır
- Çeşitli Şehirlerimizde Geçekleşen Sığınmacılara Yönelik Saldırılara İlişkin Kamuoyuna Duyuru
- TTB AHEK ve SES'in "Vergide Adalet" Eylemleri 19. Haftasında: Hükümet Vergi Ödemeyen 800 Zenginı Şimdi Hatırlarken, Çalışanlardan Yıllardır Yüksek Oranda Peşin Vergi Almayı İhmal Etmiyor!
- Ücretsiz Bir Öğün Okul Yemeği Programına Hızla Başlanmalıdır
- TTB ve İTO: "Yenidoğan Çetesi Olayı Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın İflasının Göstergesidir; Herkese Eşit, Ücretsiz, Nitelikli, Ulaşılabilir Bir Sağlık Sistemi Mümkündür!"
- TTB ve SES'ten Adıyaman'da Beş Yaş Altı Çocuklarda Beslenme ve Gıda Güvencesi Çalışması: Deprem Bölgesinde Yeterli Beslenememe Sorunu Artarak Devam Ediyor!
- TTB AHEK ve SES'in "Vergide Adalet" Eylemleri 37. Haftasında: İzmir'de Fakirlikten Can Veren Çocuklarımıza Sahip Çıkmak, Eziyet Yönetmeliğine Karşı Çıkmak, Vergide Adaleti Sağlamak İçin Süresiz Eylemdeyiz!
- 2025 Yılı "Merkezi Yönetim Bütçe Yasa Teklifi"nde Sağlık Bakanlığı'nın Payı Koruyucu Hizmetlere de Tedavi Edici Hizmetlere de Yetmeyecek
- Açlık, Yoksulluk ve Eşitsizlik Bir Halk Sağlığı Sorunudur! Bu Asgari Ücret Kabul Edilemez!
- Ülkemizde İş Cinayetleri Artık Son Bulsun

- TTB ve İTO'dan Yenidoğanları Öldüren Çetenin Yargılandığı Dava Öncesi Açıklama: Anlatılan "Sağlıkta Dönüşüm"ün Hikâyesidir! Oysa "Başka Bir Sağlık Sistemi, Başka Bir Hekimlik Ortamı" Mümkün!
- Açlık ve Yoksulluk Bir Halk Sağlığı Sorunudur! Temel Ücretlerin Açlık Sınırı ile Eşitlenmesi Sağlıklı Yaşama Hakkının Yok Sayılmasıdır!
- Beyaz Yürüyüş İkinci Gününde Gebze ve İzmit'teydi: "Eşit, Parasız, Nitelikli, Ulaşılabilir, Koruyucu Hekimliğin Güçlendirildiği Bir Sağlık Sistemi Şart!"
- Bilimin Işığı ile Oluşturulmuş Olan Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Kavramları Tartışılamaz!
- Hekim Kamuoyuna Duyuru: Sağlık Kamusal Bir Hizmettir, Sağlığa İlişkin Düzenlemeleri Yapma Yetkisi Şirketlere Devredilemez!
- Türkiye'nin Farklı Noktalarında Yaşanan Orman Yangınlarının Nedeni İhmaller ve Ekolojiden Yana Olmayan Politik Tercihlerdir: Yeni Yangınların Önüne Geçilmesi İçin Derhal Önlemler Alınmalıdır
- Sıcak Havalarda Çalışan Emekçilerin Sağlığı İçin Hangi Önlemler Alınmalıdır?
- TTB-SES Şubat 2023 Depremleri 30. Ay Raporu Paylaşıldı: "Deprem Bölgesinde Yaşanan Faili Belli Bir Sosyal Cinayettir"

Türkiyede 2020-2025 dönemine ilişkin sosyal adalet ve sağlık ilişkisi kimi örneklerle aşağıda kısaca yansıtılmıştır:

COVID 19 Pandemisi

DSÖ Genel Direktörü Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, 12 Ekim 2020 tarihinde yaptığı konuşmada "COVID-19, dünyamızdaki çatlakları ve eşitsizlikleri büyüteç altına aldı. Virüs, yoksul ve savunmasız insanları orantısız bir şekilde etkiliyor" demiştir.[32] Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER), Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Pandeminin Birinci Yılı adlı raporunda pandeminin etkisinin düşük gelirliler, göçmenler, yaşlılar, kadınlar, gençler ve engelliler gibi gruplarda daha fazla olduğunu, giderek sosyal hastalığa dönüştüğünü belirtmiştir.[33] İşsizliğin artması, istihdam olanaklarının azalması bireylerin yaşamını olumsuz etkilemiştir. Geçici günlük işlerle yaşamını sürdürenler geçinme sorunuyla karşı karşıya kalırken, evde kalamayan mavi yakalılar hastalığa daha fazla yakalanmışlardır. Uzaktan eğitim programlarında bilgisayar, tablet vb. araçları olmayan öğrenciler eşitsizlikten paylarını almışlardır. Ön hatta çalışanlar, özellikle sağlık çalışanları daha fazla hastalığa yakalanmışlardır. Kadınların iş yükü artmış, ev içi sorumlulukları yoğunlaşmış ve sağlık hizmetlerine erişimleri kısıtlanmıştır. Aynı zamanda kadına yönelik şiddet ve çocuk istismarının artığı bildirilmiştir.[32-34]

6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremi

6 Şubat depremi, çarpık kentleşmenin, denetimsizliğin, ranta teslim olmanın sonucu toplumsal bir felakete dönüşmüştür.

Deprem öncesi dezavantajlı olan gruplar deprem sırasında ve deprem sonrasında daha çok yıkıma uğramışlardır. Yoksulluk, kötü barınma koşulları, kalabalık nüfus deprem sonrası yaşamı daha da güçleştirmiştir. Göçmenler ve sığınmacılar ayrımcılığa uğramışlardır.[35] Deprem, toplumsal cinsiyet eşitsizliğini derinleştirirken kadınlar artan bakım yükü, şiddet, taciz ve istismar gibi sorunlarla daha fazla karşılaşmışlardır.[36]

Türk Tabipleri Birliği Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası. Şubat 2023 Depremleri 2. Yıl Değerlendirme Raporunda "sosyal cinayetlerin" (hava kirliliği cinayetleri, işçi cinayetleri, trafik cinayetleri) Türkiye geneline göre daha çok yaşandığı belirtilmiştir. Adıyaman ilinde 2020 yılında bir milyon araç başına ölü sayısı 244 iken, 2023 yılında 496'ya; Hatay ilinde 2020 yılında bir milyon araç başına ölü sayısı 177 iken, 2023 yılında 297'ye yükselmiştir. TTB- SES Deprem Bölgesindeki Beş Yaş Altı Çocukların Beslenme Durumları Örneği çalışmasına göre Adıyaman'da gıdaya erişimin güçlükleri ve ücretsiz okul öğünlerinin kaldırılması kaldırarak çocukların sağlıklı büyümesini engellediğini, ailelerin %44,3'ünün düzenli gıdaya erişime sahip olmadığını ortaya koymuştur.[36]

Yenidoğan Çetesi

Halk sağlığı etiğinin temelinin sosyal adalet olduğu düşüncesine iyi bir örnek 2024 yılında yaşanan *"yenidoğan çetesi"* olayıdır. İstanbul'da içinde sağlık çalışanlarının da bulunduğu bir çetenin ailelerden ve Sosyal Güvenlik Kurumundan haksız kazanç elde etmek için tıbbi gereklilik olmamasına karşın çok sayıda yenidoğanı özel hastanelere yönlendirdiği, yenidoğan ve bebeklerin bir kısmının yoğun bakım izlemleri sırasında yaşamlarını yitirdiği ortaya çıkmıştır.

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi konu ile ilgili basın açıklamasında şunları belirtmiştir:[37]

> *(…) bu olayın, yıllardır kamuoyunu ve yetkilileri uyardığımız bir gerçeği, Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda uygulanan politikaların halkın yararına olmadığı ve sağlık sisteminde yıkıcı sonuçları olduğu gerçeğini inkar edilemeyecek şekilde ortaya koymuş olmasıdır. Sağlık hizmetini sıradanlaştıran, niteliğe değil niceliğe önem veren, hastaneleri ticarethane ve hastaları müşteri haline getiren, sağlığı piyasa kurallarına teslim eden*

Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık sistemimizi çürütmüştür.

Halkın eşit, ulaşılabilir, ücretsiz ve nitelikli sağlık hizmeti alabilmesi için koruyucu hekimlik ve birinci basamağın güçlendirildiği, sağlık çalışanlarının iyi koşullarda güvenli ve güvenceli çalışabildiği, verilen hizmetin sayısının değil niteliğinin ve topluma katkısının değerlendirildiği bir sağlık sistemi hayata geçirilmelidir. Ülkemizin maddi ve insan kaynakları bunu yapmaya yeterlidir.

İzmir'de Yoksulluktan Yanarak Ölen Çocuklar

İzmir'de 2024 yılında bir ile beş yaşları arasındaki beş kardeş çocuğun kaldıkları barakadaki elektrik sobasının devrilmesi sonucu çıkan yangında yaşamlarını yitirmiştir. Çocukların annesi gıda bulmak amacıyla hurda satmak için çocukları yalnız bırakmıştır. Çocukların ölümlerinin nedeninin derin yoksulluk olduğu açıktır. TTB yaptığı basın açıklamasında, sosyal yardımlarla yaşamlarını sürdürmeye çalışanların sayısı 17 milyonu, sosyal yardıma muhtaç hane sayısı 4,2 milyonu geçtiğini ve yoksulluğun bir halk sağlığı sorunu olduğunu belirtmiştir.[38]

Çocuk İşçi Ölümleri

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi Şubat 2025'te yayınladığı Çocuk İş Cinayetleri Raporunda,

Türkiye'de başta en kötü biçimleri olmak üzere çocuk işçiliğinin önlenmesi temel hedefiyle 2017-2023 yılları arasında "Çocuk İşçiliğiyle Mücadele Ulusal Programı (2017-2023)"nın uygulamaya konulmasına karşın çocuk işçiliğinin devlet eliyle teşvik edildiği, bu durumun kitleselleştirildiği, çocuk işçi sayıları ve çocuk işçi ölümleri ile ilgili kayıtların tutulmadığı belirtilmiştir. Bu rapora göre son 12 yılda en az 742 çocuk iş cinayeti yaşanmıştır ve 2024 yılında bugüne kadar kaydedilen en yüksek çocuk işçi ölümü meydana gelmiş, 71 çocuk yaşamını yitirmiştir.[39]

5. Sonuç

"Tıp gerçekten büyük görevini yerine getirecekse, siyasi ve sosyal hayata müdahale etmelidir."

Rudolph Virchow[14]

"Tüm eşitsizlik biçimleri arasında sağlık hizmetlerindeki adaletsizlik en şok edici ve insanlık dışı olanıdır."

Martin Luther King Jr.[21]

Rudolf Virchow, Prusya'nın Yukarı Silezya eyaletinde 1848 yılında yaşanan tifüs salgını üzerine yazdığı raporda, salgının temel nedeninin toplumsal koşullar olduğunu belirtmiş ve çözüm olarak geniş kapsamlı bir toplumsal reform gündemi önermiştir.

Virchow'un önerdiği reformlar özetle şunlardır:

- Evrensel Eğitim (Universal Education).
- Demokrasi (Democracy).
- Vergi Reformu (Tax Reform).
- Tarımsal/Endüstriyel Kalkınma (Agricultural/Industrial Development).

Virchow, salgının ve benzeri salgınların önlenmesi için çözümün teorik olarak oldukça basit olduğunu belirtmiştir[5]: **"Eğitim, ve onun kızları, özgürlük ve refah"**.

Sosyal adaletin halk sağlığının ahlaki temeli olduğu kabul edilmektedir. İlk halk sağlığı yasasının yürürlüğe girmesinin 150. Yılı için yazılarında Krieger ve Birn bu ilişkiyi şöyle vurgulamışlardır:[1]

Sosyal adaletin halk sağlığının temeli olduğunu ilan etmek, çoğumuzun ilk etapta halk sağlığı alanına girmesine yol açan o yenilmez insan ruhunu çağırmak ve beslemek demektir: dünyayı daha iyi bir yer, sefalet, adaletsizlik ve önlenebilir acılardan arınmış, hepimizin onurumuzu koruyarak yaşayabileceğimiz, sevebileceğimiz, çalışabileceğimiz, eğlenebileceğimiz, hastalanabileceğimiz ve ölebileceğimiz bir dünya yaratma konusunda güçlü bir arzuya sahip bir ruh.

KAYNAKLAR

1. Krieger, N., Birn, A. E. (1998). A vision of social justice as the foundation of public health: commemorating 150 years of the spirit of 1848. American journal of public health, 88(11), 1603-1606.
2. MacDonald, M. Exploring Public Health Ethics: Social Justice, Solidarity, and the Common Good1. *toward a moral horizon*, 131-184. İçinde: Starzomski, Rosalie, Janet L. Storch, and Patricia Rodney. *Toward a moral horizon: Nursing ethics for leadership and practice*. 2023. 3. Baskı
3. Baylis, F., Kenny, N. P., Sherwin, S. (2008). A relational account of public health ethics. *Public health ethics*, *1*(3), 196-209.
4. Lolas, F. (2003). Public health and social justice. Toward ethical sustainability in healthcare and research. *Acta Bioethica*, *9*(2), 189-194.
5. Goldberg, D. S. (2017). *Public health ethics and the social determinants of health*. Springer
6. Jennings B (2016). Halk Sağlığı ve yurttaş temelli cumhuriyetçilik: halk sağlığı etiği için alternatif bir çerçeveye doğru. ın: Dawson A, verweij M, eds. Bulut A, Bilgin AC, Çokar M, Yardım M, çeviri editörleri. Etik, Önleme ve Halk Sağlığı. HASUDER Yayınları; s.32-62.
7. Buchanan, D. R. (2008). Autonomy, paternalism, and justice: ethical priorities in public health. *American journal of public health*, *98*(1), 15-21.

8. Childress, J. F., Faden, R. R., Gaare, R. D., Gostin, L. O., Kahn, J., Bonnie, R. J., ... & Nieburg, P. (2002). Public health ethics: mapping the terrain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, *30*(2), 170-178.
9. Selgelid, M. J. (2009). A moderate pluralist approach to public health policy and ethics. *Public Health Ethics*, *2*(2), 195-205.
10. Upshur, R. E. (2002). Principles for the justification of public health intervention. *Canadian journal of public health*, *93*(2), 101-103..
11. Tannahill, A. (2008). Beyond evidence—to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. Health promotion international, 23(4), 380-390.
12. Kass, N. E. (2001). An ethics framework for public health. American journal of public health, 91(11), 1776-1782.
13. Public Health Leadership Society (2002). Principles of the ethical practice of public health. Version 2.2.
14. Donohoe, M., & Schiff, G. (2014). A call to service: social justice is a public health issue. AMA Journal of Ethics, 16(9), 699-707.
15. Beauchamp, D. E. (1976). Public health as social justice. *Inquiry*, *13*(1), 3-14.
16. Powers, M., & Faden, R. R. (2006). *Social justice: The moral foundations of public health and health policy*. Oxford University Press, USA.
17. Faden, R. R., & Powers, M. (2008). Health inequities and social justice: the moral foundations of public health. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, *51*(2), 151-157.
18. GostinLO, P. (2006). What does social justice require forthe publics health. *Public Health Ethics and Policy Imperatives. HealthAff (Millwood)*, *25*(4), 1053-1060.
19. Goldberg, D. S. (2012). Social justice, health inequalities and methodological individualism in US health promotion. Public Health Ethics, 5(2), 104-115.
20. Ruger, J. P. (2004). Ethics of the social determinants of health. *The Lancet*, *364*(9439), 1092-1097.
21. Kapadia, F. (2024). Social Justice and Public Health: A Public Health of Consequence, April 2024. American journal of public health, 114(4), 364-365.
22. Euronews. Sosyal Adalet Endeksi: Türkiye; AB ve OECD ülkeleri arasında sondan 2. sırada. Yayınlanma Tarihi 17/11/2021 https://tr.euronews.com/2021/11/17/sosyal-adalet-endeksi-turkiye-ab-ve-oecd-ulkeleri-aras-nda-sondan-2-s-rada (Erişim Tarihi: 30.11.2025)
23. ILO (2025). ILO Flagship Report The State of Social Justice 2025 23 September 2025 https://www.ilo.org/research-and-publications/state-social-justice-2025 (Erişim Tarihi: 30.11.2025)
24. WORLD BANK https://genderdata.worldbank.org/en/indicator/sl-tlf-acti-zs?view=bar&gender=female (Erişim Tarihi: 30.11.2025)
25. Eğitim-İş (2025).Türkiye'de Artan Çocuk İşçilik Rapor 2025 https://www.egitimis.org.tr/assets/files/basin-yayin/6807982aaf56b.pdf (Erişim Tarihi: 30.11.2025)
26. Eurostat 2025. Living conditions in enlargement countries https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Living_conditions_in_enlargement_countries (Erişim Tarihi: 30.11.2025)
27. TÜİK (2025). TÜİK Ulusal Eğitim İstatistikleri, 2024 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Ulusal-E%C4%9Fitim-%C4%B0statistikleri-2024-53937&dil=1 (Erişim Tarihi: 30.11.2025)
28. Evrensel 30.11.2025 Türkiye'nin eğitim bütçesi Avrupa'nın gerisinde https://www.evrensel.net/haber/570324/turkiyenin-egitim-butcesi-avrupanin-gerisinde (Erişim Tarihi: 30.11.2025)
29. Kusum Kali P, Kim P, Saadi Zahidi, Silja B. World Economic Forum Global Gender Gap Report 2024 https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2024.pdf (Erişim Tarihi: 30.11.2025)
30. World Justice Project 2025. WJP Rule of Law Index. https://worldjusticeproject.org/rule-of-law-index/country/2025/T%C3%BCrkiye/ (Erişim Tarihi: 30.11.2025)
31. TTB Basın Açıklamaları https://www.ttb.org.tr/haber_kategori_liste.php?Guid=c82d949f-76b6-11e7-9986-54b29146220c
32. Özmen, Z. (2024). Amartya Sen'in Kapasite Yaklaşımı Perspektifinde Covid-19 ve Sosyal Adalet: Türkiye'de Kadınların Deneyimleri. Medeniyet ve Toplum Dergisi, 8(Kadın Özel Sayısı), Sayfa 171-187
33. HASUDER (2021). HASUDER: Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Pandeminin Birinci Yılı (11 Mart 2021) https://istabip.org.tr/6586-hasuder-halk-sagligi-bakis-acisiyla-pandeminin-birinci-yili-11-mart-2021.html (Erişim Tarihi: 30.11.2025)
34. Yüksel, M., & Obuz, A. (2025). Covid-19 pandemisi ve toplumsal eşitsizliklerin yeniden üretimi: sosyolojik bir inceleme. Dicle Akademi Dergisi, 5(2), 200-221.
35. Danış, D. (2024). Şubat 2023 Depremleri sonrası toplumsal eşitsizlikler ve göç örüntüleri. REFLEKTİF Sosyal Bilimler Dergisi, 5(2), 517-534.
36. Türk Tabipleri Birliği Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası. Şubat 2023 Depremleri 2. Yıl Değerlendirme Raporu https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/subat-2023-depremleri-2-yil-degerlendirme-raporu.pdf
37. TTB (2024). Yenidoğan Çetesi Olayı, Sağlıkta Piyasacı Dönüşümün Vahim Sonuçlarından Biridir; Çözüm ise Kamucu, Eşit, Ulaşılabilir, Ücretsiz, Nitelikli Bir Sağlık Sistemindedir. Basın açıklaması 18.10.2024 https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=2c1d50a6-8d41-11ef-b085-bc31c02fa8be (Erişim Tarihi: 30.11.2025)
38. TTB (2024). Çocuklarımızı Öldüren Yoksulluk Bir Halk Sağlığı Sorunudur https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=77b246ae-a1c1-11ef-87e0-6a7f3cb0bc9e (Erişim Tarihi: 30.11.2025)
39. İSİG MECLİSİ (2025). 2025 yılını 'Çocuk İşçiliği İle Mücadele Yılı' haline getirmeliyiz… Son on iki yılda en az 742, AKP'li yıllarda en az 978 çocuk çalışırken hayatını kaybetti. https://www.isigmeclisi.org/21190-2025-yilini-cocuk-isciligi-ile-mucadele-yili-haline-getirmeliy (Erişim Tarihi: 02.12.2025)

Türkiye'de Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Alanında Geleceğe Dönük Değerlendirme

İlker Kayı

1. Giriş: Krizden Yapısal Dönüşüme

2020-2025 dönemi, Türkiye halk sağlığı tarihinde muhtemelen bir çoklu kriz dönemi olarak kayda geçecektir. Bu dönem tek bir olayla değil ama en çok da COVID-19 pandemisi, yüksek enflasyonla karakterize edilen uzun süreli ekonomik daralma ile derinleşen yoksulluk ve 11 ili birden etkileyen 6 Şubat 2023 tarihli yıkıcı Kahramanmaraş depremlerinin bütünleşik etkileriyle tanımlanmıştır. Bunun dışında saymakla bitmeyecek birçok olay (orman yangınları ve mücadele edilme biçimleri, durdurulamayan kadın cinayetleri, İzmir'de yanarak ölen çocuklar, artan çocuk işçiliği, yenidoğan çetesinin ortaya koyduğu gibi sağlık sistemi ile tarım, yargı ve demokrasinin krizleri gibi olgular) kriz sayısını çoğaltmaktadır. Akkan, Dedeoğlu ve Semerci'nin vurguladığı gibi, örtüşen bütün bu krizler, servet ve refah eşitsizliklerinin derinleşmesine yol açarak mevcut destek ağlarını yetersiz kılmış ve bir yeni toplumsal sözleşme arayışını zorunlu hale getirmiştir.[1]

Bu olaylar kökenleri itibariyle farklı olsa da etkileri bakımından ortak bir özellik göstermiştir: Nüfusu eşit şekilde etkilememişlerdir. Aksine, Türkiye'nin mevcut toplumsal hiyerarşisinin fay hatlarını izleyerek merkez ile çevre, zengin ile güvencesiz ve kapsanan ile dışlanan arasındaki uçurumu derinleştirmişlerdir. Bu bölümde yer alan analizlerin belgelediği üzere, Türkiye'de sağlığın sosyal belirleyicileri (SSB) artık sadece yönetilmesi gereken risk faktörleri olarak değil, yaşam ve ölümün temel itici güçleri olarak görülmelidir. Etiler, 0,44 seviyelerinde seyreden Gini katsayısı ile Türkiye'deki gelir eşitsizliğinin, alt gelir gruplarını ekonomik şoklara karşı savunmasız bıraktığını ve enflasyonun kendisini doğrudan yetersiz beslenme ve ruh sağlığı krizlerine dönüştürdüğünü belirtmektedir. Benzer şekilde Türkkan, 2023 depremlerindeki yıkımın sadece jeolojik bir kaçınılmazlık olmadığını; on yıllardır süren eşitsiz kent planlaması ve neoliberal ihmalin, ölüm risklerini en savunmasız bölgelerde yoğunlaştırdığı bir mekânsal adalet başarısızlığı olduğunu ortaya koymaktadır.

Ancak bu eşitsizlikleri betimlemek artık yeterli değildir. Türkiye'de halk sağlığı araştırmalarının önümüzdeki on yıldaki asıl zorluğu, yoksulların daha erken öldüğünü *kaydetmenin* ötesine geçip, bunu *açıklamak* ve *dönüştürmektir*. Başka bir ifadeyle sosyal koşulların biyolojik olarak patolojiye nasıl dönüştüğünü araştırmaya çalışmalı ve bunları ortaya çıkarmada gerekli yöntemleri uygulamak için araştırma kapasitemizi de artırmalıyız. Turunç ve Karabey'in detaylandırdığı üzere, Roman veya Kürt topluluklarının yaşadığı sosyal dışlanma nasıl kronik hastalığa evrilmektedir?

Bu sorulara yanıt vermek ve geleceğe yönelik bir rota çizmek için bu bölüm, Türkiye bağlamında yeterince kullanılmayan iki teorik çerçevenin entegre edilmesini önermektedir: Nancy Krieger'in Ekososyal Teorisi ve Amartya Sen'in Yapabilirlik Yaklaşımı (Capability Approach). Etiler'in makalesi Dünya Sağlık Örgütü tarafından çizilen sağlığın sosyal belirleyicileri çerçevesinde yararlanılan üç teoriden ikisini haklı çıkaracak şekilde eşitsizlikleri incelemiştir. Bunlardan ilki sağlığın politik ekonomisi olup materyal ve neo-materyal (eğitim ve sağlık hizmetleri gibi) kaynakların dağılımındaki eşitsizlikleri dile getirir iken, ikincisi algılanan sosyal konum üzerinden tetiklenen psikososyal stresi mekanizmalarını ve toplumdaki kanıtlarını ortaya koyan göreli eşitsizlikler modelidir.[2] Raporun çerçevesini şekillendirmede kullandığı üçüncü teori ise Krieger'in bedenselleşme (embodiment) kavramıdır. Gıda fiyatlarından binaların güvenliğine kadar politik ekonominin ve hissedilen

ayrımcılık gibi göreli yoksunlukların insanların bedenlerine, kelimenin tam anlamıyla ciltlerinden biyolojik yolaklarına nasıl nüfuz ettiğini ve yaşam seyri boyunca fizyolojilerini nasıl değiştirdiğini açıklama amacındadır.[3] Eş zamanlı olarak Amartya Sen'in yapabilirlikler çerçevesi, sağlığı sadece hastane erişimiyle değil, bireylerin yaşamlarına değer verme ve sürdürme konusundaki yapabilirlikleri veya sahip oldukları gerçek özgürlükler ile değerlendirmemizi gerektirir.[4] Bu teorik merceklerden bakıldığında, Bilgin tarafından tartışılan Yenidoğan Çetesi Skandalı, sadece adli bir vaka olarak değerlendirilemez. Bu, sistemik bir iflas, bir çöküştür. Yıllardır dile getirilen piyasa odaklı sağlık hizmetinin yozlaşmasının en somut örneğidir. Bilgin'in de tartıştığı gibi, piyasa güdülerinin insan yaşamının önüne geçtiği, sağlığın ahlaki ve sosyal bağlamından koparıldığında neler olabileceğinin acı bir uyarısıdır. Ekososyal perspektiften bakıldığında yenidoğanlar üzerinden para kazanma hırsının bebeklerin bedenlerinde ölümcül olabilen ve kim bilir ne zaman anne babalarının bedenlerinde ya da zihinlerinde ortaya çıkmış veya çıkabilecek sağlık sorunlarıyla yıkıcı çıktılara dönüştüğünü söyleyebiliriz. Yapabilirlikler perspektifinden bakıldığında ise en incinebilir koşullara sahip yenidoğanların yaşama hakkı ve ailelerin bilgilenme ve seçim yapabilme hakkı gibi en temel yapabilirliklerini kâr güdüsüyle gasp edip Sen'in özgürlük yoksunluğu olarak adlandırdığı durum ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, Bilgin'in de yazısında haklı olarak savunduğu şey Türkiye'de sağlığın geleceğinin yapısal bir dönüşüme bağlı olduğudur: Piyasa adaleti paradigmasından, sağlık hakkının temel bir insan hakkı olarak takip edildiği sosyal adalet paradigmasına geçiş şarttır.

2. Yeni Bir Araştırma Dönemi İçin Teorik Çerçeveler

2.1. Adaletsizliğin Bedenselleşmesi: Nancy Krieger'in Ekososyal Teorisi

Türkiye'de belgelenen sağlık eşitsizliklerini derinlemesine anlamak için sosyal değişkenleri sağlık çıktılarıyla ilişkilendirmenin ötesine geçmeliyiz. Sosyal dünyanın insan bedenine fiziksel olarak nasıl girdiğini ve biyolojisini nasıl değiştirdiğini açıklayan teorik bir merceğe ihtiyacımız var. Nancy Krieger'in Ekososyal Teorisi, temel kavramı olan bedenselleşme (embodiment) aracılığıyla bu çerçeveyi sunar. Bedenselleşme, insan bedenlerinin bir boşlukta var olmadığını; içinde yaşadıkları maddi ve sosyal dünyayı anne karnından mezara kadar biyolojik olarak bünyelerine kattıklarını ileri sürer.[3]

Krieger'in teorisi, sosyal eşitsizliğin biyolojik gerçekliğe dönüştüğü özgün yollakları tanımlamayı hedefler. Türkkan'ın kaleme aldığı bölümde görüleceği üzere, Türkiye'de mekânsal adaletsizlik birincil olabilecek bir bedenselleşme yolağı olarak tanımlanır. Sağlık kaynaklarının eşitsiz dağılımı ve kentsel alanların neoliberal dönüşümü sadece lojistik sorunlar değil, vatandaşların bedenlerinde taşımak zorunda kaldıkları fiziksel tehlikelerdir. 2023 depremleri sırasındaki bina çöküşleri, sadece jeolojik bir olay değil, rant odaklı kent planlamasının bedenselleşmesidir. Hayatta kalanlar için yerinden edilme travması, önümüzdeki on yıllarda kronik stres bozuklukları olarak ortaya çıkması muhtemel biyolojik bir hasardır. Çevre ve biyoloji arasındaki bu bağlantı, depremden etkilenen bölgelerde görülen uyuz salgınıyla da kanıtlanmıştır; hekimler bu durumu çadır kentlerdeki aşırı kalabalık, temiz içme ve kullanma suyu ile atık toplama hizmetlerine erişimindeki eksikliğe bağlamaktadır ki bu da altyapısal çöküşün doğrudan bir bedenselleşmesidir.[5]

Ekososyal teori, yaşam boyunca maruziyet, duyarlılık ve direncin birikimli etkileşimini, yani nasıl içselleştiğini vurgular. Etiler'in gelir eşitsizliği analizi bunu başarılı bir şekilde göstermektedir: Türkiye'de yoksulluk, doğumdan önce başlayan kümülatif bir süreçtir. Ergin, eğitim durumunun nesiller arası aktarımını vurgulayarak bu konuyu genişletir; bu durum, sosyal dezavantajın genetik yoluyla değil, yoksunluğun kümülatif bedenselleşmesi yoluyla miras kaldığına dair bir işaret olarak da okunabilir. Buna bir de Türkkan'ın vurguladığı gibi mekânsal adaletsizlik eklendiğinde, ortaya çıkan tahribat, sadece olayın yaşandığı anla sınırlı kalmayıp, genetik ifadenin değişmesiyle birlikte nesiller boyu süren bir "biyolojik mirasa" dönüşmektedir. Harvad Üniversitesi'nde çocuk psikiyatristi olup translasyonel tıp araştırmalarıyla tanınan Jannina Galler tarafından gerçekleştirilen çalışmalardan biri olan ve 47 yılı kapsayan Barbados Beslenme Çalışması, bu durumun en somut kanıtını sunmaktadır. Çalışma, bir yaşından önce yetersiz beslenme sorunu olan çocukların, 12 yaşına kadar süren kapsamlı sağlığı geliştirme ve sağlıklı beslenme müdahaleleriyle fiziksel olarak tamamen iyileşseler dahi, yetişkinlikte dikkat eksikliği ve bilişsel faaliyetlerde zayıflık gibi kalıcı problemler yaşadıklarını dile getirmiştir.[6]

Çalışmada elde edilen en önemli bulgu ise bu bireylerin çocuklarında, yani ikinci nesilde ortaya çıkmıştır. Ebeveynlerinin aksine hiç yetersiz beslenme sorunu yaşamamış olsalar da ikinci nesil çocuklarda da tıpkı ebeveynleri gibi dikkat eksikliği ve bilişsel işlev bozuklukları olduğu gözlemlenmiştir. Araştırmacılar, bu durumu DNA metilasyonu gibi epigenetik mekanizmalarla ilişkilendirmiş ve yaşamın erken evrelerinde maruz kalınan yaşam olaylarının gen ifadesini değiştirerek biyolojik bir etki biçiminde bir sonraki kuşağa aktarıldığını kanıtla-

mıştır[6]. Dolayısıyla bu bölümde dile getirildiği üzere gelir, eğitim ve mekânsal adaletsizlik, yarattıkları stres ve yoksunluk matriksiyle, yoksulluğu sadece sosyolojik ve ekonomik bir olgu olmaktan çıkarıp, kuşaklararası aktarılan nörogelişimsel bir kadere dönüştürmektedir.

Ekososyal teorinin belki de en değerli yanlarından biri hesap verebilirlik ve öznelik üzerine odaklanmasıdır. Böylece insanların bedenlerinde taşıdığı koşullardan kimin sorumlu olduğunu sorar ve sağlık sonuçları için bireyleri suçlayan yaşam tarzı söylemini karşısına alır. Salman ve Meseri, yetersiz beslenmeyi yanlış kişisel tercihlerin sonucundaki bir başarısızlık olarak değil, ihracata dayalı tarım politikasından Beslenme Dostu Okullar Programı'nın kaldırılmasına kadar gıda sisteminin başarısızlığı olarak yeniden çerçevelendirir. Benzer şekilde Turunç ve Karabey, marjinal gruplara yönelik devletin doğrudan kendisinin uyguladığı veya belli şekillerde görmezden geldiği ayrımcılığın sağlık için yapısal bir engel teşkil ettiğini ifade eder. Gelecekteki araştırmalar bu çerçeveyi benimseyerek, eşitsizliklerin var olduğunu betimlemekten, insanların bedenlerine nasıl nüfuz ettiğini açıklamaya yönelebilir ve böylece davranışsal müdahaleler yanında bunları da şekillendiren yapısal müdahaleleri de gündeme getirebilir.

2.2. Özgürlük Olarak Sağlık: Amartya Sen'in Yapabilirlik Yaklaşımı

Ekososyal teori, sosyal koşulların bedenselleştirilmesinin mekanizmalarını anlamamıza yarayacak bir çerçeve sunarken, Amartya Sen'in Yapabilirlikler Yaklaşımı, eşitsizliklerin neden adil olmadığını anlamlandırmak için normatif bir çerçeve sunar. Sen, sadece kaynak dağılımına değil, işlevlere (bir kişinin fiilen ne yapabildiği ve ne olabildiği) ve yapabilirliklere (kişinin bu işlevleri elde etmek için sahip olduğu gerçek özgürlüklere) odaklanmamız gerektiğini savunur.[4,7]

Böyle bir merceği Ergin'in bulgularına uygularsak, eğitimin sadece ekonomik üretkenlik için bir insani sermaye olmadığını, aynı zamanda insanın özneliğini (agency) genişleten temel bir yapabilirlik olduğu yorumu yapılabilir. Türkiye'deki eğitim gradyanı, karmaşık sağlık sistemlerinde yolunu bulabilme ve daha iyi hizmet talebinde bulunabilme özgürlüğümüze dair bir eşitsizliği temsil eder. Eğitimden yoksun kalan bir anne söz konusu olduğunda, çocuğunun sağlığını koruma özgürlüğü yapısal olarak kısıtlandığı için bir yapabilirlik yoksunluğu yaşar.

Yapabilirlikler çerçevesinin temel içgörüsü, bireylerin sahip oldukları becerilerdeki farklılıklar kaynakları refaha dönüştürmede de farklılık yaratır. Turunç ve Karabey'in vurguladıkları sosyal dışlanma değerlendirmesi, ayrımcılığın olumsuz bir dönüştürme faktörü olarak ortaya konmasına yol açar. Ayrımcılık nedeniyle Roman veya LGBT+ bireyler veya göçmenler için bir hastanenin varlığı (=kaynak) ne yazık ki sağlığa (=işlev) dönüşemez. Türkiye'deki Suriyeli kadınlar hakkında gerçekleştirilen araştırmalar giderek bu konuya vurgu yapmaktadır: Göçmen Sağlığı Merkezleri'nin kurulmuş ve işlevsel olmasına rağmen, yapısal ve kültürel engeller cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimin önünde engel teşkil etmeye devam etmekte ve üreme haklarından yararlanma noktasında göçmenlerin yapabilirliklerini güçlü bir biçimde kısıtlamaktadır.[8]

Son olarak, Yapabilirlik Yaklaşımı teknik açıdan ele alınan maliyet etkinlik analizleri, nüfusa düşen yatak ve doktor sayıları gibi sağlık sistemi göstergelerini bir ahlak terazisinde değerlendirme fırsatı sunar. Sen'in yaklaşımının aslında Bilgin'in Yenidoğan Çetesi skandalı hakkındaki sosyal adaletteki çöküş yorumunun temelini oluşturduğu söylenebilir. Bu örnekte, yenidoğan sağlık hizmetleri piyasa dinamikleri bakımından yatırım yapılan mekanlar olarak karşımıza çıkmakta, bebekleri iyileşmesi gereken özneler olmak yerine ihtiyacı olmayanları bile kâr elde edebilmek adına kâr elde edeceği nesnelere indirgeyerek yaşam hakkına saldırmaktadır. Bu yalnızca etik bir ihlal değildir, aynı zamanda sosyal bir adaletsizliktir, çünkü adaletli bir toplumun yapması gereken kaynakları eşit dağıtmanın ötesinde bireylerin kaynakları kullandıklarında elde edebilecekleri temel yapabilirlikleri de eşitlemektir. Sağlık, yaşamın sürdürülmesi ve çalışma, sosyal hayata katılma gibi diğer özgürlüklerin kullanılabilmesine olanak sağlaması bakımından kurucu bir özgürlük olarak düşünüldüğünde, bu örnek üzerinden sağlığın devlet tarafından piyasa dinamiklerine ve insafına bırakılamayacak kadar yaşamsal bir alan olduğunun anlaşılması gerekir. Haliyle sağlıkta adalet, kâr etme hırsından arın(dırıl)mış kamusal bir güvenceye ihtiyaç duymaktadır.

3. Araştırma ve Veri Açığı (Görünmez Belirleyiciler)

3.1. Veri Körlüğünün Aşılması: Saymanın Politiği

Epidemiyolojinin temel dayanağı veridir ve 'veri yoksa, sorun da yoktur' ilkesi aslında verinin oluşturulmaması veya saklanması adına bilinçli bir şekilde kamu aktörlerince tercih edilen bir stratejidir. Kurumlar tarafından yapılan bilinçli tercihlerle neyin bilinmesi gerektiğine dair aldıkları kararlarla veri oluşturulur.[9] Türkiye bugün, ulusal ortalamaların gerçeği maskelediği bir veri körlüğü kriziyle karşı karşıyadır. Gelir düzeyi veya yaşam beklentisi gibi temel değişkenlerin ortalama değerlerine odaklanıldığında incinebilir koşullarda yaşayan

toplulukların yaşadıkları derin yıkımın gözlerden kaçırılmasına ve daha da dışlanmasına yol açar. Ergin, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'ndaki (TNSA) yaşanan kesintilerin kurumsal bir hafıza kaybına neden olacağını ifade ederken dolaylı bir anlatımla yoksulluğun bedenselleşmesinin zaman içindeki seyrini izlemeyi imkansızlaştırdığını da belirtmektedir. Etiler, ekonomik verilerin elde olmasına rağmen, belirli sağlık göstergeleriyle ilişkilendirilerek sunulmasının genellikle eksik olduğunu ve bunun da araştırmacıları ilişkileri belgelemek yerine çıkarsama yapmaya zorladığı için haklı bir şikâyette bulunmaktadır.

Daha önce de belirtildiği üzere marjinalize edilmiş gruplar için durum daha da vahimdir. Turunç ve Karabey, rutin sağlık istatistiklerindeki verinin etnik köken, ana dil veya cinsiyet kimliğine göre nadiren katmanlandırıldığını, bu durumun da özellikle Kürt, Roman ve LGBT+ bireyler gibi eşitsizlik mağduru grupların sağlık yüklerini görünmez kıldığını vurgulamaktadır. Örneğin, milyonlarca mülteci ve göçmen olmasına karşın, ulusal veri setleri ya bu grupları dışlamakta ya da ulusal verilerle etkileşimi olmayan ayrı göçmen sağlığı silolarına hapsetmektedir. Bu parçalanma, halk sağlığının da bütünsel bir şekilde anlaşılmasını engellemektedir. Türkiye nüfusunun %15,4'ü mali güçlükler nedeniyle karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarına sahiptir ancak sosyal açıdan katmanlı verilerin yokluğunda bu yüzdenin hangi topluluklarda nasıl dağıldığını tam olarak göremediğimiz de ortadadır.[10]

3.2. Dijital Uçurum

Geniş literatürde tanımlanan ve Ergin'in eğitim bulgularıyla bağlantılı olan yeni bir boşluk, sağlığın dijital belirleyicisidir. Türkiye'nin sağlık sistemi giderek dijitalleşirken (örneğin e-Nabız, MHRS), yeni bir eşitsizlik katmanı oluşmaktadır. Gürel ve Güner (2024) tarafından yapılan araştırma, e-sağlık okuryazarlığının kadınlar arasında kardiyovasküler risk bilgisinin önemli bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir. Düşük eğitim düzeyine ve düşük gelire sahip kadınlar, dijital sağlık bilgilerine erişme, bunları anlama ve uygulama konusunda daha yetersizdir. Bu durum bir dijital ters bakım yasası yaratmaktadır: En yüksek sağlık ihtiyacına sahip olanlar (yaşlılar, eğitimsiz yoksullar), kendilerine yardım etmek için tasarlanan dijital araçları kullanma konusunda en düşük yapabilirliğe sahiptir.[11] Gelecekteki araştırmalar, dijital okuryazarlığı teknik bir beceri olarak değil, sağlık hakkının yapısal bir belirleyicisi olarak ele almalıdır.

3.3. Rakamların Ötesindeki Deneyimler ve Kesişimsellik

Niceliksel veri ve rakamlar eşitsizliğin yaşanmış deneyimini yakalamakta kısıtlı kalacaktır. O nedenle karma desen ya da niteliksel araştırmalara ve özellikle de kesişimselliğe yönelmeye gereksinim vardır. Turunç ve Karabey, sağlık hakkının önündeki engellerin deneyiminin derinlikli ve anlatısal öğelerine dikkat çekerken, korku ve damgalamanın nasıl şekil verici özellik kazandığını anlatmaktadır. Örneğin, Türkiye'deki Suriyeli bir kadın en azı ifade edilse üçlü bir yükle karşı karşıyadır: Göçmenlik, ataerkil bir aile yapısı (toplumsal cinsiyet rolleri), ve Türkçe bilmeme (dil engeli) ama bunlara geçici koruma altında olmanın yasal imkansızlıkları (politika ve yasal statü), barınma ve çalışma koşulları gibi diğer katmanlar da eklenebilir. Kaya (2025) tarafından yapılan bir tez araştırması, Suriyeli göçmenlere açık klinikler olsa bile, bu kesişen kimliklerin yarattığı endişe dolayısıyla kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinden faydalanmada bir tereddüt ve çekilme yarattığını vurgulamaktadır.[8] Sadece doktora gittiler mi? diye sormayan, aynı zamanda oraya vardıklarında nasıl muamele gördüler? sorusunu soran, marjinalize edilmişlerin bakış açısından bedenselleşme yollarını haritalandıran niteliksel metodolojilere (etnografik çalışmalar ve katılımcı eylem araştırmaları) ihtiyacımız yüksektir.

3.4. Sağlığın Ticari ve Politik Belirleyicilerinin İzlemi

Sağlığın sosyal belirleyicileri de artık kendi içinde farklı katmanlardan oluşmaktadır. Davranışsal ve sosyoekonomik nedenleri ekososyal açıdan ele alan çalışmalara değinilmişti ancak Türkiye'deki yeni araştırma gündemi, bunların da ötesine geçerek yapısal nedenleri daha derinlikli inceleyebilecek, özel sektör aktörlerinin kâr maksimizasyonu stratejilerinin halk sağlığı üzerindeki etkisini, yani Sağlığın Ticari Belirleyicilerini (STB) de mercek altına alacak almalıdır. Yenidoğan Çetesi skandalı, sağlık hizmet sunumunda kâr maksimizasyonu hedefinin hasta güvenliğini nasıl riske attığında dair aşırı bir örnek olsa da yaşanmıştır ve aslında tek başına bir vaka olarak bile sistemik bir sorunun varlığına en büyük kanıt teşkil eder.

Öte yandan Türkiye gibi siyasi kutuplaşmanın had safhada oluğu bir ülkede sağlık sektörü ve tarım, eğitim, istihdam, sosyal hizmet gibi birçok diğer sektörü etkileyen politik süreçler bulunmaktadır ancak bunların sağlık etkileri daha az tartışılmaktadır. Sadece sağlık sektörü üzerinden düşünülse bile her ne kadar bu bölümde yer alan derlemelere yansımasa da kent içindeki hastanelerin kapatılarak kentin dışında kamu özel ortaklığı modeliyle hasta garantili bir politikayla inşa edilen Şehir Hasta-

neleri kent sakinlerinin sağlık hizmetlerine erişiminde önemli bir engeldir. Ayrıca siyasi otorite tarafından teşvik edilen kanıt dayanağı olmayan alternatif tıp uygulamaları, bunların eğitimlerinin üniversitelerde kadro atanarak verilmeye başlanması gibi dalga dalga sonuçları olacak kararlar ve bunların sağlık etkileri değerlendirilmek zorundadır. Tüm bu ticari belirleyicilerin işleyişini sağlayan ve karar vericiler tarafından verilen seçimlerin sonuçlarına odaklanan başka bir kavram da Sağlığın Politik Belirleyicileridir (SPB).

Sağlığın ticari belirleyicilerinin tanımı sağlığa iyi gelen ticari pratiklerden ziyade, özel sektörün ulusötesine taşan ürünleri, pazar stratejileri ve politik lobicilik faaliyetleri aracılığıyla bireylerin sağlığını olumsuz etkilemesi olarak ifade edilir.[12] Sağlığın politik belirleyicileri, sağlık hakkaniyetini ya da eşitsizlikleri geliştiren fırsat anlarını şekillendirmek üzere; ilişkileri yapılandırma, kaynakları dağıtma ve gücü yönetme süreçlerinin, birbirini karşılıklı olarak pekiştirecek şekilde eşzamanlı işlediği sistematik bir süreçtir.[13] Her iki tanım da yukarıda özetlenen ekososyal teori ve yapabilirlikler yaklaşımı ile anlamlı bir şekilde ilişki kurar. Türkiye'deki araştırma gündemi de bu bağlamda kurumsal politik ve ticari faaliyetlerin izlenmesine yer açmalıdır.

The Lancet Komisyonu'nun belirttiği gibi, ticari sektörün etkisi sadece sağlıksız ürün satmakla sınırlı değildir.[14] Bilimsel araştırmalara finansman sağlayarak sonuçları etkilemeye yönelik girişimler az değildir ya da politik gücü de kullanarak düzenleyici kurumları etkisizleştirmek de ayrıca belirleyicilerin kapsamındadır. Türkiye'de özel hastane zincirlerinin ya da şehir hastaneleri modelinin verimlilik iddiasıyla meşrulaştırılması ve Dawes'ın ifade ettiği gibi gücü yönetme süreçlerinin nasıl işlediğine bakılarak verilerin üretilmemesi veya nasıl gölgelendiği konuya özgü yöntemler geliştirilerek incelenmelidir.[14]

3.5. Çoklu Krizin Etkilerine Odaklanan Kohort Çalışmaları

Türkiye'nin 2020-2025 kriz yıllarının nasıl bedenselleştiğini izlemek için kesitsel çalışmalardan ziyade uzamsal çalışmalara ihtiyaç vardır. Özellikle deprem bölgesinde doğan çocuklar veya derin yoksulluk içinde büyüyen kuşaklar, Krieger'in travmanın biyolojik yerleşimi hipoteziyle uzun erimli takip çalışmalarına dahil edilmelidir.

4. 2025-2030 İçin Stratejik Öneriler: Bakım Odaklı Bir Toplumsal Sözleşme

Türkiye'nin sağlık krizinden çıkışı, sadece teknik iyileştirmelerle değil, sağlığı piyasa dinamiklerinden kurtarıp kolektif bir sorumluluk alanı olarak yeniden inşa etmeyi amaçlamalıdır. Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda hala kıymetini koruyan temel sağlık hizmetleri (primary health care) ve evrensel sağlık kapsayıcılığından (universal health coverage) çokça söz edebilir ancak belki de artık hem sağlığın sosyal belirleyicileri hem de tek sağlık gibi yaklaşımlarla daha uyumlu farklı model önerilerine de dikkat kesilmek gerekebilir. Bu çizgide belki üzerinde durulabilecek önerilerden biri Chatzidakis ve ark. (2020) tarafından kaleme alınan *Bakım Manifestosu*'ndan gelmektedir: Burada organize ihmalkârlık olarak tanımlanan neoliberal yaklaşımlara karşı, evrensel bakım (universal care) olarak ifade edilen dayanışma, karşılıklılık ve birbirine bağımlılık anlayışına dayalı bir devlet anlayışına geçiş savunulmaktadır.[15] Halk sağlığı açısından bir ortaklık kuracak olursak, Alma-Ata Bildirgesi'nin çizdiği Temel Sağlık Hizmetleri sağlıkta eşitlik için gerekli kurumsal iskeleti sunsa da Evrensel Bakım etiği, bu iskelete neoliberalizmin yok ettiği dayanışma ruhunu geri kazandırmayı önemsemektedir. Böyle bir bakış açısı, sağlığı sadece tıbbi bir hizmetlere sınırlanmış alandan çıkarıp, insanlar ve diğer varlıklar arasındaki karşılıklı bağımlılığı ve gezegene karşı duyulan sorumluluğu merkeze alan politik ama bir o kadar da şevkatli bir bakım ağına dönüştürmenin gerekliliğini hatırlatır. Burada yer alan politika önerileri yeni bir toplumsal sözleşmeye dayalı kamusal alan yaratma fikriyle şekillenmiştir.

4.1. Sağlık Politikası Olarak Evrensel Temel Hizmetler (ETH)

Akkan ve ark. (2023) tarafından da dile getirilen yeni toplumsal sözleşme çağrısı[1], Chatzidakis ve ark. (2023)'ın piyasa yerine bakım ilkesiyle birleştirilerek,[15] Türkiye için Evrensel Temel Hizmetler modeli gündeme getirilebilir.[16,17] Bu bölümün yazarlarınca ortaya koyulduğu üzere barınma, beslenme ve eğitim gibi temel ihtiyaçlar piyasanın insafına terk edildiğinde sağlıkta eşitlik hedefi ulaşılabilir olmaktan çıkmaktadır. Etiler'in işaret ettiği kayıp orta sınıf ve Salman ile Meseri'nin üzerinde durduğu gıda güvencesizliğinden mustarip gruplar için devlet, koşulsuz bir bakım ağı olarak işlev görebilecek evrensel temel hizmetler anlayışıyla mümkün olabilir. Bu model, devletin rolünü çeşitli işlemleri yerine getiren bir hizmet sunucu olmaktan çıkarıp, yaşamı mümkün kılan mekanizmaları oluşturan bir aktöre dönüştürmeyi önerir. Kurucu Ekonomi olarak da adlandırılan bu yaklaşım, gündelik yaşamın sürdürülebilmesinin ve insan onuruna yakışır koşulların vazgeçilmezi temel mal, hizmet ve altyapının kamusal yeniden üretilmesine odaklanır. Başka bir ifadeyle işlemler üreten kamu hizmetlerini sadece fonlayan anlayışı eleştirerek, tüketici bireylerin neyi seçtiklerinden ziyade insan olarak neye ihtiyacımız

olduğuna öncelik verir ve bunun mekanizmalarının kurulmasını amaçlar.[18]

ETS yaklaşımı insan ihtiyaçlarının ikame edilemez olduğunu savunur, yani evrensel temel gelir gibi nakit transferlerinin de ötesinde bir tartışma alanı açar, çünkü temel kabulü barınma, ulaşım ya da beslenme gibi temel sistemlerin yapısal olarak eksikliği gelir ile telafi edilemez.[17] Böyle bir gelir yerine sosyal ücret kavramı ortaya atılarak, nakdi gelirin barınma, gıda, ulaşım ve bilgiye erişimi kapsayacak şekilde genişletilmesini önerilmiştir.[16] Böylece, gelir düzeyinden bağımsız olarak insanın gelişimi için gerekli maddi altyapı güvence altına alınması ve yoksulluğun yol açacağı kuşaklar arası sağlık etkilerinin önüne geçilmesi mümkün olabilecektir.

4.2. Yaptırım Gücü Olan Her Politikada Sağlık (HePS) İle Yapabilirliklerin Güçlenmesi

Daha önce çok kez tekrarlandığı üzere sağlık, sadece Sağlık Bakanlığı'na ya da sağlık sektörüne bırakılabilecek teknik bir konu değildir. Amartya Sen'in belirttiği gibi bireyin hayatını sürdürebilmesi için sahip olması gereken kurucu bir özgürlüktür.[4,7] Bu nedenle Bilgin'in sağlığın metalaşmasına karşı duruşu, Sen'in Yapabilirlik Yaklaşımı ile sağlamlaştırılabilir. Yaptırım gücü olan bir HePS çerçevesi, tarımdan ulaşıma, kentsel imardan sanayiye veya eğitime kadar her türlü kamu politikasını ve düzenlemelerini, bireylerin sağlıklı olma kapasitelerini iyileştiren çevresel dönüştürme faktörleri olarak düşünülebilir ve böylece politikaların sağlık çıktılarını maksimize edebilir. Türkkan'ın işaret ettiği mekânsal adalet perspektifi bu yaklaşımla düşünüldüğünde, deprem tehditi bağlamında daha çok gündeme gelen kentsel dönüşüm projelerinin, sadece müteahhitlere kazandıran rant odaklı fiziksel yenileme olarak değil; bütünlüklü bir kentsel planlama çerçevesinde kent sakinlerinin sosyal ağlarını koruyan, yeşil alanlara erişimi ve fiziksel hareketliliği artıran, kısacası sağlıklı olma yapabilirliğini geliştiren yaşam alanları olarak tasarlanmasını teşvik edecektir.

4.3. Mekân Temelli Kesişimsel Birinci Basamak Reformu

Sağlık eşitsizliklerini gidermek için birinci basamak, kesişimsel bir adalet perspektifiyle yeniden yapılandırılmalıdır. Gkiouleka ve ark. (2023) tarafından yapılan bir çalışmada sağlıkta eşitsizlikleri azaltacak birinci basamak sağlık hizmetlerinin bağlantılı, kesişimsel, esnek, kapsayıcı ve toplum merkezli olmasının bu amaca hizmet ettiği gösterilmiştir.[19] Bu model ışında buradaki tartışmaları da dikkate alarak, Türkiye'de Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ağırlıklı yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri, sadece sağlık hizmeti sunan birimler değil, çoğul dezavantajların (sosyal sınıf, toplumsal cinsiyet, etnik köken ve mekânsal yoksunluk) arasında sıkışmış bireylerin sağlıklı olma yapabilirliğini geliştiren birer 'bakım merkezi' olarak konumlanmalıdır. ETS yaklaşımı ile de uyumlu olan bu anlayışı gerçekleştirebilmek için öncelikli olarak ele alınması gereken başlıklar:

- Nüfus Temelli ve Proaktif Hizmet Modeline Dönüş: Mevcut sistemdeki sadece kayıtlı ve başvuran bireye odaklanan yapı yerine, tanımlı bir coğrafi alandaki tüm nüfusun sağlığından sorumlu olan bir modele geri dönülmelidir. Bu, görünmeyen ve erişemeyen incinebilir grupların (yoksullar, göçmenler, evden çıkamayan yaşlılar) sisteme dahil edilmesini sağlayacaktır.
- Çok Disiplinli Bakım Ekiplerinin Oluşturulması: Sağlıklı olma yapabilirliğini kısıtlayan faktörler şimdiye kadar da tartışıldığı üzere sadece biyolojik değil, çoğunlukla sosyaldir. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde sadece hekim ve hemşire değil; sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve diyetisyen gibi profesyoneller istihdam edilerek, edilemediği takdirde de sektörler arası işbirliğini etkin bir modelle hayata geçiren ve tıbbi bakımın ötesine geçen bütünsel bir psikososyal destek mekanizması kurulmalıdır.
- Mekânsal Yoksunluğa Göre Kaynak Tahsisi: Finansman ve personel planlaması sadece bölgede yaşayan kişi sayısına göre değil, bölgenin yoksunluk derecesine göre yapılmalıdır. Hastalık yükünün ve dezavantajların yoğun olduğu bölgelere (kentsel çeperler, kırsal ve örneğin Doğu/Güneydoğu illeri vb.) personeli teşvik edici çözümlerle ek insan kaynağı sağlanarak mekânsal adaletsizlik dengelenmelidir.
- Sektörlerarası Entegrasyon ve Sosyal Reçete Uygulaması: Birinci basamak sağlık hizmeti sunan ASM ve diğer yapılar, belediyelerin sosyal yardım birimleri, yerel sivil toplum kuruluşları ve toplum merkezleri ile entegre bir biçimde çalışmalıdır. Hekimler, tıbbi reçetenin yanı sıra gıda güvenliği, barınma desteği veya fiziksel aktivite imkanlarına yönlendirmeyi içeren sosyal reçete yazabilmeli; sağlık hizmeti sosyal politikalarla birleştirilmelidir.[20]
- Kesişimsel Veri İzleme Sistemi: Sağlık eşitsizliklerini görünür kılmak adına; toplanan veriler sadece yaş ve cinsiyet değil, sosyo-ekonomik statü, etnik köken, ana dil ve engellilik durumu gibi sosyal değişkenlere göre katmanlandırmalıdır. Bu sayede çoğul dezavantajlar yaşayan grupların özgün ihtiyaçları belirlenip hedefe yönelik müdahaleler geliştirilebilir.

5. Sonuç

Sonuç olarak bu bölümde yer alan yazıların sunduğu kanıtlar, kümülatif bir dezavantaj sistemine işaret etmektedir. Öyle ki 2020-2025 dönemi içinde Türkiye'de yaşananlar Cumhuriyet tarihi içinde dahi eşine az rastlanan durumlar olabilir. Güneydoğu Anadolu'da düşük gelirli bir hanede doğan bir çocuk; gıda güvencesizliği, yetersiz kaynaklara sahip okullar ve güvensiz konutlardan oluşan, parçalı müdahaleler yerine birleşik bir politika yanıtı gerektiren, birbirine kenetlenmiş bir dezavantaj yapısıyla karşı karşıyadır. Yaşanan çoklu krizler, neoliberal piyasa adaleti paradigmasının sınırlarını ve yarattığı tahribatı, sağlık sisteminin skandalları ve depremdeki yıkımla inkar edilemez bir şekilde gözler önüne sermiştir.

Değerlendirme boyunca tartışıldığı üzere, Nancy Krieger'in ekososyal teorisi bize bu krizlerin biyolojimize nasıl kazındığını gösterirken, Amartya Sen'in yapabilirlik yaklaşımı çıkış yolunun nerede olduğunu işaret etmektedir: Sağlık, bir meta değil, bireyin özgürlüğünü ve özneliğini kuran temel bir haktır. Önerilen bakım odaklı toplumsal sözleşme; evrensel temel hizmetleri güvence altına alan, birinci basamağı topluluk temelli bir bakım merkezine dönüştüren ve sağlığı tüm politikaların merkezine koyan kamusal bir iradeyi gerektirir. Gelecek, eşitsizlikleri sadece yöneten değil, onları yaratan yapısal koşulları dönüştüren bir sağlık politikası ile inşa edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Akkan, B., Dedeoğlu, S., & Semerci, P. U. (2023). Yoksulluk, Eşitsizlikler ve Refah Devletinin Sınırları: Yeni bir Toplumsal Sözleşmenin Peşinde. *Reflektif Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 217-224.
2. Solar O, Irwin A. (2010) A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). World Health Organization Geneva
3. Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668–677.
4. Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. Oxford University Press.
5. Özyurt, K., & Atasoy, M. (2024). An extraordinary outbreak of scabies in Turkey. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 34(12), e784-e786.
6. Galler, J., & Rabinowitz, D. G. (2014). The intergenerational effects of early adversity. *Progress in molecular biology and translational science*, *128*, 177-198.
7. Sen, A. (2002). Why health equity? *Health Economics*, 11(8), 659–666.
8. Kaya, M. (2025). *Barriers and Bridges: Syrian Women's Access to Sexual and Reproductive Healthcare and Migrant Health Centers in Türkiye* (Master's thesis). Middle East Technical University.
9. Krieger, N. (1992). The making of public health data: paradigms, politics, and policy. *Journal of public health policy*, *13*(4), 412-427.
10. Çiçeklioğlu, M., & Öcek, Z. A. (2025). The prevalence and determinants of unmet health care needs in Turkey. *Health Policy*, 125(6), 786-792.
11. Gürel, T. Y., & Güner, Ö. (2024). Health literacy as a predictor of cardiovascular disease risk factor knowledge level among women in Turkey: A community-based cross-sectional study. *Medicine*, 103(29), e38994.
12. Kickbusch, I., Allen, L., & Franz, C. (2016**).** The commercial determinants of health. *The Lancet Global Health*, 4(12), e895-e896.
13. Dawes, D. E., Amador, C. M., & Dunlap, N. J. (2022). The political determinants of health: a global panacea for health inequities. In *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*.
14. Gilmore, A. B., et al. (2023). Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *The Lancet*, 401(10383), 1194-1213.
15. Chatzidakis, A., Hakim, J., Litter, J., Rottenberg, C., & Care Collective. (2020). *The care manifesto: The politics of interdependence*. Verso Books.
16. Portes, J., Reed, H., & Percy, A. (2017). Social prosperity for the future: A proposal for Universal Basic Services. Social Prosperity Network Report. UCL Institute for Global Prosperity
17. Gough, I. (2019). Universal basic services: A theoretical and moral framework. *The Political Quarterly*, *90*(3), 534-542.
18. Bärnthaler, R., Novy, A., & Plank, L. (2021). The foundational economy as a cornerstone for a social–ecological transformation. *Sustainability*, *13*(18), 10460.
19. Gkiouleka, A., et al. (2023). Reducing health inequalities through general practice. *The Lancet Public Health*, 8(6), e463-e472.
20. World Health Organization. (2022) A toolkit on how to implement social prescribing. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

BÖLÜM 3

BULAŞICI HASTALIKLAR

Bölüm Editörü: *C. Tayyar Şaşmaz*

Sunuş

C. Tayyar Şaşmaz

Günümüzde insanların yaşam alanlarında çevresel koşullardaki iyileşme ve başta bağışıklama olmak üzere temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasıyla hem ülkemiz hem de dünyada bulaşıcı hastalıklara karşı kısmi bir kontrol sağlanabilmiştir. Bu kontrol insan ve toplumlarda bulaşıcı hastalıklardan korunmada büyük bir güven duygusu yaratmakla beraber, aynı zamanda toplumda ve hatta sağlık çalışanlarında bulaşıcı hastalıklara karşı bir rehavet de yolaçtığı gözlenmektedir. Dünyada ve ülkemizde aşı kararsızlığı ve reddindeki artışlar bunun bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle, bulaşıcı hastalıklara karşı yürütülen çalışmaların bulaşıcı hastalıklarla ilgili yeni tehlike ve risklerde dikkate alınarak aralıksız ve kapsamlı bir şekilde yürütülmesi hayati öneme sahiptir. Nüfus artışı, doğal kaynaklar üzerinde insan eliyle oluşturulan baskı, iklim krizi, savaş ve çatışmalar, göçmen/mültecilik, aşı kararsızlığı/reddi ve artan antibiyotik direnci bulaşıcı hastalık kontrolünde önümüzdeki başlıca sorunlar olarak görülmektedir.

2020-2025 döneminde ülkemizde;

- COVID-19 pandemisi ve sonrasında yaşanan sorunlardan bu sürece dair yeni deneyimler öğrenildiği,
- Kahramanmaraş merkezli depremin, her alanda ağır ve yıkıcı etkisiyle afetler sonrası bulaşıcı hastalıkların sürveyansı ve kontrolünde güncellemelerin yapıldığı,
- İllerde Halk Sağlığı Acil Müdahale Ekiplerinin kurulduğu,
- Sürveyans sistemleri ve Aşı Sonrası İstenmeyen Etki Genelgesi ile ilgili güncellemelerin yapıldığı,
- Genişletilmiş Bağışıklama Programında (GBP) Altılı Karma aşısına (DaBT-Hib-İP-HB), gebe aşılamasında TDaB aşına geçildiği,
- GBP 2023-2024 yıllarında açıklanan aşı kapsayıcılık hızlarını doğrudan destekleyen verinin olmaması nedeniyle yeterince değerlendirilemediği ve aşı kapsayıcılık hızlarının düşme eğiliminde olduğu,
- GBP'da üçüncü doz karma aşı ve birinci doz KKK aşısında %95'lik kapsayıcılık hızının üzerinde olan il sayısında düşme yaşandığı,
- Aşı ile önlenebilen hastalıklar içinde son beş yılda boğmaca, suçiçeği, kızamıkçık insidansında artış trendinin, kızamık vaka insidansında bir artışı takiben düşüş trendinin başladığı ve beş yaş altı HB insidansında da düşme yaşandığı,
- Havayoluyla bulaşan enfeksiyon hastalıklarının hala önemli bir hastalık ve ölü yükü oluşturduğu,
- Ülkemizde Ulusal Antibiyotik Direnç Sürveyansı kapsamında yayımlanan yıllık raporların direnç paternlerinin izlenmesinde önemli bir kaynak oluşturduğu, bununla beraber hala bulaşıcı hastalık izlem sistemlerinin şeffaflığı konusunda geliştirilmesi gereken alanların mevcut olduğu,
- 2019-2025 yılları arasında su ve gıda kaynaklı belirlenen 18 salgından 10'unun (%55.6) sudan kaynaklandığı ve su kaynaklarının hayvan atıklarıyla kirlenmesinin, yetersiz klorlama, klorlama cihazlarının bozulması ve su depolarının uygunsuzluğunun başlıca nedenler olduğu,
- Cinsel Yolla Bulaşana enfeksiyonlar içinde son yıllarda Sifiliz ve HIV/AIDS vakalarında bir artış trendinin gözlendiği, araştırma sonuçlarına göre HSV-2 seropozitifliğinin dünya geneline göre daha düşük, HPV enfeksiyonunun ise ciddi bir enfeksiyon yükü oluşturduğu, bununla beraber Sağlık Bakanlığının HSV, HPV ve HC ile ilgili düzenli veri yayınlamadığı,

- Vektör kaynaklı hastalıklardan KKKA vaka ve ölüm sayılarında son beş yılda önce artış sonra azalma görüldüğü, bu değişikliğin yıllara göre iklimsel değişikliğin kenelerin yayılımı üzerindeki etkisinden kaynaklandığı; 2020-2022 yılları arasında yıllık 46-67 Tularemi vakası rapor edilirken, bu sayının 2023 ve 2024'de sırasıyla 699 ve 846 olduğu; 2017 sonrasında Sağlık Bakanlığı tarafından Kutanöz Leşmaniazis ile ilgili bir paylaşım yapılmadığı, 2010-2022 yıllarını kapsayan bir araştırmada Kutanöz Leşmaniazis vakalarının %68.1'inin Suriye'den gelen göçmenlerde tespit edildiği; 2019-2024 yılları arasında tespit edilen sıtma vakalarının tamamının yurtdışı temaslı vakalar olduğu,
- Zoonotik hastalıklardan Bruselloz'un 2020-2024 arasında yıllık 8151-10985 arasında görüldüğü, en fazla Doğu Anadolu illerinden rapor edildiği; Şarbon'ın 2020-2024 yılları arasında yıllık 26-83 vaka arasında görüldüğü; Tularemi 2020'de 46 vaka raor edilmişken, artarak 2024 yılında 846 vakaya yükseldiği ve en yüksek insidansın Çankırı, Bolu ve Bartın'da olduğu; 2020 yılı itibariyle Kist Hidatik'in ülkemizde hala yaygın bir sorun olduğu, 2008 yılından beri giderek artan vaka sayılarının daha çok kayıt ve bildirim sistemlerindeki iyileşmelerden kaynaklandığı, en fazla bildirimin Van, Ağrı ve Iğdır'dan olduğu, 2020-2024 yılları arasında kuduz riskli temas sayısının giderek artarak 470918'e yükseldiği, yıllık kuduz vaka sayısının son beş yılda 1-3 arasında değiştiği; 2020-2025 yılları arasında yapılan çalışmalarda Toxoplazma seroprevalansının %20-40 arasında değiştiği,
- Ülkemizde son yıllarda Scabiesin görülmesinde belirgin bir artışın olduğu, 2021 yılında yapılan bir çalışmada Scabies prevalansının %10.9 olduğu; sistematik bir derlemede ülkemizde Pedicülosis prevalansının toplumda %0.45-8.76, ilkokul öğrencilerinde ise bu oranın %0.3-34.1 arasında değiştiği; Eskişehir ve İzmir'de yapılan çalışmalarda sebzelerin %1.2-9'unda Ascariasis yumurtasına rastlandığı, ülkemizde 2024 yılında yapılan bir metaanalizde okulçağı çocuklarda Enterobiasis yaygınlığının %29 olduğu, bu oranın Güneydoğu Anadolu bölgesinde%41'e çıktığı,
- Yeni ve yeniden ortaya çıkan hastalıklar içinde 2022-2024 arasında ülkemizden 12 Monkeypox'un (Mpox) vakasının rapor edildiği; Batı Nil Virüsünün 2010 yılında 47 vaka bildirimi sonrasında 2018'de 26, 2019'da 10 vaka bildirimi takiben 2020 ve 2021'de 0 vaka bildirilmişken vaka saylarının 2024'de hızla arttığı bildirilmektedir; 2020-2024 yılları arasında 10-17 Hanta Virüs vakası bildirildiği görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından Mart 2023'e yapılan bildirime COVID-19'un ülkemizde 17232066 vaka ve 102174 ölüme neden olduğu, fazladan ölümleri değerlendiren bir araştırmaya göre ise COVID-19'un ülkemizde 247640 fazladan ölüme neden olduğu, 2025 yılı Influenza benzeri hastalık nedeni ile aile hekimlerine gelen ayaktan başvurulardan alınan sürüntülerde COVID-19 test pozitiflik oranının %50'ye kadar çıktığı bildirilmekte ve COVID-19 pandemi sürecinden elde edilen deneyimlerin gelecekte yaşayacağımız pandemilere hazırlıklı olma ve onları yönetme konusunda önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Son yüz yılda bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve önlenmesinde önemli deneyimler yaşamamıza ve bulaşıcı hastalıkların kontrolünde önemli mesafeler almamıza karşın, bulaşıcı hastalıkların doğası gereği kontrol ve önlemlerin aralıksız sürdürülmesi hayati öneme sahiptir. Günümüzde iklim değişikliğinin iklim krizine evrilmesi var olan bulaşıcı hastalıkların morbidite ve mortalitesini olumsuz yönde etkilerken, yeni ve yeniden ortaya çıkan hastalıklar için de büyük bir risk yaratmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar üzerindeki kontrolümüzü sürdürebilmek için sağlık bakanlığının liderliğinde multisektöryel ve multidisipliner bir yaklaşımın geliştirilerek devam ettirilmesini önermekteyiz.

Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı ve Kontrolünde Yaşanan Gelişmeler ve Değişiklikler

Burak Kurt, Mine Yenice

Ülkemizde 2020-2025 dönemi salgın ve afetlerle mücadele ile geçmiştir. Bu dönemde bulaşıcı hastalıkların sürveyansı ve kontrolü ile ilgili çalışmalar ağırlıklı olarak bu olağandışı durumlarla baş etme gereksinimiyle şekillenmiştir. Rutin sürveyansta da çeşitli gelişmeler gerçekleşmiş olup başlıklar halinde detaylandırılmıştır.

1. Olağandışı Durumlar

1.1. COVID-19 Pandemisi ve Sürveyansı

2020 yılı, COVID-19 pandemisinin damga vurduğu ve sağlık sisteminin buna göre şekillendiği bir yıl olarak tarihe geçmiştir. Ülkemizde pandemiye hazırlık kapsamında 2019 yılında "Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı", buna uygun olarak yerel düzeyde "İl Pandemik İnfluenza Hazırlık ve Faaliyet Planları" hazırlanmıştır.[1] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 30 Ocak 2020 tarihinde Yeni Koronavirüs Hastalığı'nın (COVID-19) Uluslararası Önemi Haiz Halk Sağlığı Acil Durumu olduğunu ilan etmiştir.[2] Ülkemizde de COVID-19 süreci 5 Ocak 2020 tarihinde takip edilmeye başlanmıştır. hastalığın yayılmasını engellemek amacıyla toplumun her alanında kontrollü sosyal yaşam tedbirleri alınması ve virüs yayılımını durdurabilmek üzere tespit edilen vakalara ve temaslılarına izolasyon tedbirleri uygulanması gerekmiştir. Bu yeni durum için 2020 öncesi hazırlanmış bir sürveyans sistemi bulunmamaktaydı. Sağlık Bakanlığı 11 Mart 2020 tarihinde Türkiye'de ilk COVID-19 vakasının görüldüğünü ilan etmiştir.[3] Bununla birlikte COVID-19 web sitesini geliştirerek güncellemiştir. 22 Nisan 2020 tarih, 31107 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan değişiklikle Covid-19 (yeni coronavirüs hastalığı) bildirimi zorunlu hastalıklar listesine eklenmiştir.[4]

Dünya Sağlık Örgütü önerilerini ve Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu kararlarını sahada uygulamak üzere oluşturulan Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS) modülü ile vaka bazlı takip (Kişiler sağlık kurumuna başvurduğu andan itibaren kayıt ve test sonucu pozitif gelmesi durumunda tüm süreçleri takip amaçlı), Temaslı takibi (Pozitif vakanın yakın temaslısı olarak belirlenen kişi kaydı ve izlenmesi süreci) ve yurt dışından gelenlerin takibi yapılmıştır. Bu modülden başka HSYS veri girişi ve SİNA raporlama modülleri de aktif olarak kullanılmıştır. Ayrıca Filyasyon ve İzolasyon Takip Sistemi (FİTAS) ile pozitif vakaları ve temasta bulunduğu kişileri bulundukları mahalde kayıt edebilmek ve sosyal izolasyonu sağlamak amaçlanmıştır. Vaka ve temaslılar, tüm süreçleri boyunca İlçe Sağlık Müdürlükleri/Toplum Sağlığı Merkezleri (Santral Arama Modülünü kullanarak) ve Aile Hekimleri tarafından telefonla aranarak da takip edilmiştir. Ayrıca seyahat sonrası vaka ve temaslı takip ve bildirimi, Uluslararası Sağlık Tüzüğü (UST) kapsamında uluslararası seyahatler sonrası yurt dışı bildirimleri ve yurt içi seyahat sonrası takipleri de yapılmıştır.[5]

Türkiye'de COVID-19 hastalığının sıklığına ve yol açtığı ölümlere dair bilgi paylaşımı Sağlık Bakanlığı tarafından 2023 Mart ayında sonlandırılmıştır. Bu süreçte COVID-19, DSÖ'nün önerdiği ILI (Grip Benzeri Hastalık) ve SARI (Sentinel Ağır Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları) sürveyansına entegre edilmiştir.[3]

1.2. Kahramanmaraş Depremleri Sonrası Sürveyans

2020-2022 dönemi genel olarak COVID-19 pandemisiyle ilgili önlemlerin alınması, sahada uygulanması ve bilimsel öneriler doğrultusunda güncellenmesiyle geçmiştir. Şubat 2023'te Kahramanmaraş merkezli depremlerin sonrasında bölgede pek çok seyyar hasta-

EK-3 DEPREM BÖLGESİ BULAŞICI HASTALIKLAR GÜNLÜK İZLEME DEĞERLENDİRME FORMU

İl:
İlçe
KURUM:
Tarih:

( ) Vaka Sayısı 0 (Sıfır) dır. Vaka sayısı Sıfır ise ( ) bölüme "X" işareti koyunuz

AKUT BARSAK ENFEKSİYONLARI GÜNLÜK SÜRVEYANS FORMU

KURUM ADI	*Toplam Kurum Sayısı*	*Bilgi Toplanan Kurum Sayısı*	*ABE (A09)*		*ABE (R11)*		*ABE (K52)*	
			0-59 Aylık	≥ 5 Yaş	0-59 Aylık	≥ 5 Yaş	0-59Aylık	≥ 5 Yaş
Geçici Barınma Alanı 1. basamak Sağlık Ünitesi (Çadırkent, Konteynır kent vb.)								
Seyyar Hastane								
Aile Hekimi *								
HASTANE **								
TOPLAM								

(A09; enfeksiyöz kaynaklı olduğu tahmin edilen diyare ve gastroenteritler)
(R11; bulantı, kusma)
(K52; Enfektif olmayan diğer gastroenterit ve kolit)

( ) Vaka Sayısı 0 (Sıfır) dır. Vaka sayısı Sıfır İse ( ) bölüme "X" işareti koyunuz

DÖKÜNTÜLÜ HASTALIK GÜNLÜK SÜRVEYANS FORMU

KURUM ADI	*Toplam Kurum Sayısı*	*Bilgi Toplanan Kurum Sayısı*	*Makülopapüller Döküntülü Hastalık Sayısı*		*Veziküllü Hastalık Sayısı*		*Peteşi/ Purpura*	
			0-59 Aylık	≥ 5 Yaş	0-59 Aylık	≥ 5 Yaş	0-59 Aylık	≥ 5 Yaş
Geçici Barınma Alanı 1. basamak Sağlık Ünitesi								
Seyyar Hastane								
Aile Hekimi *								
HASTANE**								
TOPLAM								

( ) Vaka Sayısı 0 (Sıfır) dır. Vaka sayısı Sıfır ise ( ) bölüme "X" işareti koyunuz

SARILIK GÜNLÜK SÜRVEYANS FORMU

KURUM ADI	*Toplam Kurum Sayısı*	*Bilgi Toplanan Kurum Sayısı*	*Sarılık ile Başvuru Sayısı*	
			0-59 Aylık	≥ 5 Yaş
Geçici Barınma Alanı 1. basamak Sağlık Ünitesi				
Seyyar Hastane				
Aile Hekimi *				
HASTANE **				
TOPLAM				

( ) Vaka Sayısı 0 (Sıfır) dır. Vaka sayısı Sıfır ise ( ) bölüme "X" işareti koyunuz

GRİP BENZERİ HASTALIK GÜNLÜK SÜRVEYANS FORMU

KURUM ADI	*Toplam Kurum Sayısı*	*Bilgi Toplanan Kurum*	0-59 Aylık	5-14 Yaş	15-64 Yaş	≥ 65 yaş
Geçici Barınma Alanı 1. basamak Sağlık Ünitesi						
Seyyar Hastane						
Aile Hekimi *						
HASTANE **						
TOPLAM						

***Aile Hekimliği Bilgi Sistemi çalışmıyor veya Sağlık Net aktarımı yapılamıyor ise bu form ile toplanacaktır.**
****Kendi Binasında Hizmet veren Kamu, Üniversite, Özel hastaneler (Hastane Bilgi Sistemi çalışmıyor veya Sağlık Net aktarımı yapılamıyor ise bu form ile toplanacaktır)**

Şekil 1. Deprem bölgesi bulaşıcı hastalıklar günlük izleme değerlendirme formu

ne, çadır kent ve konteyner kent sağlık birimi kurulmuştur. Bu birimlerden ve depremlerden zarar gören diğer birimlerden veri akışını sağlamak için deprem bölgesine özel yeni bir algoritma oluşturulmuş, deprem bölgesi bulaşıcı hastalıklar günlük izleme değerlendirme formunun (**Şekil 1**) seyyar birimlerde elle, internet olan birimlerde İZCİ üzerinden doldurulması ve İl Sağlık Müdürlükleri üzerinden Sağlık Bakanlığı'na iletilmesi sağlanmıştır. Form İngilizce, Fransızca ve İspanyolca'ya çevrilerek bu ülkelerin kurduğu sağlık birimlerinde de uygulanmıştır.[6] Bu şekilde akut barsak enfeksiyonlarının, döküntülü hastalıkların, sarılık ve

grip benzeri hastalıkların sendromik sürveyansı il-ilçe-birim bazında yapılmış ve olası salgınlara müdahale olanağı doğmuştur.

Deprem bölgesi hızlı değerlendirme listesi oluşturularak geçici barınma alanlarının denetimi sağlanmış, ayrıca tahliye edilen depremzedelerin diğer illerde yerleştiği yurt, misafirhane, otel gibi geçici toplum yaşam alanlarının akut halk sağlığı tehditleri açısından takip edilmesi amacıyla "toplu yaşam alanı değerlendirme formu" hazırlanmış ve günlük olarak raporlanmıştır.[7]

Saha gözlemlerine göre, depremden etkilenen illerde yaşayan tüberküloz hastalarının takip ve tedavilerinin aksatılmaması amacıyla Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tüberküloz Dairesi Başkanlığı tarafından öncelikle bölgede bulunan verem savaşı dispanserlerinin ne durumda olduklarının saptanması çalışmalarına başlanmıştır. Tüberküloz İl Koordinatörleri ile iletişime geçilmiş, bina ve personel durumu tespiti yapılmıştır. Kayıtlı tüberküloz hastalarının deprem sonrası başka illere gidip gitmedikleri saptanmış, ihtiyacı olanlara ilaçları ulaştırılmıştır. Ayrıca depremden etkilenen illere destek sağlamak amacıyla farklı illerin koordinatörleri deprem illeri için görevlendirilmiş, afet sonrası dönemde hizmetlerin ve sürveyansın yürütülmesinde rol oynamışlardır.

1.3. Halk Sağlığı Acil Müdahale Ekipleri

Ülkemizin başta deprem olmak üzere sel, toprak kayması, çığ gibi afetler, pandemi, salgınlar ve diğer bulaşıcı hastalıklar gibi tehditler açısından riskli bir konumda bulunması nedeniyle, olağandışı durumlarla baş etme kapasitesinin geliştirilmesi amacıyla 07.02.2025 tarihinde Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından 81 il valiliğine ve il sağlık müdürlüklerine "Halk Sağlığı Acil Müdahale Ekipleri" kurulması konulu yazı gönderilmiştir. Bakanlığın gelecekteki olası afet ve acil durumlara hazırlık ve yanıt kapasitesini geliştirmek amacıyla birinci basamak halk sağlığı hizmet sunumunun erişilebilirliğini, etkinliğini ve kalitesini artırmayı hedeflediği bu uygulama çerçevesinde, İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde "Halk Sağlığı Acil Müdahale Ekipleri" kurulacağını bu yazı ile bildirilmiştir. Kurulacak Halk Sağlığı Acil Müdahale Ekiplerinin yapısı şöyle tanımlanmıştır: Her ekipte asgari 5 kişi (halk sağlığı uzmanı/epidemiyolog/saha epidemiyoloğu/uzman hekim/hekim, ebe/hemşire/sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, psikolog/sosyal çalışmacı, bilgi işlem personeli, şoför) bulunacak, acil halk sağlığı durumlarında kendi ilinde veya diğer illerde, gerektiğinde ülkemiz sınırları dışında çalışacak olan ekiplerin UMKE Eğitimi almaları da planlanmıştır. İl Sağlık Müdürlüklerinde Halk Sağlığı Acil Müdahale Ekiplerinin planlanması ve ekipte yer alacak personelin bilgilerinin Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne bildirilmesi istenmiştir.[8] Halk sağlığı ve epidemiyoloji uzmanlarının olağandışı durumlarda görev almaları açısından da önemli olan bu gelişmenin sonuçları izlenecektir.

2. Rutin Sürveyansta Gelişmeler

2.1. Solunum Yolu Virüsleri Sürveyansı

2004 yılında yayımlanan Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi kapsamında başlatılan influenza sürveyansı güçlenerek devam etmiştir. COVID-19 pandemisinden önce, solunum yolu enfeksiyonlarına sürveyansı faaliyetleri büyük ölçüde influenza virüsü dolaşımının izlenmesi etrafında yoğunlaşmış iken pandemi, birçok ülkenin mevcut sürveyans sistemlerini diğer virüsleri içerecek şekilde genişletmesine veya yeni sistemler geliştirmesine yol açmıştır. Ülkemizde de bu trende uygun olarak sürveyansın ismi "Solunum Yolu Virüsleri Sürveyansı" olarak güncellenmiş ve halen sentinel ve non-sentinel (sentinel dışı) sürveyans olmak üzere iki şekilde yürütülmektedir.[9, 10]

2020-2025 döneminde Sentinel İnfluenza Benzeri Hastalık (Influenza Like Illness-ILI) sürveyansı kapsamında daha önce var olan 21 ile Eskişehir ve Hatay eklenerek 23 ilde 250 aile hekimine çıkarılmıştır. Sentinel Ağır Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları (Severe Acute Respiratory Infections-SARI) sürveyansı kapsamında daha önce var olan 6 ile Van ve Eskişehir eklenerek son durumda 8 ilde belirlenmiş 11 hastanede sürveyans devam etmektedir.[10]

2.2. Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonlar

2020-2025 dönemi, Türkiye'de Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyon sürveyansı bakımından birçok gelişmeye sahne olmuştur.

"Türkiye Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyonları Önleme ve Kontrol Programı 2019-2024" kapsamında ülke genelinde hastanelerde enfeksiyon kontrol önlemlerinin standart bir şekilde uygulanmasını sağlamak için Ulusal Enfeksiyon Önleme ve Kontrol Danışma Kurulu tarafından invaziv araç ilişkili enfeksiyonlara yönelik "Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyonlar Ulusal Önlem Paketi Uygulamaları" Mart 2021'de yayınlanmıştır.[11] Bununla ilişkili olarak, çok bileşenli ulusal önlem paketi (DEMET) uygulamaları iyileştirme stratejisi Temmuz 2025'de yayınlanmıştır.[12]



Şekil 1. Sentinel İnfluenza Benzeri Hastalık sürveyansının yürütüldüğü iller, 2025

Tablo 1. Sentinel Ağır Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları sürveyansının yürütüldüğü hastaneler, 2025

Adana Seyhan Devlet Hastanesi	İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	SBÜ İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
SBÜ Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi	SBÜ İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Erzurum Şehir Hastanesi	Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Eskişehir Şehir Hastanesi	SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi	

Ekstrakorporeal Membran Oksijenizasyonu (ECMO) Uygulamalarında Enfeksiyon Önleme ve Kontrol Kılavuzu Kasım 2021'de yayınlanmıştır.[13]

Yataklı tedavi kurumlarında yürütülen sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar (SHİE) sürveyansı için standart oluşturmak amacıyla, Ulusal Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Standartları 2024'de[14] CDC rehberinden uyarlanarak oluşturulan Ulusal Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Tanı Rehberi Nisan 2025'de yayınlanmıştır.[15]

Son yıllarda Ventilatör ile İlişkili Olay (VİO) sürveyansı kapsamında yalnızca ventilatör ile ilişkili pnömoniler değil, ventilatör kullanımına bağlı istenmeyen olayların da takibi sağlanabilmektedir. VİO sürveyansının yürütülmesinde enfeksiyon kontrol ekiplerine yol gösterici bir Türkçe kaynak olması amacıyla VİO rehberi Şubat 2025'de yayınlanmıştır.[16]

Cerrahi Alan Enfeksiyonu (CAE), gelişen cerrahi teknolojiler ve cerrahi sonrası hastanede kalış süresinin giderek azalmasıyla Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyon (SHİE) sürveyansı içinde kendine farklı bir yer bulmuştur. CAE gelişen hastaların tespit edilmesi için genellikle birden fazla sürveyans yönteminin birlikte kullanılması ve taburculuk sonrası CAE'lerin takip edilmesi önemlidir. Ulusal SHİE Sürveyans Standartları'na uygun olarak CAE rehberi Nisan 2025'de yayınlanmıştır.[17]

ABD Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından hazırlanmış dökümanlar adapte edilerek "Sağlık Hizmetlerinde Candida Auris" rehberi Mayıs 2025'de yayınlanmıştır.[18] Yoğun bakım ünitelerinde antibiyotik kullanım sürveyansını standardize edecek bir başka rehber Mart 2025'de yayınlanmıştır.[19]

2.3. Sürveyans Sistemleri

Sağlık kurumlarınca kullanılmakta olan sağlık bilgi yönetim sistemlerinde (HBYS, AHBS ve MBYS) bulaşıcı hastalık bildirim ekranının açılmasını ve bildirim zorunluluğunu başlatan Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar ICD-10 tanı kodları listesi 02.07.2025 tarihi itibariyle güncellenmiştir. Yapılan son güncelleme ile B04 Mpox: ismi değişmiş (eski ismi Maymun Çiçeği [Monkeypox]), A55 Klamidyal Lenfogranüloma (Ve-

nereum) eklenmiş, U06.1 Konjenital Zika virüs hastalığı çıkarılmış, P35.4 Konjenital Zika virüs hastalığı eklenmiş, U06 Zika virüs hastalığı çıkarılmış, A92.5 Zika virüs hastalığı eklenmiş, U06.9 Zika virüs hastalığı, tanımlanmamış: çıkarılmıştır.[20]

Bununla birlikte alınan bilgilere göre Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) taşra teşkilatı ve hastane sürveyans birimleri tarafından, bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık vakalarına yönelik yürütülen tüm çalışmaların (filyasyon, vaka incelemesi, temaslı takibi, vb.), raporların ve sağlık tehditlerinin erkenden saptanmasına yönelik uyarı ve analiz sonuçlarının elektronik ortamda izlenebilmesi amacıyla 2019 yılında kullanılmaya başlanan Bulaşıcı Hastalık Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi'nin (Tüberküloz) güncelleme çalışmalarının başlamıştır. İZCİ Versiyon-2 adı verilen güncelleme çalışması, sadece İZCİ yazılımının bir güncellemesi olmayıp Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansının Güçlendirilmesi Projesi kapsamında, bulaşıcı hastalık sürveyansında kullanılan tüm sistemlerin tek çatı altında toplanması, zamanın ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde ve güncel teknolojiye uygun olarak sistemlerin yeniden yazılım sürecidir. Bu kapsamlı çalışma sonuçlandığında bulaşıcı hastalıkların sürveyansı tek bir sistem üzerinden hızlı ve güncel bir biçimde ilerleyecektir.

2.4. M-Çiçeği Hastalığı

Yeni eklenen hastalık sürveyansı açısından M-Pox hastalığına ilişkin gelişmeler yaşanmıştır. M-Çiçeği, Poxviridae ailesindeki Orthopoxvirus cinsinin bir üyesi olan M-Çiçeği virüsünün (MPox) neden olduğu bir hastalıktır. M-Çiçeği, Orta ve Batı Afrika'da, genellikle tropikal yağmur ormanlarına yakın kırsal alanlarda görülmekte iken, son yıllarda Afrika'da kentsel alanlardan da vaka bildirimleri olmaya başlamıştır. 2022 yılında dünya genelinde 110 ülkeden 83.000'den fazla, Türkiye'den ise 12 M-Çiçeği vakası bildirilmiştir. Bu ülkelerin çoğunda ilk kez M-Çiçeği görülmüştür. Bunun üzerine Temmuz 2022'de DSÖ tarafından Halk Sağlığını Tehdit Eden Acil Durum ilanı yapılmıştır. Vaka sayısının Nisan 2023'ten itibaren azalması üzerine Mayıs 2023'de bu durum sonlandırılmıştır. Bu dönemdeki vakaların bulaş yolu, korunmasız cinsel ilişki olarak tanımlanmıştır. M-Çiçeğinin 2022 öncesi endemik olarak görüldüğü ülkelerde virüsün yayılmasında rolü olan hayvan konakları, kemirgenler ve primatlardır. Eylül 2023'ten itibaren Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nde başlayarak sonrasında komşu ülkeler olan Kongo Cumhuriyeti, Ruanda ve Gine'den ve 2024 yılı itibariyle Nijerya'dan vaka bildirimlerinde artış görülmüştür.[21]

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022'de yayınladığı Versiyon-1 M-Çiçeği (MPOX) Rehberi'ni 17 Ağustos 2024'de Versiyon-2 olarak güncellemiştir. Bu rehberde etkenin mikrobiyolojisi, doğal konağı, salgınlar, bulaşma yolu, belirti ve bulgular, vaka tanımları, olası ve kesin vakada yapılması gerekenler, vaka temaslısına yapılması gerekenler, tanı, tedavi, aşı örnek toplama ve saklama, M-çiçeği hastalığı vaka bildirim formu gibi bölümler bulunmaktadır.[21]

2.5. Viral Hepatitler

Viral hepatitlere yönelik olarak 2018 yılında yayımlanmış olan Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı kapsamında, sürveyansın niteliğinin artırılması amacıyla 2020 yılında Viral Hepatitler Eğitimci Rehberi yayınlanmıştır. Bu rehber ile viral hepatitler alanında çalışan sağlık profesyonellerinin, viral hepatitlerle etkin mücadelenin başarılı bir şekilde sürdürülebilmesi için başta risk altındaki kişiler olmak üzere tüm toplumun viral hepatitler hakkında farkındalığının artırılması, hastalığın erken tespiti ve hastaların tedaviye yönlendirilmesi ile siroz ve kanser gibi komplikasyonların gelişiminin önlenmesi için yürütülmesi gereken çalışmalar konusunda temel eğitimini güncellemek ve standart hale getirmek amaçlanmıştır.[22]

2.6. Batı Nil Virüsü Enfeksiyonu

Ülkemizde bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar içerisinde yer alan Batı Nil Virüsü Enfeksiyonunun bildirim ve sürveyansı "Bulaşıcı Hastalıklar ile Mücadele Rehberi"ne göre yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı, zoonotik hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde "Tek Sağlık" anlayışını benimseyen bakış açısıyla Tarım ve Orman Bakanlığı ile beraber Türkiye Zoonotik Hastalıklar Milli Komitesini kurmuş, 2019 yılında Türkiye Zoonotik Hastalıklar Eylem Planı (2019-2023)'ü hazırlamıştır. Bu planda Batı Nil Virüsü Enfeksiyonunun önlenmesi ve kontrolüne yönelik hedef, strateji ve aktiviteleri belirlenmiş ve 2022 yılında Batı Nil Virüsü Enfeksiyonu Vaka Yönetim Rehberi, insan ve hayvan sağlığı için saha çalışanlarına temel kaynak oluşturması amacıyla yayınlanmıştır.[23] Bu rehberin yakın zamanda güncelleneceği bildirilmiştir.

2.7. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi

Ülkemizde bildirimi zorunlu bir hastalık olan Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, 2002 yılından bu yana takip edilmektedir. KKKA vakalarının bildiriminde ve izleminde 2011 yılından itibaren web tabanlı KKKA Bilgi Sistemi kullanılmaktadır. Sürveyansın tüm yönleriyle ele alındığı Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Vaka Yönetim Rehberi 2025 yılında yayınlanmıştır.[24]

2.8. Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE) Genelgesi

Aşı ile önlenebilir hastalıklarda aşı sonrası istenmeyen etkilerin sürveyansı ile ilgili olarak 13.03.2009 tarihli ve 2009/17-7943 sayılı Daimi Genelge yürürlükten kaldırılarak güncel genelge 2023/03 Nolu ASİE Genelgesi olarak 02.02.2023 tarihinde yayınlanmıştır.[25] Yeni genelge ile Mart 2009 tarihinden sonra Çocukluk Dönemi Ulusal Aşı Takvimine eklenen Hepatit A ve Suçiçeği aşılarının uygulaması sonrasında beklenen istenmeyen etkiler ASİE İzleme Sistemi kapsamına alınmış, ayrıca ASİE vaka sınıflamasında uluslararası güncel rehberlere uygun olarak bazı değişiklikler yapılmıştır. 2023 Genelgesi ile bildirimi gereken ASİE'ler listesi güncellenmiş; lokal reaksiyon, lenfadenit, abse gibi belirli süreli reaksiyonlar sınıflandırılmıştır. Yeni genelgede yıllık raporların içeriği, ASİE sayısı, antijene göre dağılım, nedenlere göre dağılımı gibi ayrıntılı olarak belirtilmekte, verilerin TİTCK ile paylaşılarak farmakovijilans entegrasyonunun yapılacağı bildirilmektedir. Ciddi vakalar için bildirim süresi 24 saat ile sınırlandırılmış ve TİTCK'ya bildirim koşulu eklenmiştir. Sağlık personelinin eğitimi, hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, il düzeyinde uygulamaların izlemi ve denetimi konularını vurgulamaktadır. Genelge ekinde bulunan bildirim ve inceleme formları da güncellenmiştir.

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ulusal Pandemi Hazırlık Planı. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Ulusal_Pandemi_Hazirlik_Plani.pdf. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
2. World Health Organization Europe. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Bilgilendirme Platformu. https://covid19.saglik.gov.tr/. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
4. Resmi Gazete. 22 Nisan 2020 Çarşamba, Sayı: 31107. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/04/20200422-7.htm. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
5. Demirbilek Y, Pehlivantürk G, Özgüler ZÖ, Meşe EA (2020). COVID-19 outbreak control, example of ministry of health of Turkey. Turkish Journal of Medical Sciences 50 (9): 489-494. https://doi.org/10.3906/sag-2004-187
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. "Deprem Sonrası Sürveyans" konulu 14.02.2023 tarihli ve 209359474 sayılı yazı.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. "Tahliye Edilen Depremzedeler" konulu 16.02.2023 tarihli ve 209548353 sayılı yazı.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. "Halk Sağlığı Acil Müdahale Ekipleri Kurulması" konulu 07.02.2025 tarihli ve 267871437 sayılı yazı.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Haftalık İnfluenza (Grip) Sürveyans Raporu 2020/9. hafta. https://grip.saglik.gov.tr/depo/influenza-raporu/2020/Haftalk_nfluenzaGrip_Srveyans_Raporu_2020_9._hafta.pdf. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Haftalık Solunum Yolu Virüsleri Sürveyans Raporu 2025/33. Hafta. https://grip.saglik.gov.tr/depo/influenza-raporu/2025/Haftalik_Solunum_Yolu_Virusleri_Surveyans_Raporu_2025_33._Hafta.pdf. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyonlar Ulusal Önlem Paketi Uygulamaları. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/bulasici-hastaliklar-ve-erken-uyari-db/Dokumanlar/Rehberler/20210812113945_SAGLIK_HIZMETI_ILE_ILISKILI_ENFEKSIYONLAR___ULUSAL_ONLEM_PAKETI_UYGULAMALARI_7.pdf. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Çok Bileşenli Ulusal Önlem Paketi (DEMET) Uygulamaları İyileştirme Stratejisi. https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/07/14/Cok-bilesenli-ulusal-Onlem-paketi-demet-uygulamalari-Iyilestirme-stratejisi.pdf. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ekstrakorporeal Membran Oksijenizasyonu (ECMO) Uygulamalarında Enfeksiyon Önleme ve Kontrol Kılavuzu. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/bulasici-hastaliklar-ve-erken-uyari-db/Dokumanlar/Rehberler/20211109163159_ECMO_3.pdf. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ulusal Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Standartları. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/bulasici-hastaliklar-ve-erken-uyari-db/Dokumanlar/Rehberler/Ulusal_Saglik_Hizmeti_ile_Iliskili_Efeksiyonlar_Surveyans_Standartlari_2024.pdf. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ulusal Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Tanı Rehberi. https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/04/30/ulusal-shIe-surveyans-tani-rehberi.pdf. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ventilatör ile İlişkili Olay (VİO) Kılavuzu. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/bulasici-hastaliklar-ve-erken-uyari-db/Dokumanlar/Rehberler/Ventilator_ile_Iliskili_Olay_KIlavuzu_2025.pdf. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
17. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Cerrahi Alan Enfeksiyonu Rehberi. https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/06/17/ek_cerrahi-alan-enfeksiyonu-rehberi.pdf. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
18. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Sağlık Hizmetlerinde Candida Auris Rehberi. https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/05/14/saGlik-hIzmetlerInde-c.auris.pdf. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
19. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Yoğun Bakım Ünitelerinde Antibiyotik Kullanım

Sürveyans Rehberi. https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/03/20/antibiyotik-kullaniminin-izlenmesi-19.03.2025.pdf

20. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar ICD-10 Tanı Kodları Listesi Güncellendi. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-12/bildirimi-zorunlu-bulasici-hastaliklar-icd-10-tani-kodlari-listesi-guncellendi.html. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. M-Çiçeği (MPOX) Rehberi. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/Mpox-Rehberi.pdf. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Viral Hepatitler Eğitimci Rehberi. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/bulasici-hastaliklar-ve-erken-uyari-db/Dokumanlar/Rehberler/viral_hepatitler_egitimci_rehberi.pdf. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
23. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Batı Nil Virüsü Enfeksiyonu Vaka Yönetim Rehberi. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/BNV_Rehberi.pdf. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Vaka Yönetim Rehberi. https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/05/21/kirim-kongo-kanamali-atesi-vaka-yonetim-rehberi.pdf. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025
25. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE) Genelgesi. 1. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/asi-ile-onlenebilir-hastaliklar-db/dokumanlar/AASIE/ASIE_GENELGE_2023.pdf. Erişim tarihi: 1 Ekim 2025

Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu

Muzaffer Eskiocak, Bahar Marangoz

Türkiye'de bağışıklama hizmetlerinin durumu çalışması ilk haliyle 2012 yılında Toplum ve Hekim'de yayınlandı.[1] Ardından 2019'da genişletilerek[2] ve güncellenerek[3] 2021'de yayınlandı. Bu çalışma metodolojiye sadık kalarak, işlenen verilerde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması bulgularının eksikliğini hissederek yapıldı. Yakın geçmişte bağışıklama verilerinin paylaşım araçları karşılaştırılarak geliştirildi.

1. Ulusal Aşılama Programında Hedeflenen Hastalıklar ve Aşı Takvimi

Ulusal aşı takviminde yer alacak aşıların, Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) Dünya'daki tüm çocuklara önerdiği aşılarla, ülkedeki aşı ile önlenebilir hastalıklar epidemiyolojisi, demografik yapısı ve göç nedeniyle yaşanan nüfus hareketliliğiyle belirlenir. Takvimde yer alış, aşıya erişimi kolaylaştırır, aşı sağlama maliyetini düşürür (**Tablo 1-6**).

Aşı sağlamanın ulusal takvime göre toplu alım ile gerçekleşmesi, aşı lojistiğinde aksamaları önleyici olduğu gibi, üreticiden alımda daha ekonomiktir. Soğuk zincir açısından daha güvenlidir.

Tablo 1. Dünya Sağlık Örgütü'nün tüm aşılama programları için aşı önerileri [4, 5]

DSÖ	Türkiye Ulusal Aşı Takvim	Değerlendirme
BCG	BCG	
Boğmaca	Boğmaca	
Difteri	Difteri	
Tetanos	Tetanos	
Kızamık	Kızamık	
Kızamıkçık	Kızamıkçık	
Çocuk Felci	Çocuk Felci	
Hepatit B	Hepatit B	
Hib	Hib	
Pnömokok	Pnömokok	
HPV	Takvimde yer almıyor	2030 Servikal kanser eliminasyonu hedefinin gerçekleşmesi için 9-14yaş kız çocuklarında % 90 aşılama hedefine karşın henüz uygulanmaya başlanmadı. Parası olanlar ve/veya riskin farkında olup kimi belediyelerden aşı sağlayanlar korunabilirken, yüksek ücreti nedeniyle yoksullar için eşitsizliği derinleştirici bir politik tercih. Ulusal takvime eklenmesi gerekir.
Rotavirüs	Takvimde yer almıyor	Morbidite ve mortalitesi yoksullar için önem taşırken, yüksek maliyet nedeniyle erişilemediği için eşitsizliği derinleştirici bir politik tercih. Ulusal takvime eklenmesi gerekir.
Takvimde yer almıyor	Su çiçeği	Yüksek aşılama oranına (> % 80) erişim ve sürdürme koşuluyla öneriliyor.
Takvimde yer almıyor	Kabakulak	Yüksek aşılama oranına erişim ve sürdürme koşuluyla Kızamık, Kızamıkçık aşılarıyla kombine edilerek uygulanması öneriliyor.
Takvimde yer almıyor	Hepatit A	Epidemiyolojik veriler doğrultusunda karar verilmesi önerilir.

Tablo 2. Dünya Sağlık Örgütü'nün risk grupları için aşı önerileri [4,5]

Risk grubu aşılaması DSÖ	Türkiye Ulusal Aşı Takvim	Değerlendirme
Grip	Grip	Risk gruplarına, Yaşlılara, Gebelere reçete edilerek uygulamada. Aşı lojistiğinin Çocuk aşılamasıyla karakterize oluştan Yaşamboyu aşılamaya evrilmesine katkı sağlayacaktır. Aşılama verilerinin paylaşılması gerekiyor.
Pnömokok	Pnömokok	Risk gruplarına reçete edilerek uygulamada. Aşı lojistiğinin Çocuk aşılamasıyla karakterize oluştan Yaşamboyu aşılamaya evrilmesine katkı sağlayacaktır. Aşılama verilerinin paylaşılması gerekiyor
Boğmaca (TdAB)	Boğmaca (TdAB)	Boğmaca morbiditesi ve mortalitesi durumunda gebelere 2. ya da 3. Trimesterde; doğumdan en az 15 gün önce uygulanmalıdır. 2025'te uygulama başladı. Aşılama oranlarının paylaşılması gerekiyor.
Menenjit	Takvimde yer almıyor	Morbidite ve mortalitesi önem taşırken, yüksek maliyet nedeniyle erişilemediği için eşitsizliği derinleştirici bir politik tercih. Ulusal takvime eklenmesi gerekir.

Tablo 3. Ülkemiz için önerilen rutin aşı şeması ve kayıt [5]

ZAMAN	İŞLEM /AŞI	KAYIT
Doğum sonrası	Hepatit B Anne HbsAg taşıyıcısı ise ya da durumu bilinmiyorsa ilk 12 saate, taşıyıcı değilse ilk 72 saate yap	AHBS, Aşı Kartı
Hepatit B doğum dozundan 1 ay sonra	Hepatit B Anne HbsAg taşıyıcısı ise yap	AHBS, Aşı Kartı
2 ay dolunca	Altılı Aşı, KPA, BCG yap	AHBS, Aşı Kartı
4 ay dolunca	Altılı Aşı, KPA yap	AHBS, Aşı Kartı
6 ay dolunca	Altılı Aşı, OPV	AHBS, Aşı Kartı
9 ay dolunca*	Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak	AHBS, Aşı Kartı
12 ay dolunca	Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, KPA, Suçiçeği yap	AHBS, Aşı Kartı
18 ay dolunca	Altılı Aşı, Hepatit A, OPV yap	AHBS, Aşı Kartı
24 ay dolunca	Hepatit A yap	AHBS, Aşı Kartı
48 ay dolunca	DTaB-IPV, KKK2 yap	AHBS, Aşı Kartı
13 yaş dolunca	Td yap	AHBS, Aşı Kartı
Son Td dozundan sonra 10 yıl arayla yaşamboyu	Td yap	AHBS, Aşı Kartı

*1 yaşından önce yapılan KKK aşısı aşı takvimindeki KKK aşılamasının yerine geçmez. Bir yaş tamamlandığında, aralarında en az 1 ay olmak üzere takvimdeki KKK1 yapılmalıdır.

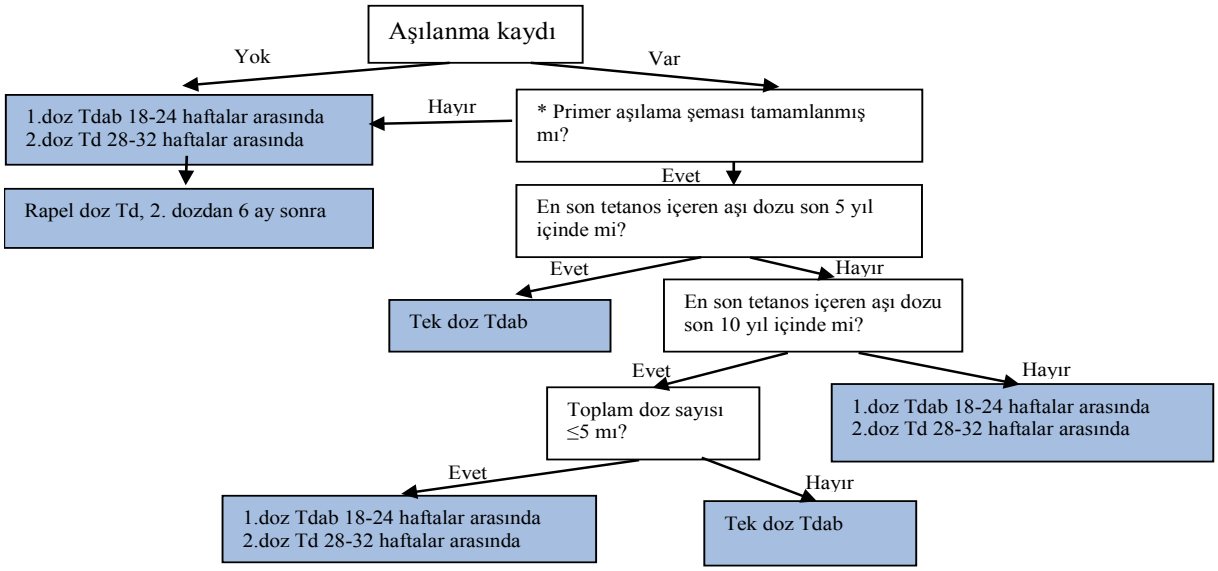
Altılı Aşı: Difteri-Boğmaca-Tetanos-Hemofilus inf b, İnaktif Polio ve Hep B Karma aşısı **OPV :** Oral Polio Aşısı **BCG:** Verem Aşısı **Hep B**: Hepatit B aşısı **KPA:** Konjuge Pnomokok Aşısı **Td:** Erişkin tipi difteri Tetanos aşısı

Tablo 4. Geçmişte aşılanmış gebelere / kadınlara Td uygulama şeması [6,7]

Son aşılama yaşı	Önceki aşı durumu	İlk temas ya da gebelikte* yap	En az 1 yıl sonra yap
Bebeklik	3 doz Tetanos içeren aşı	2 doz Td**	1 doz Td
12-48 ay	4 doz Tetanos içeren aşı	1 doz Td	1 doz Td
48 ay	5 doz Tetanos içeren aşı	1 doz Td	Yok
13 yaş	6 doz Tetanos içeren aşı	1 doz TdAB	Yok

*Gebelikte 1 doz TdAB şeklinde uygulamalı.

**1 ay ara ile (biri doz TdAB şeklinde uygulamalı)



Şekil 1. Gebelik Dönemi Tetanos-Difteri Aşılama Şeması, Sağlık Bakanlığı, 2 Nisan 2025 itibarıyla [8]

Tablo 5. Yaralanma durumunda tetanos proflaksisi [9]

Bağışıklama Durumu	Temiz ve minör yaralanma		Tüm diğer yaralanmalar	
Bilinmiyor veya < 3 doz	Altılı aşı, DTaB-IPA, TdaB, ya da Td, TT	TIG	Altılı aşı, DTaB-IPA, TdaB, ya da Td, TT	TIG
	Evet	Hayır	Evet	Evet
≥ 3 doz	Son dozdan sonra ≥10 yıl geçmişse 1 doz	Hayır	Son dozdan sonra ≥5 yıl geçmişse	Hayır

Tablo 6. Çocukluk çağı aşı takvimi maliyeti, Türkiye, Ekim 2025

		Sağlık Bakanlığı temini		Eczane temini
Aşı	Doz Sayısı	Birim Doz Fiyatı	Toplam	Birim Doz Fiyatı
Hepatit B	1	34,54 ₺	34,54 ₺	556,55₺
BCG	1	14,14 ₺	14,14 ₺	Piyasada yok
6'li Karma	4	742,50 ₺	2970 ₺	Piyasada yok
KPA	3	511,50 ₺	1534,5 ₺	1969 ₺
KKK	3	244,31₺	732,93 ₺	Piyasada yok
4'lü karma	1	475,2 ₺	475,2 ₺	Piyasada yok
OPA	2	6,499 ₺	12,98 ₺	Piyasada yok
Td	1	62,53 ₺	62,53 ₺	113,62 ₺
Hepatit A	2	447,68 ₺	895,36 ₺	902,83₺
Suçiçeği	1	585,80 ₺	585,80 ₺	Piyasada yok
Toplam (₺)			7137.98	
Toplam ($)			175.66	

1USA$: 41.66 (06.10.2025)

2. Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinde Veri Kaydı ve Paylaşımı

Ülkemizde aşılama ve aşı ile önlenebilir hastalıklarla ilgili veri/bilgi paylaşımı gittikçe daha kısıtlanmakta, kanıta dayalı politika geliştirme ve değerlendirmeden uzaklaştırmaktadır. Aşağıda Sağlıkta dönüşümün bağışıklama hizmetlerine yansıması öncesinden bu yana veri paylaşımında yer alan değişkenler sunulmuştur ((**Tablo 7**).

Tablo 7. Türkiye'de bağışıklama hizmetlerinde veri kaydı ve paylaşımı [10,11,12,13]

	Sağlık Bakanlığı			
Sürveyans Değişkeni	**TSH yıllığı (1990-1999)**	**SİY (2023)**	**TNSA (2018)**	**DSÖ (2025)**
Hedef Nüfus				
Yapılan doz sayısı				
Türkiye geneli				
Bölgelere dağılım				
İBBS1				
İllere göre dağılım				
Aşılama oranları				
Hep B1				
Hep B2				
Hep B3				
BCG				
DBT1				
DBT2				
DBT3				
DBTR/OPVR				
OPV1				
OPV2				
OPV3				
DabT-IPA-Hib1				
IPA 2				
DabT-IPA-Hib3				
DabT-IPA-HibR				
DT/DaBT-IPA okul/ 4 yaş				
TT/Td okul/13 yaş				
TT/Td erişkin rapel				
KPA1				
KPA3/R				
OPA1				
OPA2				
Kızamık <12 ay				
KKK1				
KKK2				
Su çiçeği				
Hep A1				
TT (Td)1 gebe				
TT (Td) 2 gebe				
PAB				
Grip Gebe				
Grip SÇ				
Grip Yaşlı				
Td yaşlı				
Pnömokok yaşlı				

Tablo 7. Türkiye'de bağışıklama hizmetlerinde veri kaydı ve paylaşımı [10,11,12,13] (devamı)

	Sağlık Bakanlığı			
Sürveyans Değişkeni	**TSH yıllığı (1990-1999)**	**SİY (2023)**	**TNSA (2018)**	**DSÖ (2025)**
Pnömokok RG				
HPV				
Rotavirüs				
Meningokok				
DBT1-DBT3 Devamsızlık				
DBT1-Kızamık Devamsızlık				
OPV Mop-Up				
Kızamık salgın kontrol aşılamaları				

Paylaşım var | Paylaşım yok | Uygun değil

3. Türkiye'de Aşılanma Durumu

3.1. DSÖ Kaynaklarına Göre Aşılanma Durumu

DSÖ ülkelerin aşılanma oranlarını düzenli olarak izlemekte ve sunulan verileri paylaşmaktadır. Paylaşımı, resmi bildirim, uygulayıcı anketleri, TNSA gibi ülkeyi temsil edici araştırmalar ve oran hesaplamasında kullanılan paydayı gözeterek DSÖ/UNICEF tahmini başlıklarıyla sunmaktadır. Bu oranları sunarken de sunulan verilerin **güvenilirlik düzeylerine yönelik bir değerlendirme** yapmaktadır. Aşağıda (**Tablo 8-18**) Türkiye için son 6 yılın aşılanma oranları ve güvenirlik düzeyleri sunulmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü'nün bağışıklama ile ilgili ülke istatistiklerinden derlenmiş aşılama için güvenirlik düzeyine ilişkin açıklama: "DSÖ ve UNICEF ulusal bağışıklama kapsamı tahminleri çeşitlilik gösteren verilere ve bilgilere dayanmaktadır ve bazı durumlarda kalitesi bilinmemektedir. 2011 revizyonuyla başlayarak bu tahminlerin güven düzeyini (Grade of Confidence, GoC) tanımlıyoruz. Tahminlerin dayandığı belli başlı bir olasılık modeli olmadığı için güven aralığı gibi klasik ölçütleri sunamıyoruz. Dahası kapsamın kesinliği ve akla yatkınlığına ilişkin subjektif tahminlerde bulunmamayı tercih ettik. GoC tahminlerin dayandığı ampirik doğrulamanın derecesini yansıtmaktadır. Bu, ulusal makamlarca bildirilen verilerin kalitesine dair bir yargılama değildir.

****Tahmin, şu kaynaklarla iyi derecede desteklenir: [R+]* Reported = *bildirilen (idari) veriler, [D+]* Denominator = *Birleşmiş Milletler Nüfus Bölümü'nden alınan bağımsız payda ile yeniden hesaplama, [S+]* Survey = *son 2 yıl içinde en az bir destekleyici anket (Demografi ve Sağlık Araştırmaları/Çok Göstergeli Küme Araştırmaları vb.). İyi desteklenmiş olsa da tahminin yanlış olma riski tamamen ortadan kalkmış değildir.*

*** Tahmin, en az bir veri kaynağı tarafından desteklenir; [R +], [S +] veya [D +]; ve veri kaynağı yoktur, [R-], [D-] veya [S-], tahmin zorlaşmaktadır.*

** Doğrudan destekleyen veri yoktur; veya en az bir kaynaktan gelen veriler vardır; [R-], [D-], [S-]; Tahmin zorlaşmaktadır."*

Sunulan tablolarda yer alan aşılama oranlarının bildirilen düzeylerinin güvenirliğinin en düşük düzeyde oluşu önemsenmelidir. Bu oranların, 2020'deki COVID-19 salgını, 2023'teki Şubat depremleri ve sürekli yakınma konusu olarak tartışılan aşı kararsızlığı- aşı karşıtlığı- Aile hekimliği çalışanlarına negatif performans bağlamında değerlendirilmesi önerilir.[14]

BCG aşılamasında güvenilirlik düzeyindeki dramatik gerileme ve 2024 için verinin yalnızca DSÖ-UNICEF tahmini olması dikkat çekicidir.

DBT1 aşılamasında güvenilirlik düzeyindeki dramatik düşüklük dikkat çekicidir.

Ülkemizde Hepatit B aşısı 1998 yılından itibaren doğumda, 1. ve 6. aylarda uygulanmaktaydı. 2025 yılı Nisan ayı itibariyle doğum dozu haricindeki dozlar Altılı Karma Aşısı (Difteri-Boğmaca-Tetanos-Hemofilus inf b, İnaktif Polio, Hepatit B) olarak uygulanmaktadır.

Tablo 8. Türkiye'de BCG aşılama oranları [13, 14]

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DSÖ-UNICEF tahmini	96	96	95	98	96	96
Resmi bildirim	96	96	95	98	96	-
Aşı Uygulayıcı Anketi	96	96	95	98	96	-
Survey/TNSA	-	-	-	-	-	-
Tahmini GoC	***	**	**	**	*	*

Tablo 9. Türkiye'de DBT1 aşılama oranları [13, 14]

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DSÖ-UNICEF tahmini	99	98	95	99	99	99
Resmi bildirim	96	96	95	98	96	-
Aşı Uygulayıcı Anketi	96	99	95	98	-	-
Survey/TNSA	-	-	-	-	-	-
Tahmini GoC	*	*	**	*	*	*

Ülkemizde DBT aşısı 2007 yılından itibaren Beşli Karma Aşısı (Difteri-Boğmaca-Tetanos-Hemofilus inf b, İnaktif Polio), 2025 yılı itibariyle Altılı Karma Aşısı (Difteri-Boğmaca-Tetanos-Hemofilus inf b, İnaktif Polio, Hepatit B) olarak uygulanmaktadır.

Tablo 10. Türkiye'de DBT3 aşılama oranları [13, 14]

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DSÖ-UNICEF tahmini	99	98	95	99	99	99
Resmi bildirim	99	98	95	100	99	-
Aşı Uygulayıcı Anketi	99	98	95	100	99	-
Survey/TNSA	-	-	-	-	-	-
Tahmini GoC	*	**	**	**	**	*

Ülkemizde DBT aşısı 2007 yılından itibaren Beşli Karma Aşısı (Difteri-Boğmaca-Tetanos-Hemofilus inf b, İnaktif Polio), 2025 yılı itibariyle Altılı Karma Aşısı (Difteri-Boğmaca-Tetanos-Hemofilus inf b, İnaktif Polio, Hepatit B) olarak uygulanmaktadır.

Tablo 11. Türkiye'de Polio3 aşılama oranları [13, 14]

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DSÖ-UNICEF tahmini	99	98	95	99	99	99
Resmi bildirim	99	98	95	100	-	-
Aşı Uygulayıcı Anketi	99	98	95	100	-	-
Survey/TNSA	-	-	-	-	-	-
Tahmini GoC	**	**	**	**	*	*

Tablo 12. Türkiye'de Kızamık 1. doz içeren aşı aşılama oranları [13, 14]

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DSÖ-UNICEF tahmini	97	95	96	95	95	95
Resmi bildirim	97	95	96	95	95	-
Aşı Uygulayıcı Anketi	97	95	96	95	95	-
Survey/TNSA	-	-	-	-	-	-
Tahmini GoC	**	**	**	**	**	*

Tablo 13. Türkiye'de Kızamık 2. doz içeren aşı aşılama oranları [13, 14]

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DSÖ-UNICEF tahmini	88	93	93	94	94	94
Resmi bildirim	88	93	93	94	94	-
Aşı Uygulayıcı Anketi	88	93	93	94	94	-
Survey/TNSA	-	-	-	-	-	-
Tahmini GoC	**	*	*	*	**	*

Tablo 14. Türkiye'de Hepatit B doğum dozu aşılama oranları [13, 14]

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DSÖ-UNICEF tahmini	99	99	99	99	99	99
Resmi bildirim	-	-	-	-	-	-
Aşı Uygulayıcı Anketi	-	-	-	-	-	-
Survey/TNSA	-	-	-	-	-	-
Tahmini GoC	*	*	*	*	*	*

Tablo 15. Türkiye'de Hepatit B3 aşılama oranları [13, 14]

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DSÖ-UNICEF tahmini	99	98	96	99	99	99
Resmi bildirim	99	98	96	99	99	-
Aşı Uygulayıcı Anketi	99	98	96	99	99	-
Survey/TNSA	-	-	-	-	-	-
Tahmini GoC	***	**	**	**	**	*

Tablo 16. Türkiye'de Hemofilus İnfluenza B3 aşılama oranları [13, 14]

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DSÖ-UNICEF tahmini	99	98	95	99	99	99
Resmi bildirim	99	98	95	100	99	-
Aşı Uygulayıcı Anketi	99	98	95	100	99	-
Survey/TNSA	-	-	-	-	-	-
Tahmini GoC	*	**	**	**	**	*

Tablo 17. Türkiye'de Pnömokok içeren aşı 3. doz aşılama oranları [13, 14]

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DSÖ-UNICEF tahmini	97	95	96	95	95	95
Resmi bildirim	97	95	96	95	95	-
Aşı Uygulayıcı Anketi	97	95	96	95	95	-
Survey/TNSA	-	-	-	-	-	-
Tahmini GoC	***	**	**	**	**	*

Tablo 18. Türkiye'de TT2+/Td2+ aşılama ve yenidoğan tetanozuna karşı korunmuş olarak doğan bebek oranları [15]

TT2+/Td2+	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Aşı Uygulayıcı Anketi	67	67	69	68	-	-
Resmi bildirim	53	67	69	6%	-	-
Yenidoğan tetanosuna karşı korunmuş olarak doğan PAB	95	95	97	97	97	97

3.1.1. Toplum Bağışıklığı İzlemi ve İllere Göre Aşılanma Durumu

Sağlık Bakanlığının yayınlamadığı illere göre aşılama verilerinin toplum bağışıklığı için kritik düzeylerini gösteren haritalar, DSÖ Avrupa Bölgesinin "Routine immunization summary— WHO European Region, 2023" dokümanından Türkiye haritası büyütülerek aşağıda sunulmuştur:[17]

Orta Anadolu ve Karadeniz bölgelerinde % 95'ten düşük aşılama oranlı iller ve % 80-89 arasında aşılama oranı olan bir il görülmektedir.

Anadolu'da yaygın bir biçimde % 95'ten düşük aşılama oranlı iller ve % 80-89 arasında aşılama oranı olan 9 il görülmektedir. Şubat depremlerinin yıkıcı etkilerinin göz önüne alınarak değerlendirme önerilir.

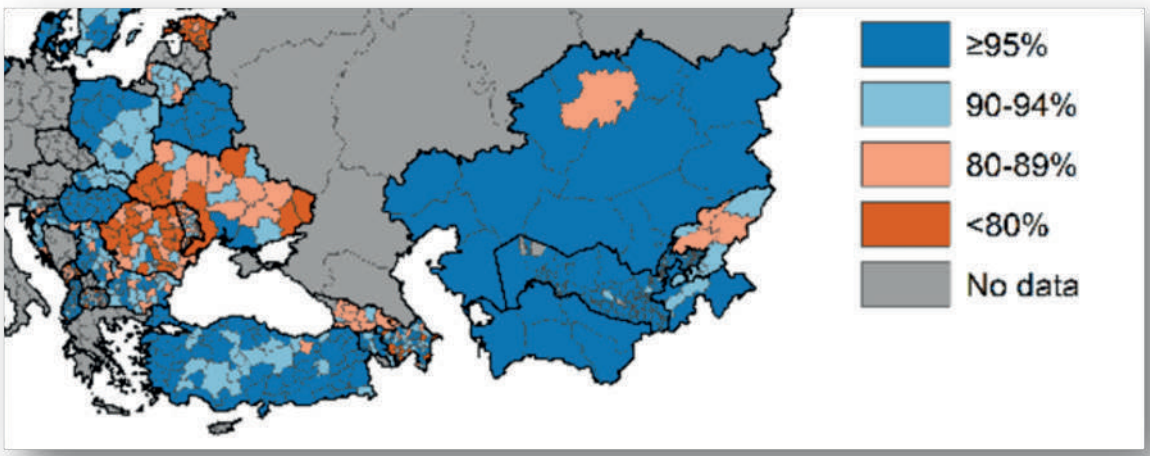
Anadolu'da yaygın bir biçimde % 95'ten düşük aşılama oranlı iller ve % 80-89 arasında aşılama oranı olan çok sayıda il görülmektedir. Şubat depremlerinin yıkıcı etkilerinin göz önüne alınarak değerlendirme önerilir.

3.2. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na Göre Aşılanma Durumu

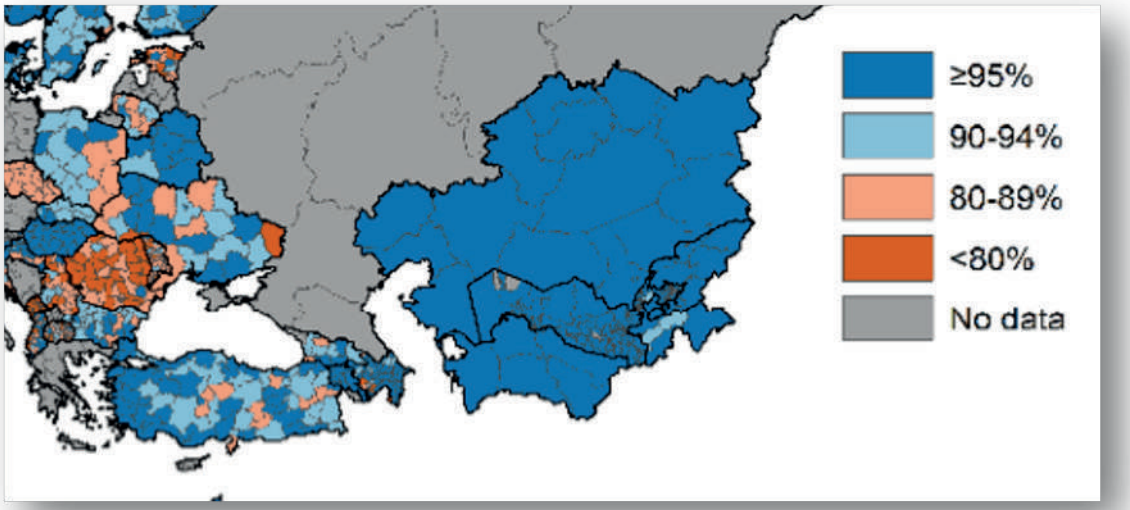
Hacettepe Nüfus Etüdleri Enstitüsünün Nüfus ve Sağlık alanında farklı temalarla yürüttüğü araştırmalarının 6.sı olarak başlayan Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının 11.si olması beklenen TNSA 2023 yapılmamıştır ya da raporu paylaşılmamıştır.[18] TNSA'larının uyguladığı metodoloji ve işlev, John Hopkins Center for Communication Program tarafından *"Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (DHS) Programı, dünya çapında 90'dan fazla ülkede doğurganlık, aile planlaması, anne ve çocuk sağlığı, cinsiyet, HIV/AIDS, sıtma ve beslenme konularında doğru ve ulusal düzeyde temsili veriler toplama ve yayma konusunda dünya çapında bir üne kavuşmuştur"*[19] ifadesiyle nitelenmektedir. Bugüne dek ülkemizde de

Tablo 19. Ülkemizde DBT3 ve Kızamık 1. ve 2. dozları aşı kapsayıcılığı (2017-2023) [16, 17]

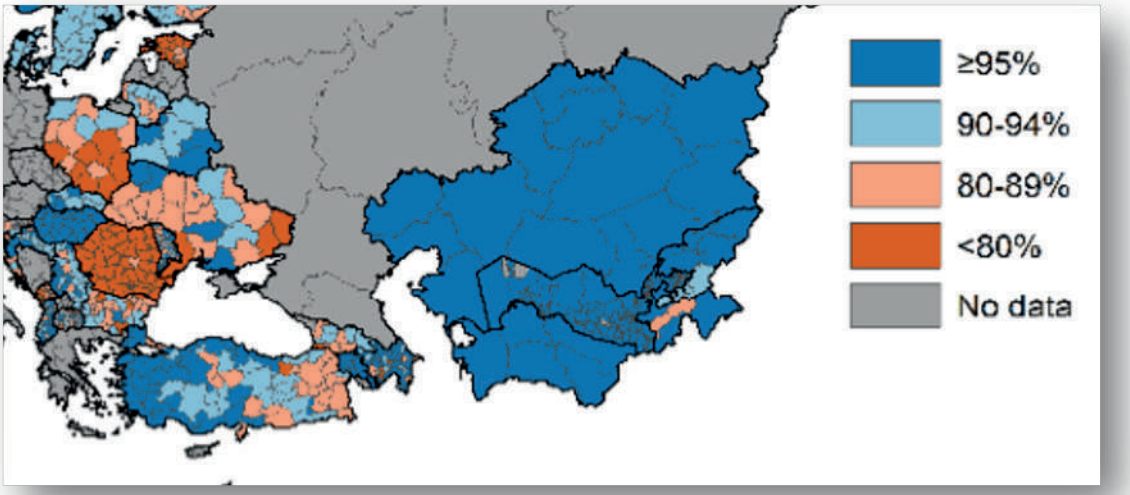
Aşı Düzey	İl sayısı	2024 81	2023 81	2022 81	2021 81	2020 81	2019 81
DBT3 aşısı kapsamının **%80** ve üzerinde olduğu il	Sayı	81	81	81	81	81	80
	%	100	100	100	100	100	99
DBT3 aşısı kapsamının **%95** ve üzerinde olduğu il	Sayı	49	63	69	44	66	67
	%	60	78	85	54	81	83
Kızamık1 aşısı kapsamının **%95** ve üzerinde olduğu il	Sayı	29	45	40	58	42	58
	%	36	56	49	72	52	72
Kızamık2 aşısı kapsamının **%95** ve üzerinde olduğu il	Sayı	40	39	43	41	9	20
	%	49	48	53	51	11	16



Şekil 2. Türkiye'de illere göre DBT3 ile aşılanma durumu, 2023 [16, 17]



Şekil 3. Türkiye'de illere göre KKK1 ile aşılanma durumu, 2023 [16, 17]



Şekil 4. Türkiye'de illere göre KKK2 ile aşılanma durumu, 2023 [16,17]

benzer işlevi gören TNSA serisinin sürdürülmesi önerilir.

3.3. Sağlık Bakanlığı'na Göre Aşılanma Durumu

Her yıl yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllıkları ve Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024 ve Haber Bülteni kaynaklarından derlenmiş aşı oranlarının İBBS-1'e göre dağılımı aşağıda sunulmuştur [20, 21]

KKK1 ile aşılamada kapsayıcılığın DSÖ bildiriminde yüksek olmayan güvenirlik düzeyinde (**Tablo 12**) aşılama oranı % 95'in üstünde olduğu il sayısının yalnızca 29 olduğu (**Tablo 19**) aşı karşıtlığı nedeniyle aşılanmamış bebek sayısına yönelik somut bir yayınlanmış veri olmamakla beraber yaygınlığına ilişkin tartışmalar dikkate alındığında aşılama oranları hesabında kullanılan paydaya ilişkin berraklaşmaya gereksinim vardır.

KKK2 aşılaması için bakanlık kaynaklarında bilgi sunulmamıştır. DSÖ Bildiriminde düşük güvenirlik düzeyinde (**Tablo 13**) ve aşılama oranı % 95'in üstünde olduğu il sayısının yalnızca 40 olduğu (**Tablo 19**), Türkiye haritasında İstanbul dahil, Anadolu'da yaygın bir biçimde % 95'ten düşük aşılama oranlı iller ve % 80-89 arasında aşılama oranı olan çok sayıda il varlığı (**Şekil 3**) ve aşı karşıtlığı nedeniyle aşılanmamış bebek

Tablo 20. IBBS -1'e göre KKK 1. doz aşılama oranının zamana göre seyri, 2011-2023, SB [20,21]

Bölge Adı	2019	2020	2021	2022	2023	2024
İstanbul	97	93	95	93,9	93,9	92
Batı Marmara	100	99	100	100	100	98
Ege	99	97	98	97,3	98,2	96
Doğu Marmara	97	95	97	96,5	97,0	93
Batı Anadolu	96	95	96	94,4	94,5	90
Akdeniz	100	98	98	96,8	95,1	96
Orta Anadolu	97	93	94	92,6	93,1	92
Batı Karadeniz	95	94	96	93,4	94,9	93
Doğu Karadeniz	96	94	96	93,9	94,3	91
Kuzeydoğu Anadolu	89	90	94	92,6	92,5	92
Ortadoğu Anadolu	89	92	94	93,4	91,8	92
Güneydoğu Anadolu	99	96	96	95,3	95,2	95
Türkiye	97	95	96	95,2	95,2	94

Tablo 21. IBBS -1'e göre DBT 3. doz aşılama oranının zamana göre seyri, 2011-2023, SB [20,21]

Bölge Adı	2019	2020	2021	2022	2023	2024
İstanbul	98	98	96	99,5	98,5	92
Batı Marmara	100	100	100	100	100	100
Ege	100	100	97	100	99,9	100
Doğu Marmara	99	99	95	100	98	96
Batı Anadolu	99	98	95	98,6	96,2	90
Akdeniz	100	100	97	99,7	100	96
Orta Anadolu	96	96	93	95,8	96,4	92
Batı Karadeniz	97	99	95	97,1	97,1	93
Doğu Karadeniz	97	98	96	97,4	95,2	91
Kuzeydoğu Anadolu	93	95	96	100	98,1	92
Ortadoğu Anadolu	91	97	96	98,3	97,8	92
Güneydoğu Anadolu	100	98	93	100	99,8	95
Türkiye	99	98	95	99,5	98,8	96

Tablo 22. IBBS -1'e göre HBV 3. doz aşılama oranının zamana göre seyri, 2011-2023, SB [20,21]

Bölge Adı	2019	2020	2021	2022	2023	2024
İstanbul	98	98	97	99,3	98,7	92
Batı Marmara	100	100	95	100	100	99
Ege	100	100	97	100	100	99
Doğu Marmara	99	99	95	100	98,1	96
Batı Anadolu	99	98	95	98,5	96,4	94
Akdeniz	100	100	97	99,0	100	95
Orta Anadolu	96	96	93	95,7	96,5	93
Batı Karadeniz	97	99	95	97,0	97,3	94
Doğu Karadeniz	97	99	96	97,3	95,3	96
Kuzeydoğu Anadolu	93	95	96	100	98,2	94
Ortadoğu Anadolu	91	97	96	98,3	97,9	93
Güneydoğu Anadolu	99	98	93	100	100	93
Türkiye	99	98	96	99,3	99,0	95

Tablo 23. Türkiye'de BCG ve KPA rapel aşılama oranının zamana göre seyri, 2011-2023, SB [20,21]

Aşı	2019	2020	2021	2022	2023	2024
BCG	99	98	95	99,5	96,0	95
KPA rapel	-	95	96	95,3	95,2	94

Tablo 24. Türkiye'de Suçiçeği ve Hepatit A aşılanma durumu, 2021-2023, SB [20,21]

Aşı	2021	2022	2023
Su çiçeği	91,3	96,7	95,1
Hepatit A	98,7	96,4	97,8

sayısına yönelik somut bir yayınlanmış veri olmamakla beraber yaygınlığına ilişkin tartışmalar dikkate alındığında aşılama oranları hesabında kullanılan paydaya ilişkin berraklaşmaya gereksinim vardır.

DBT3 ile aşılamada kapsayıcılığın DSÖ bildiriminde düşük güvenirlik düzeyinde (**Tablo 10**) aşılama oranı % 95'in üstünde olduğu il sayısının yalnızca 49 olduğu (**Tablo 19**); aşı karşıtlığı nedeniyle aşılanmamış bebek sayısına yönelik somut bir yayınlanmış veri olmamakla beraber yaygınlığına ilişkin tartışmalar dikkate alındığında aşılama oranları hesabında kullanılan paydaya ilişkin berraklaşmaya gereksinim vardır.

DSÖ bildiriminde % 99 aşılama oranı ve en düşük güvenilirlik düzeyi; aşı karşıtlığı nedeniyle aşılanmamış bebek sayısına yönelik somut bir yayınlanmış veri olmamakla beraber yaygınlığına ilişkin tartışmalar dikkate alındığında aşılama oranları hesabında kullanılan paydaya ilişkin berraklaşmaya gereksinim vardır.

Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporlarından derlenebilen Suçiçeği ve Hepatit A aşılanma durumu aşağıda sunulmuştur. [19, 20]

Sonuç olarak,

1. Aşılama ve aşı ile önlenebilir hastalıklarla ilgili yürütülen sürveyanstan elde edilen bilgilerin kamuoyu ile paylaşımında geçmişte yapıldığı gibi daha çok değişkene yer verilmelidir. Sürveyans verileri, akademinin sekonder analizine açılmalıdır.
2. Ulusal Aşı takviminde kapsanan aşılara HPV, Rotavirüs aşıları eklenmelidir. Meningokoksik menenjite karşı aşılama kanıta dayalı bir biçimde şeffaf bir tartışma yürütülmelidir.
3. Genişletilmiş bağışıklama programı risk gruplarıyla sınırlı olmayan, yaşam boyu bağışıklama programına dönüştürülmelidir.
4. Çocukluk dönemi dışındaki aşılamaları da kapsayacak, kanıta dayalı bilimsel karar vermeyi destekleyecek veri sunumu yapılmalıdır.
5. Dünya Sağlık Örgütü'ne, topluma sunulan aşılama oranlarının güvenirliği sağlanmalıdır.
6. Aşılama sonrası istenmeyen etki bildirimlerinden elde edilen bilgiler şeffaf biçimde toplumla paylaşılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Eskiocak M. Türkiye'de bağışıklama hizmetleri [Internet]. Toplum ve Hekim Dergisi; [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/kayit_goster.php?Id=237.
2. Eskiocak M, Marangoz B. Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu [internet]. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2019 [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://www.ttb.org.tr/kollar/_asi/userfiles/images/halk/turkiyede_bagisiklama.pdf.
3. Eskiocak M, Marangoz B. Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu. Güncellenmiş ve genişletilmiş 2. baskı [Internet]. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; Haziran 2021 [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/turkiyede_bagisiklama_hizmetlerinin_durumu.pdf.
4. World Health Organization. Table 1: Summary of WHO Position Papers - Recommendations for Routine Immunization [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/table1-summary-of-who-position-papers-recommendations-for-routine-immunization.
5. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Kimlere aşı yapılır? [Internet]. Ankara: SB; [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://asi.saglik.gov.tr/kimlere-asi-yapilir.html.
6. Yildirim I, Omer SB. Tetanus, maternal immunization. In: Leuridan EE, Nunes MC, Jones CE, editors. Maternal Immunization. United Kingdom: Academic Press; 2020. p.119–120. ISBN: 978-0-12-814582-1.
7. World Health Organization. Field manual for neonatal tetanus elimination [Internet]. Geneva: WHO; 1999 [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://iris.who.int/

bitstream/handle/10665/83323/WHO_V-B_99.14_eng.pdf.

8. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Tetanos, Difteri, Asellüler Boğmaca (Tdab) Aşı Uygulaması [Internet]. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2025 Mar 13 [cited 2025 Oct 21]. Available from: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys.
9. American Academy of Pediatrics. [Chapter title.] In: Kimberlin DW, Banerjee R, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, editors. Red Book: 2024 Report of the Committee on Infectious Diseases. Itasca (IL): American Academy of Pediatrics; 2024. p.851.
10. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Yıllıkları 1996–1999 [Internet]. Ankara: SB; [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1862/0/19961999pdf.pdf?_tag1=DFC46AE0F97A1CDDE3EF1F2AF0ACF4E180B03B41.
11. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllıkları [Internet]. Ankara: SB; [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://www.saglik.gov.tr/TR-84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html.
12. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 (TNSA 2018) [Internet]. Ankara: HÜNEE; [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_turkiye_nufus_ve_saglik_arastirmasi-55.
13. World Health Organization. Immunization Data Portal [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://immunizationdata.who.int/dashboard/regions/european-region/TUR.
14. World Health Organization, UNICEF. Türkiye: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2024 revision [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/immunization/2024-country-profiles/immunization-2024-tur.pdf?sfvrsn=-48222b4f_3&download=true.
15. World Health Organization. Protection at birth (PAB) against neonatal tetanus vaccination coverage and vaccination coverage among pregnant women of Tetanus toxoid-containing vaccine (TT2+/Td2+) and Pertussis-containing vaccine [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://www.who.int.
16. World Health Organization. System Performance [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://www.who.int.
17. World Health Organization Regional Office for Europe. Routine immunization summary - WHO European Region, 2023 [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023 [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://www.who.int/europe/publications/m/item/routine-immunization-summary---who-european-region--2023.
18. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Serisi [Internet]. Ankara: HÜNEE; [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/menu/nufus_ve_saglik_arastirmalari_seris-28.
19. Johns Hopkins University. Demographic and Health Surveys Program (DHS) [Internet]. Baltimore: CCP; [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://ccp.jhu.edu/projects/demographic-and-health-surveys-program/.
20. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Faaliyet Raporu 2022 ve 2024 [Internet]. Ankara: SB; [cited 2025 Oct 5].
21. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. 2024 Yılı Faaliyet Raporu yayımlandı [Internet]. Ankara: SB; 2024 [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://sgb.saglik.gov.tr/TR-107585/tc-saglik-bakanligi-2024-yili-faaliyet-raporu-yayinladi.html.

Aşı İle Önlenebilen Hastalıklar

Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın

Aşılar, birçok bulaşıcı hastalığın önlenmesi ve kontrolü için kritik öneme sahiptir ve bu nedenle küresel sağlık güvenliğinin temelini oluşturur. Bağışıklama, Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin 14'ünün gerçekleştirilmesinde kilit rol oynamakta ve 'kimseyi geride bırakmama' stratejisi ile yakından ilişkili bir halk sağlığı uygulamasıdır.[1,2]

Aşı ile önlenebilir enfeksiyöz etkenler; difteri, tetanoz, boğmaca, polio, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, tüberküloz, hepatit-A, hepatit-B, suçiçeği, pnömokok ve hemophilus influenza tip-B, kuduz, meningokok, influenza, insan papilloma virüstür. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan, uygulanan aşı takvimine göre uygulanan aşı antijen sayısı 13'tür.[3,4] Ülkemizde Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) 1980 yılında uygulanmaya başlanmıştır.[5]

2002 yılında Türkiye ile birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesine dahil 53 ülke poliodan arındırılmış ülke sertifikası almıştır. Eradikasyon program stratejileri arasında rutin ve ekstra aşılama çalışmalarının yanısıra Akut Flask Paralizi (AFP) ve vahşi poliovirüs sürveyansının yürütülmesi de yer almaktadır. Sürveyans hedefleri arasında; 15 yaş altı nüfusta 1/100.000 oranında poliomyelit dışı nedenlere bağlı AFP vakası bulunması ve AFP vakalarının en az %80'inden uygun gaita numunesi alınması mevcuttur. AFP hızı ülkemiz genelinde; 2021-2022-2023 yılında sırasıyla yüz binde 0.82, 1.39 ve 1.28 olarak hesaplanmıştır. Uygun numune alınma hızı ise 2021 ve 2022 yıllarında %81, 2023 yılında ise %82 olduğu saptanmıştır.[6]

Boğmacanın kontrol altına alınabilmesi için 6 yaşın altındaki çocukların boğmacaya karşı tam aşılı olması önemlidir. Sağlık Bakanlığı çocukluk dönemi aşı takvimine göre; herhangi bir kontrendikasyon olmadığı sürece, okula başlayana kadar toplam dört doz boğmaca içeren aşı yapılması gerekmektedir. Ülkemizde; 2020, 2021, 2022, 2023 ve 2024 yıllarında Boğmaca vaka sayıları sırasıyla; 22, 6, 8, 512 vaka olarak tespit edilmiştir. En yüksek vaka sayısı ise 1588 vaka ile 2024 yılında tespit edilmiştir. Yıllara göre, insidans hızları sırasıyla, 2020'de yüzbinde 0.03, 2021'de yüzbinde 0.01, 2022'de yüzbinde 0.01, 2023'de yüzbinde 0.57 ve 2024'de yüzbinde 1.86'dır.[6,7]

DSÖ bölgesel raporuna göre, Mayıs 2022 ile Nisan 2023 arasında Türkiye, DSÖ Avrupa bölgesinde en yüksek kızamık sayısına (1543 vaka) sahip ülke olmuştur. Bu da bizi milyonda 18.08 enfeksiyonla Avrupa'da kızamık insidansının en yüksek olduğu dördüncü ülke yapmaktadır.[8] Önce COVID-19 salgını ardından yaşanan afet nedeniyle aşılama faaliyetlerinde meydana gelen kesintiler ve gecikmeler ile vaka artışlarının devam ettiği bildirilmiştir. Ülkemizde 2023 yılında 5.088, 2024 yılında 1.584 kızamık vakası tespit edilmiştir. Kızamıkçık vaka sayısı 2023 yılında 20 olup 2024 yılında 17 vaka tespit edilmiştir. Kabakulak vaka sayısı 2023 yılında 2156 iken, 2024 yılında 625 şüpheli, 1.005 olası ve 382 kesin kabakulak vakası bildirilmiştir.[6,7]

2013 yılında, suçiçeği aşısı rutin programda uygulanmaya başlanmıştır. Program kapsamında, pasif sürveyans yürütülmektedir. 2020 yılı itibarıyla da İZCİ sistemi üzerinden bildirimi yapılmaktadır. 2023 yılında 4.581'i kesin vaka olmak üzere toplam 17.838 vaka takip edilmiştir. 2024 yılında 5.231'i kesin vaka olmak üzere toplam 21.066 vaka bildirimi yapılmıştır.[6]

Ülkemizde son difteri vakası 2011 yılında görülmüştür. Hastalık özellikle beş yaş altı aşısız çocuklarda ve eksik aşılı bireylerde ölümle sonuçlanabilmektedir. 2024 yılı içerisinde İZCİ üzerinden 4 olası, 9 şüpheli difteri vaka bildirimi yapılmış ve tüm vakalar laboratuvar testlerinde negatif olarak saptanmıştır.[6]

Hepatit B aşısı ülkemizde bebeklere ilk dozu doğumda, 2. ve 3. dozları altılı karma aşısı içinde yapılmaktadır. Erişkin risk gruplarına ve özellikli risk gruplarına ise

0, 1 ve 6 ay takvimi ile 3 doz olarak ve ücretsiz uygulanmaktadır. 1998 yılında yüz binde 7.4 olan akut hepatit B insidansının, 2018 yılında yüz binde 1.6'ya ve 2023 yılında yüz binde 0.82'e, 2024 yılında da 0.75'e gerilemiştir. Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin başarı göstergelerinden birisi de 5 yaş altı çocuklarda akut hepatit B hastalığı görülme sıklığının yüz binde 1'in altına indirilmesidir. Ülkemizde bu hedefe 2009 yılı itibariyle ulaşılmıştır. 1990 yılında 5 yaş altı 370 olan akut hepatit B vaka sayısı, 2020 yılı itibariyle 7'ye, 2023 yılında 6'ya ve 2024 yılında 5'e düşmüştür. Beş yaş altı çocuklardaki akut hepatit B hastalığı görülme sıklığı da 1990 yılında yüz binde 6.2 iken, 2018, 2019 ve 2020 yıllarında yüz binde 0.1, 2021 yılında yüz binde 0.09 ve 2023 ve 2024 yıllarında yüz binde 0.1 olarak saptanmıştır.[6]

Ülkemizde hijyen kurallarına ve temizlik koşullarına uyum, temiz su kaynaklarına ulaşımın artışı, sosyoekonomik koşullarla ilgili diğer göstergelerin iyileşmesi ve 2012 yılı sonu itibariyle başlayan Hepatit A aşısı uygulamaları sonucunda 2012 yılında yüz binde 4.8 olan Hepatit A hastalığı görülme sıklığı 2018 yılında yüz binde 0.33'e ve 2023 yılında da yüz binde 0.31'e ve 2024 yılında da yüz binde 0.6'a düşmüştür.[6]

Su çiçeği ve çocuk felci hastalıklarından farklı olarak Neonatal Tetanoz eradike edilemez. Çünkü hastalık etkeni olan sporlar çevrede bol miktarda ve yaygın bulunurlar. Ancak hastalık doğurganlık yaş grubundaki kadınların aşılanması ve temiz doğumların yaygınlaştırılması ile eliminasyonu mümkündür. Türkiye' de Tetanoz ve Neonatal Tetanoz tüm sağlık kurum ve kuruluşları bildirimi zorunlu hastalıklar arasındadır.[9] Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre Türkiye'de yıllardır 0 vaka bildirimi yapılan neonatal tetanoz hastalığı 2024 yılında 2 vaka görülmüştür.[7] 2020 ve 2021 yıllarında 0 vaka bildirimi yapılan tetanoz için ise 2022, 2023 ve 2024 yıllarında sırası ile 10, 12 ve 34 vaka bildirimi yapılmıştır.[7]

Uygulanan başarılı aşılama programları ile ülkemiz bağışıklama konusunda kazanımlar elde etmiştir. Ancak halen istenilen düzeyde değiliz. Sağlık profesyonellerinin verilere erişiminin kolaylaşması; aşı ile önlenebilir hastalıkların güncel durumunun saptanması, hastalıklar ile mücadelede strateji geliştirilmesi ve kontrolü açısından önemlidir. Aşılama oranlarını azaltan durumlar analiz edilip gerekli önlemler alınmalı ve faaliyetler planlanmalıdır. Aşıyla önlenebilir hastalıklar hakkında sosyal medya platformlarında güvenilir bilgilerin yayılması ve tereddütlerin ortadan kaldırılması amacıyla bu platformların sağlık otoriteleri tarafından kullanılmasına yönelik çabalar yoğunlaştırılmalıdır. İletişim araçları, kamu spotları ve güncel teknolojiler kullanılarak düzenli aralıklar ile herkese ulaşacak eğitim ve farkındalık çalışmalarının planlanması etkili olacaktır. Bu çalışmalar planlanırken aşılama hizmetlerinin ülke genelinde eşit ve kolay ulaşılır olması ve programın etkin bir şekilde yürütülmesine devam edilmesi, sağlık personellerine de teşvik ve motivasyon sağlanması önemlidir. Sağlık hizmet sunumlarını kesintiye uğratabilecek durumlara karşı hazırlıklı olma haline erişmek için gerekli çaba sağlanmalıdır. Aşı kararlılığını savunmak ve sürdürmek gelecek nesillere borcumuzdur.

KAYNAKLAR

1. IMMUNISATION AND THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS. GAVI The Vaccine Alliance. 2019. Accessed November 8, 2025. https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2019/Immunisation%20and%20the%20SDGs%20%281%29.pdf
2. *IMMUNIZATION AGENDA 2030 A Global Strategy to Leave No One Behind* .; 2020. Accessed November 8, 2025. IMMUNIZATION AGENDA 2030 A global strategy to leave no one behind
3. *T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ YILLIĞI 2023* .; 2023. Accessed November 8, 2025. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy-202307032025pdf.pdf
4. T.C SAĞLIK BAKANLIĞI AŞI PORTALI. T.C Sağlık Bakanlığı. 2025. Accessed November 9, 2025. https://asi.saglik.gov.tr/asi-ile-oenlenebilir-hastaliklar.html
5. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI COVID-19 AŞISI BİLGİLENDİRME PLATFORMU. T.C Sağlık Bakanlığı. 2025. Accessed November 8, 2025. https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77803/genisletilmis-bagisiklama-programi-gbp.html
6. *T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Birim Faaliyet Raporu.*; 2025. Accessed November 9, 2025. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/HSGM_2024_Birim_Faaliyet_Raporu_PDF.pdf
7. Global Reported cases of vaccine-preventable diseases (VPDs). WHO. Accessed November 18, 2025. https://immunizationdata.who.int/
8. *Monthly Aggregated and Case-Based Data for Measles and Rubella Reported by Member States to WHO/Europe Directly or via ECDC/TESSy Data as of 04 April 2023.*; 2023. Accessed November 9, 2025. https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/euro-health-topics/vaccines-and-immunization/eur_mr_monthly-_update_en_may-2023.pdf?sfvrsn=6bfd8ad0_2&download=true
9. *BULAŞICI HASTALIKLARIN İHBARI VE BİLDİRİM SİSTEMİ STANDART TANI, SÜRVEYANS VE LABORATUVAR REHBERİ*. Accessed November 18, 2025. https://www.saglik.gov.tr/TR,11419/bulasici-hastaliklar-ihbari-ve-bildirimi-sistemi-standart-tani-surveyans-ve-laboratuvar-rehberi.html

Hava Yoluyla Bulaşan Hastalıklar

Melike Yavuz

1. Giriş

Hava yoluyla bulaşan enfeksiyon hastalıkları, dünya genelinde özellikle çocuklar, yaşlılar ve bağışıklık sistemi zayıflamış bireyler için önemli bir hastalık ve ölüm nedenidir. Bu enfeksiyonlar solunum yolu ile kolayca yayılabilmeleri, farklı yaş gruplarında farklı klinik tablolara yol açabilmeleri ve bazı durumlarda ağır seyretmeleri nedeniyle halk sağlığı açısından öncelikli izlem gerektiren hastalık gruplarındandır. COVID-19 pandemisi, solunum yolu patojenlerinin hem bireysel hem de toplumsal sağlık üzerindeki etkisini çarpıcı biçimde ortaya koymuş, bu grup enfeksiyonlara karşı bağışıklamanın, sürveyansın ve hızlı tanı yaklaşımlarının önemini bir kez daha gündeme getirmiştir.

Bu metinde, Türkiye'de 2021–2025 döneminde izlenen, hava yoluyla bulaşan ancak **COVID-19**, **kızamık**, **tüberküloz** ve **boğmaca** dışındaki seçilmiş enfeksiyon hastalıklarının durumu ele alınmaktadır. İncelemede; viral etkenler olarak **influenza**, **respiratuvar sinsityal virüs (RSV)** ile bakteriyel etkenler olarak **Haemophilus influenzae** ve **Streptococcus pneumoniae** değerlendirilmiştir. Söz konusu enfeksiyonlar yalnızca pnömoniye değil, aynı zamanda menenjit, bronşiolit, otitis media ve konjonktivit gibi çeşitli klinik tablolara da neden olabilmektedir. Aşılama, erken tanı, antibiyotik tedavisi ve destekleyici bakım gibi etkili müdahaleler bulunmasına rağmen, hastalık yükü küresel ölçekte yüksek seyretmektedir. Artan antimikrobiyal direnç, serotip değişimleri, aşılama kapsama oranlarındaki eşitsizlikler ve veri paylaşımındaki yetersizlikler mücadeledeki başlıca zorluklardandır. Ayrıca, kış aylarında artan vaka yoğunluğu ve kapalı alanlarda bulaşmanın kolaylaşması, mevsimsel etkilerin bu enfeksiyonların dinamikleri üzerindeki belirleyici rolünü göstermektedir.

Türkiye açısından bakıldığında, bu etkenlere yönelik aşılama programları ve sürveyans sistemleri büyük kazanımlar sağlamıştır. Ancak, COVID-19 sonrası dönemde yeniden yükselişe geçen enfeksiyon sıklığı, özellikle yaşlılarda yüksek ölüm oranları ve pediatrik yaş grubunda artan taşıyıcılık oranları göz önüne alındığında, bu hastalıkların izlenmesi ve kontrolüne yönelik politikaların güncellenmesi gerekliliği açıktır. Bu raporun amacı, söz konusu enfeksiyonların mevcut durumunu özetlemek, Türkiye ve uluslararası karşılaştırmalar eşliğinde değerlendirmek ve etkili halk sağlığı müdahaleleri için öneriler sunmaktır.

2. İnfluenza (Grip)

2.1. Genel Bilgiler ve Epidemiyoloji

Mevsimsel influenza (grip), tüm dünyada dolaşan influenza virüslerinin neden olduğu, çoğunlukla solunum sistemi bulgularıyla seyreden akut bir enfeksiyondur ve yıl boyu süren bir hastalık yükü yaratır.[1,2] Ilıman iklimlerde salgınlar ağırlıkla kış aylarında görülürken, tropikal bölgelerde yıl boyunca düzensiz dalgalanmalar şeklinde ortaya çıkar [2,3]. Kuzey yarımkürede epidemiler Kasım–Nisan döneminde yoğunlaşır; Avrupa'da her yıl en çok bir-iki ay ülkeler çapında belirgin aktivite izlenir.[3]

Küresel ölçekte her yıl **yaklaşık 1 milyar** influenza olgusu, bunun **3–5 milyonunun** ağır hastalık; **290.000–650.000**'inin ise solunum yolu ölümüyle ilişkili olduğu tahmin edilmektedir[1]. Avrupa Birliği/Avrupa Ekonomik Alanında (AB/AEA) ise mevsimsel influenza yılda 50 milyona kadar semptomatik olgu ve 15.000–70.000 ölümle ilişkilendirilmektedir.[3] Hastalık yükü yıl ve dolaşan suşların özelliklerine, toplum bağışıklığına ve sağlık hizmetlerine erişime göre değişkenlik gösterir.[3,4]

2.2. İnfluenza Sürveyans Sistemleri

İnfluenza, küresel ölçekte uzun süredir izlenen solunum yolu enfeksiyonlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1952 yılında kurduğu **Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)** aracılığıyla influenza virüslerinin dolaşımını ve özelliklerini takip etmektedir. Bu sistem, aşı bileşiminin belirlenmesi ve küresel hazırlık çalışmalarının yürütülmesinde merkezi bir rol oynamaktadır. 2024 yılında yayımlanan güncel kılavuzla birlikte GISRS, influenza sürveyansını **RSV** ve **SARS-CoV-2**'yi de kapsayacak şekilde entegre etmiş, böylece solunum yolu virüslerinin birlikte izlenmesine olanak sağlamıştır.[5]

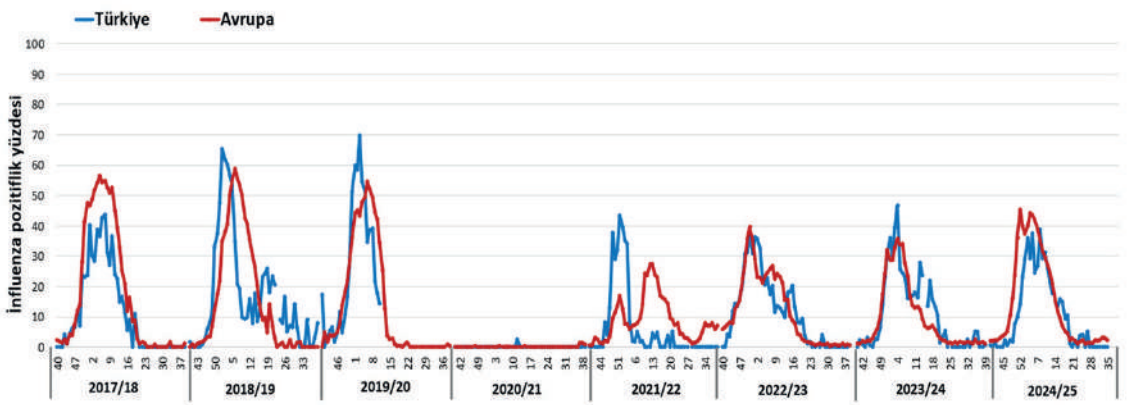
Türkiye'de influenza sürveyansı, 2004'te yayımlanan Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi temelinde başlatılmış; zaman içinde diğer solunum yolu virüsleri de entegre edilerek **"Solunum Yolu Virüsleri Sürveyansı"** adıyla **sentinel** ve **sentinel dışı (non-sentinel)** bileşenler halinde yürütülmektedir. **Sentinel ILI (influenza-benzeri hastalık) sürveyansı** 2005'ten bu yana 23 ilde yaklaşık 250 aile hekiminden haftalık örnek ve veri toplanmasıyla sürdürülürken; ağır olguların izlenmesi için **SARI (ağır akut solunum yolu enfeksiyonları) sürveyansı** Aralık 2015'te başlatılmış ve seçilmiş 8 ilde 11 hastanede uygulanmaktadır. Her iki sistemde de alınan örneklerde influenza A/B (gerekirse alt tiplendirme) ile RSV, adenovirüs, PIV, hMPV, rinovirüs, koronavirüsler ve SARS-CoV-2 gibi etkenler NAAT/RT-PCR başta olmak üzere standart yöntemlerle çalışılmaktadır.[6]

2.3. Türkiye'de İnfluenza Enfeksiyonları: Eğilimler ve Karşılaştırmalar

Türkiye'de influenza sürveyansı, Sağlık Bakanlığı tarafından 2015 yılından bu yana düzenli olarak yürütülmekte ve haftalık raporlar aracılığıyla kamuoyuna sunulmaktadır.[6] Sentinel ILI ve SARI sürveyansı kapsamında elde edilen veriler, influenza pozitiflik oranlarının yıllara göre değişimini ortaya koymaktadır.

Türkiye'de ILI sürveyansı kapsamında elde edilen influenza pozitiflik oranlarının yıllara göre dağılımı incelendiğinde (**Şekil 1**), 2017–2025 döneminde her sezon belirgin bir kış piki ile karakterize olmuştur.[7] Ancak 2020/21 sezonunda COVID-19 pandemisine bağlı koruyucu önlemler ve kısıtlamalar nedeniyle influenza dolaşımı son derece düşük düzeylerde kalmıştır. Sonraki yıllarda ise influenza aktivitesi yeniden artış göstermiştir. Benzer bir eğilim Avrupa ülkelerinde de gözlenmiştir. ECDC ve DSÖ Avrupa Bölgesi tarafından yayımlanan FluNews Europe raporlarına göre, pandemi döneminde influenza aktivitesi kayda değer biçimde baskılanmış, 2021/22 sezonunda ise bazı bölgelerde salgın mevsimi olağandışı şekilde geç başlamış ve bahara kadar uzamıştır. 2022/23 sezonundan itibaren hem Avrupa'da hem de Türkiye'de influenza aktivitesinin yeniden klasik kış dönemine kaydığı ve mevsimsel örüntüsünü sürdürdüğü görülmektedir.

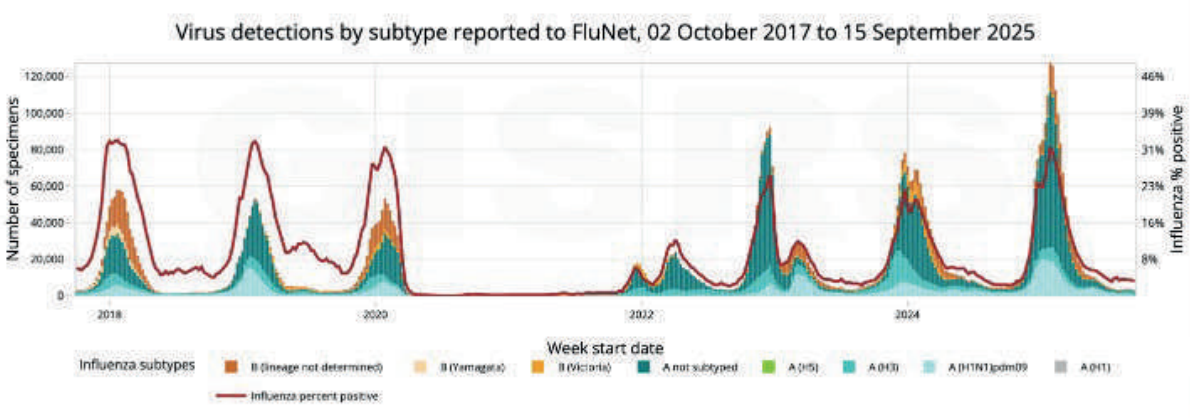
2017–2025 yılları arasında dünyada influenza alt tiplerine göre pozitif numune dağılımları **Şekil 2**'de sunulmuştur. Grafik, her sezonun belirgin bir kış piki ile karakterize olduğunu ve COVID-19 pandemisi sırasında (2020/21 sezonu) influenza dolaşımının neredeyse tamamen kaybolduğunu ortaya koymaktadır. Pandemi



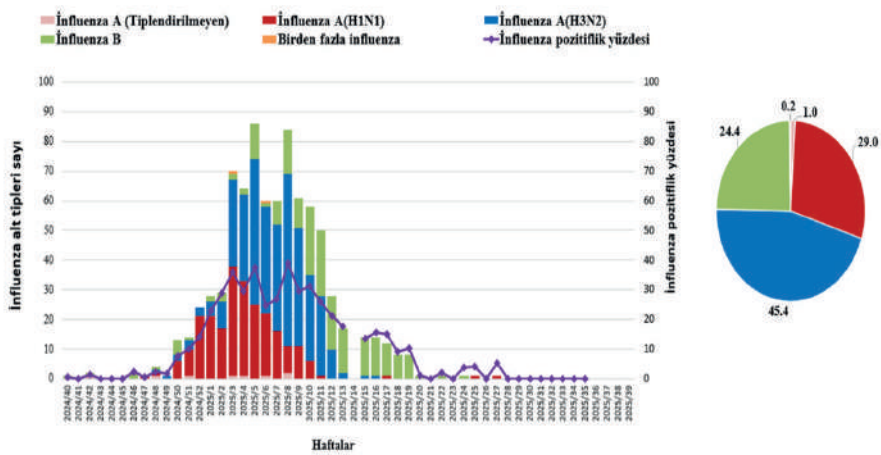
Şekil 1. Sentinel ILI sürveyansı kapsamında alınan numunelerdeki influenza pozitiflik yüzdesi, Türkiye ve Avrupa, 2017-2025[7]

*Ülkemizde 2019/2020 sezonu 2020/11. hafta COVID-19 pandemisi nedeni ile Sürveyans durdurulmuştur.

**2024/25 sezonu 14. hafta resmi tatil olması nedeni ile numune alınmamıştır.



Şekil 2. İnfluenza alt tiplerine göre pozitif numune sayısı, Dünya, 2017-2025[8]



Şekil 3. Sentinel ILI Sürveyansı kapsamında alınan numunelerdeki influenza alt tipleri, sayısı ve influenza pozitiflik yüzdesi, 2024-2025 (7)

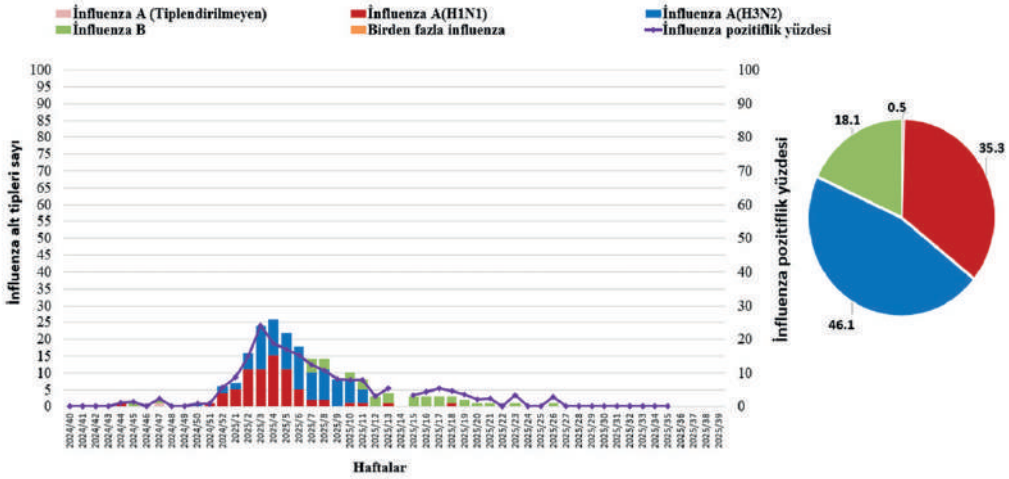
*2024/25 sezonu 14. hafta resmi tatil olması nedeni ile numune alınmamıştır.

sonrası dönemde influenza aktivitesi hızla toparlanmış ve önceki yıllardaki mevsimsel örüntüsüne geri dönmüştür.

Küresel veriler influenza alt tiplerinin yıllar içinde değişken baskınlık gösterdiğini ortaya koyarken, Türkiye'de yürütülen sentinel sürveyans sonuçları da benzer bir örüntü sergilemektedir. 2024/25 sezonunda Türkiye'de influenza alt tip dağılımı hem ILI hem de SARI sürveyansı sonuçlarına göre A(H3N2) ve A(H1N1) pdm09'un baskınlığı ile karakterize olmuştur. ILI sürveyansında A(H3N2) %45,4, A(H1N1)pdm09 %29,0 ve influenza B %24,4 oranında saptanmış, benzer şekilde SARI sürveyansında da A(H3N2) (%46,1) ve A(H1N1) pdm09 (%35,3) önde gelen alt tipler olmuştur (**Şekil 3**, **Şekil 4**). Bu durum, ağır ve hafif olgular arasında alt tip baskınlığında anlamlı bir fark olmadığını, ancak influenza B'nin toplum kökenli daha hafif olgular arasında görece daha yüksek paya sahip olduğunu düşündürmektedir.

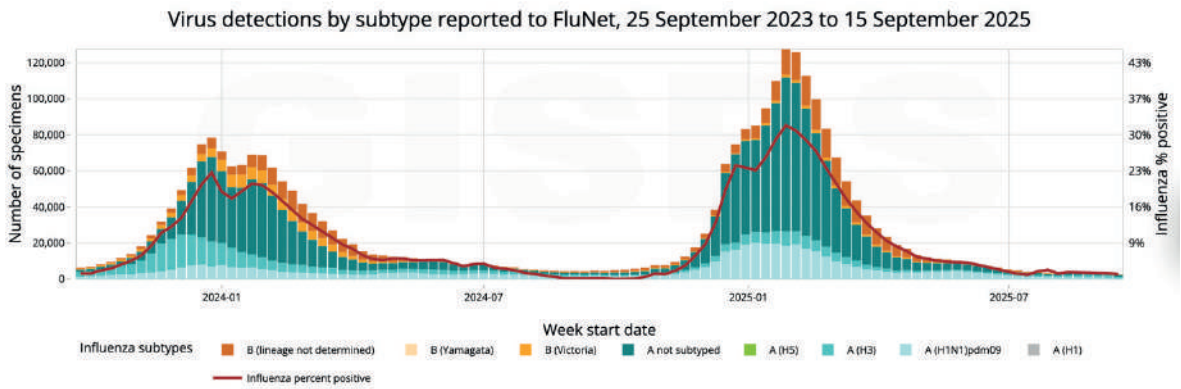
Avrupa Bölgesi verileri de (**Şekil 5**) Türkiye ile paralellik göstermekte, 2024/25 sezonunda A(H3N2)'nin önde olduğu, ardından A(H1N1)pdm09 ve influenza B'nin geldiği izlenmektedir. Dünya genelinde ise (**Şekil 6**) aynı dönemde benzer bir dağılım söz konusu olup A(H3N2)'nin baskınlığı belirgindir, ancak influenza B'nin dolaşımı bazı bölgelerde Avrupa ve Türkiye'ye kıyasla daha sınırlı kalmıştır.

Bu karşılaştırma, influenza alt tiplerinin mevsimsel dolaşımında küresel ölçekte benzerlikler bulunduğunu, ancak influenza B gibi alt tiplerin bölgesel farklılıklar gösterebildiğini ortaya koymaktadır. Türkiye'nin alt tip dağılımı hem Avrupa hem de küresel eğilimlerle uyumlu seyretmiş, bu da aşının bileşen seçiminde uluslararası düzeyde yapılan yıllık güncellemelerin ülkemiz için de geçerliliğini desteklemektedir.

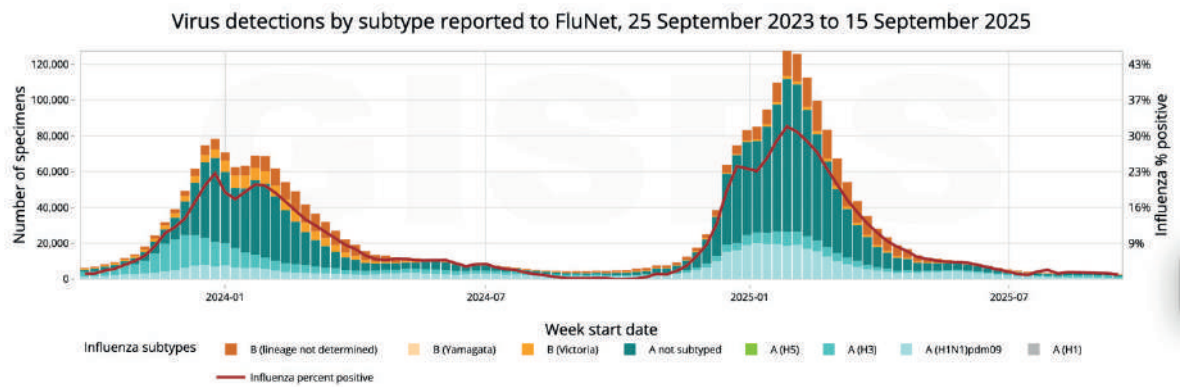


Şekil 4. Ağır akut solunum yolu enfeksiyonu nedeni ile yatan hastalardan alınan numunelerdeki influenza alt tipleri, sayısı ve influenza pozitiflik yüzdesi, Sentinel SARI Sürveyansı, 2024-2025 (7)

*2024/25 sezonu 14. hafta resmi tatil olması nedeni ile numune alınmamıştır.

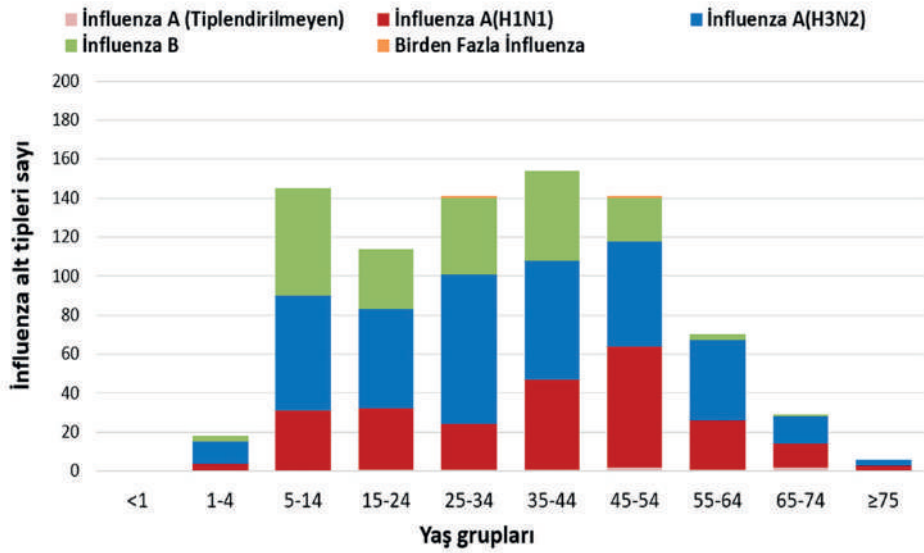


Şekil 5. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinde influenza alt tiplerine göre pozitif numune sayısı, 2023/40-2025/35. Hafta[8]

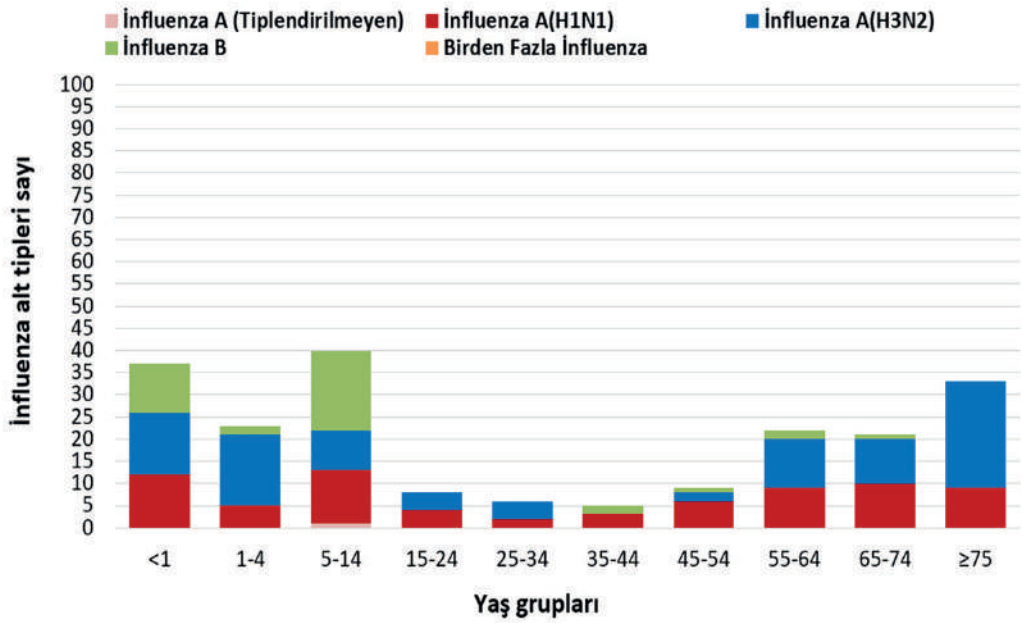


Şekil 6. Dünyada influenza alt tiplerine göre pozitif numune sayısı, 2023/40-2025/35. Hafta[8]

Türkiye'de ILI sürveyansı, toplumda ayaktan başvuran olgular üzerinden influenza aktivitesini izlemekte olup 2024/25 sezonunda pozitifliklerin özellikle çocuk ve orta yaş gruplarında yoğunlaştığı belirlenmiştir (**Şekil 7**). Buna karşılık, SARI sürveyansı daha ağır seyirli vakaları yansıtmakta ve hastane yatışları üzerinden bilgi sağlamaktadır. Bu çerçevede 2024/25 sezonunda ağır vakaların özellikle ileri yaş gruplarında, özellikle de ≥65 yaşta arttığı gözlenmiştir (**Şekil 8**).



Şekil 7. İnfluenza virüsü pozitif influenza benzeri hastalık vakalarının yaş gruplarına göre influenza alt tipi dağılımı, Sentinel ILI Sürveyansı, 2024-2025[7]



Şekil 8. İnfluenza virüsü pozitif SARI vakalarının yaş gruplarına göre influenza alt tipi dağılımı, Sentinel SARI Sürveyansı, 2024-2025[7]

Tablo 1, 2020–2025 döneminde Türkiye'de yürütülen SARI sentinel sürveyansında influenza ve diğer solunum yolu virüslerinin (DSYV) pozitiflikleri ile toplam pozitiflik ve çalışılan numune sayılarını göstermektedir.[6] Veriler, 2020/21 sezonunda pandemi önlemleri nedeniyle influenza vakası saptanmadığını göstermektedir. 2021/22'de influenza yeniden görülmeye başlasa da düşük kalmış, 2022/23 sezonunda ise 291 (%6,5) vaka ile belirgin artış göstermiştir. 2023/24'te influenza pozitifliği %3,6'ya düşerken, 2024/25 sezonunda %5,6 ile tekrar yükselmiştir.

Tablo 1'deki veriler son 5 yılda Türkiye'de ağır solunum yolu enfeksiyonlarında hastane yatışlarının asıl yükü influenza değil, diğer solunum yolu virüslerinden kaynaklandığını göstermektedir. Bu durum, ağır solunum yolu enfeksiyonlarının yalnızca influenza ile sınırlı olmadığını; RSV, rinovirüs ve adenovirüs gibi diğer etkenlerin de kayda değer bir yük oluşturduğunu

Tablo 1. Sentinel SARI sürveyansında influenza ve diğer solunum yolu virüsleri (DSYV) pozitiflik sonuçlarının sezonlara göre dağılımı, Türkiye, 2020–2025* [6]

Sezon	İnfluenza pozitif (%)	DSYV pozitif (%)	Toplam pozitif (%)	Çalışılan numune sayısı
2020/2021	0	37,6	37,6	511
2021/2022	3,2	38,2	41,4	2645
2022/2023	6,5	33,4	39,9	4503
2023/2024	3,6	25,1	28,8	3537
2024/2025	5,6	29,2	34,9	3419

* Tablo T.C. Sağlık Bakanlığı'nın haftalık influenza sürveyans verileri kullanılarak oluşturulmuştur.

ortaya koymaktadır. Dolayısıyla **çoklu sürveyans yaklaşımı, hastalık yükünün doğru değerlendirilmesi açısından kritik önem taşımaktadır.**

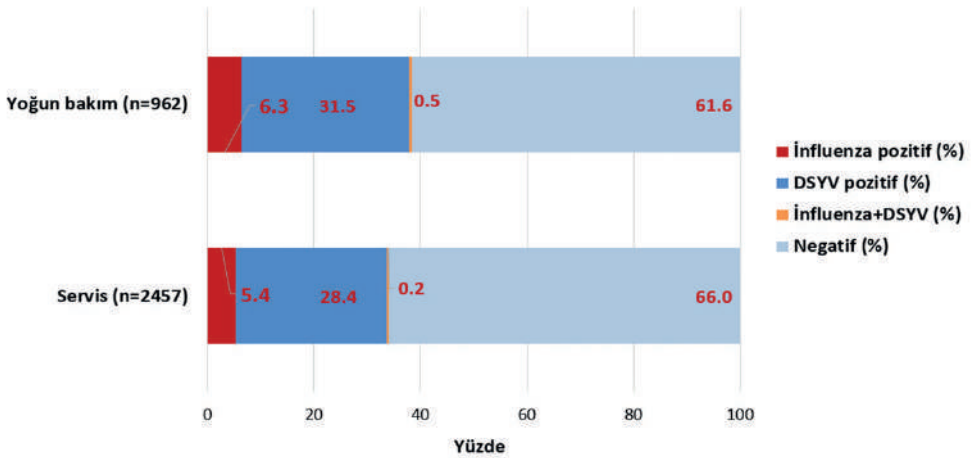
2024/25 sezonuna ait sentinel SARI sürveyansı bulguları, influenza ve DSYV'nin hastane yüküne farklı şekillerde yansıdığını göstermektedir. **Tablo 1**'deki verilerle uyumlu olarak, **Şekil 9**'da da görüldüğü üzere yoğun bakım ünitelerinde alınan numunelerin %6,3'ü influenza açısından pozitif bulunurken, %31,5'i DSYV için pozitif saptanmıştır. Servis yatışlarında ise influenza pozitifliği %5,4 düzeyinde kalmış, buna karşılık DSYV oranı %28,4 olmuştur.

Bu sonuçlar, ağır akut solunum yolu enfeksiyonlarının önemli bir kısmından influenza dışındaki virüslerin sorumlu olduğunu vurgulamaktadır. Yoğun bakımlarda influenza ciddi olgulara yol açsa da toplam yükün daha büyük bölümünün diğer virüslerden kaynaklandığı dikkat çekmektedir. Ayrıca, pediatrik yaş gruplarında RSV ve benzeri etkenler ön plana çıkarken, erişkinlerde influenza ve SARS-CoV-2'nin ağırlığı artmaktadır (Bkz. **Şekil 14**).[7] Bu bulgular, klinik yönetimde tek bir patojen yerine çoklu etkenlerin dikkate alınması gerektiğini ve sürveyansın bu açıdan kritik bir rol oynadığını göstermektedir.

2.4. Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de 2017–2025 dönemi influenza sürveyansı, mevsimsel paternlerin her yıl belirgin bir kış piki ile seyrettiğini göstermiştir. COVID-19 pandemisi sırasında (2020/21 sezonu) dolaşım olağan dışı şekilde çok düşük kalmış, sonraki sezonlarda ise influenza yeniden artış göstermiştir. 2024/25 sezonunda hem ILI hem de SARI sürveyansı A(H3N2) ve A(H1N1)pdm09 baskınlığını ortaya koymuştur. Ancak hastane yatışları incelendiğinde, influenza dışındaki solunum yolu virüslerinin (özellikle RSV, rinovirüs, adenovirüs) toplam yükte daha büyük paya sahip olduğu görülmektedir. Bu tablo, ağır solunum yolu enfeksiyonlarının yönetiminde tek bir patojen yerine çoklu etkenlerin dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Türkiye'de influenza sürveyansının güçlendirilmesi için bazı öncelikler öne çıkmaktadır. Öncelikle, sentinel ILI ve SARI ağlarının kapsamı genişletilmeli, her örnekte çoklu etken analizi standart hale getirilmelidir.



Şekil 9. Yoğun bakımda ve diğer servislerde ağır akut solunum yolu enfeksiyonu nedeni ile yatan ve numune alınan vakaların İnfluenza ve Diğer Solunum Yolu Virüsleri (DSYV) pozitiflik yüzde dağılımı, Sentinel SARI Sürveyansı, 2024-2025[7]

Verilerin yıllık değerlendirme raporları ile sunulması, sezon başlangıcı, zirve haftası ve yaş gruplarına göre dağılım gibi göstergelerin izlenmesi açısından önemlidir. Ayrıca, CDC benzeri çoğaltan modeller kullanılarak Türkiye'ye özgü influenza hastalık yükü tahminlerinin yapılması, politika geliştirme süreçlerine katkı sağlayacaktır.

Aşılama, influenzaya karşı en etkili korunma yöntemidir. Risk gruplarının (≥65 yaş, 6–59 ay, gebeler, kronik hastalığı olanlar, immünsüprese bireyler ve sağlık çalışanları) yıllık aşılanma oranlarının artırılması öncelikli hedef olmalıdır. Bunun yanı sıra, antiviral tedavinin özellikle ağır ve riskli olgularda erken dönemde başlanması için klinik rehberler ve hızlı laboratuvar bildirim süreçleri güçlendirilmelidir.

Son olarak, haftalık raporlara ek olarak kamuya yönelik özet infografikler hazırlanması ve sağlık çalışanlarına mevsimsel uyarılar sunulması hem farkındalığı artıracak hem de sürveyans bulgularının sağlık sistemine daha etkin yansıtılmasını sağlayacaktır. Bu adımlar, Türkiye'de influenza ve diğer solunum yolu virüslerinin yol açtığı hastalık yükünün daha doğru değerlendirilmesine ve sağlık sistemi hazırlığının güçlendirilmesine katkı sunacaktır.

3. Respiratuar Sinsityal Virüs (RSV)

3.1. Genel Bilgiler ve Epidemiyoloji

Respiratuar sinsityal virüs, üst ve alt solunum yollarını enfekte eden, insanlara özgü ve oldukça yaygın bir RNA virüsüdür. Paramyxoviridae ailesine ait olan RSV, RSV-A ve RSV-B olmak üzere iki genotipe sahiptir. Her iki genotip çoğu zaman aynı sezonda birlikte dolaşımda bulunur ve her ikisi de ağır klinik tablolara yol açabilir.[9]

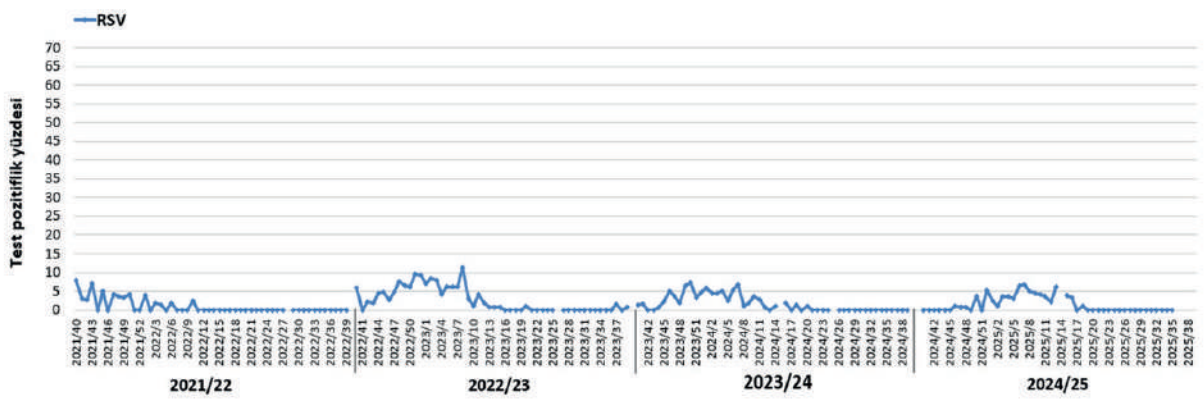
3.2. Türkiye'de RSV Enfeksiyonları: Eğilimler ve Karşılaştırmalar

Türkiye'de RSV sürveyansı, Sağlık Bakanlığı tarafından influenza sürveyansına entegre olarak 2015 yılından bu yana düzenli olarak yürütülmekte ve haftalık raporlar aracılığıyla kamuoyuna sunulmaktadır.[6] Sentinel ILI ve SARI sürveyansı kapsamında elde edilen veriler, RSV pozitiflik oranlarının yıllara göre değişimini ortaya koymaktadır.

Türkiye'de ILI sürveyansı kapsamında RSV pozitiflik oranları, 2021/22–2024/25 sezonları arasında incelendiğinde, pandeminin etkisiyle 2021/22 sezonunda oldukça düşük düzeylerde seyrettiği, ancak sonraki yıllarda yeniden belirgin bir mevsimsel örüntü kazandığı görülmektedir (**Şekil 10**).[7]

2022/23 ve 2023/24 sezonlarında kış aylarında %10'un üzerine çıkan RSV pozitiflik oranları, 2024/25 sezonunda da benzer bir dağılım göstermiştir. Bu bulgular, RSV'nin influenza ile benzer şekilde kış aylarında zirveye ulaştığını, ancak dolaşımının daha uzun süre devam edebildiğini ortaya koymaktadır.

2016–2025 dönemine ait sentinel SARI sürveyansı verileri, RSV'nin her sezon belirgin bir kış piki ile karakterize olduğunu göstermektedir (**Şekil 11**). Pozitiflik oranları çoğunlukla Kasım–Mart aylarında yükselmiş, yaz aylarında ise sıfıra yakın seviyelere gerilemiştir. Pandemi öncesi dönemde (örneğin 2016/17 ve 2018/19 sezonları) RSV pozitifliği %40'a kadar ulaşmıştır. 2019/20 döneminde 2020 15. Haftadan itibaren COVID-19 pandemisi nedeniyle sürveyans durdurulmuş olduğu için o dönemdeki dolaşımı hakkında

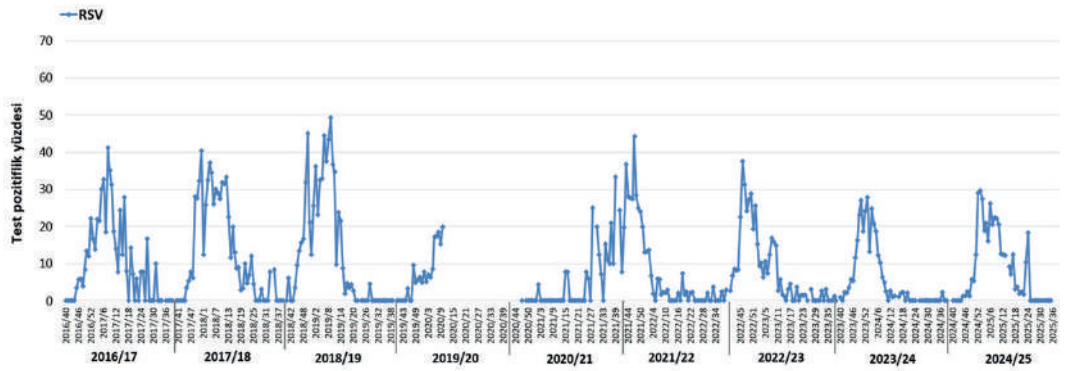


Şekil 10. İnfluenza benzeri hastalık nedeni ile aile hekimine ayaktan başvuran hastalardan alınan numunelerdeki RSV pozitiflik yüzdesi, Sentinel ILI Sürveyansı, 2021-2025[7]

veri yoktur. Ancak sonraki sezonda (2020/21) yine pandemi döneminde, RSV dolaşımı neredeyse tamamen kaybolmuş olduğu için önceki sezonda benzer bir durum olduğu düşünülebilir. Pandemi sonrasında 2021/22 sezonunda RSV olağanüstü güçlü bir geri dönüş yapmış, pozitiflik oranı %50'ye yaklaşarak son on yılın en yüksek seviyelerine ulaşmıştır. Bu durum, pandemi sırasında RSV'ye maruz kalmayan küçük çocuklarda biriken duyarlılıkla açıklanabilir. 2022/23 ve 2023/24 sezonlarında RSV aktivitesi yeniden klasik kış örüntüsüne dönmüş, pikler %25–35 aralığında kalmıştır. 2024/25 sezonunda da benzer şekilde kış aylarında %30 civarında pozitiflik gözlenmiştir. Bu bulgular, RSV'nin Türkiye'de ağır solunum yolu enfeksiyonlarının önemli bir nedeni olduğunu, özellikle pediatrik yaş grubunda ciddi bir hastane yükü oluşturduğunu göstermektedir.

RSV 2024/25 sezonu verileri, hastalığın toplumda ve hastane yükünde farklı roller üstlendiğini ortaya koymaktadır. Sentinel ILI sürveyansında, influenza benzeri hastalık şikâyetleriyle aile hekimlerine başvuran olgular arasında RSV pozitifliği %7,9 düzeyinde saptanmıştır (**Şekil 12**). Bu oran, RSV'nin toplumda daha çok hafif ve orta şiddette seyreden solunum yolu enfeksiyonlarına yol açtığını göstermektedir.

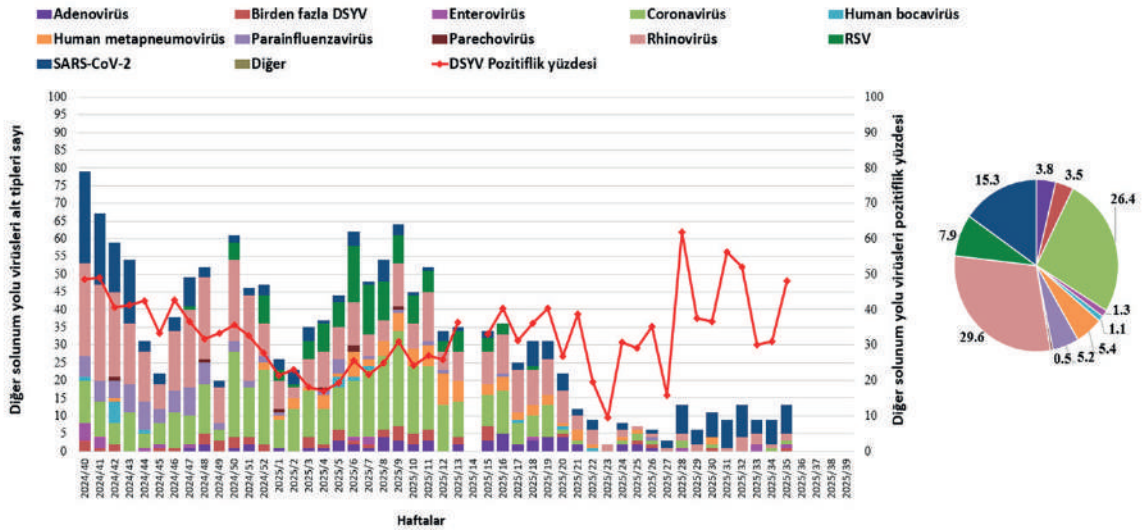
Buna karşılık, sentinel SARI sürveyansı sonuçları RSV'nin hastane yükünde belirgin şekilde öne çıktığını ortaya koymaktadır (**Şekil 13**). Ağır akut solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle yatırılan olgular arasında RSV



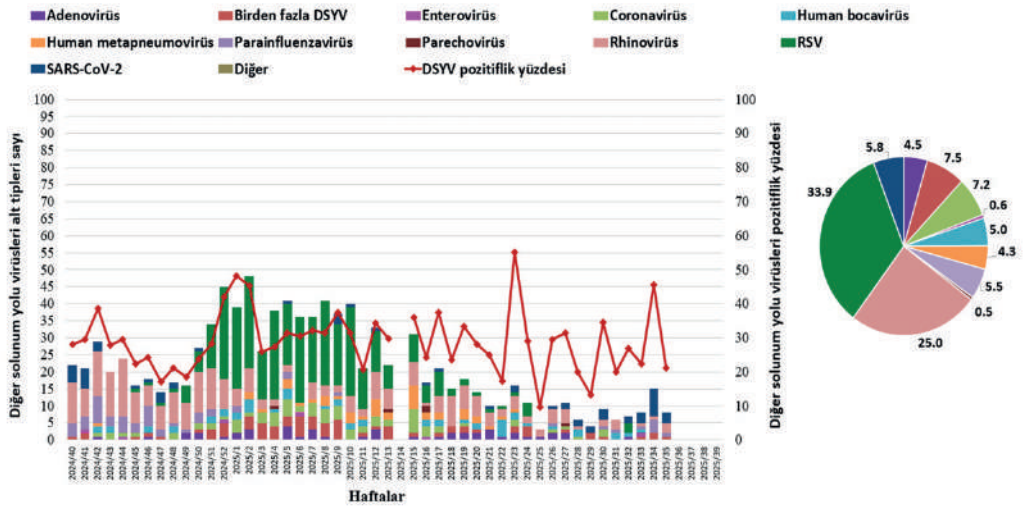
Şekil 11. Ağır akut solunum yolu enfeksiyonu nedeni ile yatan hastalardan alınan numunelerdeki RSV pozitiflik yüzdesi, Sentinel SARI Sürveyansı, 2016-2025[7]

*2019/2020 sezonu 2020/11. hafta COVID-19 pandemisi nedeni ile Sürveyans durdurulmuştur.

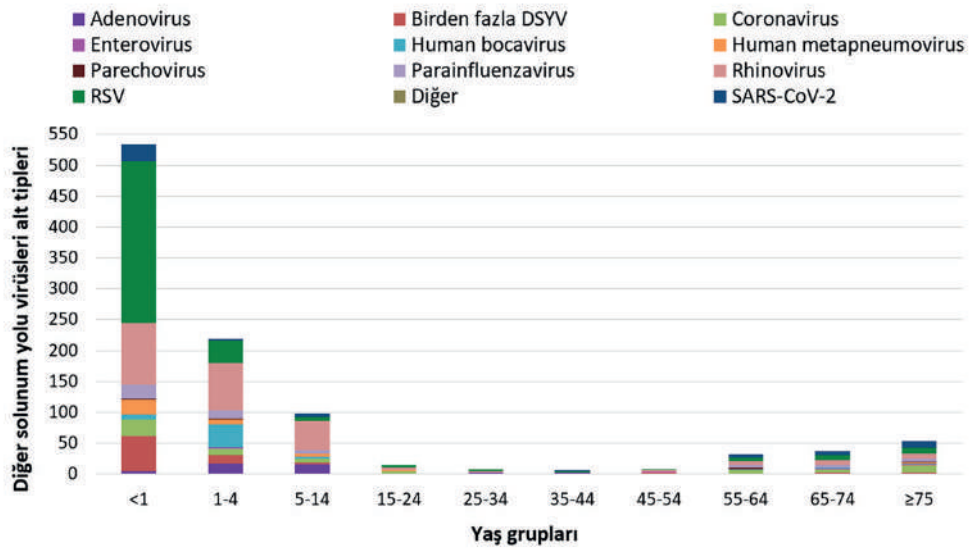
**2024/25 sezonu 14. hafta resmi tatil olması nedeni ile numune alınmamıştır.



Şekil 12. Aile hekimlerine influenza benzeri hastalık semptomları ile ayaktan başvuran hastalardan alınan numunelerdeki Diğer Solunum Yolu Virüsleri (DSYV) alt tipi, DSYV pozitiflik yüzdesi, Sentinel ILI Sürveyansı, 2024-2025[7]



Şekil 13. Ağır akut solunum yolu enfeksiyonu nedeni ile yatan hastalardan alınan numunelerdeki Diğer Solunum Yolu Virüsleri (DSYV) sayısı, DSYV pozitiflik yüzdesi, Sentinel SARI Sürveyansı, 2024-2025[7]



Şekil 14. Diğer Solunum Yolu Virüsleri (DSYV) pozitif ağır akut solunum yolu enfeksiyonu vakalarının yaş gruplarına göre DSYV alt tipi dağılımı, Sentinel SARI Sürveyansı, 2024-2025[7]

pozitifliği %33,9 ile en yüksek oranı oluşturmuş; rinovirüs (%25,0) ve influenza gibi diğer etkenleri geride bırakmıştır.

Şekil 14'te 2024/25 sezonunda sentinel SARI sürveyansı kapsamında DSYV'lerin yaş dağılımını göstermektedir. Buna göre, RSV'nin özellikle bebekler ve küçük çocuklarda ağır solunum yolu enfeksiyonlarının başlıca nedeni olduğu anlaşılmaktadır. Bir yaş altı grupta RSV pozitifliği açık ara en yüksek düzeyde olup, bu gruptaki olguların büyük kısmından sorumlu olmuştur. 1–4 yaş grubunda RSV varlığını sürdürmekle birlikte, rinovirüsün katkısı daha belirgin hale gelmiştir. Okul çağındaki çocuklarda (5–14 yaş) ise RSV'nin yükü azalmış, rinovirüs öne çıkmıştır.

Erişkin yaş gruplarında (15–54 yaş) DSYV pozitiflikleri oldukça düşük seyretmiş, RSV bu gruplarda neredeyse kaybolmuştur. Buna karşılık ileri yaş gruplarında (≥55 yaş) RSV yeniden önem kazanmış, rinovirüs, koronavirüsler ve SARS-CoV-2 ile ağır vakaların önemli bir bölümünü oluşturmuştur. Bu bulgular, RSV'nin özellikle pediatrik hastalarda yüksek hastane yüküne yol açtığını, ileri yaşlarda ise çoklu etkenlerle birlikte ağır klinik tablolara katkı sunduğunu göstermektedir.

3.3. Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de RSV sürveyansı, 2015 yılından bu yana influenza ile entegre biçimde yürütülmekte olup, özellikle son yıllarda ağır solunum yolu enfeksiyonları açısından kayda değer bir yük ortaya koymuştur. 2024/25 sezonunda sentinel SARI sürveyansı verileri, RSV'nin hastane yatışlarının en önemli viral etkeni olduğunu göstermektedir. Toplumda ayaktan başvurular (ILI) arasında RSV pozitifliği daha düşük düzeylerde seyretmekte, ancak özellikle 1 yaş altı bebeklerde ve ileri yaş gruplarında ağır seyirli enfeksiyonlara yol açmaktadır. Bu bulgular, RSV'nin Türkiye'de hem toplum hem de hastane düzeyinde önemli bir solunum yolu patojeni olduğunu ve influenza ile birlikte izlenmesinin kritik değer taşıdığını göstermektedir.

Önümüzdeki dönemde RSV'ye yönelik sürveyansın güçlendirilmesi, ağır olguların izlenmesinde mortalite, yoğun bakım ve ventilasyon ihtiyacına ilişkin verilerin sistematik olarak toplanması önemlidir. Genetik karakterizasyon çalışmalarının artırılması, dolaşımda olan alt tiplerin ve olası varyantların izlenmesine katkı sağlayacaktır. Bununla birlikte, bağışıklama stratejilerinin geliştirilmesi kritik bir gereklilik haline gelmiştir. Bebekler için uzun etkili monoklonal antikor uygulamaları ve gebelik döneminde aşılama, RSV kaynaklı ağır enfeksiyonların önlenmesinde etkili olabilir. Riskli gruplarda, özellikle 60 yaş ve üzeri erişkinlerde ve kronik hastalıkları olan bireylerde RSV aşılarının uygulanabilirliği gündeme alınmalıdır.

Klinik hazırlık kapsamında, pediatrik servisler ve yoğun bakım ünitelerinde RSV sezonu öncesinde kapasite planlamasının yapılması gerekmektedir. RSV, influenza ve SARS-CoV-2'nin eşzamanlı dolaşımı göz önünde bulundurularak hızlı tanı yöntemlerinin erişilebilirliğinin artırılması ve izolasyon protokollerinin güncellenmesi önem taşımaktadır. Ayrıca toplumun bilgilendirilmesi, özellikle aileler ve bakım verenler arasında farkındalığın artırılması, erken tanı ve uygun bakım için gereklidir. Dezavantajlı bölgelerde erken tanı ve sevk mekanizmalarının güçlendirilmesi, eşitlikçi sağlık hizmetine erişimi destekleyecektir.

Son olarak, Türkiye'ye özgü RSV hastalık yükünün ve ekonomik maliyetinin düzenli olarak hesaplanması, kaybedilen yaşam yılı tahminlerinin yapılması ve bu verilerin politika geliştirme süreçlerine entegre edilmesi gereklidir. Erken uyarı eşiklerinin tanımlanması ve saha uygulamalarına entegre edilmesi, mevsimsel dalgalanmaların daha etkin yönetilmesini sağlayacaktır. RSV'nin influenzayla birlikte ele alınması hem klinik yönetimde hem de ulusal bağışıklama politikalarının geliştirilmesinde önemli katkılar sunacaktır.

4. İnvaziv Haemophilus İnfluenzae Hastalığı

4.1. Genel Bilgiler ve Epidemiyolojisi

Haemophilus influenzae, 1889 yılında Richard Pfeiffer tarafından influenza pandemisi sırasında keşfedilmiş ve "influenza basili" olarak adlandırılmıştır. Bakterinin üremesi için kan faktörlerine ihtiyaç duyulması nedeniyle daha sonra "kan seven" anlamına gelen Haemophilus adı verilmiştir[10]. Bu gram-negatif kokobasil morfolojisindeki bakteri insan nazofarenksinde ve üst solunum yollarında sık görülen bir kolonizatördür ve insandan başka bilinen rezervuarı bulunmamaktadır. Kapsüllü ve kapsülsüz olmak üzere iki ana gruba ayrılır; kapsüllü olanlar ise serotiplere (a–f) ayrılmaktadır.[11] Bu serotipler arasında en patojen olan H. influenzae tip b (Hib), özellikle küçük çocuklarda invaziv hastalıkların başlıca nedenidir.[12] Tüm invaziv H. influenzae enfeksiyonlarının %90'dan fazlası Hib kaynaklıdır.[10]

4.2. Türkiye Haemophilus İnfluenzae Enfeksiyonları: Eğilimler ve Karşılaştırmalar

Türkiye'de Haemophilus influenzae enfeksiyonlarına ilişkin veriler sınırlıdır; rutin sürveyans sistemleri sonuçları kamuoyuyla paylaşılmamakta, mevcut bilgi büyük ölçüde münferit araştırmalar ve akademik raporlardan elde edilmektedir. 28 Ekim 2022'de Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti HACEK Çalışma Grubu tarafından düzenlenen çalıştay, bu alandaki mevcut durumu değerlendirmek açısından önemli bir platform oluşturmuştur.[13] Çalıştay bulgularına göre, ulusal aşılama programına bağlı olarak Haemophilus influenzae tip b (Hib) prevalansı belirgin şekilde azalmıştır. Bununla birlikte, tip a ve tiplendirilemeyen (non-typeable) H. influenzae suşlarının oranında artış gözlenmektedir. Ayrıca, β-laktamaz üretmeyen ampisiline dirençli (BLNAR) suşların sıklığında artış saptandığı bildirilmiştir. Bu durum, ülkemizde antibiyotik direncinin ve non-Hib türlerinin yakından izlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Çalıştayda ayrıca biyotip dağılımında değişimler olduğuna dikkat çekilmiş, farklı bölgelerde özellikle Biyotip III'ün yaygınlaştığı vurgulanmıştır. Risk grupları açısından 3 yaş altı çocuklar ve 65 yaş üzeri bireylerde farkındalığın artırılması gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca, aşının dolaylı etkilerini ve uzun dönem koruyuculuğunu değerlendirmek üzere kohort temelli araştırmaların planlanması gerektiği önerilmiştir.

İstanbul'da 2021–2023 yılları arasında 9354 hastadan alınan 11.048 üst solunum yolu örneği üzerinde yapılan geniş çaplı bir çalışmada, H. influenzae en sık (%24,3) saptanan bakteriyel patojen olmuştur.[14] 2022 yılında saptanma oranı %11'i aşarak en yüksek düzeye ulaşmış, 2023'te bu oran %9 civarına gerilese de 2021'e (%4) kıyasla oldukça yüksek kalmıştır. Bu çalışma ayrıca H. influenzae'nin özellikle rhinovirus/enterovirus (RV/EV), S. pneumoniae, RSV A/B, Inf A ve SARS-CoV-2 gibi patojenlerle sık ko-enfeksiyon gösterdiğini ortaya koymuştur. En sık bildirilen çift enfeksiyon kombinasyonu RV/EV + H. influenzae (%12,4) olmuştur. Yalnız başına H. influenzae pozitifliği %24,3, RV/EV + H. influenzae ko-enfeksiyonu ise %12,4 olarak raporlanmıştır. H. influenzae pozitifliğinin kış aylarında, özellikle Aralık ayında zirve yaptığı bildirilmiştir.

Çalışma yaş, cinsiyet ve mevsime göre H. İnfluenzae saptanma oranlarını da incelemiştir.[14] H. İnfluenzae çocuklarda en sık, yetişkinlerde ise en sık S. Pneumoniae'den sonra ikinci en sık rastalanan etken olmuştur. Çocuklarda yaş dağılımına bakıldığında 6 yaşa kadar kolonizasyon artarken 7 yaştan itibaren azalma eğilimi gözlenmiştir. Saptanma oranı, 1 yaş altında %29,1, 1-2 yaş grubunda %28,7, 3-6 yaş grubunda %33,8, 7-17 yaş grubunda ise %20,8'dir. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde *H. influenzae*, erkeklerde kadınlara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek oranda saptanmıştır (p = 0.042). Çalışma yazarları, *H. influenzae* ve *S. pneumoniae*'yi koloni oluşturan bakteriler olarak değerlendirmiş ve pozitifliğin her zaman enfeksiyon anlamına gelmeyebileceğini, ancak özellikle pediatrik yaş grubunda klinik önemi olduğunu vurgulamışlardır.

Kütahya'da yürütülen ve 2022–2023 kış dönemine ait bir pediatrik merkez verilerini kapsayan çalışmada, 0–17 yaş arası solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda en sık bakteriyel etkenlerin H. influenzae (%48,8) ve S. pneumoniae (%29,3) olduğu saptanmıştır.[15] H. influenzae özellikle 2–5 yaş grubunda (%63,4) yüksek bulunmuş, <2 yaşta da (%40,2) dikkate değer düzeyde seyretmiştir. Bu sonuçlar, Hib aşılamasının ardından tip b'ye bağlı invaziv hastalık yükünün azaldığını, ancak non-tipable H. influenzae suşlarının halen önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Bununla birlikte, söz konusu çalışmanın tek merkezli ve belirli bir dönemi kapsaması nedeniyle genellenebilirliği sınırlıdır. Ancak, bu tür veriler Türkiye'de ulusal sürveyans eksikliğinin kısmen telafisi açısından önem taşımaktadır.

Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi'nin (ECDC) 2023 yılına ait verilerine göre, AB/AEA ülkelerinde invaziv *Haemophilus influenzae* hastalığına ilişkin toplam 5.234 doğrulanmış vaka bildirilmiştir.[16] Bu sayı, 2022'ye göre %31'lik bir artışı temsil etmekte ve pandemi öncesi döneme kıyasla (2020: 1.838 vaka; 2021: 1.693 vaka) yaklaşık üç katlık bir yükselişi yansıtmaktadır. Bildirilen vakaların bildirimi, 100.000 nüfusta 1.2'ye ulaşarak son beş yılın en yüksek düzeyine çıkmıştır.

Serotiplendirme yapılan vakaların %81'inde kapsülsüz (*non-typeable*) suşların baskın olduğu, serotip f'in %6, serotip b (Hib)'in ise sadece %5 oranında saptandığı bildirilmiştir.[16] Bu oran, 2022'de Hib için %9.1 olarak bildirilmişti; düşüş, güçlü aşılama programlarının etkisiyle açıklanmaktadır. Yaş dağılımı incelendiğinde, en yüksek bildirim hızı 1 yaş altı bebeklerde (100.000'de 6.41) ve 65 yaş üzeri bireylerde (100.000'de 3.2) görülmüştür. Bu iki yaş grubu tüm vakaların yaklaşık %70'ini oluşturmaktadır. Cinsiyet açısından erkeklerde bildirimin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Mortalite özellikle yaşlı grupta belirginleşmiştir (Case Fatality Rate: %11,5).

ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri'nin (CDC) 2023 verilerine göre ise ulusal düzeyde 8.070 invaziv H. influenzae vakası raporlanmış ve genel insidans 100.000 nüfusta 2,4 olarak hesaplanmıştır.[17] Bu oran Avrupa'daki ortalamanın yaklaşık iki katı düzeyindedir. Vaka dağılımında da benzer şekilde non-typeable suşlar baskındır (%80'in üzerinde). Yaş gruplarına göre en yüksek vaka oranı 85 yaş ve üzerindeki erişkinlerde (100.000'de 13.18) görülmüştür. Bebeklerde de yüksektir (0 yaş: 100.000'de 7.33). Hib kaynaklı vakalar yalnızca %0,2 düzeyindedir. Tüm vakalarda bildirilen olgu ölüm oranı %9,5 olup, bu oran Avrupa ile benzerdir.

Türkiye'de yayımlanan araştırmalarda, invaziv hastalık yüküne ilişkin doğrudan bildirime dayalı ulusal veri olmamakla birlikte, özellikle çocuklarda yapılan çalışmalarda *H. influenzae*'nin kolonizasyon ve ko-enfeksiyon oranlarının yüksek olduğu, non-Hib türlerin baskınlığı ve BLNAR suşların artışı vurgulanmaktadır. Türkiye'de RSV, RV/EV, *S. pneumoniae* gibi etkenlerle birlikte en sık saptanan bakteriyel patojen olması, Avrupa ve ABD bulgularıyla örtüşmektedir. Bununla birlikte, Avrupa ve ABD'de mevcut olan ayrıntılı serotiplendirme, yaşa göre insidans, mortalite ve aşı durumu analizleri Türkiye'de sınırlı kalmakta, bu da karşılaştırmalı analizleri zorlaştırmaktadır.

Türkiye'de *Haemophilus influenzae* enfeksiyonlarına ilişkin resmi sürveyans sistemi mevcut olmakla birlikte, veri paylaşımı şeffaf değildir. Rutin sürveyans so-

nuçları kamuoyuyla paylaşılmadığı için, vaka sayıları, serotip dağılımları, yaş grubu kırılımı ya da olgu ölüm oranları gibi kritik epidemiyolojik göstergelere ilişkin bilgiye erişim mümkün değildir. Bu durum, Avrupa ve ABD gibi ülkelerde düzenli yayımlanan sürveyans raporlarıyla karşılaştırıldığında, ulusal düzeyde karşılaştırmalı analiz yapmayı ve politika geliştirmeyi zorlaştırmaktadır. Türkiye'de bu boşluk, ancak münferit araştırmalar, bölgesel merkez verileri ve uzman çalıştay raporlarıyla kısmen doldurulabilmektedir.

4.3. Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de Haemophilus influenzae enfeksiyonlarına ilişkin doğrudan, kapsamlı ve güncel epidemiyolojik veri eksikliği sürmektedir. Ulusal aşılama programı sayesinde Hib kaynaklı invaziv hastalık yükü önemli ölçüde azalmış olsa da yapılan araştırmalar kapsülsüz (non-typeable) ve Hib dışı suşların dolaşımda olduğunu ve bu türlerin özellikle küçük çocuklar ve yaşlı bireyler için risk oluşturduğunu göstermektedir. Ayrıca β-laktamaz üretmeyen ampisiline dirençli (BLNAR) suşların varlığı, tedaviye yönelik dikkatli antibiyotik seçimini ve direnç izlemini gerekli kılmaktadır.

Avrupa ve ABD gibi ülkelerde bildirilen verilerle karşılaştırıldığında Türkiye'de özellikle Hib dışı suşların ve kolonizan türlerin yükü benzer bir eğilim göstermektedir. Bununla birlikte, bu ülkelerde serotip dağılımı, yaş grubu bazlı insidans, olgu ölüm oranları ve aşılama durumları gibi parametrelerin düzenli olarak yayımlanması, hedefe yönelik halk sağlığı önlemlerinin geliştirilmesini kolaylaştırmaktadır.

Türkiye için öneriler şunlardır:

- Ulusal sürveyans sistemi kapsamında Haemophilus influenzae enfeksiyonlarının yıllık olarak **serotip, yaş grubu, klinik tablo ve direnç paternlerine göre raporlanması sağlanmalıdır.**
- **Mevcut Hib aşılaması sürdürülmeli**, kapsayıcılık değerlendirmeleri ve bağışıklama programlarının etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.
- **Kapsülsüz ve Hib dışı türlere yönelik epidemiyolojik izlem** güçlendirilmeli; bu veriler, gelecekte Hib dışı suşlara karşı geliştirilebilecek geniş spektrumlu aşıların gerekliliği açısından önemlidir.
- Sürveyans verilerinin **düzenli ve şeffaf biçimde kamuoyuyla paylaşılması** hem bilimsel üretimi hem de ulusal ve uluslararası karşılaştırmaları mümkün kılacaktır.
- Türkiye'de halihazırda yürütülen antibiyotik direnç izlemi, H. influenzae suşları için **serotiplendirme ve klinik bilgilerle entegre** edilerek değerlendirilmelidir.
- Gelecekte **geniş kapsama sahip (multivalent) ya da protein bazlı** yeni aşıların değerlendirilmesine yönelik hazırlık yapılmalı, Türkiye'ye özgü epidemiyolojik veriler bu sürece temel oluşturmalıdır.
- Ulusal düzeyde elde edilen verilerin **ECDC/GLASS gibi uluslararası sistemlerle uyumlu hale getirilmesi**, karşılaştırmalı analiz kapasitesini artıracaktır.

5. İnvaziv Pnömokokal Hastalıklar (Streptococus Pneumonia)

5.1. Genel Bilgiler ve Epidemiyoloji

Streptococcus pneumoniae, özellikle bebekler, küçük çocuklar ve yaşlılarda ciddi seyreden enfeksiyonlara yol açabilen, küresel düzeyde önemli bir halk sağlığı sorunu olan gram-pozitif bir bakteridir. Pnömokok bakterisi, çoğunlukla kişinin burun ve boğazında asemptomatik olarak kolonize olabilmekte; ancak bağışıklık sisteminin zayıfladığı veya solunum yollarının bütünlüğünün bozulduğu durumlarda invaziv enfeksiyonlara neden olabilmektedir.[18,19] Bakterinin polisakkarit kapsülü, fagositozdan korunmayı sağlayarak virülans açısından kritik öneme sahiptir. Kapsül antijenlerine göre sınıflandırılan 90'dan fazla serotipi bulunan bu bakteri, özellikle 23 serotip ile invaziv hastalıkların büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır.[18,19]

5.2. Türkiye'de S. Pneumonia Enfeksiyonu: Eğilimler Karşılaştırmalar

Türkiye'de Streptococcus pneumoniae enfeksiyonlarına ilişkin resmi sürveyans sistemi bulunmakla birlikte, veriler kamuoyuyla ayrıntılı ve düzenli biçimde paylaşılmamaktadır. Özellikle serotip dağılımı, yaş ve cinsiyete göre insidans, aşılama durumu ve olgu ölüm oranı gibi temel epidemiyolojik göstergelere ilişkin açık erişimli bilgi bulunmamaktadır. Bu nedenle mevcut bilgiler büyük oranda münferit çalışmalar, bölgesel hastane kayıtları ve laboratuvar temelli araştırmalardan elde edilmektedir. Ulusal bağışıklama programında bebeklere yönelik uygulanan konjuge pnömokok aşısı (PCV13) sayesinde aşıya dahil serotiplere bağlı invaziv hastalıklarda azalma sağlanmış olsa da aşının kapsamadığı serotiplerle enfeksiyonlar ve koloni taşıyıcılığı devam etmektedir.

İstanbul'da 2021–2023 yılları arasında 9354 hastadan alınan 11.048 üst solunum yolu örneği üzerinde yapılan bir sürveyans çalışmasında, S. pneumoniae, H.

influenzae'nin ardından en sık saptanan bakteriyel patojen olmuştur (%19,8).[14] En yüksek saptanma oranı 2022 yılında (%9,0) bildirilmiş, 2023 yılında ise bu oran %8,2 düzeyine gerilemiştir. Çalışmada S. pneumoniae, H. influenzae ve RV/EV gibi etkenlerle birlikte sık ko-enfeksiyon göstermiştir. En sık bildirilen çift enfeksiyon kombinasyonu H. influenza + *S.* pneumoniae (%9) ve RV/EV + *S.* pneumoniae (%8) olmuştur. Mevsimsel dağılım incelendiğinde pozitiflik Aralık ayında zirve yapmıştır.

Çalışma yaş gruplarına göre dağılıma da ışık tutmaktadır. *S.* pneumoniae, 36 yaş ve üzeri erişkinlerde en sık saptanan bakteriyel etken olmuştur. Çocuklarda ise 6 yaş altı grupta pozitiflik oranı yüksektir; ancak yaş arttıkça oran düşme eğilimindedir. Kütahya'da yürütülen ve 2022–2023 kış dönemini kapsayan bir diğer pediatrik merkez çalışmasında da benzer bulgulara ulaşılmış; 0–17 yaş arası çocuklarda *S.* pneumoniae %29,3 oranla en sık ikinci bakteriyel etken olarak tespit edilmiştir.[15] Bu oran <2 yaş grubunda %30,8'e, 2–5 yaşta ise %35,2'ye ulaşmıştır. Bu bulgular, Türkiye'de çocukluk döneminde koloni taşıyıcılığının yüksekliğine ve potansiyel invaziv hastalık riski barındırdığına işaret etmektedir.

Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi'nin (ECDC) 2022 yılı verilerine göre, AB/AEA ülkelerinde invaziv *Streptococcus pneumoniae* hastalığına ilişkin toplam 24.201 doğrulanmış vaka bildirilmiştir.[20] Bu sayı, 2021'e göre %26'lık bir artışı temsil etmekte olup pandemi öncesi düzeylere yakın seyretmektedir. Bildirilen insidans oranı 100.000 nüfusta 6,5 olarak hesaplanmıştır. En yüksek vaka oranları 0 yaş grubunda (100.000'de 21,7) ve 65 yaş üzeri bireylerde (100.000'de 13,8) bildirilmiştir. Erkeklerde insidans oranı kadınlara göre daha yüksektir.

Serotiplendirme yapılan vakaların %57'si PCV13 ile kapsanan serotiplerden oluşmaktadır. En sık izole edilen serotipler sırasıyla serotip 3 (%13), serotip 8 (%11) ve serotip 19A (%8) olmuştur. Bu serotipler, mevcut aşı kapsamına rağmen dolaşımda kalmaya devam etmektedir. Tüm vakalar içinde ortalama olgularda ölüm oranı (CFR) %10,8, ancak 65 yaş üzeri bireylerde %15,7'ye kadar yükselmektedir.[16]

ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri'nin (CDC) 2023 yılı Active Bacterial Core Surveillance (ABCs) verilerine göre, invaziv *S.* pneumoniae enfeksiyonlarına ait ulusal vaka sayısı 33.220, bildirilen genel insidans ise 100.000 nüfusta 9,9'dur.[21] En yüksek vaka oranları 0 yaş grubunda (13,3/100.000) ve 85 yaş ve üzeri bireylerde (35,5/100.000) kaydedilmiştir. Ölüm oranı da yaşla birlikte artmakta, ≥85 yaş grubunda ölüm hızı 5,56/100.000'e ulaşmaktadır. Genel olarak 3.680 ölüm bildirilmiş olup, tüm yaş grupları için CFR yaklaşık %11,1'dir.

CDC verileri ayrıca invaziv vakaların klinik sendromlara göre dağılımını da sunmaktadır: vakaların %70,7'si pnömonili bakteremi, %12,3'ü odaklanmamış bakteremi, %8'i menenjit olarak sınıflandırılmıştır. İzole edilen suşlarda serotip 3, 22F ve 33F gibi PCV13 dışı serotiplerin varlığı dikkat çekmektedir. Antibiyotik duyarlılık analizine göre, penisiline karşı direnç oranı %1,9, eritromisine karşı ise %24,8 olarak belirlenmiştir. Tüm suşlar levofloksasin ve vankomisine karşı duyarlı bulunmuştur.[21]

Türkiye'de Streptococcus pneumoniae enfeksiyonlarına ilişkin invaziv hastalık yükü, yaş grubu dağılımı, serotip sirkülasyonu ve olgu ölüm oranlarına dair ulusal ölçekte sistematik veri paylaşımı bulunmamaktadır. Oysa Avrupa ve ABD sürveyans sistemleri, yaş gruplarına göre insidans, serotip dağılımı, klinik sendromlara göre sınıflama ve direnç profilleri gibi çok boyutlu bilgileri düzenli biçimde kamuoyuna sunmaktadır. Bu ülkelerde en yüksek vaka oranları 0 yaş ve 65 yaş üzeri gruplarda görülmekte, CFR değerleri %10–15 düzeyine ulaşmaktadır. Türkiye'de yayımlanan sınırlı sayıdaki çalışmalarda, S. pneumoniae'nin çocuklarda özellikle 6 yaş altında ve erişkinlerde en sık rastlanan bakteriyel etkenlerden biri olduğu, mevsimsel dağılımda kış aylarında artış gösterdiği ve ko-enfeksiyonlara sık eşlik ettiği görülmektedir. Bununla birlikte, bu çalışmalar genellikle tek merkezli, invaziv hastalık tanımı dışındaki kolonizasyonları da içeren, serotiplendirme yapılmamış sonuçlardır. Bu durum, Türkiye'de invaziv hastalık yükünün **doğrudan karşılaştırmalı analizine olanak vermemekte**, bağışıklama programlarının etkisini ve aşı sonrası serotip değişimlerini değerlendirmeyi güçleştirmektedir. Ayrıca Avrupa ve ABD'de bildirilen yüksek yaş grubu CFR oranları, Türkiye'de bu yaş grubunda sistematik izlem eksikliğine bağlı olarak **gizli hastalık ve ölüm yükü potansiyeline** işaret etmektedir.

Bebeklik döneminde uygulanan PCV13 aşısı, kapsadığı serotiplere bağlı invaziv pnömokok hastalıklarının azaltılmasında önemli başarı sağlamıştır. Ancak Avrupa ve ABD verileri, aşı dışı serotiplerin (örneğin 3, 8, 22F, 33F) klinik öneme sahip hale geldiğini ve serotip dağılımında kaymaların gözlendiğini ortaya koymaktadır.[18,20,21] CDC verilerine göre bildirilen invaziv vakaların büyük kısmında PCV13 dışı serotiplerin rol oynaması, yeni nesil konjuge aşıların (PCV15, PCV20) sağladığı ek kapsama alanını gündeme getirmektedir.[21]

Türkiye'de serotip dağılımına ilişkin kamuya açık sistematik veriler bulunmamakla birlikte, münferit araştırmalarda aşı dışı serotiplerin dolaşımda olabileceği yönünde bulgular dikkat çekmektedir. Bu nedenle, ulusal bağışıklama programlarının serotip değişimlerine duyarlı biçimde güncellenmesi ve yeni nesil konjuge aşıların değerlendirmeye alınması, hastalık yükünü azaltma açısından stratejik öneme sahiptir.

5.3. Sonuç ve Öneriler

İnvaziv pnömokokal hastalıklar (IPD), özellikle bebekler, küçük çocuklar ve yaşlı bireyler başta olmak üzere, bağışıklık sistemi baskılanmış birçok kişi için yüksek morbidite ve mortalite riski taşıyan ciddi enfeksiyonlardır. Geniş klinik spektrumu, hızlı seyri ve kalıcı sekellere yol açabilme potansiyeli nedeniyle pnömokok enfeksiyonları, halk sağlığı açısından öncelikli izlenmesi gereken patojenler arasında yer almaktadır.

Aşılama, pnömokokal hastalıkların önlenmesinde en etkili halk sağlığı müdahalesidir. Türkiye'de 2009 yılından bu yana uygulanan PCV13 aşısı sayesinde aşıya dahil serotiplere bağlı IPD insidansında azalma sağlanmış, ancak konjuge aşının kapsamadığı serotiplere bağlı vakaların süregeldiği ve koloni taşıyıcılığının devam ettiği gözlemlenmiştir. Bu nedenle serotip dağılımındaki değişimlerin düzenli izlenmesi, aşılama stratejilerinin güncellenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Ayrıca, 65 yaş üzeri bireyler ve risk gruplarına yönelik bağışıklama programlarının güçlendirilmesi hem doğrudan koruma sağlamak hem de hastane yatışları ve sağlık hizmeti yükünü azaltmak açısından önceliklidir.

Tedavi açısından, Avrupa ve küresel düzeyde artan penisilin ve makrolid direnci, ampirik antibiyotik kullanımında rehberlik eden yerel direnç verilerinin önemini artırmıştır. Türkiye'de antibiyotik duyarlılığı laboratuvar düzeyinde izlenmekle birlikte, bu verilerin kamuya açık, sistematik ve ulusal düzeyde analiz edilen biçimde sunulması, akılcı antibiyotik kullanımı ve dirençle mücadele açısından destekleyici olacaktır.

Sürveyans sistemleri karşılaştırıldığında, Avrupa Birliği ülkelerinde ve ABD'de yürütülen kapsamlı, vaka bazlı ve serotiplendirme içeren sistemlerin, aşılama etkilerini değerlendirme, serotip kaymalarını izleme ve politika geliştirme açısından zengin bir veri seti sunduğu görülmektedir. Türkiye'de ise 2016 yılında başlatılan ulusal sürveyans sistemi varlığını sürdürmekte, ancak elde edilen verilerin düzenli, şeffaf ve ayrıntılı biçimde kamuoyuyla paylaşılmaması önemli bir zayıflık alanı oluşturmaktadır. IPD insidansı, yaş grubu dağılımı, klinik sendromlar, serotip sirkülasyonu ve olgu ölüm oranı gibi temel epidemiyolojik göstergelerin erişilebilir olmaması, akademik üretimi ve kanıta dayalı sağlık politikası geliştirilmesini sınırlamaktadır.

Türkiye için öneriler şunlardır:

- **Sürveyans verileri kamuoyuna açık, yıllık ve karşılaştırmalı biçimde yayımlanmalıdır.** Serotip dağılımı, klinik tablo ve yaş grubu analizleri içeren raporlar, aşı politikalarının yönlendirilmesi açısından vazgeçilmezdir.
- **Aşılama programlarında yeni nesil konjuge aşıların (PCV15, PCV20) değerlendirilmesi** ve serotip değişimlerine göre ulusal takvimin güncellenmesi, mevcut bağışıklama etkisinin artırılmasına katkı sağlayacaktır.
- **Erişkin bağışıklama programı güçlendirilmeli,** özellikle yaşlılar ve risk gruplarında aşılama kapsayıcılığı artırılmalıdır.
- **Ulusal sürveyans sistemleri ile UAMDS verileri entegre edilerek,** klinik tablolar ve serotip direnci arasındaki ilişki izlenmeli; bölgesel farklılıklar temelinde politika geliştirilmelidir.
- **Araştırma altyapısı güçlendirilerek,** Türkiye'de serotip dağılımını, aşı etkinliğini ve koloni taşıyıcılığını izleyen çok merkezli, prospektif çalışmalar teşvik edilmelidir.
- **Halk sağlığı bilgilendirme kampanyaları** yoluyla pnömokokal hastalıkların farkındalığı artırılmalı, sağlık çalışanlarına yönelik sürekli eğitimlerle tanı ve aşılama uygulamaları desteklenmelidir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hava yoluyla bulaşan enfeksiyon hastalıkları, özellikle invaziv pnömokok ve Hib hastalıkları gibi aşı ile önlenebilir enfeksiyonlar, halen önemli bir hastalık ve ölüm yükü oluşturmaktadır. Türkiye'de ulusal bağışıklama programı sayesinde çocukluk çağındaki aşılama oranları yüksek düzeydedir; ancak ileri yaş gruplarında ve risk altındaki bireylerde aşılama kapsamı sınırlı kalmakta, bu durum yüksek ölüm oranlarıyla kendini göstermektedir. Uluslararası veriler, 65 yaş üzeri bireylerde olgu ölüm oranının %15'i aştığını gösterirken, Türkiye'de bu yaş grubuna yönelik invaziv hastalık yüküne dair sistematik veriler bulunmamaktadır.

Türkiye'de Haemophilus influenzae ve Streptococcus pneumoniae için laboratuvar temelli sürveyans yürütülmekte; serotip dağılımı, antibiyotik direnci ve klinik formlar izlenmektedir. Ancak bu sistemin çıktılarına ilişkin kamuoyuna açık, düzenli ve kapsamlı veri paylaşımı yapılmamakta; bu durum hem akademik

üretimi hem de politika geliştirme süreçlerini sınırlandırmaktadır. Buna karşılık, Türkiye'de Ulusal Antibiyotik Direnç Sürveyansı kapsamında yayımlanan yıllık raporlar, direnç paternlerinin izlenmesinde önemli bir kaynak oluşturmaktadır.

ECDC ve CDC gibi kurumların yayımladığı sürveyans raporları, yaş grubu, klinik tablo, serotip ve aşılama durumu gibi detaylı göstergeleri içermektedir. Bu sistemler, aşılama stratejilerinin etkinliğini ve serotip kaymalarını zamanında tespit edebilmek açısından Türkiye'ye kıyasla daha güçlüdür. Ayrıca, yeni nesil konjuge aşıların kullanımı ile aşı kapsamı genişletilmiş, dolaylı koruma etkisi artırılmıştır. Türkiye'de ise halen PCV13 uygulanmakta, yeni jenerasyon aşıların (PCV15, PCV20) değerlendirilmesine yönelik sistematik analizlere ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç olarak, Türkiye'de bu enfeksiyonlara karşı yürütülen programlar önemli bir zemin oluşturmakla birlikte hem izleme sistemlerinin şeffaflığı hem de erişkin aşılamasının güçlendirilmesi açısından geliştirilmesi gereken alanlar mevcuttur.

Politika Önerileri

- Erişkin ve risk gruplarına yönelik pnömokok ve Hib aşılamasının yaygınlaştırılması.
- Aşılama programlarında yeni nesil konjuge aşıların (PCV15, PCV20) değerlendirilmesi ve serotip değişimlerine göre ulusal takvimin güncellenmesi.
- Sürveyans sistemlerine ilişkin yıllık raporların kamuya açık biçimde, yaş, klinik tablo, serotip ve direnç bilgileriyle birlikte yayımlanması.
- Laboratuvar ve epidemiyolojik verilerin birlikte analiz edildiği, çok merkezli akademik çalışmaların desteklenmesi.
- Kış aylarında solunum yolu enfeksiyonlarına karşı erken uyarı mekanizmalarının geliştirilmesi ve risk gruplarına yönelik önleyici stratejilerin güçlendirilmesi.

KAYNAKLAR

1. WHO. Fact Sheets- Influenza (seasonal) [İnternet]. 2025 Erişim tarihi: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)
2. WHO. Influenza (seasonal)– Overview/General [İnternet]. 2025 Erişim tarihi: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/influenza-seasonal#tab=tab_1
3. ECDC. Seasonal influenza - Disease Information [İnternet]. 2025 Erişim tarihi: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza/facts/factsheet
4. WHO. Global Influenza Programme [İnternet]. Erişim tarihi: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/burden-of-disease
5. WHO. Implementing the integrated sentinel surveillance of influenza and other respiratory viruses of epidemic and pandemic potential by the Global Influenza Surveillance and Response System [İnternet]. Geneva; 2024 Erişim tarihi: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/9789240101432
6. T.C. Sağlık Bakanlığı. Haftalık İnfluenza Raporları [İnternet]. 2025 Erişim tarihi: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://grip.saglik.gov.tr/tr/hir
7. TC.Sağlık Bakanlığı. Haftalık Solunum Yolu Virüsleri Sürveyans Raporu 2025/35. Hafta (25 – 31 Ağustos 2025) [İnternet]. 2025 Erişim tarihi: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://grip.saglik.gov.tr/tr/hir
8. WHO. Influenza Laboratory Surveillance Information [Internet]. FluNet. 2025 Erişim tarihi: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://worldhealthorg.shinyapps.io/flunetchart/
9. WHO. Fact Sheets: Respiratory syncytial virus (RSV) [Internet]. 2025 Erişim tarihi: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/respiratory-syncytial-virus-(rsv)
10. Teke TA, Dalgıç N, Levent F. Haemophilus influenzae Type b Meningitis in Children and Hearing Loss. 2023 Erişim tarihi: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-38495-0_30
11. ECDC. Disease information about Invasive Haemophilus influenzae disease [İnternet]. European Centre for Disease Prevention and Control. 2023 Erişim tarihi: 30 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.ecdc.europa.eu/en/invasive-haemophilus-influenzae-disease/facts
12. WHO. Fact Sheets: Haemophilus influenzae type b (Hib) [İnternet]. 2017 Erişim tarihi: 20 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/haemophilus-influenzae-type-b-(hib)
13. HACEK. Haemophilus Influenza Çalıştayı Sonuç Bildirgesi [İnternet]. Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti HACEK Çalışma Grubu. İstanbul; 2022 Erişim tarihi: 27 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.tmc-online.org/pdf/Haemophilus%20infleunzae%20%C3%87al%C4%B1%C5%9Ftay%20Raporu%202022.pdf
14. Karabulut N, Alaçam S, Şen E, Karabey M, Yakut N. The Epidemiological Features and Pathogen Spectrum of Respiratory Tract Infections, Istanbul, Türkiye, from 2021 to 2023. Diagnostics 2024, Vol 14, Page 1071 [İnternet]. 2024 Erişim tarihi: 27 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.mdpi.com/2075-4418/14/11/1071/htm
15. Aydın E, Yılmaz GG, Aydın N, Dicle Y, Renders DP. Distribution of Respiratory Pathogens After the COVID-19 Pandemic: A Single-Center Pediatric Study From Türkiye. Kafkas Journal of Medical Sciences [İnternet]. 2023 Erişim tarihi: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/pub/kaftbd/issue/82580/1414628

16. ECDC. Haemophilus influenzae disease - Annual Epidemiological Report for 2023 [Internet]. 2024 Erişim tarihi: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/haemophilus-influenzae-disease-annual-epidemiological-report-2023
17. CDC. Active Bacterial Core Surveillance Report, Emerging Infections Program Network, Haemophilus influenzae, 2023. [İnternet]. 2023 Erişim tarihi: 1 Ekim 2025. Erişim adresi: www.cdc.gov/abcs/downloads/HFLU_Surveillance_Report_2023.pdf
18. ECDC. Factsheet for health professionals about pneumococcal disease [İnternet]. European Centre for Disease Prevention and Control. 2023 Erişim tarihi: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.ecdc.europa.eu/en/pneumococcal-disease/facts
19. WHO. Pneumococcal Disease [İnternet]. World Health Organisation. 2025 Erişim tarihi: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: Available from: https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/norms-and-standards/vaccine-standardization/pneumococcal-disease
20. ECDC. Invasive pneumococcal disease - Annual Epidemiological Report for 2022 [Internet]. 2023 Erişim tarihi: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/invasive-pneumococcal-disease-annual-epidemiological-report-2022
21. CDC. Active Bacterial Core Surveillance Report, Emerging Infections Program Network, Streptococcus pneumoniae, 2023. [İnternet]. 2023 Erişim tarihi: 1 Ekim 2025. Erişim adresi: www.cdc.gov/abcs/downloads/SPN_Surveillance_Report_2023.pdf

Su ve Gıda Kaynaklı Hastalıklar

Ahmet Naci Emecen

1. Giriş

Su ve gıda kaynaklı enfeksiyon etkenleri; bulantı, kusma ve ishal gibi kısa süreli şikayetlere yol açabileceği gibi, riskli gruplarda (yenidoğanlar, yaşlılar ve immün sistemi baskılanmış bireyler) sistemik hastalık ve ölüme neden olabilmektedir. Henüz su şebekesi ve kanalizasyon sistemlerinin bulunmadığı, sanitasyon bilincinin gelişmediği, bulaşma mekanizmalarının bilinmediği dönemlerde, ayrıca afetlerde ve savaş yıllarında su ve gıda kaynaklı salgınlar çok sayıda can kaybına yol açmıştır. Örneğin İngiltere ve Galler'de 1848-1849 yıllarındaki büyük kolera salgını 50000'den fazla ölüme sebep olmuştur.[1] Günümüzde ise su ve gıda kaynaklı salgınlar, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. 2023 yılında çoğunluğu Afrika, Orta Doğu ve Güney Asya bölgesinden olmak üzere 45 ülkeden toplam 535321 kolera vakası ve 4007 ölüm bildirilmiştir.[2] Dünya Sağlık Örgütü'ne göre her yıl yaklaşık 600 milyon kişi gıda kaynaklı hastalık geçirmekte, bunların 420000'i ölümle sonuçlanmaktadır.[3] Artan uluslararası ticaret ve karmaşık gıda zincirleri kontaminasyon riskini artırırken; büyüyen şehirler, iklim değişikliği, göç ve artan uluslararası seyahat, su ve gıda kaynaklı salgınlar için yeni tehditler oluşturmaktadır.

Bu bölümde öncelikle su ve gıda kaynaklı etkenlerin genel özelliklerine değinildikten sonra ülkemizin 2019-2025 yılları arasındaki durumu değerlendirilecektir.

2. Su ve Gıda Kaynaklı Hastalıkların Genel Özellikleri

Tablo 1'de su ve gıda kaynaklı gastroenterit etkenleri, inkübasyon süreleri, klinik bulgular ve kontamine gıdalar gösterilmektedir. Bu özelliklerin bilinmesi, salgın incelemelerinde yol gösterici olacaktır. Ayrıca bazı etkenlerin yalnızca su ve gıda değil ile değil; aynı zamanda hayvanlarla temas, kişiden kişiye temas ya da kontamine eşyalar aracılığıyla bulaşabildiği unutulmamalıdır. Özellikle kreş gibi kalabalık ortamlarda *Norovirüs*, çocuktan çocuğa bulaşarak salgınlara yol açabilmektedir. Benzer şekilde, çok düşük enfektif dozla hastalık oluşturabilen Shigella da yaşlı bakım evlerinde salgınlara sebep olabilir.

ABD'de gıda kaynaklı hastalıkların en sık nedeni *Norovirüs* iken, gıda kaynaklı salgınların araştırılması sonucunda en sık izole edilen bakteriyel etken *Salmonella* türleridir. CDC (Amerika Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri) tarafından yayımlanan ve birden fazla eyalette saptanan salgınların değerlendirildiği bir rapora göre, 2023 yılında *Salmonella* kaynaklı salgınlar tüm salgınların %64'ünü (n=54) ve tüm vakaların %90'ını (n=2848) oluşturmuştur.[4]

Ülkemizde de 2009-2012 yılları arasında görülen salgınlarda, klinik örneklerden izole edilen etkenlerin dağılımında *Norovirüs* %48 ile ilk sırada yer almıştır[5] Ancak son yıllara ait güncel bilgiye ulaşılamamıştır. Etken bazında yayınlara bakıldığında, 2018'de Türkiye'de ilk defa gıda kaynaklı *Vibrio parahaemolyticus* üremesi olan 7 olgu rapor edilmiştir.[6] Vakaların beşinde midye veya olta balığı yeme öyküsü vardır.

Tablo 1. Su ve gıda kaynaklı gastroenterit etkenleri, inkübasyon süreleri, klinik bulgular ve kaynaklar

Etken	İnkübasyon Süresi	Şikayetler	Şikayet süresi	Kaynak
Staphylococcus aureus	<4 saat	Akut başlangıçlı bulantı, kusma, ishal	≤1 gün	Kesilmiş et, krema
Bacillus cereus (emetik form)	<4 saat	Bulantı ve kusma ön planda	≤1 gün	Krema ve unlu mamuller, pirinç, parça et
Clostridium perfringens tip A	8–16 saat	Sulu ishal	1-2 gün	Et, kümes hayvanları
Bacillus cereus (ishal formu)	8–16 saat	Sulu ishal ön planda	1-2 gün	Krema ve unlu mamuller, pirinç, parça et
Enterotoksijenik Escherichia coli (ETEC)	1–2 gün	İshal, karın ağrısı	≥2 gün	Pişmemiş sebzeler, salata, peynir
Vibrio parahaemolyticus	12–24 saat	İshal, karın ağrısı, bulantı, kusma	≥2 gün	Çiğ/az pişmiş deniz ürünleri
Vibrio cholerae	1–2 gün	Bol sulu ishal	≥2 gün	Kontamine su, sebzeler
Norovirus	1-3 gün	Akut başlangıçlı ishal, bulantı, kusma	1-3 gün	Kabuklu deniz ürünleri, salata, kontamine gıdalar
Campylobacter jejuni	1-3 gün	İshal, karın ağrısı, kanlı ishal, ateş	2-7 gün	Çiğ, az pişmiş tavuk, süt, su
Salmonella (nontifoidal)	1-3 gün	İshal, karın ağrısı, ateş	2-7 gün	Kümes hayvanları, yumurta, çiğ süt
Shigella spp.	1-3 gün	İshal, karın ağrısı, kanlı ishal, ateş	2-7 gün	Kontamine gıdalar
Yersinia enterocolitica	1-3 gün	İshal, karın ağrısı, kanlı ishal, ateş	2-7 gün	Çiğ et, süt ürünleri
Shiga Toksin Üreten *E. coli* (O157)	3-4 gün	Kanlı ishal, kısa süreli ateş	2-7 gün	Sığır eti, çiğ süt
Cryptosporidium, Giardia intestinalis, Cyclospora cayetanensis	1-2 hafta	Sulu ishal, malabsorbsiyon, kilo kaybı	≥14 gün	Kontamine gıdalar, kirli su

Gastroenterit kliniğinin ön planda olduğu etkenlere ek olarak sistemik hastalık yapabilen su ve gıda kaynaklı etkenler de vardır (**Tablo 2**). Bu etkenlerden *Brusella* ve yaptığı hastalık bruselloz, Doğu Anadolu bölgesinde endemiktir. 1999 ve 2021 yılları arası çalışmaların derlendiği bir metaanalize göre ülkemizde *Brusella* seroprevalansı %4.5 'dur (%95 güven aralığı: 3.8%–5.3%).[7] Yine, kontamine su tüketimi ile bulaşan *Francisella tularensis*; orofaringeal, glandüler, okuloglandüler veya ülseroglandüler tularemi tablosuna yol açar. Sağlık Bakanlığı'nın 2024 yılında paylaştığı Türkiye'de Tularemi Mevcut Durum Raporu'na göre, 2005-2019 yılları arasında toplam 7577 tularemi vakası bildirilmiş olup hızların en yüksek olduğu ilk iki bölge sırasıyla Orta-Batı Karadeniz ve İç Anadolu bölgesidir.[8] Güncel bir metaanalize göre de tularemi için seroprevalans, kırsal bölgelerde ve riskli meslek gruplarında %4-5 arasındadır.[9]

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı tarafından tifo için 2005–2017 yılları arasındaki olası ve kesin vaka sayıları açıklanmıştır. 2005, 2006 ve 2007 yıllarında kesin vaka sayıları 1000'in üzerinde iken, 2017'de 19 olası vaka ve 3 kesin vaka saptanmıştır.[10]

3. Türkiye'de Son 5 Yıldaki Su ve Gıda Kaynaklı Salgınların İncelenmesi

Ülkemizde 2019–2025 yılları arasındaki durumu özetlemek için öncelikle ULAKBİM TR Dizin ve Türk-Medline veri tabanlarında literatür taraması yapılmıştır. Ek olarak, 2019-2025 yılları arasında düzenlenen Ulusal Halk Sağlığı Kongreleri'nin kongre kitaplarında yayımlanmış bildiriler incelenmiştir. Son olarak, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından 2025 yılında düzenlenen Ulusal Saha Epidemiyolojisi Konferansı'nda sunulan salgın incelemeleri değerlendirilmiştir. Belirlenen salgınların tamamı saha epidemiyolojisi tarafından incelenmiş ve raporlanmış salgınlardır. Salgınlar **Tablo 3**'te özetlenmiştir.

Tablo 2. Su ve gıda kaynaklı sistemik hastalık etkenleri ve kaynakları

Etken	Kaynak	Sistemik hastalık
Clostridium botulinum	Konserve, salamura yiyecekler	Botulizm
Listeria monocytogenes	Çiğ süt ürünleri, hazır gıdalar	İnvazif hastalık (sepsis, menenjit, beyin apsesi)
Vibrio vulnificus	Çiğ istiridye, deniz ürünleri	Sepsis, bullöz deri lezyonları
Toxoplasma gondii	Çiğ/az pişmiş et, deniz ürünleri, sebze, meyve, kedi kaynaklı kontaminasyon	Gastrointestinal bulgular, sistemik tutulum, konjenital geçiş
Trichinella spp.	Çiğ/az pişmiş domuz eti	Gastrointestinal bulgular, kas tutulumu
Grup A β-hemolitik streptokok	Soğuk yumurta içeren salatalar	Tonsillit, invazif enfeksiyonlar (sepsis, nekrotizan fasiit)
Brucella spp.	Çiğ peynir	Bruselloz
Salmonella typhi	Sığır eti, kümes hayvanları, yumurta, süt ürünleri, sebze-meyve	Bakteriyemi, sistemik ateş (tifo)
Trematodlar (*Anisakis* vb.)	Çiğ balık/deniz ürünleri	Gastrointestinal bulgular, alerjik reaksiyonlar
Hepatit A Virüsü	Kabuklu deniz ürünleri, sebze	Akut hepatit
Coxiella burnetii, non tüberküloz mikobakteriler	Çiğ süt	Sistemik enfeksiyonlar
Bacillus anthracis	Et	Şarbon
Taenia solium	Kontamine gıdalar	Kas tutulumu, nörolojik tutulum
Francisella tularensis	Kirli su ve gıda tüketimi	Ağrılı lenfadenopati, göz tutulumu

Belirlenen 18 salgının 10'u su kaynaklıdır (%55.6). 2022 yılında Bolu'nun Yuva köyünde görülen musluk suyu kaynaklı salgında 36 kişide hemolitik üremik sendrom gelişmiş, 1 ölüm bildirilmiştir.[14] Su kirliliğinin nedeni şebekeye su taşıyan dere yatağında kontrolsüz hayvan atıklarının bulunmasıdır. Diğer salgınlarda ana sebepler arasında yetersiz klorlama ve klorlama cihazlarının arızalanması yer alırken, kontaminasyon riskini arttıran faktörler arasında yüksek miktarda yağış, su depolarının uygunsuzluğu, kaynakların mevzuata uygun olmayan şekilde şebekeye bağlanması ve kaynak kapaklarında uygunsuzluklar öne çıkmaktadır. Klinik ve çevresel örneklerde ise çoğu salgında birden fazla etkenin tespit edilmiş olduğu görülmektedir. Örneklerde görüldüğü gibi, basitçe düzeltilebilecek altyapı sorunlarının giderilmemesi binlerce kişinin etkilenmesine yol açabilmektedir. Bu nedenle sürdürülebilir altyapı düzenlemeleri su kaynaklı salgınların önlenmesinde kritik öneme sahiptir.

Gıda kaynaklı etkilenmelerin hepsinde etken saptanamayabilir. Belirlenen gıda ile ilişkili salgınlarda, kısa inkübasyon süreli ve akut başlangıçlı kliniğe sebep olan *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus* ve *Norovirüs* öne çıkmaktadır. **Tablo 3**'te incelenen gıda kaynaklı salgınlar dışında, son beş yıla ait öne çıkan etkenlere ilişkin güncel bilgiye ulaşılamamıştır. Sekiz gıda kaynaklı salgının üçü öğrenci yurdu veya okullarda olmuşken, biri bir okul karşısında dağıtılan dondurma kaynaklıdır. Bu durum, okullara gıda tedarik, saklama ve hazırlama süreçlerinde uygun koşulların sağlanması; yemek dışarıdan geliyorsa tedarikçi firmaların düzenli denetlenmesi ve gıda güvenliği standartlarına uyumunun sağlanması; mutfak çalışanlarının el hijyeni ve genel hijyen kurallarına eksiksiz uyması gerekliliğine işaret etmektedir.

Kontaminasyon düzeylerinin bilinmesi, gıda güvenliği uygulamalarına yol gösterebilir. Bu amaçla gıda örnekleri üzerinde çeşitli çalışmalar yapılmıştır. 2024 yılında yayımlanan bir çalışmada, çiğ tavuk örneklerinde *Salmonella* kontaminasyonu %38.2 olarak bulunmuştur.[29] Hazır gıda ve pastacılık ürünlerinde yapılan bir diğer çalışmada ise, örneklerin nereden toplandığı belirtilmemekle birlikte, ürünlerin %16.4'ünde *B. cereus* saptanmıştır.[30] Ancak *B. cereus*'un patojenitesi esas olarak toksin üretimine bağlı olduğundan bu sıklık tek başına hastalık yapıcı potansiyeli göstermeyebilir. Bir başka çalışmada, pişmiş veya çiğ et ve et ürünlerinin neredeyse yarısı (%47.5) *C. perfringens* ile kontamine bulunmuştur.[31] Ancak kontaminasyon düzeyleri, gıda zehirlenmesine yol açacak eşik değer olan 10^6 cfu/g'nin altında kalmıştır. Bununla birlikte işleme, taşıma ve depolama sırasında sıcaklık kontrolünün aksaması veya

Tablo 3. 2019–2025 yılları arasında incelenmiş olup bildiri haline getirilen salgınların özellikleri

Künye	Yıl	Yer	Etken	Etkilenen kişi sayısı	Kaynak
(11)	2019	Aydın, Çine	-	1349	Mahalle çeşmesi
(12)	2019	Sakarya, bir özel okul	Birden fazla	182	Öğle yemeği
(13)	2022	Samsun, Vezirköprü	-	21	Dağıtılan dondurma
(14)	2022	Bolu, Yuva	Verotoksijenik *E. Coli* O104:H4	103	Musluk/şebeke suyu
(15)	2022	Konya, Ereğli	Birden fazla	3290	Musluk/şebeke suyu
(16)	2022	Adana, Kozan	Norovirüs	1949	Musluk/şebeke suyu
(17)	2022	Lise kız öğrenci yurdu	Norovirüs	127	Yemek (pilav)
(18)	2022	Muş	Birden fazla	4544	Musluk/şebeke suyu
(19)	2022	Ordu, Ünye	Birden fazla	6100	Musluk/şebeke suyu
(20)	2023	İzmir, Kemalpaşa	Birden fazla	700	Musluk/şebeke suyu
(21)	2023	İstanbul'un bir ilçesi	-	160	Camide verilen yemek
(22)	2023	Tokat-Niksar	Birden fazla	1265	Musluk/şebeke suyu
(23)	2023	Ağrı il merkezi	E. coli	1880	Musluk/şebeke suyu
(24)	2023	Ankara ilindeki 12 şantiye	S. aureus	201	Öğle yemeği
(25)	2023	Gebze, bir fabrika	B. cereus	86	Akşam yemeği (palamut)
(26)	2023	Denizli, Göveçlik	S. aureus	182	Mevlit yemeği
(27)	2023	Bayburt il merkezi	Rotavirüs	6474	Musluk/şebeke suyu
(28)	2023	Bolu, bir lise pansiyonu	Shiga toksin üreten *E. coli*	40	Yemek (patatesli köfte yemeği)

pişirme/yeniden ısıtma sırasında süre ve sıcaklığın yetersiz olması gibi durumlarda bu eşiğin aşılabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Her ne kadar helmintler salgınların önde gelen nedenleri arasında yer almasa da, iyi yıkanmamış sebzeler aracılığıyla bulaşabilirler. Nitekim 120 sebze örneğinin incelendiği bir çalışmada, örneklerin %9.1'inde (n=11) helmint yumurtası saptanmıştır.[32] Iğdır'da yapılan başka bir araştırmada, su kaynaklarının %27.5'inde *Giardia spp.*, *Cryptosporidium spp.* ve *Cyclospora cayetanensis* gibi parazitler tespit edilmiştir.[33] Buna karşılık, Ardahan'da yürütülen bir çalışmada tüm musluk suyu numuneleri Sağlık Bakanlığı kriterlerine uygun bulunmuştur.[34]

RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed) Hızlı Uyarı Sistemi'ne yapılan bildirimler, ülkelerde gıda güvenliği durumunu yansıtmaktadır. RASFF, Avrupa Birliği'nin gıda ve yem güvenliği ile ilgili riskleri üye ülkeler arasında hızlı bir şekilde paylaşmak amacıyla kurduğu bir sistemdir. RASFF bildirimlerinin incelendiği bir çalışmada, 1997–2021 yılları arasında Kuzey Akdeniz ülkelerinden toplam 16470 bildirim yapılmış, bunların %38.9'unu (n=6399) Türkiye kaynaklı bildirimler oluşturmuştur.[35] Bu bildirimlerin büyük çoğunluğu, meyve ve sebzelerde saptanan mikotoksinler ve pestisit kalıntılarından kaynaklanmaktadır. Etkenlerden ise özellikle *Salmonella* kontaminasyonu dikkat çekmektedir. Dolayısıyla, bulaşıcı hastalıklara yol açan etkenler dışında gıdalarda pestisit maruziyeti de ülkemiz açısından önemli bir gıda güvenliği sorunu olarak öne çıkmaktadır

4. Sonuç

Su ve besinlerle bulaşan hastalıklarla etkin bir mücadele için; çevre koşullarının olumlu hale getirilmesi, içme ve kullanma sularının dezenfeksiyonu ve altyapı sorunlarının giderilmesi, gıda güvenliği ve deprem, sel gibi olağandışı durumlarda koordinasyon önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Johnson S. The Ghost Map: The Story of London's Most Terrifying Epidemic—and How It Changed Science, Cities, and the Modern World. New York: Riverhead Books (Penguin Group USA); 2006.
2. World Health Organization. Cholera Annual Report 2023. 2024.
3. World Health Organization. WHO estimates of the global burden of foodborne diseases: foodborne disease burden epidemiology reference group 2007-2015 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [a.yer 2025 Eyl 19]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/199350
4. CDC. Summary of Possible Multistate Enteric (Intestinal) Disease Outbreaks in 2023 [Internet]. Foodborne Outbreaks2025 [a.yer 2025 Eyl 20];Available from: https://www.cdc.gov/foodborne-outbreaks/php/data-research/summary-2023.html
5. Büyükakın B, Barlas G, Durmuş F, Zoroğlu G, Temel F. Bir akut barsak enfeksiyonu salgın incelemesi, Kozan, 2022. İçinde: 7. Uluslararası 25. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. 2023. sayfa 385-6.
6. Kansak N, Adaleti R, Levent B, Aksaray S. Türkiye'de İlk Defa Saptanan Gıda Kaynaklı Vibrio Parahaemolyticus Olguları. ANKEM Derg 2021;35(1):28-32.
7. Kıran P, Uçku R. Seroprevalence of human brucellosis in Turkey: A comprehensive meta-analysis. Zoonoses and Public Health 2024;71(7):844-54.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. Türkiye'de Tularemi Mevcut Durum Raporu. 2024.
9. Kıran P, Nadir Y, Gülle BT. Türkiye'de tularemi seroprevalansının değerlendirilmesi. İçinde: 12. Türkiye EKMUD Bilimsel Kongresi Sözlü Sunumlar. 2024. sayfa 76.
10. Salmonella İstatistikleri [İnternet]. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Daire Başkanlığı, İstatistikler [a.yer 2025 Eyl 26];Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-bulasicihastaliklar/bulasici-istatistikler.html
11. Çulha G. Aydın ili Çine ilçesi akut gastroenterit vaka artışı incelemesi, 2019.
12. Ayyıldız AA. Sakarya ilinde bir özel okulda meydana gelen gıda kaynaklı salgın incelemesi, Kasım 2019.
13. Sağlam Y. Samsun ili Vezirköprü ilçesinde bir ilköğretim okulunda görülen gıda kaynaklı salgın incelemesi, Kasım 2022.
14. Kurt B, Koyu O, Beslen M, Topal S, Temel F, Barlas G, vd. A Waterborne Outbreak of Hemolytic Uremic Syndrome (HUS) caused by Verotoxigenic E. Coli O104:H4 after Feast of Sacrifice in Turkiye. İçinde: The European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE) Abstract Book. 2023. sayfa 222.
15. Arslan R, Büyükakın B, Kurt B, Koyu OA, Bingöl M, Barlas G, vd. Konya Ereğli'de Mayıs 2022'de yaşanan akut gastroenterit vaka sayıları artışı. İçinde: 7. Uluslararası 25. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. 2023. sayfa 294-5.
16. Büyükakın B, Barlas G, Durmuş F, Zoroğlu G, Temel F. Bir akut barsak enfeksiyonu salgın incelemesi, Kozan, 2022. İçinde: 7. Uluslararası 25. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. 2023. sayfa 385-6.
17. Özgüler ZÖ, Koyu OA, Hamzaoğlu K. Lise Yurdunda Pilav Tüketimiyle İlişkili Gastroenterit Salgını, Retrospektif Kohort Çalışması, Aralık 2022, Türkiye. İçinde: 8. Uluslararası 26. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. 2024. sayfa 536.
18. Torun Edis Ç, Doğan Türkçelik G, Akdağ M, Bingöl M, Bozkurt MY, Demirbilek Y, vd. Muş İlinde Şebeke Suyu Kaynaklı Akut Gastroenterit Salgını, Ağustos 2022. İçinde: UTSAK 12. Uluslararası Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırmaları Kongresi Özet Kitapçığı. 2023. sayfa 500.
19. Çipil Z, Gürbüz Adem N, Karaarslan M, Karabacak V, Aydın F, Topal S, vd. Ordu İli Ünye İlçesinde Akut Gastro Enterit Vaka Artışı İncelemesi, Eylül-Ekim 2022, Bir Vaka-Kontrol Çalışması. İçinde: UTSAK 12. Uluslararası Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırmaları Kongresi Özet Kitapçığı. 2023. sayfa 504.
20. Karaarslan M. İzmir İli Kemalpaşa İlçe Merkezinde Musluk Suyu Kaynaklı Salgın, Vaka Kontrol Çalışması, Kasım 2023.
21. Sezerol MA, Kırlangıç M, Davun S. İstanbul'un Bir İlçesinde Toplu Yemek Sonrası Yaşanan Gıda Kaynaklı Bir Salgının İncelenmesi. İçinde: 7. Uluslararası 25. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. 2023. sayfa 172.
22. Beslen M, Durmuş F, Demirbilek Y, Temel F, Güldiken H, Şenses Ergül Ş, vd. Tokat ili Niksar ilçe merkezinde musluk suyu kaynaklı salgın, vaka-kontrol çalışması, Haziran 2023. İçinde: 7. Uluslararası 25. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. 2023. sayfa 175-6.
23. Akdağ M, Tiryaki E, Acar O, Çetin Y, Işık EG, Furkan Sevindi D, vd. Ağrı il merkezinde şebeke suyu kaynaklı akut gastroenterit salgını, vaka-kontrol çalışması, 2023. İçinde: 7. Uluslararası 25. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. 2023. sayfa 304-5.
24. Kalip K, Uslu Türkkan G, Durmuş F, Barlas G, Altunay K, Furkan Sevindi D, vd. Ankara ilinde 12 şantiyede meydana gelen gıda kaynaklı salgın, Ankara 2023. İçinde: 7. Uluslararası 25. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. 2023. sayfa 344-5.
25. Gürbüz Adem N, Kalip K, Toptaş M, Çalışkan E, Furkan Sevindi D, Levent B, vd. A Foodborne Outbreak of B. cereus associated with Consumption of Bonito Fish, in a Factory, Gebze, Kocaeli, Türkiye, January 2023. İçinde: The European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE) Abstract Book. 2023. sayfa 164.
26. Koyu OA, Tiryaki E, Zoroğlu G, Değirmenci H, Demirbilek Y, Temel F, vd. Dağıtılan mevlit yemeği sonrası gıda kaynaklı salgın, Denizli, 2023. İçinde: 7. Uluslararası 25. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. 2023. sayfa 346-7.
27. Doğan Türkçelik G, Beslen M, Uslu Türkkan G, Topal S, Temel F, Kazık Y, vd. Bayburt İl Merkezinde Musluk Suyu Kaynaklı Bir Salgın, Temmuz 2023. İçinde: 7. Uluslararası 25. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. 2023. sayfa 348.

28. Kalip K, Özgüler ZÖ, Durmuş F, Bolu F, Öztürk H, Levent B, vd. Bolu İlinde Bir Lise Pansiyonunda Meydana Gelen Salgın, 2023. İçinde: 8. Uluslararası 26. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. 2024. sayfa 543-4.
29. Dishan A, Hizlisoy H, Onmaz NE, Yildirim Y, Gonulalan Z, Al S. Comprehensive analysis of Salmonella in poultry meat and products in Türkiye: Prevalence, antibiotic susceptibility and genomic characterisation. Int J Food Sci Tech 2024;59(5):3412-22.
30. Çöl BG, Aksu H. A study on toxin genes and cytotoxicity levels of Bacillus cereus in various ready-to-eat foods and pastry products in Turkey. J Ist Vet Sci 2022;6(3):152-9.
31. Coşansu S, Ersöz ŞŞ. Incidence and contamination level of Clostridium perfringens in meat and meat products sold in Sakarya province of Turkey. Food Health 2021;7(3):172-8.
32. Erol U, Altay K, Sahin OF, Urhan OF. Helminth Contamination of Commonly Consumed Raw Vegetables in Sivas Province in the Central Part of Turkey: First Molecular Detection of Human Pathogenic Toxocara canis Eggs in Raw Vegetables. ActaVetEurasia 2022;49(1):6-12.
33. Akkaş Ö, Gürbüz E, Aydemir S, Şahin M, Ekici A, Akkaş Ö, vd. Farklı Kaynak Sularından Alınan Örneklerde Giardia spp., Cryptosporidium spp. ve Cyclospora cayetanensis'in Araştırılması Iğdır, Türkiye. Turkish Journal of Parasitology [İnternet] 2023 [a.yer 2025 Eyl 16];Available from: https://turkiyeparazitolderg.org/tr/makaleler/farkli-kaynak-sularindan-alinan-orneklerde-lessigreatergiardialessigreater-spp-lessigreatercryptosporidiumlessigreater-spp-ve-lessigreatercyclospora-cayetanensislessigreaterin-arastirilmasi-igdir-turkiye/tpd.galenos.2023.74936
34. Dursun N. Ardahan ili şebeke sularının bazı fiziksel kimyasal ve mikrobiyal parametrelerinin mevsimsel olarak incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi 2022;12(3):904-16.
35. Pigłowski M, Nogales A, Śmiechowska M. Hazards in Products from Northern Mediterranean Countries Reported in the Rapid Alert System for Food and Feed (RASFF) in 1997–2021 in the Context of Sustainability. Sustainability 2025;17(3):889.

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Hıdır Sarı

1. Giriş

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH; Sexually Transmitted Diseases, STDs), cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE; Sexually Transmitted Infections, STIs) hastalık belirtilerine yol açması sonucunda gelişmektedir. Bu terim, enfeksiyonun bir hastalık semptomuna neden olduğunu ifade etmektedir. Bu iki terim birbirinin yerine kullanılsa da günümüzde CYBE terimi daha sık tercih edilmektedir.[1]

CYBE vajinal, anal ve oral cinsel temas yoluyla bulaşan 30'dan fazla bakteri, virüs ve parazit ile ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sekiz etkeni en yüksek CYBE yüküyle ilişkilendirmektedir. Bunların dördü tedavi edilebilir [sifiliz (syphilis), gonore (gonorrhoea), klamidya (chlamydia) ve trikomonas (trichomoniasis)], diğer dördü ise viral [hepatit B virüsü (HBV; Hepatitis B Virus), herpes simpleks virüsü (HSV; Herpes Simplex Virus), insan immün yetmezlik virüsü (HIV; Human Immunodeficiency Virus) ve insan papilloma virüsü (HPV; Human Papilloma Virus)] enfeksiyonlardır. CYBE'ler çoğunlukla korunmasız cinsel temas yoluyla bulaşmaktadır. Bununla birlikte, bazı enfeksiyonlar gebelik, doğum ve emzirme döneminde anneden bebeğe; ayrıca enfekte kan ve kan ürünleri aracılığıyla da geçiş gösterebilmektedir. Tedavi edilmediğinde nörolojik ve kardiyovasküler hastalıklar, kısırlık, ektopik gebelik, ölü doğum ve HIV enfeksiyonuna yakalanma riskinde artış gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Ayrıca damgalanma, aile içi şiddet ve yaşam kalitesinde bozulma gibi toplumsal ve psikososyal sonuçlar da doğurmaktadır. Tedavi edilebilir CYBE'ler arasında özellikle gonore için hızla artan antimikrobiyal direnç, küresel ölçekte önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Viral CYBE'ler arasında ayrıca insan T-lenfotropik virüsü tip 1 (HTLV-1; Human T-Lymphotropic Virus Type 1) yer almaktadır. Viral enfeksiyonlar için tedavi seçenekleri sınırlı ya da bulunmamaktadır.[2]

CYBE, halk sağlığı açısından önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Türkiye'de gonore, klamidya, sifiliz, HSV, HPV, HIV/AIDS ve hepatit C virüsü (HCV)'ne ilişkin yıllar içinde farklı eğilimler (artış veya azalış) gözlenmektedir. Bu durum, ülkemizde CYBE'lerin hem epidemiyolojik açıdan yakından izlenmesini hem de koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu çalışmada amaç, klamidya, gonore, sifiliz, HSV, HPV, HIV, AIDS ile cinsel yolla bulaşabilen HCV'nin Türkiye'deki durumunu değerlendirmektir.

2. Gonore, Klamidya ve Sifiliz

DSÖ verilerine göre, her gün 15–49 yaş aralığındaki bireylerde 1 milyondan fazla tedavi edilebilir CYBE ortaya çıkmaktadır. 2020 yılında 15–49 yaş grubunda yaklaşık 374 milyon yeni CYBE vakası bildirilmiş olup, bunların 129 milyonu klamidya, 82 milyonu gonore, 7,1 milyonu sifiliz ve 156 milyonu trikomonas enfeksiyonudur. Dünya genelinde 2022 yılında aynı yaş grubunda sadece sifiliz ile yaklaşık 8 milyon yetişkinin enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Gebelik döneminde sifiliz, önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. 2022 yılında yaklaşık 1,1 milyon gebe kadının sifiliz ile enfekte olduğu ve bunun sonucunda 390 binden fazla olumsuz doğum sonucunun (düşük, ölü doğum, erken doğum ve neonatal ölüm) ortaya çıktığı tahmin edilmektedir.[2]

Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de CYBE insidansında yıllar içerisinde farklı eğilimler gözlenmektedir. Gonore kesin vaka sayısı 2019 yılında 113 (insidans 100.000'de 0,15), 2020'de 73 (insidans 100.000'de 0,09), 2022'de 136 (insidans 100.000'de 0,16) ve 2023'te ise 84 (insidans 100.000'de 0,10) olarak bildirilmiştir. Yıllar içinde gonore insidansında düşme eğilimi gözlenmesine karşın, 2022 yılında görülen artış Covid19 pandemisi

Tablo 1. Türkiye'de tedavi edilebilir cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, 2020-2023 [3]

Yıl	Gonore		Klamidya		Sifiliz	
	Kesin vaka sayısı	İnsidans[1]	Kesin vaka sayısı	İnsidans[1]	Kesin vaka sayısı	İnsidans[1]
2019	113	0,15	99	0,13	2508	3,21
2020	73	0,09	547	0,65	2160	2,58
2021	57	0,07	62	0,07	2785	3,29
2022	136	0,16	31	0,04	3542	4,15
2023	84	0,10	32	0,04	3646	4,27

[1]100.000 kişi başına

döneminde tanı ve bildirim sisteminde yaşanan koşulların kümülatif etkisinden kaynaklı olabilir. Klamidya kesin vaka sayısı 2019'da 99 (100.000'de 0,13), yönetmelik değişikliği ile enfeksiyon bildiriminin değişmesiyle 2020'de 547'ye (100.000'de 0,65) yükselmiştir. Bu vaka artışının geçmiş yılları içine alan kümülatif bildirim kaynaklı olabileceği bildirilmiştir. Ancak sonraki yıllarda kesin vaka sayısının azalma trendine girdiği görülmektedir. Sifiliz olguları incelendiğinde, kesin vaka sayısı 2019'da 2.508 (100.000'de 3,21) bildirilmiş, 2020'de Covid19 pandemisinin etkisiyle 2.160 vaka (100.000'de 2,58) ile düşüş yaşanmıştır. Ancak takip eden yıllarda vaka sayıları düzenli olarak artmış ve 2023'te 3.646 vakaya ulaşarak insidans hızının 100.000'de 4,27'ye yükseldiği saptanmıştır. Bu veriler dikkate alındığında özellikle sifiliz vakalarında son üç yılda düzenli bir artış eğilimi, gonore ve klamidya için ise bildirime ve tanı yöntemlerine bağlı dalgalanmalar söz konusudur (**Tablo 1**).[3]

3. Herpes Simpleks Virüsü ve İnsan Papilloma Virüsü

Genital herpesin başlıca nedeni olan HSV tip 2 enfeksiyonunun dünya genelinde 15–49 yaş aralığında yaklaşık 520 milyon kişiyi (%13) etkilediği; HPV enfeksiyonunun ise yaklaşık 300 milyon kadında mevcut olduğu, her yıl 311 binden fazla serviks kanseri ölümünden sorumlu olduğu ve erkeklerde özellikle erkeklerle seks yapan bireylerde anal kanserle ilişkili olduğu bildirilmektedir.[2]

Sağlık Bakanlığı sağlık istatistikleri yıllıklarında HSV ile ilgili bilgiye yer verilmemektedir. Ancak literatür incelendiğinde, Türkiye'de HSV-1 seroprevalansının yüksek, HSV-2 seroprevalansının ise genel olarak düşük olduğu ve bölgesel farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Çok merkezli bir araştırmada doğurganlık çağındaki kadınlarda HSV-1 IgG seropozitifliği %94,7, HSV-2 IgG seropozitifliği ise %2,1 saptanmıştır.[4] Klinik hasta gruplarında yapılan bir çalışmada HSV-2 IgM pozitifliği %0,3 ve HSV-2 IgG pozitifliği %3,7 tespit edilmiştir.[5] Menenjit şüphesi ile takip edilen olgularda HSV-1 pozitifliği %0,44 ve HSV-2 pozitifliği %0,18 olarak belirlenmiştir.[6] Türkiye geneline yönelik sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında HSV-2 seropozitifliği %35,52, Akdeniz (%63,08) ve Orta Anadolu (%42,86) bölgelerinde ise daha yüksek oranda gözlenmiştir (**Tablo 2**).[7]

Türkiye'de 2023 yılı verilerine göre serviks kanseri gelişme riski taşıyan 15 yaş ve üzerindeki kadın nüfusu 32,8 milyondur. Güncel tahminlere göre her yıl 2.532 kadına serviks kanseri tanısı konulmakta ve 1.245 kadın bu hastalık nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Serviks kanseri, Türkiye'de kadınlar arasında en sık görülen 12. kanser olup, 15-44 yaş arası kadınlarda ise 5. sırada yer almaktadır. Genel kadın nüfusunda herhangi bir zamanda HPV 16 veya 18 enfeksiyonuna sahip olma oranı %4,2 iken, invaziv serviks kanserlerinin %67,6'sının HPV 16 veya 18 ile ilişkili olduğu tahmin edilmektedir. Düşük dereceli servikal lezyonlu kadınlarda HPV 16 prevalansı %19,7, HPV 18 prevalansı %4,4 olup, toplam servikal HPV hastalık yükü %24,1 olarak bildirilmektedir. Yüksek dereceli lezyonlarda HPV 16 %26,5, HPV 18 %3,7 ve hastalık yükü %30,2 düzeyindedir. Servikal kanserli olgularda ise HPV 16 prevalansı %58,4, HPV 18 prevalansı %9,2 ve toplam hastalık yükü %67,6'dır.[8] Bu bulgular, Türkiye'de servikal lezyonların şiddeti arttıkça HPV 16 ve 18 prevalansının yükseldiğini göstermektedir (**Tablo 3**).

Türkiye'de farklı bölgelerde yürütülen araştırmalar, HPV enfeksiyonunun yaygınlığının yaş grubu ve coğrafi bölgeye göre değişiklik gösterdiğini ortaya koymaktadır. İstanbul ve Ankara'daki çalışmalarda yüksek riskli HPV DNA pozitifliği kadınlarda genellikle %14–46 aralığında bulunmuş, HPV 16 en sık rastlanan tip olarak %2,4–30 oranlarında bildirilmiştir.[9-14] Yüksek dereceli lezyon veya servikal kanser riski taşıyan gruplarda İzmir ve Samsun'da yapılan çalışmalarda HPV 16 oranları %7-8,6, HPV 18 oranları ise %1–10 arasında rapor edilmiştir.[15-16] Erkek popülasyonunda İstanbul'da üretral fırçalama ile yapılan çalışmada HPV pozitifliği %36,2

Tablo 2. Türkiye'de yapılan Herpes Simpleks Virüsü araştırmalarının özeti [4-7]

Yazarlar (yıl)	Araştırma zamanı (yıl)	Yer	Araştırma grubu	Örnek	Bulgular
Warnecke ve ark. (2020)	2006-2019	Brezilya, Meksika, Almanya, Polonya, Türkiye ve Çin	15-47 yaş grubu doğurganlık çağındaki 1009 kadın	Serum örneği	Yaşa göre standartlaştırılmış seroprevalans HSV1 IgG %94,7 (%95 Güven Aralığı: 87,7–100,0) ve HSV2 IgG %2,1 (%95 Güven Aralığı: 0.0–6.5)
Bakır ve ark. (2022)	2016-2018	Ankara	0-88 yaş grubu 976 hasta	Serum örneği	HSV-2 IgM %0,3 ve HSV-2 IgG %3,7 pozitiflik
Ezer ve Özdemir (2025)	2019-2024	Konya	Menenjit ön tanılı 0-91 yaş grubu 1588 hasta	Beyin omurilik sıvısı	HSV-1 %0,44 (7 hasta) ve HSV-2 %0,18 (3 hasta) pozitiflik
Kahraman Kilbas ve ark. (2025)	2005-2025	Türkiye	Gebe kadınlar	Sistematik derleme ve metaanaliz	Türkiye'de HSV-2 seropozitiflik %35,52; HSV-2 prevalansı Akdeniz (%63,08), Orta Anadolu (%42,86), Ege (%6,95), Marmara (%1,67) ve Çok merkezli (%4,2)

Tablo 3. Türkiye'de HPV 16 ve 18 prevalansı ile enfeksiyonunun hastalık yükü, 2023 [8]

Servikal Lezyon	HPV 16 prevalansı (%)	HPV 18 prevalansı (%)	Servikal HPV enfeksiyonunun hastalık yükü (HPV 16 ve 18 prevalansı; %95 Güven Aralığı)
Normal sitoloji	3,2	1,0	4,2 (3,5-5,1)
Düşük derece lezyon	19,7	4,4	24,1 (17,7-31,9)
Yüksek derece lezyon	26,5	3,7	30,2 (26,7-33,9)
Servikal kanser	58,4	9,2	67,6 (6,5-71,4)

olup, HPV 16 %5,7 ve HPV 18 %1,7 oranında tespit edilmiştir.[17] HPV prevalansı postmenopozal kadınlarda (%12,4), premenopozal kadınlardan (%9,8) yüksek bulunmuştur,[18] (**Tablo 4**). Genel olarak, Türkiye'de HPV enfeksiyonunun yüksek riskli tipleri arasında HPV 16 daha yüksek, HPV 18 ise nispeten daha düşük oranlarda görülmektedir. Bu bulgular hem kadın hem de erkek popülasyonlarda HPV'nin önemli bir enfeksiyon yükü oluşturduğunu ve servikal lezyon gelişiminde HPV 16'nın belirleyici olduğunu göstermektedir.

4. HIV ve AIDS

DSÖ verilerine göre 2024 yılı sonunda dünya genelinde HIV ile yaşayan kişi sayısının yaklaşık 40,8 milyon olduğu; bunların 1,4 milyonu 0–14 yaş arası çocuklardan, 39,4 milyonu ise 15 yaş ve üzeri yetişkinlerden oluşmaktadır. HIV ile ilişkili ölümler 2024'te 630.000 olarak kaydedilmiştir. 2010'dan bu yana HIV kaynaklı ölümler %54 azalmış, 2004'teki zirveye kıyasla 2024'te yaşam kaybı %70 azalmıştır. Ölümlerden 75.000'i çocuk, 550.000'i yetişkindir. HIV tanı, tedavi ve viral yük baskılama hedefleri doğrultusunda, 2024 yılında HIV ile yaşayan bireylerin %87'si HIV durumunu bilmektedir. Antiretroviral tedavi alan bireylerin oranı %77 olup, 31,6 milyon kişi tedavi görmektedir. Viral yükü baskılanmış bireylerin oranı ise %73 olarak bildirilmiştir. 2025 yılı için belirlenen "95–95–95" stratejisi; HIV ile yaşayan bireylerin %95'inin HIV durumlarını bilmelerini, bu bireylerin %95'inin antiretroviral tedaviye erişmesini ve tedavi alanların ise %95'inde viral yükün baskılanmasını hedeflemektedir.[19]

Türkiye'de HIV ve AIDS (AIDS, Acquired Immunodeficiency Syndrome: Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu) olgu sayıları, 2019–2024 döneminde artış eğilimi göstermektedir. Sağlık Bakanlığı'nca 2020 yılında doğrulama testi pozitif olarak bildirilen HIV pozitif birey sayısı 3.137, AIDS vaka sayısı 76 olup, 2023 yılında bu sayıların sırasıyla 6.185 ve 144'e yükseldiği bildirilmiştir. Bildirilen vakaların çoğunluğunu yerli vakalar oluşturmakta olup, yabancı vaka sayısı daha düşük kalmıştır. AIDS olgularının insidans hızı 2019'da yüz binde 0,08'den 2023'te yüz binde 0,17'e yükselmiştir. HIV/AIDS'e bağlı 2023'te 52 ve 2024'te ise 9 ölüm bildirilmiştir.[20-21] Ekonomik İşbirliği ve

Tablo 4. Türkiye'de yapılan HPV araştırmalarının özeti [9-18]

Yazarlar (yıl)	Araştırma zamanı (yıl)	Yer	Araştırma grubu	Örnek	Bulgular
Bakır ve ark. (2021)	2016-2018	İstanbul	21-63 yaş grubu 72 kadın hasta	Servikal yayma	43 örneğin 21'inde HPV DNA pozitifliği; Yüksek riskli HPV sıklığı %35; HPV16 %8
Alacam ve Bakır (2021)	2018-2020	İstanbul	17-76 yaş grubu 2285 kadın	Servikal yayma	Yüksek Riskli İnsan Papilloma Virüsü (HR-HPV) DNA pozitifliği %36,3; HPV 16 %30,9; HPV 18 %9,9
Altay-Kocak ve ark. (2022)	2017-2020	Ankara	18-79 yaş grubu 4267 kadın	Servikal yayma	HPV DNA pozitifliği %14,2; HPV 16 %2,4; HPV 18 %0,7
Peker ve ark. (2022)	2019-2021	İzmir	18-85 yaş grubu 6609 kadın	Kayıtlar	HPV DNA pozitifliği %18,6; HPV 16 %3,3; HPV 18 %0,7
Taskin ve ark. (2022)	2020-2021	Samsun	20-68 yaş grubu 5406 kadın	Servikal yayma	HR-HPV DNA pozitifliği %9,17; HPV 16 %28,62; HPV 18 %9,67
Tekkesın ve ark. (2022)	2021-2022	İstanbul	14-85 yaş grubu kadın 5975	Servikal yayma	HPV pozitifliği %46,4; HR-HPV pozitifliği %29 (HPV 16 %19,2 ve HPV 18 %10,8)
Gecer (2023)	2016-2018	İstanbul	19-65 yaş grubu 4503 sağlıklı gönüllü kadın	Serviks yayma	HR-HPV Yaygınlığı %20,1; HPV16 %14,1; HPV18 %3,8
Gunes ve ark. (2023)	2018-2019	Ankara	30-65 yaş grubu 9808 kadın	Kolposkopi	HPV-16 %29,5; HPV 18 %6,3
Ece ve ark. (2023)	2019-2022	İzmir	29-80 yaş grubu 328 kadın ve 50 erkek	Servikal yayma	HR-HPV-DNA pozitifliği %25,3; HPV-16 %7,4; HPV 18 %1,3
Tekkesın ve ark. (2023)	2021-2022	İstanbul	17-74 yaş grubu 1304 erkek	Üretral fırçalama örneği	HPV pozitifliği %36,2; HPV 16 %5,71; HPV 18 %1,69
Dura ve ark. (2024)	2015-2017	Samsun	30-65 yaş grubu 10152 kadın	Kayıtlar	HPV prevalansı %10,9 (HPV 16 %5,1 ve HPV 18 %0,8); premenopozal HPV prevalansı %9,8 (HPV 16 %3,9 ve HPV 18 %0,8), postmenopozal prevalansı %12,4 (HPV 16 %7,1 ve HPV 18 %0,7)
Çakır ve Akça (2024)	2022-2024	Kayseri	19-49 yaş grubu 1026 kadın	Kayıtlar	HR-HPV pozitifliği %2,8; HPV16 pozitifliği %1,4; HPV18 pozitifliği %0,9

Kalkınma Teşkilatı (The Organisation For Economic Co-Operation and Development, OECD) verileri, Türkiye'de AIDS yıllık vaka sayısının 2019'da 112'den 2023'te 80'e düştüğünü göstermektedir.[22] UNAIDS, kayıtlı seks işçilerinde 2024 yılı HIV prevalansını %0,2 olarak bildirmiştir,[23] (**Tablo 5**). Bu istatistikler birlikte değerlendirildiğinde, Türkiye'de HIV ve AIDS vaka sayılarının artış eğiliminde olduğu, buna karşın HIV/AIDS'e bağlı ölüm oranlarının, AIDS insidansının ve HIV prevalansının düşük seviyelerde olduğu görülmektedir. Ayrıca, 2019-2024 dönemi HIV ve AIDS vakalarının DSÖ'ne bildirimine rastlanmamıştır.

5. Hepatit C

DSÖ 2024 yılında tüberkülozun yanı sıra viral hepatitin dünya çapında bulaşıcı hastalıklar nedeniyle en yaygın ölüm nedeni olduğunu bildirdi. DSÖ verilerine göre, son yıllarda HCV insidansı sınırlı ölçüde azalırken, bu enfeksiyona bağlı ölümlerde artış görülmektedir. DSÖ, 2016'da başlattığı Küresel Sağlık Sektörü Stratejisi ile 2030'a kadar viral hepatiti sona erdirmeyi hedeflemiş; eliminasyon kriterini insidansın %90, mortalitenin ise %65 oranında azaltılması olarak belirlemiştir. Bu hedefin önündeki en büyük zorluklardan biri, tanı almamış kişilerin yüksek oranıdır. Dünya genelinde 2022'de HCV ile enfekte 50 milyon kişi %30'u tanı alabilmiştir.[24] Birleşmiş Milletler tarafından belirlenen 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (Sustainable Development Goals, SDGs), hepatitin halk sağlığı açısından tehdit olmaktan çıkarılmasını öngörmektedir. Bu hedefler; kronik HCV taşıyan bireylerin %90'ının tanılanması, uygun olguların %80'inin tedavi edilme-

Tablo 5. Türkiye'de HIV ve AIDS vakalarının durumu, 2000-2024 [20-23]

Yıl	SAĞLIK BAKANLIĞI						OECD		UNAIDS
	HIV	AIDS				HIV/AIDS Ölüm Sayısı*	AIDS		HIV
	Vaka Sayısı*	Vaka Sayısı*	Yerli Vaka Sayısı**	Yabancı Vaka Sayısı**	İnsidans***		Vaka Sayısı	İnsidans Hızı***	Prevalans (%)
2019	-	-	108	30	0,17	-	112	0,1	-
2020	3.137	76	58	16	0,09	38	46	0,1	-
2021	4.202	103	88	15	0,12	47	80	0,1	-
2022	5.914	128	90	33	0,14	67	84	0,1	-
2023	6.185	144	62	10	0,08	52	80	0,1	-
2024	1.527	40	-	-	-	9	-	-	0,2****

* 2024 yılı verileri, 01 Ocak 2024–07 Kasım 2024 dönemini kapsamaktadır.

** AIDS toplam vaka sayısı (yerli+yabancı) 15 Şubat 2024 tarihi itibariyle doğrulama testi pozitif tespit edilerek bildirimi yapılan vakaları ifade etmektedir.

***100.000 nüfusta/bireyde

****Kayıtlı seks işçileri

si, yeni enfeksiyonların %90 azaltılmasını ve hepatit ile ilişkili ölümlerin %65 düşürülmesini kapsamaktadır.[25]

Türkiye genelinde gebeler üzerine yapılan sistematik derleme ve meta-analiz sonuçlarına göre Hepatit C Virüsü (HCV) seropozitifliği %0,25 düzeyinde tespit edilmiştir. Bölgesel dağılımda ise en yüksek prevalans Güneydoğu Anadolu'da (%0,73), en düşük oran Doğu Anadolu'da (%0,09) kaydedilmiştir.[26] Samsun'da 2014–2017 dönemini kapsayan 152596 çocuk ve erişkin hastaların dahil edildiği bir araştırmada; HCV seropozitifliği %2,76 olarak saptanmıştır. Bu oran, Türk vatandaşlarında %2,60, yabancı uyruklularda ise %0,16 bulunmuştur. Aynı çalışmada aktif HCV enfeksiyonunu gösteren HCV RNA pozitifliği %2,05 olarak belirlenmiştir.[27] Adana'da 2016–2018 yıllarında yapılan çalışmada anti-HCV pozitifliği %1,7, RNA pozitifliği %54,5 saptanmış,[28] İzmir'de 2013–2023 döneminde yürütülen araştırmada ise anti-HCV pozitif olguların %8,2'si RNA pozitif bulunmuştur,[29] (**Tablo 6**). Bu bulgular, ülke genelinde düşük HCV prevalansına rağmen bölgesel farklılıkların olduğunu ve tarama politikalarının buna göre planlanması gerektiğini göstermektedir.

Tablo 6. Türkiye'de yapılan Hepatit C Virüsü araştırmalarının özeti [26-29]

Yazarlar (yıl)	Araştırma zamanı (yıl)	Yer	Araştırma grubu	Örnek	Bulgular
Taskin ve ark. (2020)	2014-2017	Samsun	Farklı bölümlere tıbbi muayene ve cerrahi için başvuran 152596 çocuk ve erişkin hastalar	Serum örneği	HCV seropozitiflik %2,76 (Türk %2,60 ve yabancı uyruklu %0,16) ve HCV RNA pozitifliği (aktif HCV enfeksiyonu) %2,05
Suntur ve ark. (2020)	2016-2018	Adana	18-95 yaş grubu 869 hasta	Hasta kayıtları	Anti-HCV pozitifliği %1,7 ve bu hastalarda HCV RNA pozitifliği (aktif HCV enfeksiyonu) %54,5
Ersan ve ark. (2025)	2013-2023	İzmir	Laboratuvar serum örnekleri	Serum örneği	Anti-HCV pozitif ve HCV RNA negatifliği %67; anti-HCV pozitif ve HCV RNA pozitifliği %8,2; anti HCV pozitif ve refleks test HCV RNA istenmeme %24,8
Kahraman Kilbas ve ark. (2025)	2005-2025	Türkiye	Gebe kadınlar	Sistematik derleme ve metaanaliz	HCV Türkiye'de seropozitiflik %0,25; HCV prevalansı Güneydoğu (%0,73), Orta Anadolu (%0,44), Ege (%0,34), Karadeniz (%0,34), Marmara (%0,21), Çok merkezli (%0,15) ve Doğu Anadolu (%0,09)

6. Sonuç

DSÖ verileri, her yıl milyonlarca yeni CYBE vakasının ortaya çıktığını, özellikle sifiliz, gonore, klamidya ve HPV'nin önemli bir küresel sağlık yükü oluşturduğunu göstermektedir. Türkiye verileri incelendiğinde ise sifiliz olgularında son yıllarda düzenli bir artış gözlenirken, gonore ve klamidya bildirimlerinde tanı ve raporlama sistemine bağlı farklı eğilimler gözlenmektedir. Türkiye'de yapılan araştırma sonuçlarına göre HSV-2 seropozitifliği dünya geneline göre daha düşük, HPV ise kadın ve erkeklerde ciddi bir enfeksiyon yükü oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de HIV/AIDS olgu sayıları artış eğiliminde olup, prevalans ve mortalite hızları dünya geneline göre düşük seviyede olduğu görülmektedir. Hepatit C'nin düşük ulusal prevalansına karşın bölgesel farklılıklar gösterebilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan CYBE istatistikleri ile DSÖ, OECD ve uluslararası kuruluşlarca yayınlanan raporlarda yer alan veriler arasında kısmi farklılıklar görülmektedir. Bu kuruluşlara bildirilen CYBE verilerinin, ülkemiz istatistik yıllıklarındaki sağlık göstergeleriyle uyumlu olması beklenmektedir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'nın bazı CYBE (örneğin HSV, HPV) ve Hepatit C ile ilgili düzenli ulusal veri yayınlamadığı görülmektedir. Bu durumun, epidemiyolojik değerlendirmeler yapmaya engel oluşturabileceği değerlendirilmektedir.

Sonuç olarak, Türkiye'de CYBE yükünün küresel trendlere paralel bazı sağlık riskleri taşıdığını ve halen önemli halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. Ulusal düzeyde sürveyansın güçlendirilmesi, bölgesel farklılıkları dikkate alan hedeflenmiş tarama programlarının yaygınlaştırılması, genç nüfusta koruyucu sağlık hizmetlerinin artırılması, HPV aşısının ulusal programa dahil edilmesi ve HIV/AIDS için 95–95–95 hedeflerine uyumun hızlandırılması halk sağlığı açısından öncelikli stratejik adımlar olarak değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. US Centers for Disease Control and Prevention. About Sexually Transmitted Infections (STIs). Internet: https://www.cdc.gov/sti/about/index.html erişim tarihi: 02.08.2025
2. World Health Organization. Health topics. Sexually transmitted infections (STIs). Internet: https://www.who.int/health-topics/sexually-transmitted-infections#tab=tab_1, erişim tarihi: 01.08.2025
3. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı, 2025, Dokümanlar, İstatistikler, Internet: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-bulasicihastaliklar.html erişim tarihi: 11.08.2025
4. Warnecke JM, Pollmann M, Borchardt-Lohölter V, et al. Seroprevalences of antibodies against ToRCH infectious pathogens in women of childbearing age residing in Brazil, Mexico, Germany, Poland, Turkey and China. Epidemiol Infect. 2020;148:e271. doi:10.1017/S0950268820002629
5. Bakir A, Alacam S, Guney M, & Yavuz MT. Investigation of herpes simplex virus type 2 seroprevalence in all age groups. Annals of Medical Research. 2022;29(4):346-350. doi:10.5455/annalsmedres.2021.06.452
6. Ezer B, Özdemir M, Bir Üniversite Hastanesinde Menenjit Ön Tanılı Hastalarda HSV-1, HSV-2, VZV, EBV, CMV, HHV-6 ve HHV-7 Etkenlerinin Araştırılması, Osmangazi Journal of Medicine, 2025;47(2):102-107. doi: 10.20515/otd.1587087
7. Kahraman Kilbas EP, Ciftci IH, Kilbas I, Toptan H. Seroprevalence of TORCH Viral Agents in Pregnant Women in Turkey: Systematic Review and Meta-Analysis. Pathogens. 2025;14(1):37. doi:10.3390/pathogens14010037
8. HPV Information Centre. Statistics. Turkey Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2023. Internet: https://hpvcentre.net/datastatistics.php erişim tarihi: 21.08.2025
9. Bakir A, Alacam S, Karabulut N, et al. Evaluation of Human Papillomavirus Genotype Distribution in Cervical Samples. J Cytol. 2021;38(1):44-49. doi:10.4103/JOC.JOC_19_19
10. Alacam S, Bakir A. Human Papillomavirus Prevalence and Genotype Distribution in Cervical Swab Samples in Istanbul, Turkey. J Infect Dev Ctries. 2021;15(8):1190-1196. doi:10.3855/jidc.14663
11. Altay-Kocak A, Kazanci F, Dogu-Tok C, et al. The prevalence and distribution of human papillomavirus in 4267 Turkish women with or without cervical lesions: A hospital-based study. J Med Virol. 2022;94(10):5026-5032. doi:10.1002/jmv.27921
12. Gecer M. High-risk Human Papillomavirus (hrHPV) Prevalence and Genotype Distribution among Turkish Women. J Cytol. 2023;40(1):42-48. doi:10.4103/joc.joc_129_22
13. Gunes AC, Ozgul N, Turkyılmaz M, et al. Evaluation of colposcopy after the addition of human papillomavirus testing to the Turkish cervical cancer screening program. Cancer Med. 2023;12(24):21751-21760. doi:10.1002/cam4.6740
14. Tekkesın N, Goktas S, Alkis V, Koc S, Gurbuz T, Goktas P. Analysis of the Prevalence and Quantification of viral load of different human papillomavirus types in Turkish women population. Asian Pac J Cancer Prev. 2022;23(12):4347-4355. doi:10.31557/APJCP.2022.23.12.4347
15. Ece GT, Pira D, & Bodur, GL. Prevalence and distribution of high-risk Human Papillomavirus in Western Türkiye between 2019 and 2022. Acta Microbiologica et Immunologica Hungarica. 2023;70(3), 252-257. doi:10.1556/030.2023.02066

16. Taskin MH, Nursal AF, Oruc MA, Kariptas E. Genotype Distribution and Prevalence of High-Risk Human Papillomavirus Infection among Women in Samsun Province of Turkey. Asian Pac J Cancer Prev. 2022;23(7):2477-2482. doi:10.31557/APJCP.2022.23.7.2477
17. Tekkesin N, Goktas S, Alkis V, Tekkesin E, Goktas P. Male Human Papillomavirus Infection and Genotyping in Turkey. Asian Pac J Cancer Prev. 2023;24(12):4187-4193. doi:10.31557/APJCP.2023.24.12.4187
18. Dura MC, Aktürk H, Aslan Ö, Yıldız Ş, Kefeli M, Çelik H. Human Papillomavirus Infection (HPV) Prevalence in the Black Sea Region of Turkey: Primary HPV Screening for Cervical Cancer. Cureus. 2024;16(1):e52615. doi:10.7759/cureus.52615
19. World Health Organization. Global HIV Programme. HIV data and statistics. Internet: https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistics erişim tarihi: 06.08.2025
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı. Dokümanlar. İstatistikler. HIV-AIDS İstatistikleri. Internet: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-bulasicihastaliklar.html erişim tarihi: 11.08.2025
21. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. Internet: https://www.saglik.gov.tr/TR-84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html erişim tarihi: 02.08.2025
22. The Organisation For Economic Co-Operation and Development (OECD) Data Explorer health, health status. Internet: https://data-explorer.oecd.org/ erişim tarihi: 02.08.2025
23. AIDSinfo, Global data on HIV epidemiology and response, Country factsheets, https://aidsinfo.unaids.org/ erişim tarihi: 26.08.2025
24. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) Global 2025: The challenges of eliminating viral hepatitis. Internet: https://www.clinicaltrialsarena.com/analyst-comment/escmid-global-2025-eliminating-viral-hepatitis/ erişim tarihi: 05.08.2025
25. European Centre for Disease Prevention and Control. World Hepatitis Day 2025. Internet: https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/world-hepatitis-day-2025 erişim tarihi: 05.08.2025
26. Kahraman Kilbas EP, Ciftci IH, Kilbas I, Toptan H. Seroprevalence of TORCH Viral Agents in Pregnant Women in Turkey: Systematic Review and Meta-Analysis. Pathogens. 2025;14(1):37. doi:10.3390/pathogens14010037
27. Taskin MH, Gunal O, Arslan S, et al. Epidemiological findings on Hepatitis C infection in a tertiary level hospital in mid-northern Anatolia in Turkey: A four-year analysis. Trop Biomed. 2020;37(1):227-236
28. Suntur BM, Kaya H, Eker HBŞ, Kara B, Bozok T, Unal N. A cross-sectional study of real life data of HCV from Turkey south region. J Infect Dev Ctries. 2020;14(4):380-386. doi:10.3855/jidc.11983
29. Ersan G, Öz ED, Nadir Y, Yılmaz N, Serin Senger S. Erişkinlerde gözden kaçan kronik hepatit C enfeksiyonları: On yıllık bir retrospektif çalışma. Turk Mikrobiyol Cemiyeti Dergisi 2025;55(2):114-120. doi:10.54453/TMCD.2025.45403

Vektörlerle Bulaşan Hastalıklar

Didem Daymaz Yılmaz

Vektör kaynaklı hastalıklar, dünyada tropikal ve subtropikal bölgelerde daha sık görülen, yoksul nüfusu daha çok etkileyen bulaşıcı hastalık grubu olup, Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre tüm bulaşıcı hastalıkların %17'sinden fazlasını oluşturmakta ve her yıl 700.000'den fazla ölüme neden olmaktadır. Günümüzde küresel seyahat ve ticaret, plansız kentleşme, iklim değişikliği gibi nedenler vektör kaynaklı hastalıkların yayılmasına katkı sağlamaktadır. Özellikle iklim değişikliği patojen, vektör ve rezervuarları etkilenmekte; vektör kaynaklı hastalıkların artışına neden olmaktadır. Ülkemizde vektörlerle bulaşan hastalıkların takibi ve kontrolü T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir.[1,2]

T. C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından 2019 yılında, Türkiye'de görülen ve görülme potansiyeli olan vektör kaynaklı hastalıklara yönelik bilgilerindirme ve eylem planlarının yer aldığı Türkiye Zoonotik Hastalıklar Eylem Planı (2019-2023) oluşturulmuştur. Plan içinde tek sağlık yaklaşımı ve multidisipliner yaklaşımla koordinasyonun gerçekleştirilmesinin vektör kaynaklı hastalıkların mücadelesindeki gerekliliği vurgulanmıştır.

1. Vektörler

Vektörler, bulaşıcı patojenleri insanlar arasında veya hayvanlardan insanlara bulaştırabilen canlı organizmalardır. Türkiye, vektör kaynaklı etkenlerin yayılmasında ve yeni patojenlerin yerleşiminde uygun yaşam alanı sunan çeşitli ekolojilere sahiptir. Kuş göç yollarına yakınlığı ve konumu nedeniyle Türkiye, Afrika, Asya ve Avrupa kıtaları arasında vektör kaynaklı virüslerin yayılmasında doğal bir merkez görevi görmektedir. Bazı vektörler: Aedes, anofel, culex gibi sivrisinek türleri, tatarcık sinekleri, karasinekler, pireler, bitler, kum sinekleri, kenelerdir.[1,3]

1.1.Keneler

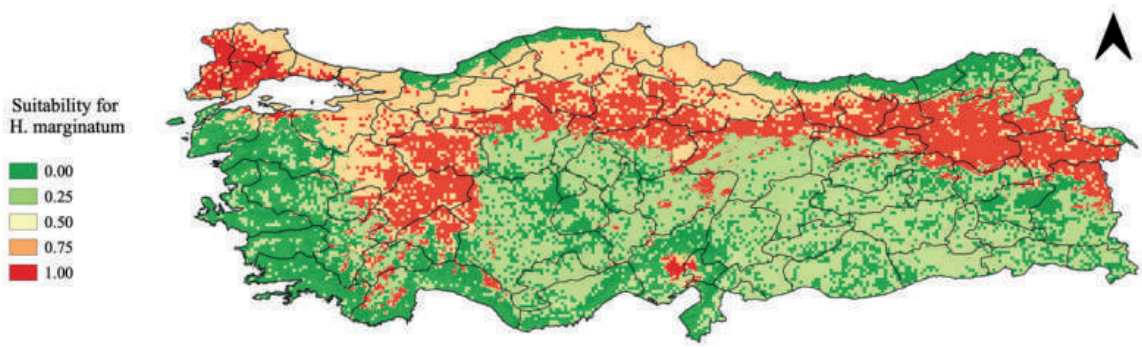
Keneler, artropodlar (eklem bacaklılar) ailesinin arachnida sınıfına ait zorunlu kan emici ektoparazitlerdir. Kan emerek 100'den fazla patojen için vektörlük yaparak hastalıklara neden olurlar. Türkiye'de çeşitli kene türleri bulunmakta ve ideal ekolojik koşulları nedeniyle kolay çoğalabilmektedir. En yaygın cinsler Hyalomma ve Ixodes olup, bunları Rhipicephalus ve Haemaphysalis izlemektedir. Özellikle Hyalomma türlerinin olgunlaşmamış formları, nimfler, ısırıkların en yüksek kısmını oluşturmaktadır. H. marginatum, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA)'nin etkeni olmaya devam etmektedir. Ixodes türleri ise Lyme hastalığı ile bağlantılıdır. Keneler ayrıca Q ateşi etkeni olan C. burnetii'nin vektörü konumundadır.[4,5]

1.2. Sivrisinekler

Sivrisinek türleri Türkiye'de vektör kaynaklı hastalıkların çoğunun kaynağı olup, ülkemizde 60 üzerinde türün varlığı bilinmektedir. Sivrisinek ve buna bağlı ilgili hastalıklar genellikle sıcak ve nemli iklimlerde yaygın görülürken, son yıllarda artan yağış, sıcak hava, nem gibi iklim değişikliği kaynaklı nedenler ve endemik bölgelere seyahat daha geniş alanlarda görülmeye başlamıştır. Ülkemizde de görülen sivrisinek kaynaklı hastalıklardan bazıları; Batı Nil Virüsü, Zika Virüs, Chikungunya Ateşi, Dengue Virüs Enfeksiyonu gibi hastalıklardır.[2,7]

1.3. Kum Sinekleri

Çoğunlukla kutanöz ve viseral leishmaniasis olmak üzere çeşitli hastalıkların vektörüdür. Ayrıca, Türkiye'nin 40 ilinde daha önce yapılan fauna çalışmalarında 29 kum sineği türü tanımlanmıştır. Türkiye'de günümüze kadar saptanan kum sineği türleri: Phlebotomus cinsinin alt cinsleri Adlerius, Larroussius, Paraphlebotomus, Phlebotomus, Transphlebotomus ve bir diğer cins olan Sergentomyia'dir. Ancak her kum sineği türü Leishmania türünü taşımamaktadır. Toplamda, Phlebotomus



Şekil 1. Türkiye'de H. marginatum için risk haritası[6].

(Ph.) (Diptera: Psychodidae) cinsine ait 24 kum sineği türünün olası vektör türü olduğu bildirilmiştir.[8,9]

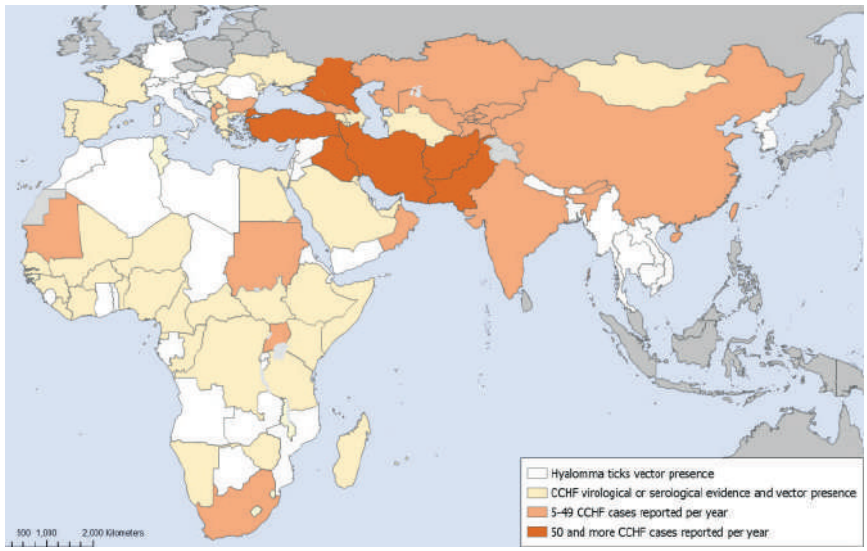
Raporun bu bölümünde vektör kaynaklı başlıca hastalıkları, güncel çalışmalar ve olabildiğince son beş yılın verileri değerlendirilecektir.

2. Vektör Kaynaklı Hastalıklar

2.1. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA)

Ülkemiz için endemik olan bu hastalık ilk olarak 2002 yılında Tokat, Yozgat, Sivas, Çorum illeri ve civarında görülmüş, 2003 yılında Kırım Kongo Kanamalı Ateşi olduğu anlaşılmıştır. Türkiye'de halen Hyalomma kene türünün yaşam alanlarıyla uyumlu bir şekilde vakalar yoğun olarak görülmeye devam etmektedir. İç Anadolu'nun kuzeyi, Orta ve Doğu Karadeniz ve Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki yaklaşık 30 ili içine alan coğrafik alan hastalık açısından hiperendemik bölgedir. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü verilerine göre en yüksek vaka bildirimi 1440 vaka ve 72 ölümle ile 2021 yılında gerçekleşmiştir. Son iki yılda ise 2023 için 699 vaka ve 41 ölüm, 2024 yılı için ise 593 vaka ve 20 ölüm ile önceki üç yıla göre vaka bildiriminde düşüş görülmektedir (**Tablo 1**). Bu düşüşe rağmen, DSÖ verilerine göre Türkiye, halen 50 vaka üzeri bildirim yapan sınırlı sayıda ülkeden biri olmaya devam etmektedir (**Şekil 2**). Ayrıca KKKA'i vektör kaynaklı hastalıklar arasında en fazla ölüme neden olan hastalıktır. Türkiye'de 2024 yılı için KKKA insidans hızı yüz binde 0,69'dur ve bu hızın üzerinde 26 ilden vaka bildirimi olduğu raporlanmıştır. En yüksek vaka tespit edilen iller sırasıyla Sivas, Erzurum, Tokat, Gümüşhane, yine en yüksek insidans hızına sahip il yüz binde 37,86 ile Gümüşhane olarak raporlanmıştır. Hastalığın son beş yıldaki fatalite hızlarının %3,2-6,1 arasında değiştiği görülmektedir.[10–12]

KKKA hastalarının tedavisi için yeteri kadar etkili, teyit edilmiş spesifik bir tedavi olmaması ülkemizde önleyici yaklaşımların, enfekte kene kontrolünün ve diğer halk sağlığı uygulamalarının hastalık ile mücadelede ne kadar önemli ve kritik olduğunu göstermektedir.



Şekil 2. Dünya Sağlık Örgütü, Kırım-Kongo Kanamalı Ateşinin coğrafi dağılımı, 2024[12]

Tablo 1. Türkiye'de vektörlerle bulaşan hastalıkların yıllara göre vaka ve ölüm sayıları[13–19]

	2020		2021		2022		2023		2024	
	Vaka	Ölüm	Vaka	Ölüm	Vaka	Ölüm	Vaka	Ölüm	Vaka	Ölüm
KKKA	1130	43	1440	72	1310	80	699	41	593	20
Tularemi	46	VY	53	VY	67	VY	699	VY	836	VY
Hanta virüs	17	-	12	2	16	-	10	1	13	-
Batı Nil Virüsü	-	-	-	-	VY	VY	VY	VY	90	7
Sıtma	135		210		278		699		298	

VY:Veri yok

Küresel ısınma iklim değişikliğinin etkileriyle birlikte, hastalığın ve enfeksiyon zincirinin etki alanı ve şeklinin yakından takip edilmesi ülkemiz için bir gerekliliktir. Erzurum'da 2012-2021 yıllarındaki olgu görülme sıklığı ile hava sıcaklığı, kümülatif yağış ve bağlı nem arasında bir eş bütünleşme ilişkisi gözlenmiş, iklimsel faktörlerin kenelerin yayılmasıyla giderek daha elverişli hale gelmesinin, hastalığın yayılmasına yol açtığı vurgulanmıştır.[20] Konuya ilişkin son beş yıldaki diğer saha çalışmalarından biri, vaka artışının en yoğun olduğu döneme paralel olarak Nisan 2020 ile Ekim 2022 tarihleri arasında Bayburt ilinde 100 KKKA hastanın değerlendirdiği çalışma,[21] bir diğeri Erzurum Halk Sağlığı Laboratuvarı'nda 2015-2021 tarihleri arasındaki şüpheli 1378 vakayı değerlendiren, 521 hastaya kesin tanı raporlanan vakaların değerlendirildiği çalışmadır.[22] Ayrıca son beş yıl içinde reenfeksiyon tanısı alan bir olgu da bildirilmiştir.[23]

İlk görüldüğü andan itibaren bildirimi zorunlu hastalık (C grubu) olan KKKA'ya ilişkin T. C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2025 yılında Vaka Yönetim Rehberi yayımlanmıştır. Rehberde tarihçe, tanı ve tedavi uygulamalarının yanı sıra koruma ve kontrol önlemleri de yer almaktadır.[10]

2.2. Kutanöz Leishmaniasis (Şark Çıbanı)

Kutanöz Leishmaniasis, Leishmaniasisin görülen üç tipinden biri olup cilt ülserleriyle seyreden, Türkiye'de de en yaygın görülen formudur. Ülkemizde A grubu bildirimi zorunlu hastalık olarak takip ve filyasyon işlemleri yürütülmektedir. Bulaş, dişi tatarcık sineklerinin (kum sineği, yakarcık, yakarca, güpdüşen) ısırıklarıyla oluşmakta olup Türkiye'de Kutanöz Leishmaniasise'ye neden olan tipler, ağırlıklı olarak L. tropica ve L. infantum'dur.[24–26]

Bakanlık verilerinde 2017 sonrasına ait herhangi bir paylaşım olmadığı, 2008-2017 yılları için raporlanan vaka sayılarına bakıldığında, ölümle sonuçlanan vaka olmadığı, morbite hızının yüz binde 1,58 ila 6,99 arasında değiştiği ve en yüksek vakanın 2013 yılında 5362 vaka olarak kayda geçtiği raporlanmıştır.[27]

Kutanöz leishmaniasis vakaları; Hatay, Diyarbakır, Şanlıurfa gibi güney illerimizde daha sık görülmektedir Örneğin, Diyarbakır'da bir üniversite hastanesinde 2020-2023 arasında vakaların yıllara göre dağılımının 15-18 arasında değiştiği görülmektedir.[28] Yine Hatay, Şanlıurfa gibi illerimizde tespit edilen vakalarda, L.tropica ve L.infantum yanında önceki yıllara göre, özellikle göçten sonra daha fazla sayıda L. major'ün görüldüğü raporlanmıştır.[29,30] Suriye'den gelen göçmenlerde de şark çıbanı sıklığının fazla olduğu görülmektedir.[31] 2010-2022 yılları arasında Türkiye'deki mülteciler/göçmenler arasında leishmaniasis üzerine yapılan araştırmaların sistematik bir incelemesinden değerlendirilen 22 yayından toplam 4.337 pozitif vakanın (%68,1) Suriye'den gelen göçmenler oluşturmuştur.[32] Gaziantep'te yapılan ve son dört yılı değerlendiren başka bir çalışmada ise 2021 ve 2022 yıllarında önceki iki yıla göre vaka sayısında belirgin bir düşüş olduğu belirtilmiştir.[33]

Şark çıbanının endemik bölgede görülmeye devam ettiği ve Suriye kaynaklı olgularla birlikte görülen Leishmania türlerinde ve dağılımında farklılıkların olduğu göze çarpmaktadır.

2.3. Visseral Leishmaniasis (Kala Azar)

Türkiye'de leishmaniasisin görülen bir diğer klinik formu C grubu bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar içerisinde yer alan visseral leishmaniasistir. Ülkemizde en sık etken leishmania infantum'un olsa da, L. Donovani ve son yıllarda kutanöz lesmania etkeni olan L. tropica'nın neden olduğu olgular da bildirilmektedir.[2,34,35] Hastalık için son beş yıla ait resmi bir veriye ulaşılamamış olup Sağlık Bakanlığı'nın 2019 Zoonotik Hastalıklar Eylem Planında yıllık 25-30 vaka görüldüğü belirtilmiştir.[2]

2.4. Sıtma

Sıtma ülkemizde tarihsel bir önem arz eden, uzun süredir mücadele edilen bir hastalıktır. Anofel cinsi dişi

sivrisineklerin sokmasıyla insandan insana bulaşan sıtmanın, P. falciparum, P. vivax, P. malariae ve P. ovale (iki tür) olmak üzere beş türü bulunmaktadır.[36,37] Sıtma vakalarının son beş yıldaki dağılımına bakıldığında 2023, 699 vaka ile bildirimin en yüksek olduğu yıl olmuş, diğer yıllarda vaka sayıları 135-298 arasında değişmiştir. Vaka insidansı 2019-2024 yılları için 0,16-0,34 arasında değişmekte olup, yerli sıtma vakası tespit edilmediği, olguların hepsinin yabancı ya da yurt dışı temas kaynaklı olduğu raporlanmıştır.[18,19] Son yıllarda yapılan çalışmalarda etkenin ağırlıklı olarak P. Falciparum olduğu, tanıda gecikmelerin hasta kliniği açısından sorun yarattığı raporlanmıştır.[38,39]

Sıtma kaynaklı ölüm vakalarına dair resmî bir veriye ulaşılamamış olup, son beş yıl, 2023 yılındaki vaka sıçraması dışındaki yıllar için olgu sayılarının önceki yıllarla benzer olduğu görülmektedir. İmporte vakaların sayısının fazlalığı düşünüldüğünde, seyahat sağlığı, kemoprofilaksi, hızla tanı ve tedavi süreçlerinin halen kritik öneme sahip olduğu görülmektedir.

Türkiye'de görülen diğer vektör kaynaklı hastalıklardan hanta virüs, batı nil virüsü raporun yeni ve yeniden bulaşan hastalıklar bölümünde bahsedilecektir. Yine F. tularensis'in bulaş yolları arasında kene, sinek gibi eklem bacaklı tutunmaları ya da ısırıkları olsa da Türkiye'de ana bulaş yolunun kontemine suyun ve besinlerin tüketimi olması nedeniyle tularemi raporun zoonotik hastalıklar bölümünde değinilecektir.[40] Diğer hastalıklar ise, lyme, nadir de olsa zika virüs, chikungunya ateşi, dengue virüsü enfeksiyonudur.

Sonuç olarak Türkiye'de KKKA, tularemi, importe olgulara bağlı görülen sıtma en sık görülen vektör kaynaklı hastalıklardır. 2024 yılında Batı Nil Virüs olgularındaki sıçrama dikkatle takip edilmesi gereken bir diğer hastalık olarak dikkat çekmektedir. Türkiye'nin iklim ve ekolojisinin kaynak olan vektörler için elverişli alanlara sahip olması, ülkeler arası seyahat yoğunlukları da göz önünde bulundurulduğunda vektör kaynaklı hastalıklar, takip ve kontrol önlemlerinin sıkı takip edilmesi gereken temel bir sorun olmaya devam etmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). Vector-borne diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization;[cited 2025 Sep 20]. Available from: Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases
2. T. C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Eylem Planı (2019-2023) [internet]. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2019 [cited 2025 Sep 20]. Available from: Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/06/24/_ekutuphane_kitaplar_e-kutuphane_ek_9aa30f5b-2ea0-4ddc-9324-1d9c9c3021ba.pdf
3. Ergünay K, Polat C, Özkul A. Vector-borne viruses in Turkey: A systematic review and bibliography. Antiviral Res [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2025 Oct 8];183:104934. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016635422030348X
4. Pala E, Mel M. Kenelerden Kaynaklanan Hastal ı klar. 2021;59–67.
5. Ahrabi SZ, Pınarlık F, Akyıldız G, Kuşkucu M, Kar S, Ergönül Ö, et al. Human tick biting and tick-borne disease risk in Türkiye: Systematic review. PLoS Negl Trop Dis. 2025;19(6):1–12.
6. Milano A, Juache A, Houben S, Dente MG, Robbiati C, Declich S, et al. Multicriteria Decision Analysis as a Tool for Assessing Vector-Borne Diseases Risk: The Case of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever in Türkiye. Microorganisms [Internet]. 2025 Aug 26 [cited 2025 Sep 29];13(9):1987. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41011319/
7. World Health Organization. Public health advice on mosquito-borne diseases [internet]. 26 June 2025 [cited 2025 Oct 8]. Available from: https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/public-health-advice-on-mosquito-borne-diseases
8. Kavur H. TRsandflies: A web-based software for the morphometric identification of sand flies in Turkey. J Med Entomol. 2021;58(3):1149-1156.
9. Çetin H, Özbel Y. Kum sinekleri (yakarca, tatarcık) ve kontrol yöntemleri. Turkiye Parazitol Derg. 2017;41(2):102-113.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Vaka Yönetim Rehberi. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2025. (Yayın No: 1310). Erişim tarihi: 19 Eyl 2025. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/05/21/kirim-kongo-kanamali-atesi-vaka-yonetim-rehberi.pdf
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi İstatistikleri. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2025. Erişim tarihi: 19 Eyl 2025. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/06/10/kkka-Istatistikleri.pdf
12. WHO. Geographic distribution of Crimean-Congo haemorrhagic fever, updated 2024 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024. Erişim tarihi: 5 Eki 2025. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/crs-crr/2025-04-02_epi-win-cchf-overview-_-a.-leganddf0bf77c-c7d7-445f-8d98-0363bf87ea93.pdf?sfvrsn=a94552ed_1
13. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel müdürlüğü Kırım Kongo Kanamalı Ateşi İstatistikleri [Internet]. [cited 2025 Sep 19]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/06/10/kkka-Istatistikleri.pdf
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Tularemi İstatistikleri [Internet]. [cited 2025 Sep 19]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-zoonotik.html
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Hantavirus İstatistikler [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep

26]. [Internet]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/06/23/hantavirus-Istatistikler.pdf

16. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Batı Nil Virüsü Enfeksiyonu (Sağlık Personeline Yönelik) [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 29]. [Internet]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/06/11/ek_bati-nil-virusu-enfeksiyonu-saglik-personeline-yonelik.pdf
17. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). West Nile fever: surveillance and disease data (historical) [Internet]. [cited 2025 Sep 29]. [Internet]. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/west-nile-fever/surveillance-and-disease-data/historical
18. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 29]. [Internet]. Available from: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy-202307032025pdf.pdf
19. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024 Haber Bülteni [Internet]. 2024 [Internet]. Available from: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/51942/0/haber-bulteni-2024-trpdf.pdf
20. Yılmaz S, İba Yilmaz S, Alay H, Koşan Z, Eren Z. Temporal tendency, seasonality and relationship with climatic factors of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever cases (East of Turkey: 2012–2021). Heliyon [Internet]. 2023 Sep 1 [cited 2025 Sep 29];9(9). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37681169/
21. Doğan E, Özer Kökkızıl S, Esen M, Kayalı S. Big Epidemic of Small City: Crimean-Congo Hemorrhagic Fever. Turkiye parazitolojii Derg [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 Sep 29];47(4):229–34. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38149444/
22. Igan H, Hanci H. The six-year prevalence of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever (CCHF) in Erzurum, Turkey. J Vector Borne Dis [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 6];62(1):102–6. Available from: https://journals.lww.com/jvbd/fulltext/2025/01000/the_six_year_prevalence_of_crimean_congo.14.aspx
23. Büyüktuna SA, Kıymaz YÇ, Öksüz C, Öz M, Baysal C, Elaldı N. The first reported Crimean–Congo hemorrhagic fever reinfection in the literature: 11 years apart. Diagn Microbiol Infect Dis [Internet]. 2026 Jan 1 [cited 2025 Sep 29];114(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40886484/
24. World Health Organization. Leishmaniasis [Internet]. [cited 2025 Sep 19]. [Internet]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis
25. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Şark Çıbanı [Internet]. [cited 2025 Sep 19]. [Internet]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/zoonotik-ve-vektorel-hastaliklar-db/Dokumanlar/Afisler-Brosurler/Sark_Cibani_Brosur_Turkce.pdf
26. Özbilgin A, Zeyrek FY, Güray MZ, Çulha G, Akyar I, Harman M, et al. Determination of antimony resistance mechanism of leishmania tropica causing cutaneous leishmaniasis in Turkey. Mikrobiyol Bul. 2021;54(3):444–62.
27. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Şark Çıbanı İstatistik [Internet]. [cited 2025 Sep 19]. [Internet]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/zoonotik-ve-vektorel-hastaliklar-db/Dokumanlar/Istatistikler/Sark_Cibani_Istatistik.jpg
28. Kılınç Z, Bozkurt Ö, Özcan N. Diyarbakır'da bir Üniversite Hastanesi'nde 2013–2023 tarihleri arasında kutanöz leishmaniasis tanısı alan hastaların retrospektif değerlendirmesi. Dicle Med J. 2025;52(1):191–9.
29. Model M. Türkiye'de kutanöz leyşmanyazis hastalarından elde edilen Leishmania izolatlarındaki farklılıklar ve bunların fare modeline klinik yansıması. Mikrobiyol Bul. 2020;54(3):429–43.
30. Özbilgin A, Zeyrek FY, Güray MZ, Çulha G, Akyar I, Harman M, et al. Determination of antimony resistance mechanism of Leishmania tropica causing cutaneous leishmaniasis in Turkey. Mikrobiyol Bul. 2021;54(3):444–62.
31. İsaoğlu A, Kaya H, Ersoy L, Ülger ST, Aslan G. Kutanöz leishmaniasis şüpheli olgulardan Leishmania parazitinin araştırılması. Black Sea J Health Sci. 2023;6(4):730–4.
32. Şakru N, Özbel Y, Töz S. Refugees/Immigrants and leishmaniasis in the world's largest hosting country, Türkiye: A systematic review. PLoS Negl Trop Dis. 2025;2025:1–12.
33. Özkeklikçi A. Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde göç sonrası ve pandemi sırasında kutanöz leishmaniasis (2019–2022). Turk J Parasitol. 2024.
34. Özbilgin A, Tunalı V, Çavuş İ, Tetik AV, Dinç M, Yalçın T, et al. Visceral leishmaniasis caused by Leishmania tropica. Acta Parasitol. 2023;68(3):699–704.
35. Alabaz D, Eroğlu F, Elçi H, Çay Ü. Identification of Leishmania tropica from Pediatric Visceral Leishmaniasis in Southern Mediterranean Region of Turkey. Mediterr J Hematol Infect Dis. 2022;14(1):1–11.
36. World Health Organization. World malaria report 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.
37. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sıtma Vaka Yönetim Rehberi 2019. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2019 [cited 2025 Sep 29]. [Internet]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/zoonotik-ve-vektorel-hastaliklar-db/Dokumanlar/Rehberler/Stma_Vaka_Ynetim_Rehberi_2019.pdf
38. Şahin ÖE, Kalay Z, Sarı ND, Batırel A, Ersöz G, Ertem GT, et al. Malaria in Turkey: A comprehensive analysis of diagnosis, treatment, and the impact of COVID-19, ten years after malaria elimination (2012–2023). Travel Med Infect Dis. 2025;64(February).
39. Karakuş M, Avcı KD, Kart Yaşar K. From eradication to reemergence: the growing threat of malaria in Turkey. Research. 2024;123:340.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Tularemi Mevcut Durum Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2024 [cited 2025 Sep 19]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/zoonotik-ve-vektorel-hastaliklar-db/Dokumanlar/Raporlar/Tr_Tularemi_Mevcut_Durum.pdf

Zoonozlar

Mehmet Erdem

Zoonotik hastalıklar, hayvanlardan insanlara doğrudan temas, vektörler, gıda veya çevresel yollarla bulaşabilen enfeksiyonlardır ve dünya genelinde yeni ortaya çıkan hastalıkların büyük kısmını oluşturmaktadır. Türkiye, coğrafi konumu, iklim özellikleri ve hayvancılığın yaygınlığı nedeniyle birçok zoonoz açısından endemik bir bölge olarak değerlendirilmektedir. Kuduz, bruselloz, şarbon, tularemi, toksoplazmozis, leptospiroz ve kistik ekinokokkoz gibi hastalıklar ülkemizde bildirimi zorunlu hastalıklar arasında yer almakta, bu hastalıkların sürveyansı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. Son yıllarda iklim değişikliği, göç hareketleri ve çevresel faktörlerin etkisiyle bazı zoonozlarda bölgesel artışlar gözlenmektedir.[1]

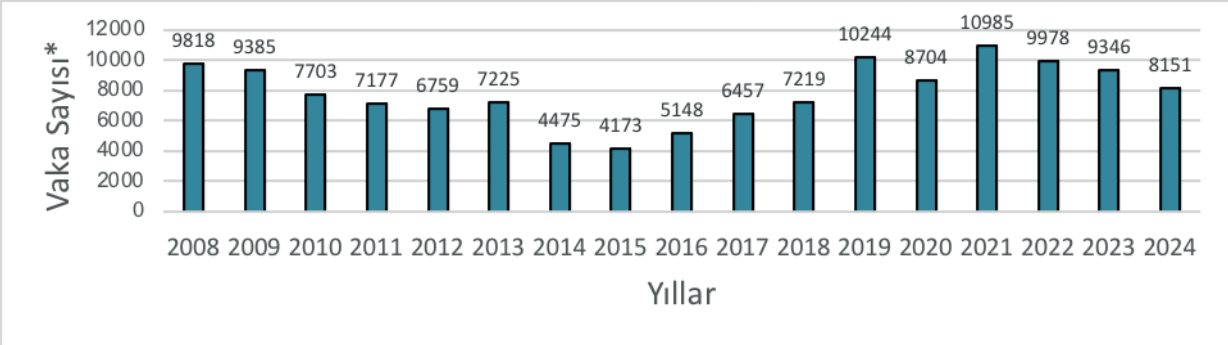
1. Brusella

Türkiye'de bruselloz; Malta Humması, Peynir Hastalığı, Mal Hastalığı, Koyun Hastalığı gibi değişik isimler ile bilinir ve A grubu bildirimi zorunlu bir hastalıktır. Ancak gerek hayvan gerekse insan olgularında bildirimlerin beklenen sayının çok altında olduğu tahmin edilmektedir.[2] Enfekte hayvan ürünlerinin (süt, peynir, tereyağı gibi) pastörize edilmeden tüketilmesi veya enfekte hayvan dokusuna veya salgısına bütünlüğü bozulmuş deri ve mukozanın doğrudan temasıyla insanlara bulaşır, solunum yolu ve vertikal yolla da bulaşabilir. Brucella abortus, B. melitensis, B. Suis, B. Canis insanda enfeksiyona neden olan türlerdir.[3]

Epidemiyolojisi

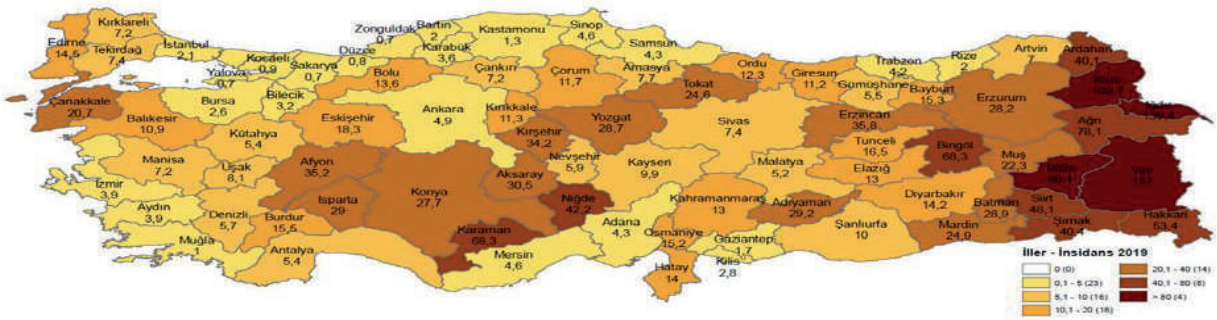
Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı'nın web sitesinde paylaştığı verilere göre 2020-2024 yılları arasında sırayla; 8704, 10985, 9978, 9346 ve 8151 kesin vaka gözlemlenmiştir. Bu verilerin hangi illere ait olduğu belirtilmemiştir (**Şekil 1**).[4]

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından 2024 yılında Türkiye'de Bruselloz Mevcut Durum Raporu yayımlanmış olup bu raporda en son 2019 yılına ait istatiksel veriler mevcuttur. Bu raporda 2019 yılına ait vakaların illere göre dağılımı harita üzerinde verilmiş olup, tüm illerde görülebilen vakaların Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yoğunluk kazanmakta olduğu, son yıllarda ise İç Anadolu Bölgesi illerinde artışın da dikkat çekmekte olduğu raporda vurgulanmıştır (**Şekil 2**).[5] Bu raporda Bruselloz yılın her

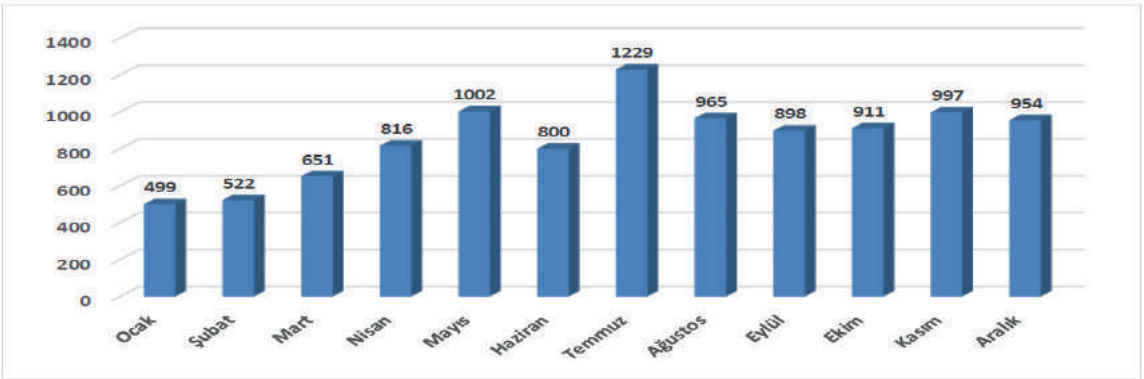


Şekil 1. Türkiye'de 2008-2024 yılları arasındaki Bruselloz vaka dağılımı[4]

*Kesin Vaka



Şekil 2. Bruselloz vakalarının illere göre dağılımı (yüzbinde), 2019 [5]



Şekil 3. Bruselloz vakalarının aylara göre dağılımı, 2019 [5]

ayında görülmekle birlikte özellikle ilkbaharda vaka sayılarında artış olmakta olduğu, yaz aylarında ise pik yapmakta olduğu belirtilmiştir (**Şekil 3**).

Bakanlığın raporunda Bruselloz her yaş grubunda görülmekle birlikte yaşla birlikte artış göstermekte, 65 yaşından sonra azalmakta ve yetişkin yaş grubunda özellikle 45-64 yaş grubunda daha fazla olduğu belirtilmiştir (**Tablo 1**).

Sağlık Bakanlığı verilerinin yanı sıra Türkiye'de 2020 ve sonrasında Brusella seroprevalansı ile ilişkili farklı illerde yapılan bazı çalışmalar **Tablo 2**'de özetlendi.

Türkiye'de 2024 yılında insan brusellozunun seroprevalansını belirlemek amacıyla yayımlanan bir metaanalizde, 1999–2021 yılları arasında yayımlanan ve toplam 51.650 bireyi kapsayan 30 çalışma değerlendirilmiş, Türkiye genelinde seroprevalans %4,5 (GA %95: 3,8–5,3) olarak bulunmuştur. Kırsal alanlarda (%8,0), yüksek riskli meslek gruplarında (%9,9) ve Doğu Anadolu Bölgesi'nde (%13) oran daha yüksektir. Kırsal bölgede yaşamak ve coğrafi bölge, seroprevalans farklılığını açıklayan başlıca faktörlerdir.[6]

Tokat'ta 2020 yılında düşük endemisite beklenen bölgede yürütülen bir çalışmada 2.630 serum örneği

Tablo 1. Bruselloz vakalarının yaş gruplarına göre dağılımı, Türkiye, 2019 [5]

Yaş Grupları	Vaka Sayısı	İnsidans (yüzbinde)
0-9	367	2,9
10-19	1277	10
20-29	1439	11,1
30-44	2728	14,4
45-64	3412	18,8
65 ve üzeri	1021	13,5
Toplam	10244	12,3

Tablo 2. 2020 ve sonrasında Türkiye'de Brusella Seroprevalansı ile ilgili yayımlanan bazı çalışmalar

Bölge	Yayın yılı	Çalışma zamanı	Örneklem yapısı	Örneklem büyüklüğü	Sero pozitiflik %	Test Yöntemi
Tokat [7]	2020	2018-2019	Hastane Serum örnekleri	2630	%1,03 Rose Bengal testi pozitif, %0,9 (Brucellacapt poizitif)	Rose Bengal, Brucellacapt
Erzurum [8]	2023	2020–2021	Hayvancılıkla uğraşan bireyler	271	%14,8 (ELISA IgG), %17 (RB), %10,7 (STA)	ELISA IgG, Rose Bengal, STA
Konya [9]	2021	2010–2018	Üçüncü basamak Hastaneye başvuran Brusellozisli hastalar	365	Tüm olgularda pozitif (immuncapture)	Brucella immuncapture
Amasya [10]	2021	2019–2021	İl merkezi 15 yaş üstü nüfusta kesitsel çalışma	464	0,8	Brucellacapt
Diyarbakır [11]	2022	2021	Bir Üniversite Hastanesine başvuran bruselloz şüpheli hastalar	5196	6,5	Rose Bengal,
Aksaray [13]	2024	2023–2024	Serum örnekleri	7087	8,2 (Coombs ≥1/160)	Rose Bengal, Coombs
Hakkari [12]	2023	1 yıllık kesitsel	Üç Hastanedeki hastalardan serum örneği	12742	6,6 3,2	Rose Bengal Standart Tüp Aglütinasyon
Türkiye geneli (Meta-analiz)[6]	2024	1999–2021 (30 çalışma)	Çeşitli popülasyonlar	51560	**4,5** (95% CI: 3,8–5,3)	STA, Brucellacapt, Coombs

incelenmiş, Rose-Bengal testi ile %1,03, Brucellacapt testi ile %0,9 oranında seropozitiflik bulunmuştur. Erkeklerde seropozitiflik oranı kadınlara göre daha yüksek saptanmış, bu da düşük endemisiteye rağmen hastalığın bölgedeki varlığını göstermektedir.[7] **Erzurum**'da 2020–2021 yıllarında hayvancılıkla uğraşan 271 kişi üzerinde yapılan saha çalışmasında ELISA IgG ile %14,8, Rose-Bengal ile %17 seropozitiflik saptanmış, eğitim düzeyi düşük ve evcil hayvan sahipliği olan gruplarda seropozitiflik oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.[8] **Konya**'da 2021 yılında yayımlanan bir çalışmada üçüncü basamak bir hastanede 2010–2018 yılları arasında bruselloz tanısı ile takip edilen 365 olgu retrospektif olarak incelenmiş, olguların %69'unda bulaş hayvancılıkla ilişkili bulunmuş, en sık şikâyet halsizlik olarak saptanmıştır.[9] **Amasya**'da 2021–2023 yıllarında il merkezinde 15 yaş üstü bireylerde yapılan bir kesitsel araştırmada 464 birey incelenmiş, brucellacapt testi ile seropozitiflik oranı %0,8 olarak bulunmuştur. Pozitif olguların tamamı kırsalda yaşayan, 48–78 yaş arası bireylerdir. Katılımcıların yarısından fazlasının hastalık hakkında hiç bilgi sahibi olmaması ise çalışmanın diğer bir bulgusudur.[10] **Diyarbakır**'da 2021 yılında yapılan çalışmada 5.196 şüpheli hastanın serum örnekleri değerlendirilmiş, Rose-Bengal testi ile %6,5 pozitiflik saptanmış, bunların %76,5'i Coombs testi ile doğrulanmıştır. Genel seroprevalans %5 olarak belirlenmiş, 20–50 yaş grubunda en yüksek seropozitiflik görülmüştür.[11] **Hakkari**'de 2023 yılı boyunca üç merkezde toplanan 12.742 serum örneği incelenmiş, Rose-Bengal testi ile %6,6, STA testi (≥1/320) ile %3,2 seropozitiflik saptanmıştır. Seropozitiflik en çok yaz aylarında, 25–44 yaş arası kadınlarda görülmüştür.[12] **Aksaray**'da 2023–2024 yılları arasında 7.087 serum örneği değerlendirilmiş, Rose-Bengal testi ile %8,8, Coombs testi (≥1/160) ile %8,2 seropozitiflik bulunmuştur. En yüksek oran 20–50 yaş aralığında görülmüştür. Çalışma, genç ve orta yaş gruplarında hastalık yükünün daha fazla olduğunu ortaya koymuştur.[13]

Brusella Genel Değerlendirme

2020–2025 yılları arasındaki veriler, brusellozun Türkiye'de hâlen önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre bu

dönemde her yıl 8.000'in üzerinde kesin vaka bildirilmiş, vakalar en çok Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da, son yıllarda ise İç Anadolu'da artış göstermiştir. Hastalık yıl boyunca görülmekle birlikte ilkbaharda yükselip yaz aylarında pik yapmaktadır. En sık 45–64 yaş grubunda izlenmektedir. Meta-analiz sonuçlarına göre ülke genelinde seroprevalans yüzde 4,5 olup, kırsal bölgelerde ve hayvancılıkla uğraşan gruplarda bu oran daha yüksektir. Bölgesel çalışmalar Tokat, Amasya gibi düşük endemisite beklenen illerde bile hastalığın varlığını sürdürdüğünü, Erzurum, Diyarbakır ve Hakkari gibi illerde ise seropozitifliğin yüzde 6–17'ye ulaştığını göstermektedir. Bulgular, brusellozun özellikle kırsal kesimde hayvancılıkla ve pastörize edilmemiş süt ürünleriyle ilişkili olarak devam eden endemik bir zoonoz olduğunu ortaya koymaktadır.

2. Şarbon

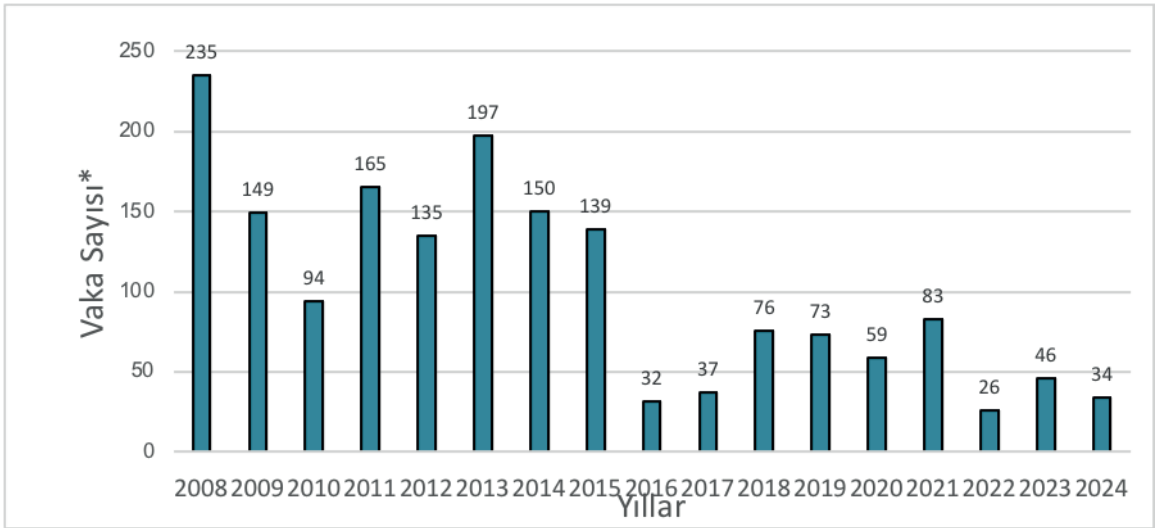
Şarbon, otçul hayvanlarda görülen ve insanlara genellikle enfekte hayvanlardan bulaşan zoonotik bir hastalıktır. Etkeni Bacillus anthracis olup, gram pozitif, spor oluşturan bir basildir. Organizma içinde vejetatif formda bulunurken, dış ortamda oksijenle karşılaştığında spor formuna dönüşür. Sporlar; ısı, soğuk, kuruluk, ultraviyole ışınları, pH değişiklikleri ve kimyasal ajanlara oldukça dirençlidir. Bu nedenle kontamine meralarda yüzyılı aşkın süre canlı kalabilmekte ve aynı özelliklerinden dolayı potansiyel bir biyoterör etkeni olarak da önem taşımaktadır.[14] Şarbon, tarihsel olarak çok eski dönemlerden beri bilinen bir hastalık olup halk arasında "çoban çıbanı", "karakabarcık" olarak anılır. Gelişmiş ülkelerde büyük ölçüde kontrol altına alınsa da tarım ve hayvancılığın yoğun olduğu bölgelerde hâlâ sık görülmekte ve hayvan salgınları ile insan vakalarına yol açmaktadır. Hastalık Türkiye, Orta Doğu, Orta Asya'nın bazı bölgeleri, Çin, Hindistan ve Afrika ile Latin Amerika'da endemik olarak izlenmektedir. Ülkemizde A grubu bildirimi zorunlu hastalık arasındadır.[1]

Epidemiyoloji

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı'nın web sitesinde paylaştığı verilere göre 2016 sonrası yıllık 100'ün altında vaka görülmeye başlanmış ve 2020 yılı sonrasında da bu düşük vaka trendi devam etmiştir (Şekil 4).[15]

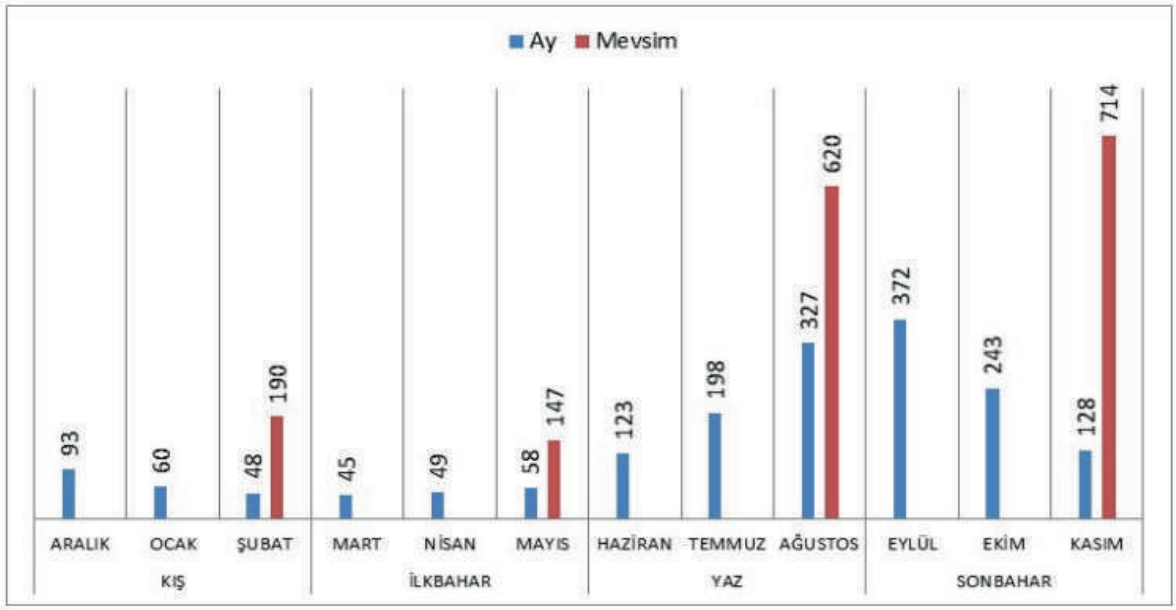
Türkiye Zoonotik Hastalıklar Milli Komitesi Şarbon Alt Kurulu tarafından 2020 yılında hazırlanan "Türkiye'de Şarbon Mevcut Durum Raporu"nda şu bilgilere yer verilmiştir;

Türkiye'de 2007–2019 yılları arasında **1.744 insan şarbonu vakası** bildirilmiş, bunların **10'u ölümle sonuçlanmıştır**. Tüm vakaların tarımsal kaynaklı olduğu kaydedilmiştir. İnsan vakalarının yıllar içinde azaldığı, son dönemde yıllık vaka sayısının **100'ün altına düştüğü**; vakaların özellikle **Temmuz–Kasım** ayları arasında yoğunlaştığı (Şekil 5) ve en fazla bildirimin **Kars, Sivas, Ankara, Muş, Erzurum ve Hakkari** illerinden yapıldığı bildirilmiştir (Şekil 6). Hayvan/insan vaka oranı **4,8** olarak hesaplanmıştır. Hayvan olgularının büyük kısmını sığır vakaları oluşturmuş, bunu koyun, keçi



Şekil 4. Türkiye'de 2008-2024 yılları arasındaki İnsan Şarbonu vaka dağılımı[15]

*Kesin Vaka



Şekil 5. İnsan şarbon vakalarının aylara ve mevsimlere dağılımı, Türkiye, 2007-2019[16]



Şekil 6. Şarbon vakalarının illere göre dağılımı, Türkiye, 2007-2019 [16]

ve tek tırnaklılar takip etmiştir. 2016 yılından itibaren hayvan/insan insan/hayvan vaka oranı **27,3'e kadar yükselmiştir**, bu da insanlarda kontrolün daha etkin olduğunu göstermektedir Ancak son üç yılda **hayvan vakalarında artış** dikkat çekmektedir (**Tablo 3**). Raporda, etkin sürveyans, veteriner ve sağlık teşkilatları arasında düzenli bilgi paylaşımı, vakalara zamanında müdahale ve çok paydaşlı mücadele programlarının sürdürülmesi gerektiği vurgulanmıştır.[16]

Türkiye'de 2020 yılı ve sonrasında yayımlanan şarbon vakaları ile ilgili literatür çalışmaları **Tablo 4**'de özetlendi. 2020 yılında yayımlanan 2009–2018 yıllarını kapsayan ulusal sürveyans verilerine göre Türkiye'de 1174 insan şarbonu olgusu ve 9 ölüm bildirilmiştir. Olgular en çok Doğu Anadolu'da görülmüş, yaz-sonbahar aylarında artış göstermiştir. Son yıllarda azalma eğilimi olsa da şarbon halen halk sağlığı açısından önemini korumaktadır.[16,17] İstanbul'da 2023 Kurban Bayramı'nda iki pediatrik kutanöz şarbon olgusu raporlanmış, hayvan eti teması sonrası gelişen enfeksiyon PCR ile doğrulanmış ve tedaviyle iyileşmiştir.[18] Elazığ'dan bildirilen bir olguda ise koyun teması sonrası kutanöz şarbon gelişmiş, tedavi sürecinde malign ödem ortaya çıkmıştır. Bu durum, ciddi komplikasyon riskini vurgulamaktadır.[19] 2024 yılında yayımlanan bir vaka raporunda Sivas'ta 8 yaşında kız çocukta ölü ineğe temas sonrası göz kapağında kutanöz şarbon ve preseptal selülit gelişmiş, 10 gün IV penisilin-G ve topikal tedavi ile sekelsiz iyileşmiştir.[20]

Şarbon Genel Değerlendirme

Şarbon, Türkiye'de uzun yıllardır görülen ve halen belirli bölgelerde halk sağlığı açısından önemini koruyan zoonotik bir hastalıktır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2016 yılından itibaren yıllık insan vaka sayısı 100'ün altına düşmüş olmakla birlikte, hayvan vakalarında son yıllarda yeniden artış eğilimi gözlenmektedir.

Tablo 3. Hayvan/İnsan şarbonu vakaları yıllara göre oransal dağılımı[16]

Yıl	İnsan Vakası	Hayvan Vakası	Hayvan/İnsan Vaka Oranı
2007	262	576	2,2
2008	235	708	3,0
2009	149	377	2,5
2010	94	210	2,2
2011	165	463	2,8
2012	135	591	4,4
2013	197	445	2,3
2014	150	313	2,1
2015	139	284	2,0
2016	32	875	27,3
2017	37	768	20,8
2018	76	1582	20,8
2019	73	1128	15,5

Tablo 4. Ülkemizde 2020 yılı sonrasında yayımlanan şarbon çalışmaları

Çalışma Bölgesi	Yayın Yılı	Çalışma Türü	Kısa Özet
Van, (Bahçesaray)[21]	2025	Vaka sunumu (44 yaş kadın)	Kutanöz şarbon malign ödemle larinks tutulumuna ilerlemiş, antibiyotik tedavisi ile iyileşmiş.
Sivas[20]	2024	Vaka sunumu (8 yaş kız çocuk)	Ölü ineğe temas sonrası göz kapağında preseptal selülit; penisilin tedavisi ile düzelmiş.
Türkiye genelinde [16]	2020 (2009–2018 verileri)	Ulusal sürveyans	1174 vaka, 9 ölüm. Vakalar en çok yaz-sonbaharda, özellikle Doğu Anadolu'da görülmüş.
İstanbul [18]	2024 (Kurban Bayramı)	2 pediatrik vaka	Bayramda şüpheli et teması sonrası 2 çocukta kutanöz şarbon; PCR pozitif, ciprofloxacin ile iyileşmiş.
Elazığ, Türkiye [19]	2021	Vaka sunumu (55 yaş erkek)	El lezyonu hızla büllöz şarbona ve ödem tablosuna ilerlemiş, yakın takip ve tedavi ile düzelmiş.

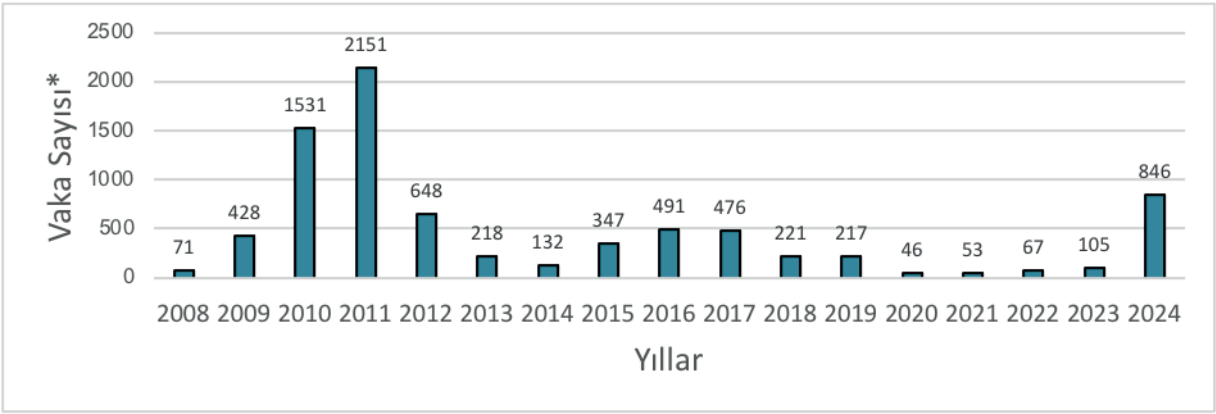
Vakalar en sık yaz ve sonbahar aylarında, özellikle Kars, Erzurum, Sivas, Muş, Hakkari ve Ankara çevresinde bildirilmektedir. Türkiye'de 2007–2019 arasında toplam 1.744 insan olgusu ve 10 ölüm kaydedilmiştir. 2020 sonrasında yayımlanan literatürde ise çoğunluğu kutanöz formda olmak üzere vakaların sürdüğü görülmektedir. İstanbul'da Kurban Bayramı sırasında, Van, Sivas ve Elazığ gibi illerde hayvan teması sonrası gelişen olgular bildirilmiştir. Olgular genellikle antibiyotik tedavisiyle iyileşmiş, ancak bazı vakalarda malign ödem ve larinks tutulumu gibi ciddi komplikasyonlar gözlenmiştir. Genel olarak insan vakalarında düşüş eğilimi sürerken, hayvan olgularındaki artış hastalığın çevresel rezervuarının devam ettiğini göstermektedir. Bu durum, etkin sürveyans, veteriner-sağlık iş birliği ve zoonotik kontrol programlarının sürdürülebilirliğinin önemini ortaya koymaktadır.

3. Tularemi

Tularemi, etkeni Francisella tularensis olan ve "tavşan ateşi" ya da "avcı hastalığı" olarak da bilinen zoonotik bir enfeksiyondur. Fare, tavşan ve keneler doğal konakçıdır; insanlara genellikle bu hayvanların atıklarıyla kirlenen sularla bulaşır. Türkiye'de özellikle kırsal bölgelerde yetersiz su sanitasyonu nedeniyle görülür. Hastalık başlangıçta ateş, halsizlik ve iştahsızlık gibi grip benzeri belirtilerle seyreder.[22]

Epidemiyoloji

Türkiye'de Tularemi ilk kez 1936'da Lüleburgaz'da görülen su kaynaklı salgınla tanımlanmış, 1988'de Bursa-Karacabey'deki vaka ile yeniden gündeme gelmiştir. 2004'ten sonra bildirimi zorunlu hastalıklar arasına girmiş, 2005–2018 döneminde 7.319 olgu kaydedilmiştir. Ülkemizde tularemi çoğunlukla kırsal kesimde ve içme-kullanma sularının yetersiz sanitasyonu nedeniyle



Şekil 7. Tularemi vakalarının yıllara göre dağılımı (Türkiye; 2008-2024) [25]

*Kesin Vaka

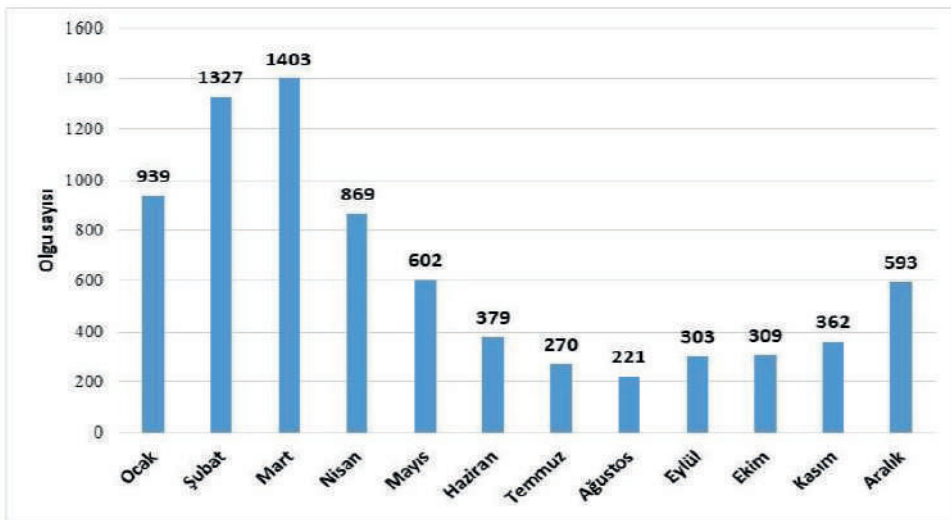
ortaya çıkmaktadır. Bulaş çoğunlukla kontamine sularla olup en sık orofaringeal form görülmektedir. Hekim farkındalığının düşük olması tanıda gecikmeye, en sık komplikasyon olarak süpüratif lenfadenite yol açmaktadır. Son yıllarda laboratuvar tanı olanaklarının artmasıyla ülkenin birçok bölgesinden vaka bildirilmektedir.[1,23,24].

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı'nın web sitesinde paylaştığı verilere göre 2011-2023 yılları arasında vaka sayılarında düşüş trendi görülürken 2024 yılında yıllık 846 vaka ile tekrar yıllık insidansın yükselişe geçtiği görülmektedir,[25] (**Şekil 7**).

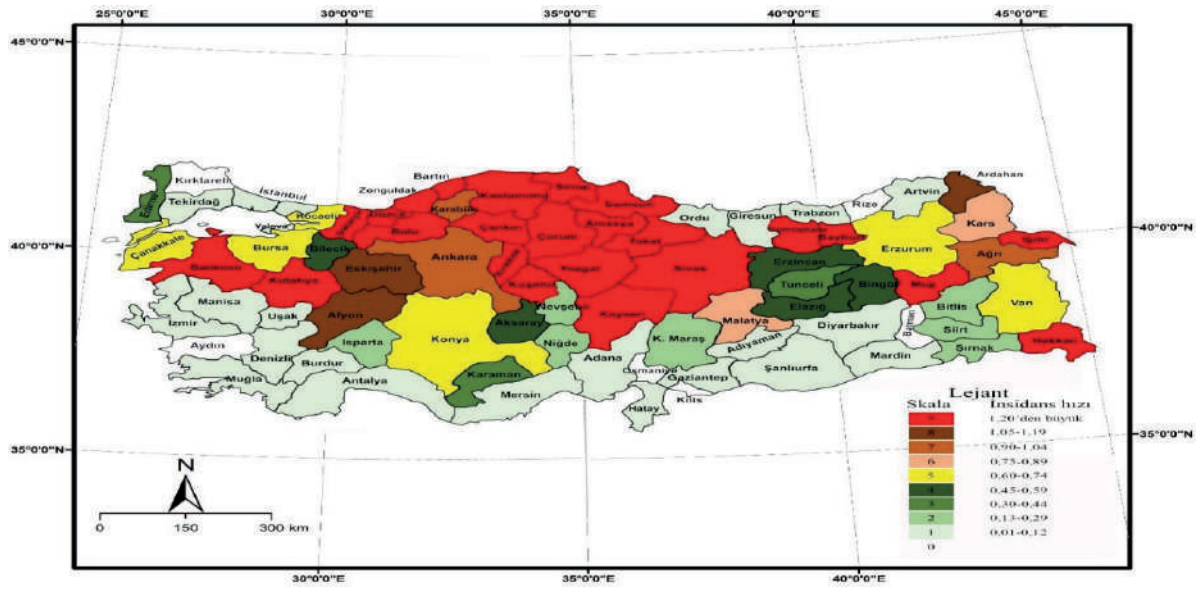
2024 yılında yayınlanan Türkiye'de Tularemi Mevcut Durum Raporu"na göre Türkiye'de tularemi 2005–2019 yılları arasında toplam 7.577 olgu ile bildirilmiştir. Olguların yarısından fazlası kadınlarda görülmüş olup, ortalama yaş 36'dır. En fazla vaka 2011 yılında, en az vaka ise 2008'de kaydedilmiştir. Vakalar genellikle sonbahar sonu ile ilkbahar başı arasındaki dönemde artış göstermekte, yaz aylarında ise azalmaktadır (**Şekil 8**). Coğrafi dağılıma bakıldığında, tularemi olguları 75 farklı ilden bildirilmiştir. En yüksek insidans **Çankırı, Yozgat, Bolu ve Bartın gibi İç Anadolu ile Batı ve Orta Karadeniz** illerinde görülmektedir (**Şekil 9**), (**Şekil 10**). Buna karşılık Ege, Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde insidans düşüktür.[26]

Tularemi Genel Değerlendirme

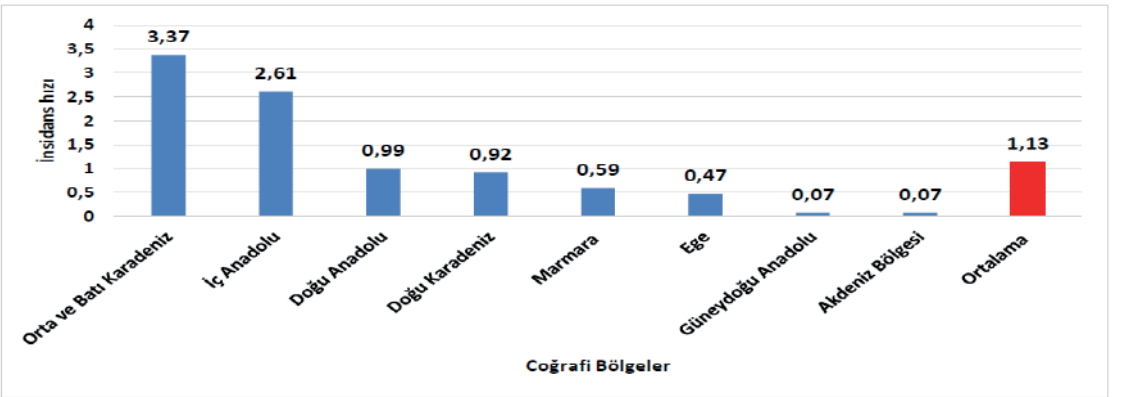
Tularemi, Türkiye'de özellikle kırsal bölgelerde yetersiz su hijyeni nedeniyle görülen, çoğunlukla orofaringeal formda seyreden bir zoonozdur. 2005–2019 yılları arasında 7.500'ün üzerinde olgu bildirilmiş, vakalar en çok sonbahar sonu–ilkbahar başı döneminde ve Batı Karadeniz ile İç Anadolu bölgelerinde görülmüştür.



Şekil 8. Tularemi olgularının aylara göre dağılımı (2005-2019)[26]



Şekil 9. 0-9 Skalasına göre tularemi insidans hızlarının illere göre dağılımı ve sıcak noktalar [26]



Şekil 10. Tularemi olgularının insidans hızlarının coğrafi bölgelere dağılımı (2005-2019)[26]

Hastalık kadınlarda ve orta yaş grubunda daha sık izlenmiş, vakaların çoğu klorlanmamış su kullanımıyla ilişkilendirilmiştir. Son yıllarda genel düşüş eğilimi olmasına rağmen 2024'te vaka artışı gözlenmiş, bu durum su sanitasyonu ve sürveyansın önemini ortaya koymuştur.

4. Kistik Ekinokkoz (Kist Hidatik)

Kistik ekinokokkozun etkeni Echinococcus türü parazitlerdir. Bu grupta E. granulosus, E. multilocularis, E. oligarthus, E. vogeli ve E. shiquicus türleri tanımlanmıştır. Parazitin esas konakları tilkiler ve köpeklerdir. İnsanlarda hastalığa en sık neden olan tür E. granulosus olup, enfeksiyon genellikle paraziti taşıyan hayvanların dışkısıyla kirlenen su, gıda ya da eller aracılığıyla bulaşmaktadır. Türkiye'de kistik ekinokokkoz, C grubu bildirimi zorunlu hastalıklar arasında yer almaktadır.[1]

Epidemiyoloji

Sağlık Bakanlığı'nın en güncel raporu 2020 tarihli "Türkiye'de Kistik Ekinokokkoz Mevcut Durum Raporu"'dur ve bu doküman 2012–2019 dönemine ait rakamlar yer almaktadır. Bu rapor şöyle özetlenmiştir;

Hastalık 2005'te bildirimi zorunlu hastalıklar listesine alınmış, 2008–2019 arasında Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre vaka sayısı **408'den 1.867'ye yükselmiş**, 2016 sonrası bildirilen olgular her yıl 1.700'ün üzerinde seyretmiştir. Bu artışın nedeninin gerçek vaka artışı değil, **2015 sonunda yapılan sürveyans düzenlemeleri** ve hastanelerde enfeksiyon bildirim sorumlularının atanmasıyla artan kayıt duyarlılığı olduğu belirtilmiştir. **İnsidans hızı** 2008'de 100 binde 0,57 iken 2019'da 2,25'e çıkmıştır (**Tablo 5**). En yüksek insidans Van'da (100 binde 8,70), ardından Ağrı, Iğdır ve Kırşehir'de görülmüştür; en düşük oran Zonguldak'tadır. Türkiye

Tablo 5. Türkiye'de insan kistik ekinokok vaka sayılarının ve morbidite/mortalite hızlarının yıllara göre dağılımı, 2008-2019[27]

Yıllar	Vaka Sayısı	Morbidite Hızı (100.000'de)	Ölüm Sayısı	Mortalite Hızı (1.000.000'da)
2008	408	0,57	1	0,01
2009	434	0,60	0	0,00
2010	381	0,52	0	0,00
2011	579	0,77	0	0,00
2012	572	0,76	0	0,00
2013	616	0,80	0	0,00
2014	449	0,58	0	0,00
2015	544	0,69	0	0,00
2016	787	0,99	0	0,00
2017	1.728	2,14	1	0,01
2018	1.704	2,08	0	0,00
2019	1.867	2,25	0	0,00

genelinde 2010–2019 döneminde KE'nin insidans hızı 100 binde 1,59 ve altındadır. **Hayvanlarda prevalans** incelendiğinde, köpeklerde PCR testlerine göre enfeksiyon oranı %4–14 arasında değişmektedir. Sığırlarda prevalans Doğu Anadolu'da %6,8–34,3, İç Anadolu'da %3,4, Karadeniz'de %11,3 ve Marmara'da %4 olarak bulunmuştur. Koyunlarda oran Doğu Anadolu'da %31,7–46,4, İç Anadolu'da %4,9, Karadeniz'de %6,5, Marmara'da %22,9'dur. Rapor, **koyun–köpek döngüsünün** hâlâ kırılamadığını, bu nedenle hastalığın Türkiye'de endemik bir sorun olarak devam ettiğini vurgular. Etkin kontrol için köpeklerde enfeksiyon takibinin düzenli yapılması, **rekombinant aşılar ve yeni ilaçların geliştirilmesi**, kesim hayvanlarında bildirim zorunluluğunun getirilmesi, **erken tanı merkezlerinin** kurulması, **ultrasonografi ve serolojik tanı yöntemlerinin** yaygınlaştırılması önerilmiştir.[27]

Türkiye'de 2020 yılı ve sonrasında yayımlanan kistik ekinokkoz vakaları ile ilgili literatür çalışmaları **Tablo 6**'da özetlendi.

2020 yılında yayımlanan derlemeye göre bildirim eksiklikleri nedeniyle gerçek prevalans tam bilinmemekle birlikte, Konya, Manisa, Elazığ, Van ve Aydın illerinde USG ile yapılan çalışmalarda **prevalans oranları %0,2–1,1** arasında bulunmuş, HERACLES projesinde ise %0,6 oranında prevalans saptanmış; bu da yaklaşık her 163 kişiden birinin enfekte olabileceğini göstermektedir.[28] 2021 yılında Bursa'da yapılan bir çalışmada, 2017–2018 yıllarında kistik ekinokokkoz şüphesiyle başvuran 1.072 hastanın %19,9'unda sero-

Tablo 6. Ülkemizde 2020 yılı sonrasında yayımlanan kistik ekinokkoz çalışmaları

Çalışma Bölgesi	Yayın Yılı	Çalışma Türü	Kısa Özet
Türkiye geneli [28]	2020	Derleme	Ülke genelinde KE prevalansı yüksek; seropozitiflik %0,2–46 arasında değişmekte, yaklaşık 500.000 kişinin enfekte olduğu tahmin edilmiştir.
Bursa [29]	2021	Tanımlayıcı	1.072 olguda IHA pozitifliği %19,9; kadınlarda ve genç yaşta daha sık saptanmıştır.
Ankara [32]	2022	Klinik araştırma	KE hastalarında resistin ve P-selektin düzeyleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
Erzurum–Kars [30]	2022	Olgu-kontrol	Köpek teması, kırsal yaşam ve düşük hijyenin bulaş riskini artırdığı gösterilmiştir.
İstanbul [33]	2023	Tanımlayıcı	109 hastada CLIA pozitifliği %37,6; en sık tutulum karaciğer (%74), seronegatifleşme %84,8.
Aksaray [30]	2023	Epidemiyolojik saha çalışması	Kırsal bölgede seropozitiflik %18; köpek teması ve çiğ gıda tüketimi başlıca risk etkenidir.
İzmir [31]	2023	Tanımlayıcı	Pandemi öncesi pozitiflik %18,5 iken, pandemi döneminde %14,6'ya gerilemiştir

pozitiflik saptanmıştır. Olguların çoğu kadın ve 20–29 yaş grubundadır; %85'inde kist karaciğerde yerleşmiştir. Erzurum–Kars bölgesinde 2022 yılında yapılan olgu-kontrol çalışmasında, 107 kistik ekinokokkoz hastası ve 107 sağlıklı birey karşılaştırılmıştır. Düşük eğitim düzeyi, ev dışı tuvalet kullanımı ve seyrek banyo yapma alışkanlığı hastalık açısından bağımsız risk faktörleri olarak belirlenmiştir.[29] Aksaray ilinde 2023 yılında yapılan bir çevresel çalışmada, yedi ilçeden alınan 105 su ve 105 toprak örneği Real-Time PCR yöntemiyle analiz edilmiştir. Su örneklerinin %11,4'ünde, toprak örneklerinin ise %7,6'sında Echinococcus spp. DNA'sı saptanmıştır. Su örneklerinde %6,6 E. granulosus ve %4,8 E. multilocularis, toprakta ise sırasıyla %4,8 ve %2,9 oranında pozitiflik belirlenmiştir.[30] 2023 yılında yayımlanan bir araştırmada, COVID-19 pandemisinin kistik ekinokokkoz (KE) tanısına etkisi değerlendirilmiştir. İzmir'de tek bir merkezde yapılan çalışmada, pandemiden önceki 30 ayda 1.444, pandemi döneminde ise 870 hastanın indirekt hemaglütinasyon (IHA) test sonuçları incelenmiştir. Pandemi öncesi pozitiflik %18,5 iken, pandemi döneminde %14,6'ya gerilemiştir (p=0,016). Pozitiflik oranı en yüksek 20–39 yaş grubunda görülmüş, cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır.[31]

Kistik Ekinokkoz (Kist Hidatik) Genel Değerlendirme

Kistik ekinokokkoz, Türkiye'de özellikle hayvancılıkla uğraşan kırsal bölgelerde endemik olarak görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. 2008–2019 arasında vaka sayısı 400'lerden 1.800'lere yükselmiş, en yüksek insidans Van, Ağrı ve Iğdır illerinde bildirilmiştir. Artışın büyük ölçüde kayıt sistemlerinin iyileşmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. 2020 sonrası çalışmalar hastalığın halen yaygın olduğunu, özellikle kadınlarda ve genç erişkinlerde karaciğer tutulumunun sık görüldüğünü göstermektedir. Su ve toprak örneklerinde parazit DNA'sının saptanması çevresel bulaşı desteklemektedir. Hastalığın kontrolü için köpeklerde parazit takibi, kesim hijyeni ve halk eğitimi gibi önlemlerin düzenli olarak sürdürülmesi gerekmektedir.

5. Kuduz

Kuduz, binlerce yıldır bilinen ve hayvan ısırıklarıyla bulaşan ölümcül bir zoonotik hastalıktır. İlk kez 1880'lerde Pasteur tarafından geliştirilen aşıyla korunma sağlanmış, Osmanlı döneminde de 1890'larda uygulanmaya başlanmıştır. Virüs tüm sıcakkanlı hayvanlarda görülebilse de bulaşta en önemli kaynak köpeklerdir. Enfekte hayvanın salyasıyla temas, özellikle baş-boyun bölgesindeki ısırıklarda yüksek oranda enfeksiyona yol açar. Klinik belirtiler başladıktan sonra ölümcül seyreden hastalık, günümüzde hâlâ ciddi bir halk sağlığı sorunu olup, etkili kontrol ve aşı programlarıyla önlenmesi mümkündür.[34]

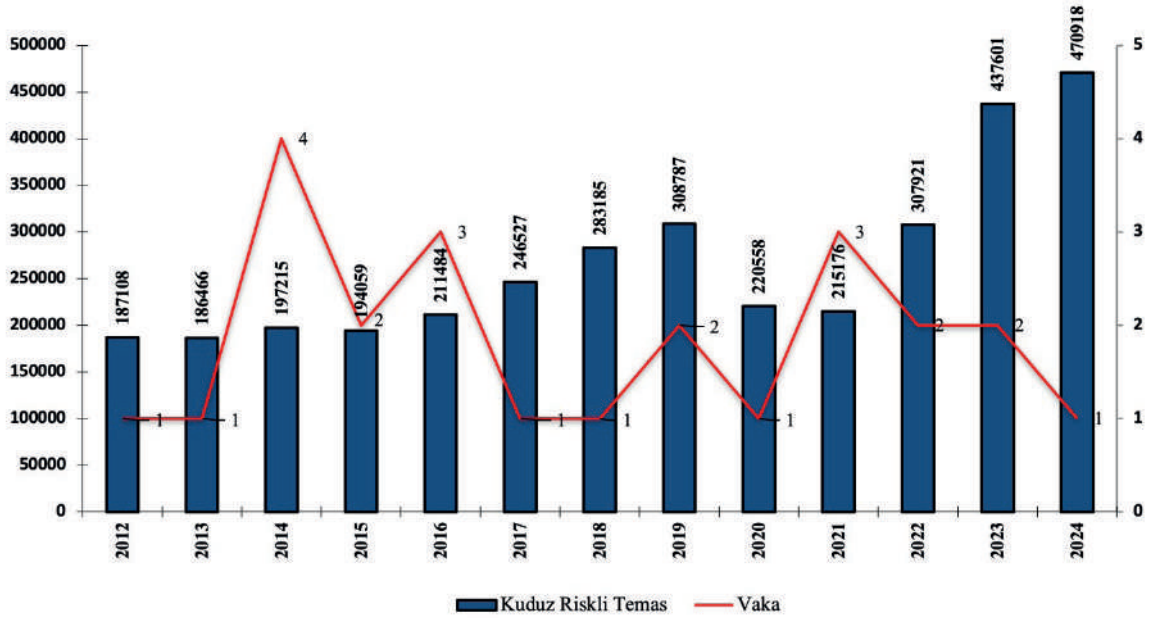
Epidemiyoloji

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı'nın web sitesinde paylaştığı verilere göre ülkemizde 2020-2024 yılları arasında toplam 9 kuduz vakası görülmüştür (**Şekil 11**). Bu vakaların dağılımına ilişkin veri bulunamamıştır. 2022-2024 yılları arasında kuduz riskli temas sayısında belirgin artış dikkat çekmektedir.

Türkiye'de 2020 yılı ve sonrasında yayımlanan kuduz vakaları ile ilgili bazı literatür çalışmaları **Tablo 7**'de özetlendi.

Ankara'da 2025 yılında yapılan çalışmada, kuduz riskli temas nedeniyle çocuk acile başvuran 244 olgu incelenmiştir. Olguların çoğu kedi kaynaklı (%61,6) olup, yaralanmalar en sık üst ekstremitede (%57,1) görülmüştür. Tüm hastalara aşı, %35'ine immünoglobulin uygulanmış; ancak yalnızca %50,8'i aşı şemasını tamamlamıştır. Başvurular en çok ilkbahar–yaz aylarında yoğunlaşmıştır.[36] Yine Ankara'da 2019–2022 arasında yapılan bir çalışmada, kuduz riskli temas nedeniyle başvuran 2.355 hastanın çoğu erkek (%63) olup, temasların başlıca nedeni köpek (%61) ve kedi (%37) ısırıklarıdır. Hastaların %55'ine immünoglobulin uygulanmış, aşı şemasını tamamlama oranı %65,7 bulunmuştur. Aşı uyumu kadınlarda ve ileri yaşta daha yüksektir. En sık nedenin aşısız evcil hayvan teması olduğu belirtilmiştir.[37] Erzurum'da 2018–2022 arasında yapılan çalışmada, kuduz riskli temas nedeniyle başvuran 936 hastanın %66'sı erkek, temasların çoğu köpek (%54) ve kedi (%43) kaynaklı olup, %79'u sahipsiz hayvanlardandı. Hastaların %85'ine aşı, %57'sine immünoglobulin uygulanmış, başvuruların %90'ı ilk 24 saatte gerçekleşmiştir.[38]

İstanbul'da 2019–2021 arasında yapılan çalışmada, kuduz riskli temas nedeniyle başvuran 3.738 olgunun %60'ı erkekti. Temasların çoğu kedi (%55) ve köpek (%44) kaynaklı olup, %83'ü sahipsiz hayvanlarla gerçekleşmiştir. Olguların çoğuna 3–4 doz aşı uygulanmış, başvurular en sık yaz ve sonbahar aylarında görülmüştür.[39] İstanbul Şişli'de yapılan çalışmada, kuduz şüpheli temas nedeniyle başvuran 297 bireyin %85'i sahipsiz hayvanlarla temas etmiş, çoğu köpek ve kedi kaynaklıydı. Yaralanma sonrası yalnızca %54'ü sabunlu suyla temizlik yapmış, bilgi düzeyi genel olarak yetersiz bulunmuştur. Evinde hayvan besleyenlerin bilgisi daha



Şekil 11. Kuduz Riskli Temas ve Kuduz Vakaları (Türkiye, 2012-2024) [35]

Tablo 7 Ülkemizde 2020 yılı sonrasında yayımlanan bazı kuduz çalışmaları

Çalışma Bölgesi	Yayın Yılı	Çalışma Türü	Kısa Özet
Ankara (Çocuk Acil) [36]	2025	Tanımlayıcı	244 olgunun çoğu kedi kaynaklı, üst ekstremite yaralanmaları sık. Tümüne aşı, %35'ine immünoglobulin uygulanmış.
Ankara Genel Popülasyon[37]	2023	Tanımlayıcı	2.355 olgunun çoğu erkek; köpek ve kedi ısırıkları yaygın. Aşı uyumu %66.
Erzurum [38]	2022	Tanımlayıcı	936 olgunun çoğu köpek ve kedi teması. %85 aşı, %57 immünoglobulin uygulanmış.
İstanbul [39]	2021	Tanımlayıcı	3.738 olgunun çoğu erkek; kedi ve sahipsiz hayvan teması önde. 3–4 doz aşı yaygın.
İstanbul (Şişli) [40]	2021	Kesitsel	297 kişinin çoğu sahipsiz hayvan teması. Bilgi düzeyi düşük.
Konya (Sağlık çalışanları) [42]	2024	Kesitsel	386 sağlık çalışanında bilgi eksiklikleri saptanmış.
Türkiye geneli (Tilkiler) [43]	2022	Saha çalışması	2019–2022'de oral aşı sonrası tilki kuduzu belirgin azalmıştır.

yüksektir.[40] Konya'da 2024 yılında yapılan çalışmada, 386 sağlık çalışanının kuduzla ilgili bilgi düzeyi incelenmiştir. Katılımcıların çoğu bulaş yollarını bilse de yalnızca %57'si doğru aşı dozunu, %79'u uygulama yolunu tanımlayabilmiştir.[41] Mersin'de 2023 yılında çocuk polikliniklerinde yapılan çalışmada, kuduz riskli temas nedeniyle başvuran 672 çocuğun %55'i erkekti. Temasların çoğu kedi (%74) ve sahipsiz hayvanlarla (%83) gerçekleşti. Üst ekstremite yaralanmaları (%68) yaygındı.[42] 2019–2022 yılları arasında yapılan bir çalışmada, Türkiye'de tilkilerde kuduzu önlemek için yürütülen oral aşı kampanyalarının etkisi değerlendirilmiştir. Yaklaşık 200.000 km² alanda yapılan uygulamalar sonucunda seropozitiflik %36, yem alımı %28 bulunmuştur. Kuduz vaka sayısı 2019'da 223'ten 2022'de 3'e düşmüş, aşılanan bölgelerde tilki kuduzu saptanmamıştır.[43]

Kuduz Genel Değerlendirme

Kuduz, Türkiye'de nadir görülmekle birlikte halk sağlığı açısından önemini koruyan bir zoonotik hastalıktır. 2020–2024 yılları arasında toplam 9 vaka bildirilmiş, ancak kuduz şüpheli temas sayısında artış gözlenmiştir. Çalışmalar, temasların çoğunun sahipsiz kedi ve köpeklerle olduğunu, yaralanmaların sıklıkla üst ekstremitede görüldüğünü göstermektedir. Aşı ve

immünoglobulin uygulaması yapılmasına rağmen aşı şemasını tamamlama oranlarının düşük olduğu bildirilmiştir. Halkın bilgi düzeyinin ve temas sonrası ilk müdahale alışkanlıklarının yetersiz olduğu, sağlık çalışanlarında dahi uygulama konusunda bilgi eksikliklerinin bulunduğu belirtilmektedir. Tilkilerde yürütülen oral aşı kampanyaları sonrasında yaban hayatı kaynaklı kuduz olgularında azalma olduğu düşünülmektedir. Bu bulgular, kuduzun kontrol altına alınmakla birlikte, farkındalık ve sahipsiz hayvan yönetimi açısından izlenmesi gereken bir hastalık olmaya devam ettiğini düşündürmektedir.

6. Toxoplazma

Toksoplazmozis, Toxoplasma gondii adlı protozoon parazitin neden olduğu zoonotik bir enfeksiyondur. Bulaş genellikle kedi dışkısıyla kirlenmiş su, toprak ya da çiğ ve az pişmiş et veya et ürünlerinin tüketimiyle gerçekleşir. Kediler parazitin ana konakçısı olup, enfekte olduklarında dışkılarıyla oositleri çevreye yayarlar. Gebelik döneminde annenin ilk kez enfekte olması halinde parazit plasenta yoluyla fetüse geçebilir ve konjenital enfeksiyona neden olabilir. Ayrıca organ ya da doku nakli sırasında da bulaş riski bulunmaktadır. İnsanlarda en yaygın bulaş yolu iyi pişirilmemiş etlerin tüketimidir. Türkiye'de toksoplazmozis, C grubu bildirimi zorunlu hastalıklar arasında yer alır.[3]

Epidemiyoloji

Toxoplazma ile ilgili 2020-2025 yılları arasında Sağlık Bakanlığının yayımladığı anonim herhangi bir veri bulunamadı. Literatürde Ülkemizde 2020-2025 yılları arasında yapılan bazı çalışmalar **Tablo 8**'de özetlendi.

2020 yılında yayımlanan bir derlemeye göre, ülke genelinde seroprevalans oranları %18 ile %100 arasında değişmektedir. Gebelerde IgG pozitifliği genellikle %25–30, IgM oranı ise %0.3–2.4 civarındadır. Marmara ve Orta Anadolu bölgelerinde seropozitiflik diğer bölgelere göre daha yüksektir. Başlıca risk faktörleri arasında çiğ veya az pişmiş et tüketimi, toprak teması ve kediyle yakın temas öne çıkmıştır.[44] Batı Karadeniz bölgesinde yürütülen çalışmada 214 gebe kadın değerlendirilmiş, toxoplasma seropozitifliği %14 olarak bulunmuş; kedi sahipliği (olasılık oranı=10.3) ve salam/sucuk tüketimi (OR=2.96) anlamlı risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Gebelerin yalnızca %22.4'ünün toksoplazmoz hakkında bilgi sahibi olduğu saptanmış, bu durumun konjenital bulaşın önlenmesinde önemli bir engel oluşturduğu vurgulanmıştır.[45] 2021 yılında Ankara'da kan donörlerinde yapılan çalışmada, IgG seropozitifliği %25.6, IgM pozitifliği ise %2.3 olarak bulunmuştur. Kırsal bölgelerde yaşayan ve eğitim düzeyi düşük bireylerde seropozitiflik oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar, asemptomatik taşıyıcıların kan transfüzyonu yoluyla bulaş riskini gündeme getirmektedir.[46] 2021 yılında Hatay Kırıkhan

Tablo 8 Ülkemizde 2020 yılı sonrasında yayımlanan bazı Toxoplazma çalışmaları

Yıl	Yapılan Yer	Çalışma Türü	Önemli Bulgular (Kısaltılmış)
2020 [44]	Türkiye geneli	Derleme	Ülke genelinde seroprevalans %18–100; gebelerde %25–30 IgG. Çiğ et ve toprak teması riskli.
2020 [45]	Batı Karadeniz	Kesitsel saha (214 gebe)	Seropozitiflik %14. Kedi teması ve salam/sucuk tüketimi başlıca riskler.
2021[46]	Ankara	Seroprevalans (kan donörleri)	IgG %25.6, IgM %2.3. Kırsal ve düşük eğitim grubunda oran daha yüksek.
2021[47]	Hatay – Kırıkhan	(Türk/Suriyeli gebeler)	Suriyeli gebelerde IgM %6.1, Türklerde %2.1. Göçmenlerde risk daha fazla.
2021[48]	İzmir	Hayvan epidemiyolojisi	465 sokak kedisinde DNA %14.3, seropozitiflik %37.8. Kediler önemli bulaş kaynağı.
2022 [50]	Konya	Retrospektif laboratuvar (20.875 olgu)	IgG %24.1, IgM %2.4. Gebelerde %42.4. Kadınlarda oran daha yüksek.
2022 [49]	Türkiye geneli	Meta-analiz (58 çalışma, 256.612 test)	Gebelerde ortalama IgG %36.7, IgM %2.9. Doğuda yüksek, batıda düşük oran.
2024 [51]	Denizli	Retrospektif laboratuvar (42.817 test)	IgG %24.7, IgM %2.1. Kadınlarda ve genç erişkinlerde pozitiflik fazla, son yıllarda azalma.
2025 [52]	İstanbul	Retrospektif klinik (2056 gebe)	IgG %18, IgM %1.1. Seroprevalans düşük, farkındalık ve tarama öneriliyor.

Devlet Hastanesi'nde Türk ve Suriyeli gebeler arasında yapılan retrospektif bir karşılaştırmada, Suriyeli gebelerde IgM pozitifliği %6.1, Türk gebelerde ise %2.1 olarak bulunmuştur.[47] İzmir'de 465 sokak kedisi üzerinde yaptıkları çalışmada kedilerin %37.8'inin T. gondii'ye karşı seropozitif, %14.3'ünün dışkısında ise T. gondii DNA'sı bulunduğunu bildirmiştir.[48] 2022 yılında yapılan bir meta-analizde, Türkiye genelinden 58 çalışma ve 256.612 test sonucunu değerlendirilmiştir. Gebelerde ortalama IgG seropozitifliği %36.76, IgM pozitifliği %2.91 olarak bulunmuştur. En yüksek oranlar Güneydoğu Anadolu (%59.4), en düşük oranlar ise Ege Bölgesi (%30.3) olarak belirlenmiştir.[49]

Toxoplazma Genel Değerlendirme

Toksoplazmozis, Türkiye'de yaygın görülen ve genellikle çiğ et tüketimi, toprak teması veya kediyle temasla bulaşan bir enfeksiyondur. 2020–2025 yılları arasında yapılan çalışmalarda seroprevalansın %20–40 arasında değiştiği, gebelerde IgG pozitifliğinin %25–35, IgM'in ise %1–3 civarında olduğu bildirilmiştir. Marmara ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde oranlar daha yüksektir. Kedi sahipliği ve az pişmiş et tüketimi başlıca risk faktörleridir. Çalışmalarda farkındalık düzeyinin düşük olduğu, özellikle gebelerde bilgi eksikliğinin konjenital bulaş riskini artırabileceği düşünülmektedir. Sokak kedilerinde yüksek seropozitiflik çevresel bulaşın sürdüğünü göstermektedir.

7. Leptospiroz

Leptospiroz, Leptospira türlerinin fare, köpek, kedi ve diğer memelilerden insanlara bulaşmasıyla ortaya çıkan, yaygın damar iltihabı ile seyreden zoonotik bir enfeksiyondur. "Bataklık humması", "yedi gün humması", "domuz çobanı hastalığı" ve "Weil hastalığı" gibi isimlerle de anılır. Tanımlanmış birçok patojen türü bulunmakla birlikte, Türkiye'de en sık görülen etken L. icterohaemorrhagiae'dir. Parazit sıcak ve nemli ortamlarda uzun süre canlı kalabildiği için tropikal ve yarı tropikal bölgelerde yaygındır. Hayvanlarda kronik böbrek enfeksiyonuna neden olur ve idrar yoluyla çevreye yayılır. İnsanlara genellikle enfekte hayvan idrarıyla veya bu idrarla kirlenmiş su ve toprakla temas sonucu bulaşır. Özellikle sulu tarımla uğraşanlar, kanalizasyon işçileri, hayvancılıkla uğraşanlar ve kömür madencileri risk altındadır. Erkeklerde daha sık görülür ve Türkiye'de C grubu bildirimi zorunlu hastalıklar arasında yer almaktadır.[3]

Epidemiyoloji

Leptospiroz ile ilgili 2020-2025 yılları arasında Sağlık Bakanlığının yayımladığı anonim herhangi bir veri bulunamadı. Literatürde Ülkemizde 2020-2025 yılları arasında yapılan bazı çalışmalar derlendi.

2020 yılında Düzce'de yapılan bir çalışmada, Batı Karadeniz bölgesinden altı olgu değerlendirilmiş ve tüm hastalarda ateş, kas ağrısı ve halsizlik gibi semptomlar gözlenmiştir. Olguların çoğu çiftçilik veya balıkçılıkla uğraşmakta olup, vakaların %66'sında böbrek, %50'sinde karaciğer fonksiyon bozukluğu saptanmıştır. İki olguda ölüm bildirilmiş, diğer hastalar antibiyotik tedavisiyle iyileşmiştir.[53] 2019–2022 yılları arasında Mardin'de yapılan retrospektif bir çalışmada, toplam 115 leptospiroz olgusu incelenmiştir. Olguların yüzde 83'ü erkek ve yaş ortalaması 29'dur. En sık saptanan laboratuvar bulgusu trombositopeni (%73) olurken, mortaliteye rastlanmamıştır. Vakaların büyük bölümü tarımsal sulama işçileri arasında görülmüş, erken antibiyotik tedavisinin mortaliteyi önlediği vurgulanmıştır.[54] 2024 yılında Mardin'de yapılan bir diğer çalışmada, 18 yaş altı 36 çocuk hastanın klinik ve laboratuvar bulguları incelenmiştir. Tüm olgular kırsal bölgede yaşamakta ve çoğu tarımsal sulama faaliyetlerinde çalışmaktadır. Olguların tamamında CRP pozitif bulunmuş, yüzde 61'inde değerler 100 mg/L'nin üzerinde saptanmıştır. Hiçbir hastada ölüm ya da kalıcı sekel görülmemiştir.[55] 2025 yılında yayımlanan Rize'de yapılan epidemiyolojik analizde, olgular Coğrafi Bilgi Sistemleri (GIS) kullanılarak haritalandırılmıştır. En fazla vaka 2018 yılında görülmüş, olgular özellikle Merkez, Çayeli ve Pazar ilçelerinde kümelenmiştir. Vakaların çoğu Eylül ayında bildirilmiş, yağışlı mevsimlerin hastalık sıklığını artırdığı belirlenmiştir.[56] 2023 yılında Samsun'da yapılan bir çalışmada, 11 leptospiroz olgusu retrospektif olarak değerlendirilmiş, tüm hastalar kırsal bölgelerde yaşayan erkeklerden oluşmaktadır. En sık belirti halsizlik, ateş ve bulantı-kusma olup, etken olarak Leptospira interrogans serovar icterohemorrhagiae tanımlanmıştır. Araştırma, Karadeniz Bölgesi'nin iklim koşulları nedeniyle endemik risk taşıdığını göstermiştir.[57] 2023 yılında Bursa'da yapılan bir olgu sunumunda, 47 yaşında çiftçilikle uğraşan bir erkek hastada akut böbrek yetmezliğiyle seyreden leptospiroz bildirilmiş, PCR testi pozitif olan hastada doksisiklin ve seftriakson tedavisiyle tam iyileşme sağlanmıştır. Bu olgu, leptospirozun böbrek yetmezliğiyle prezente olabileceğini göstermektedir.[58] 2023 yılında Sakarya'da yapılan bir olgu bildiriminde, COVID-19 pnömonisi ön tanısıyla izlenen bir hastada yapılan ileri incelemelerde leptospiroz tanısı doğrulanmıştır. Hastada sarılık, solunum

sıkıntısı ve hipoksi bulguları bulunmuş, plazmaferez ve antibiyotik tedavisi sonrası tam iyileşme sağlanmıştır. Bu çalışma, pandemi döneminde leptospirozun yanlışlıkla COVID-19 ile karıştırılabileceğini göstermiştir.[59] 2023 yılında Erzurum'da yapılan bir pediatrik olgu bildiriminde, başlangıçta toksik şok sendromu düşünülen bir çocuk hastada yapılan ileri tetkiklerle leptospiroz tanısı konulmuştur. PCR ve mikroskopik inceleme ile doğrulanan tanı sonrasında başlanan 10 günlük antibiyotik tedavisiyle tam iyileşme sağlanmıştır. Bu olgu, çocuklarda hastalığın sıklıkla yanlış tanı alabildiğini vurgulamaktadır.[60]

Leptospiroz Genel Değerlendirme

Leptospiroz, Türkiye'de özellikle kırsal ve nemli bölgelerde görülen, hayvan idrarıyla temas sonucu bulaşan bir zoonotik enfeksiyondur. 2020–2025 yılları arasında yapılan çalışmalar, hastalığın çoğunlukla tarımla uğraşan erkeklerde ve yağışlı mevsimlerde ortaya çıktığını göstermektedir. Vakaların çoğunda ateş, kas ağrısı ve böbrek-karaciğer tutulumu saptanmış; erken antibiyotik tedavisinin hastalık seyrini hafiflettiği bildirilmiştir. Bazı olgularda COVID-19 veya toksik şok sendromu ile karışabildiği, bu nedenle tanıda dikkatli olunması gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Eylem Planı (2019–2023). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2019. ISBN: 978-975-590-718-5.
2. Yumuk Z, O'Callaghan D. Brucellosis in Turkey: an overview. Int J Infect Dis. 2012;16(4):e228-e235. doi:10.1016/j.ijid.2011.12.011.
3. Kurt AÖ, Bozdağ F. Zoonozlar. In: Üner S, Okyay P, editors. Türkiye Sağlık Raporu 2020. Ankara: Hipokrat Yayınevi; 2020. p.67. ISBN: 978-605-7874-83-2.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. Bruselloz istatistik verileri [İnternet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; [erişim 6 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-zoonotik.html
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye'de bruselloz mevcut durum raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024. (Yayın No: 1290). ISBN: 978-975-590-651-5.
6. Kıran P, Uçku R. Seroprevalence of human brucellosis in Turkey: a comprehensive meta-analysis. Zoonoses Public Health. 2024;71(7):844-854.
7. Öner SZ, Türkoğlu E. Düşük Endemisite Beklenen Bir Bölgede Bruselloz Seroprevalansı. Med J West Black Sea. 2020;4(1):18-23.
8. Ucar M, Yılmaz A, Çelebi S, Yılmaz S. Seroprevalence of Brucellosis in Individuals Engaged in Animal Husbandry in Erzurum Region. Genel Tıp Derg. 2023;33(6):768-74.
9. Kepenek Kurt E, Kandemir B, Erayman I, Yuce S, Bulut R. Evaluation of Brucellosis Patients Followed-up in a Tertiary Hospital. Selcuk Med J 2021;37(2): 130-136
10. Topaktaş B, Memiş A, Karapelit Z, Menekşe E. Determination of brucellosis seroprevalence and associated risk factors in Amasya Province. Sabuncuoglu Serefeddin Health Sci. 2023;5(3):15-30. doi:10.55895/sshs.1371133.
11. Temiz H, Özcan N, Araç E, Özbek E. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Bruselloz Seroprevalansı: RoseBengal Testi ve Brucella Coombs Test Sonuçları. diclemedj. 2022;49(4):660-6.
12. "Irmak C, Dindar A, Kulaksiz I, Uzug G, Karacan E. Investigation of Brucellosis Seropositivity in Hakkari Province over One Year: A Multicenter Cross-sectional Study. Med Bull Sisli Etfal Hosp 2025;59(2):206-211
13. Duman Y, Güvenç F, Türkel S, Akıneden A. Seroprevalence of Brucellosis in Aksaray Region. Aksaray Üniversitesi Tıp Bilimleri Dergisi. 2025;5(2):74-8.
14. Doganay M, Demiraslan H. Human anthrax as a re-emerging disease. Recent Patents on Anti-Infective Drug Discovery 2015; 10: 10-29.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. Şarbon istatistik verileri [İnternet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; [erişim 6 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-zoonotik.html
16. Topluoğlu S. Türkiye'de şarbon mevcut durum raporu. Turk Hij Den Biyol Derg. 2020;77(60):1-20.
17. Topluoglu S, Aktas D, Celebi B, Kara F, Doganay M, Alp E. Human anthrax in Turkey: a ten years' experience (2009–2018). Trop Doct. 2021;51(1):80-83.
18. Tosun D, Hatipoğlu N, Hatioğlu SS. Kutanöz şarbon: iki pediatrik olgu sunumu. J Pediatr Inf. 2024;18(1):33-36.
19. Tartar AS, Akbulut A, Demir B. Severe bullous cutaneous anthrax with malignant edema. Rev Soc Bras Med Trop. 2021;54:e0164-2021. doi:10.1590/0037-8682-0164-2021.
20. Tan A, Aksay A, Özeç A. A rare presentation of anthrax: preseptal cellulitis. Anatol J Gen Med Res. 2024;34(2):231-235. doi:10.4274/anatoljmed.2024.25733.
21. Atik Ö, Özkaraman Y, Çobaner N. A case of severe cutaneous anthrax: malignant edema leading to laryngeal involvement. Infect Dis Clin Microbiol. 2025;7(2):226-231. doi:10.36519/idcm.2025.473.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Zoonotik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Tularemi hastalığının kontrolü için saha rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2011. I
23. Celebi G, Baruönü F, Ayoğlu F, Cinar F, Karadenizli A, Uğur MB, Gedikoğlu S. Tularemia, a reemerging disease in northwest Turkey: epidemiological investigation and evaluation of treatment responses. Jpn J Infect Dis. 2006;59(4):229-234
24. Gürcan Ş. Epidemiology of tularemia. Balkan Med J. 2014;2014(1):3-10.

25. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. Tularemi istatistik verileri [İnternet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; [erişim 6 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-zoonotik.html
26. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye'de tularemi mevcut durum raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024. (Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1291). ISBN: 978-975-590-911-0.
27. Topluoğlu S. Türkiye'de Kistik Ekinokokkoz Mevcut Durum Raporu. Turk Hij Den Biyol Derg. 2020;77(EK-3):1-52.
28. Ok ÜZ, Kilimcioğlu AA, Özkol M. Türkiye'de insanlarda kistik ekinokokkoz. Mikrobiyol Bul. 2020;54(3):510-522.
29. Anuk T, Çantay H. Determination of factors affecting human transmission of Echinococcus granulosus parasite: a case-control study, Turkey. Turkiye Parazitol Derg. 2022;46(3):201-206. doi:10.4274/tpd.galenos.2022.73792.
30. Akıneden A. Aksaray ilindeki kistik ve alveolar ekinokokkozis riski. Aksaray Üniversitesi Tıp Bilimleri Dergisi. 2021;2(3):8-12.
31. Ulusan Bağcı Ö. COVID-19 pandemisinin kistik ekinokokkoz indirekt hemaglütinasyon test dinamikleri üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi: tek merkez deneyimi. Türkiye Parazitoloji Dergisi. 2023;47(3):166-170. doi:10.4274/tpd.galenos.2023.42104.
32. Örsten S, Baysal İ, Çiftçi T, Ünal E, Yabanoğlu Çiftçi S, Doğrul AB. Evaluation of potential inflammatory markers for cystic echinococcosis: P-selectin and resistin. Türkiye Parazitoloji Dergisi. 2022;46(3):195-200. doi:10.4274/tpd.galenos.2022.55265.
33. Özmen Çapın BB, Can B, Kurşun M, Cimşit C, Karahasan A. Retrospective analysis of serology and radiology results in patients with suspected cystic echinococcosis through 3 years period. Türkiye Parazitoloji Dergisi. 2023;47(2):83-87. doi:10.4274/tpd.galenos.2023.24186.
34. King AA, Fooks AR, Aubert M, Wandeler A. Historical perspective of rabies in Europe and the Mediterranean Basin. Paris: OIE; 2004.
35. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. Kuduz istatistik verileri (İnternet). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; (erişim 6 Ekim 2025). Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/zoonotik-ve-vektorel-hastaliklar-db/Dokumanlar/Istatistikler/kuduz-vakalari.jpg
36. Kirgil BN, Akça H, Kurt AN. Çocuk acil servisinde kuduz profilaksisi yapılan hastaların değerlendirilmesi. Turkish Med J. 2025;10(3):87-91. doi:10.70852/tmj.1698564.
37. Altın N, Aslan M, Ulusoy T, Kuzi S, Şencan İ. Kuduz riskli temaslarda uygulanan profilaksilerin ve aşılamaya uyumun gözden geçirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2023;76(1):50-55. doi:10.4274/atfm.galenos.2023.16870.
38. Aydın NN, Aydın M. Kuduz riskli hayvan teması olan hastaların değerlendirilmesi. Sağlık Akademisi Kastamonu Dergisi. 2024;14(1):54-59.
39. Özsemerci HA, Söğüt Ö, Ümit TB, Ergenç H, Çakmak S. Acil servise başvuran kuduz riskli temas vakalarının değerlendirilmesi: iki yıllık inceleme, analitik araştırma. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2023;43(1):1-7.
40. Kurtoğlu S, Esen ES, Zeren Öztürk G, Eğici MT. Kuduz riskli temas polikliniğine başvuran bireylerin kuduz hastalığı ve aşısı hakkındaki bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi. 2023;53(3):149-155.
41. Küçükkendirci H, Hacılar E, Cüce Mermer BN. Bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının kuduz hakkında bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024;6(3):583-595.
42. Aldaş Ş, Özgökçe Özmen B. Hayvan ısırığı ve kuduz riskli teması olan çocukların değerlendirilmesi: tek merkez deneyimi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024;17(2):271-277.
43. Aylan O, Sertkaya B, Demeli A, Vos A, Hacioglu S, Atıcı YT, Yıldız DA, Müller T, Freuling CM. Oral rabies vaccination of foxes in Türkiye, 2019–2022. One Health. 2024;19:100877. doi:10.1016/j.onehlt.2024.100877.
44. Kolören Z, Dubey JP. A review of toxoplasmosis in humans and animals in Turkey. Parasitol. 2020;147(1):12-28. doi:10.1017/S0031182019001318.
45. Eroglu S, Asgin N. Awareness, knowledge and risk factors of Toxoplasma gondii infection among pregnant women in the Western Black Sea region of Turkey. J Obstet Gynaecol. 2021;41(5):714-720. doi:10.1080/01443615.2020.1789954.
46. Yılmaz A, Yazıcı E, Turk C. Assessment of seroprevalence of Toxoplasma gondii in blood donors applied to the blood center of Gazi University Hospital. Iran J Microbiol. 2021;13(2):243-247. doi:10.18502/ijm.v13i2.5986.
47. Kul G, Turan G. Comparison of Toxoplasma and rubella seropositivity rates of Syrian and Turkish pregnant women. Cyprus Med J. 2021;46(3):975-981.
48. Karakavuk M, Can H, Selim N, Yeşilsiraz B, Atlı Şahar E, Atalay E, et al. Investigation of the role of stray cats for transmission of toxoplasmosis to humans and animals living in İzmir, Turkey. J Infect Dev Ctries. 2021;15(1):155-162. doi:10.3855/jidc.13932.
49. Dindar Demiray EK, Alkan S, Barutçu A, Tahmaz A. Investigating the toxoplasmosis seroprevalence in pregnant women from Turkey by pool analyses method. Pediatr Pract Res. 2022;10(1):16-21.
50. Esenkaya Taşbent F, Beder D, Özdemir M, Doğan M, Feyzioğlu B. Seroprevalence of Toxoplasma gondii in different patient groups in our hospital. Türkiye Parazitoloji Dergisi. 2022;46(1):1-6. doi:10.4274/tpd.galenos.2021.25733.
51. Öner SZ, Kaleli İ, Demir M, Çalışkan A, Mete E, Şenol H. Retrospective evaluation of Toxoplasma gondii test results in patients applying to a research hospital. Türkiye Parazitoloji Dergisi. 2025;48(4):245-250. doi:10.4274/tpd.galenos.2025.44227.
52. Yılmaz S, Topbaş Selçuki NF, Ceylan GN, Sayar İ, Usta T. Seroprevalence of Toxoplasma gondii in pregnant women attending a private hospital in İstanbul. Clin Med. 2025;17(3):154-158

53. İnce N, Kilinçel Ö, Demirel-Gügül T, Tanişman I, Altun G. Leptospirosis: a six-case report from West Black Sea, Turkey. Infez Med. 2020;28(1):91-97.
54. Gölbol A, Heydar N. Evaluation of one hundred and fifteen cases followed up with the diagnosis of leptospirosis. J Eur Med Sci. 2024;5(1):9-13. doi:10.4274/jeurmed.galenos.2024.98608.
55. Orhan Ö, Elci H. Epidemiology, clinical and laboratory findings of pediatric leptospirosis in Southeastern Turkey. Int J Pediatr. 2024;34(3):e142968. doi:10.5812/ijp-142968.
56. Karakullukçu S, Dilaver I, Colak HE, Topbaş M. Evaluation of leptospirosis cases in Türkiye using a geographic information system. Turk Soc Adv Trop Med Public Health. 2025;56(1):75-89.
57. Aydemir EA, Demirdelen ABÖ, Günal Ö, Taşkin MH, Türe E, Kiliç SS. An endemic disease in the Black Sea region: leptospirosis. Mikrobiyol Bul. 2025;59(1):102-110.
58. Usta M, Akgür S, Kaynarca Ö. Leptospirosis presenting with acute kidney injury: case report. J Bursa Fac Med. 2023;1(3):91-93.
59. Arman ME, Yavuz M, Cekic D, Issever K, Genc AC, Yaylacı S. Leptospirosis during the COVID-19 pandemic: a case report. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2023;65:e18. doi:10.1590/S1678-9946202365018.
60. Döneray H, Keskin H, Akat H, Başaslan İH, Bağatır PŞ. Pediatric leptospirosis: a case report and review of literature. Eurasian J Med. 2023;55(1):150-156. doi:10.5152/eurasianjmed.2023.23380.

Paraziter Hastalıklar

Evrim Arslan

Paraziter enfeksiyonlar küresel bir olgudur. Bölgesel özelliklere bağlı olarak dünyanın farklı bölgelerinde farklı paraziter hastalıklar görülmektedir. Coğrafya ve iklim özellikleri vektörlerin yerleşimini etkilediğinden hastalıklar da bölgesel dağılım gösterir ve sıklıkla endemik olarak bulunurlar. Ekosistemdeki değişiklikler hastalıkların görülme yerini değiştirebilir ya da genişletebilir. Etkenler temas, ağız yolu, su ve besinler ile sağlam kişilere geçer. Paraziter hastalıklar dünyada olduğu gibi Türkiye'de de ihmal edilen hastalıklardandır.

Bugüne kadar hem ölüm nedenleri hem de sağlıklı yaşam yıllarının kaybı açısından insan sağlığı üzerinde ciddi etkileri olmuştur. Dünya nüfusunun dörtte birinin enfekte olduğu ve bu enfeksiyonlar sonucu 450 milyon kişinin hastalandığı, çoğunun ise çocuklar olduğu tahmin edilmektedir.

Ascariasis gibi bağırsak paraziti enfestasyonları, demir eksikliği anemisi, çocuklarda büyüme geriliği, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına neden oldukları için halk sağlığı sorunu olarak kabul edilir. Hafif veya şiddetli semptomları ile insan ve hayvanlar için sürekli hastalık riski oluştururlar. Hastalıklarla mücadelede bulaşma aracı olan vektörlerin ortadan kaldırılması, çevre sağlığı hizmetleri ve temizlik alışkanlıkları önemli rol oynar.

1. Scabies

Uyuz, Sarcoptes scabie'nin neden olduğu ektoparazitik bir dermatozdur. Boyutları 0.4x0.3 mm olan dişi akar, dört ile altı haftalık ömrü boyunca, cildin stratum corneum tabakasına açtığı tünellerin içine 40-50 tane yumurta bırakır. Belirtiler 2-4 hafta sonra ortaya çıkar, ancak daha önce hastalığı geçirmiş kişilerde 1-3 gün sonra da görülebilir. Klinik görünüm yaşa, bağışıklığa ve akar sayısına göre değişir. Tipik belirti ve bulgusu tünellerin ucunda eritematöz papüller ve şiddetli kaşıntıdır. Lezyonlar parmak arası, el kenarı, bilek ve dirsek iç yüzü, koltuk altı, meme altı, göbek, kalça, penis ve skrotum, uyluk iç yüzeyi, ayak sırtı ve kenarı gibi bölgelerde görülür. Kaşıntının şiddeti gece artar, buna bağlı ciltte kaşıma izleri görülebilir. Kaşımaya bağlı ikincil lokal ve/veya sistemik bakteriyel enfeksiyonlar da gelişebilir. Kabuklu uyuz parazit yükü, yerleşim yeri ve klinik belirtiler açısından farklıdır, bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde görülür ve sıklıkla lenfadenopati de eşlik eder.[1]

Uyuz her yaşta, ırkta, cinsiyette ve sosyo-ekonomik grupta görülebilen bir enfestasyondur. Dünyada özellikle gelişmekte olan ülkelerde yılda 200 milyondan fazla insanı etkilemektedir.[2] Savaş, afet, göç, kıtlık, kalabalık ortamlar, kötü beslenme ve kötü hijyen gibi durumlarda hızla yayılarak salgınlarına neden olabilir. Yeti yitimi, damgalanma ve iş gücü kaybı gibi psikososyal ve ekonomik etkilere de yol açabilmektedir. Özellikle kaynakların sınırlı ve sağlık hizmetlerine erişimin yetersiz olduğu topluluklar başta olmak üzere dünyada yaygın bir problem olmaya devam etmektedir. Son yıllarda dünyada ve Türkiye'de uyuzun görülme sıklığında belirgin bir artış söz konusudur. Bu nedenle DSÖ tarafından 2017 yılında "ihmal edilmiş tropikal hastalıklar" listesine dahil edilmiştir.[3] Farklı bölgelerde prevalansı %0,3 ile %46 arasındadır.[4] Az gelişmiş tropikal bölgelerde çocuklar arasındaki prevalansı %5 ile %50 arasındadır.[2] Türkiye'nin kuzeydoğusunda 2021 yılında yapılan kesitsel bir çalışmada prevalansı %10,9 olarak bildirilmiştir.[5] Kayda geçmeyen vakalar nedeniyle sayının çok daha fazla olduğu tahmin edilmektedir. Bu nedenle ulusal ölçekte etkinliği ve yararlılığı yüksek tanı ve tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi amacıyla "Uyuz Tanı ve Tedavi Rehberi" de hazırlanmıştır.[6]

Yayılma dinamikleri farklı olmakla birlikte, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Farklı ülkelerde %0,2 ile %71 arasında

değişen prevalanslar bildirilmiştir. Kişiden kişiye yakın temasla geçtiğinden kaynakların yetersiz ve sağlık hizmetlerine erişimin zor olduğu ülkelerde ve çocuklarda daha sık görülmektedir. Afrika veya Orta Doğu'da mülteciler, Batıda ise toplu yaşam alanlarında yaşayanlar risk grubunu oluşturur. Mücadelede akarın bulaşmasını sağlayacak şartların ortadan kaldırılması, tanı ve temaslılarının tedavisi önemlidir.[7]

2. Pediculosis

Bit enfestasyonları dünyada halen sık görülen bir halk sağlığı problemidir. Bitler, yerleştikleri yere göre (baş, gövde, kasık) isim alırlar. Pedikülozis kapitis en sık görülen bitlenme tipi olup, sıklıkla ilkokul çağındaki çocukları etkiler, pedikülozis korporis toplu yaşam alanlarında, kötü hijyene sahip kişilerde, pedikülozis pubis ise daha çok yetişkinlerde görülür. Sirke adı verilen yumurtalar, özellikle kulak arkası ve ense bölgesindeki saçlara bırakılır, bunlar 1-2 haftada erişkin hale gelir. Bitler zıplayamaz ve uçamaz, sadece çok yavaş hareket eder. Pedikülozis kapitis, genellikle doğrudan temasla bulaşır. Saç fırçası, şapka, havlu, paspas, yatak örtüsü, kıyafet, tarak, yastık gibi kişisel araçlar ile dolaylı olarak da bulaşabilir. Hastalar asemptomatik olabilir, en sık rastlanan klinik belirti saçlı deride kaşıntıdır. Tanıda altın standart canlı bit veya dolu yumurtaların görülmesidir. Dermoskopi de non-invaziv bir tanı yöntemidir.[8]

Sistematik bir derlemede, ülkemizdeki prevalansı toplumda %0,45-8,76; ilkokul öğrencilerinde ise %0,3-34,1 olarak rapor edilmiştir.[9] Ordu'da 2021 yılında bir kız öğrenci pansiyonunda sıklığı %22,2 olarak bulunmuştur.[10] Sivas'ta 2019 yılında ilköğretim öğrencilerinde yapılan bir çalışmada sıklığın %6,0 bulunmuştur.[11] İstanbul'da 2023 yılında bir okulda yürütülen çalışmada prevalansı %9,2 saptanmıştır.[12]

Sirke (%4 asetik asit, üç dakika saçlara uygulama yapılması) saç kılına sıkıca yapışmış olan yumurtaların temizlenmesine yardımcı olur.[13] Ülkemizde yapılan bir araştırmada, ebeveynlere ve öğretmenlere bitlenme konusunda verilen eğitim sonrasında prevalansın %15,22'den %1,71'e düştüğü saptanmıştır.[14]

3. Ascariasis

Ascariasis, Ascaris lumbricoides'in neden olduğu enfeksiyondur. Tek konağı insandır. Yaklaşık 20cm olup ince bağırsakta yaşar. Larvası çeşitli organlara göç ederek gelişmesini tamamlar. Dünyanın her yerinde görülmesine rağmen tropik ülkelerde prevalansı yüksektir. Sıklıkla toprak, su ve yiyeceklerin dışkıyla kirlenmesi sonucu ortaya çıkar. Dünyada yaygın olup yaklaşık 807 milyon ile 1,2 milyar insanı etkilediği tahmin edilmektedir. Özellikle 5-15 yaş arası çocuklarda daha sık görülür.[15] Vakaların çoğu asemptomatik seyretmektedir, anoreksi, bulantı, şişkinlik, tekrarlayan karın ağrısı, geceleri ağızdan salya akması ve aralıklı ishal de görülebilir.[16]

Türkiye'de 2024 yılında okul çağındaki çocuklarda yapılan bir meta analiz çalışmasında bağırsak paraziti yaygınlığının yüksek olduğu, bu durumun ülkenin coğrafik ve sosyoekonomik faktörlerinden etkilendiği gösterilmiş ve sıklığı %29 bulunmuştur.[17] Eskişehir'de 2017 yılında marketlerden toplanan 120 sebzenin %9'unda askariasis yumurtası saptanmıştır.[18] İzmir'de 2023 yılında yerel marketlerden toplanan sebzelerin %1,2 'sinde ascaris saptanmıştır. Bu bulgular, sebzelerin yeterince yıkanmadan tüketilmesi durumunda paraziter enfeksiyonlara neden olabileceğini göstermektedir.[19]

4. Fascioliasis

Karaciğer kelebeği olarak da adlandırılan fasiyoloz, Fasciola hepatica'nın etken olduğu bir zoonozdur. Fasciola koyun, sığır, manda, keçi, eşek, at ve tavşanın safra kanallarında yaşar ve yumurtaları bu hayvanların dışkıları ile çevreye saçılır. İnsanlara bulaş kontamine su ve yeşil sebzeler ile olur. Ateş, hepatomegali ve karın ağrısı tipiktir. DSÖ'nün gündeminde gıda kaynaklı insan trematod hastalığı olarak önceliklendirilmektedir.[20] Dünya çapında çoğu çocuk olmak üzere 2,6 milyon kişinin enfekte olduğu tahmin edilmektedir.[21] Bolivya'da fasiyoloz prevalansı %100'lere kadar çıkabilirken Avrupa'da sporadik vakalar görülmektedir.[22] Türkiye'de prevalansın %0.04-5,6 arasında olduğu bildirilmiştir.[23,24] İzmir'de 2023 yılında yerel marketlerden toplanan sebzelerin %1,2 'sinde fasciola saptanmıştır. Bu bulgular, yerel marketlerde satılan sebzelerin yeterince yıkanmadan tüketilmesi durumunda paraziter enfeksiyonlara neden olabileceğini ve bu konuda farkındalık oluşturulması gerektiğini göstermektedir.[19]

5. Enterobiasis

Türkiye'de özellikle Güneydoğu Anadolu, Akdeniz ve Doğu Anadolu bölgelerindeki okul çağındaki çocuklarda bağırsak paraziti enfeksiyonları yaygındır. Türkiye'de 2024 yılında yapılan bir meta analizde, birleştirilmiş yaygınlığın %29, Güneydoğu Anadolu'da ise %41 olduğu hesaplanmıştır.[17] Balıkesir 'de 2023 yılında ilkokul öğrencilerinde yapılan çalışmada sıklığı %6,2

saptanmıştır.[25] İzmir'de 2017-2022 yılları arasında bir hastanenin merkez laboratuvarındaki dışkı örneklerinde ikinci sıklıkta saptanan parazitin enterobiasis olduğu gösterilmiştir.[26] Eskişehir'de 2020 yılında yayımlanan bir çalışmada çeşitli parklardan alınan örneklerin %4,1'inde; toplu taşıma araçlarından alınan örneklerin %0,8'inde E. vermicularis yumurtasına rastlandığı belirtilmiştir.[27] Halk sağlığı hizmetleri, çevresel ve kişisel hijyen konusundaki eksikliklerin belirlenerek önlemlerin alınmasının gerekmektedir.

Etken Enterobius vermicularistir. Fekal-oral yolla bulaşır. Deprem gibi afetler sonrası kalabalık ve toplu yaşanan barınma alanlarında kolayca yayılabilir. Dışkılama sonrası ve yemek öncesi eller mutlaka sabunla yıkanmalıdır. Tırnaklar kısa kesilmeli, tırnak yeme alışkanlığı bırakılmalıdır. İç çamaşırlar günlük değiştirilmeli, en az 40oC' de yıkanmalıdır. Havlular ve yatak takımları kişiye özel olmalıdır.[28]

Sonuç

Paraziter enfeksiyonlar küresel bir olgudur. Bölgesel özelliklere bağlı olarak dünyanın farklı bölgelerinde farklı paraziter hastalıklar görülmektedir. Coğrafya ve iklim özellikleri vektörlerin yerleşimini etkilediğinden hastalıklar da bölgesel dağılım gösterir ve sıklıkla endemik olarak bulunurlar. Ekosistemdeki değişiklikler hastalıkların görülme yerini değiştirebilir ya da genişletebilir. Etkenler temas, ağız yolu, su ve besinler ile sağlam kişilere geçer. Paraziter hastalıklar dünyada olduğu gibi Türkiye'de de ihmal edilen hastalıklardandır. Bu hastalıklarla mücadelede bulaşma aracı olan vektörlerin ortadan kaldırılması, çevre sağlığı hizmetleri ve temizlik alışkanlıkları önemli rol oynar.

KAYNAKLAR

1. Thomas C, Coates SJ, Engelman D, Chosidow O, Chang AY. Ectoparasites: Scabies. J Am Acad Dermatol. 2020;82(3):533-548. doi: 10.1016/j.jaad.2019.05.109
2. WHO. Scabies. Available at: https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/scabies (last accessed 09 December 2023
3. Chosidow O, Hay RJ. Control of scabies and secondary impetigo: optimising treatment effectiveness in endemic settings. Lancet Infect Dis 2019; 19:454-56
4. Tefera S, Teferi M, Ayalew A, Belete T, Hadush H. Prevalence of scabies and associated factors among primary school children in Raya Alamata District, Tigray, Ethiopia, 2017/2018. J Infect Dis Epidemiol 2020, 6:154
5. Karaca Ural Z, Çatak B, Ağaoğlu E. Prevalence of scabies in the Covid-19 pandemic period and determination of risk factors for scabies: a hospital-based cross-sectional study in Northeast Turkey. Acta Parasitol 2022; 67:802-8
6. https://turkdermatoloji.org.tr/media/files/UYUZ%20TANI%20VE%20TEDAV%C4%B0%20REHBER%C4%B0_TDD.pdf. (Erişim: Eylül 2025)
7. Karimkhani C, Colombara DV, Drucker AM, et al. The global burden of scabies: a cross sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet Infect Dis. 2017;17(12):1247-1254. Doi:10.1016/S1473-3099(17)30483-8
8. Engin B, Özçakır EC. Pedikülozis. Ed. Serdaroğlu S, Kutlubay Z. Derinin Paraziter Hastalıkları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.27-30
9. Özkan Ö, Hamzaoğlu O, Yavuz M. Türkiye'de pedikülozis kapitis prevalansı ve yönetimi: Sistematik derleme. Turkiye Parazitol Derg 2015; 39: 135-46
10. Kelleci D, Karaman Ü, Kaya M, Çoruh Akyol B, Enginyurt Ö. Ordu İlindeki Bir Kız Öğrenci Pansiyonundaki Öğrencilerde 'Pediculus humanus capitis' Sıklığının Belirlenmesi. ODU Med J. 2021;8(3):8-12
11. Yıldırım F, Kurt F. İlk ve Orta Öğretim Öğrencilerinin Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi (Sivas İli 3 Okul Örneği). STED. 2024;33(2):123-35
12. Özden Ö, Timur İ, Açma HE, Şimşekli D, Gülerman B, Kurt Ö. Assessment of the Prevalence of Head Lice Infestation and Parents' Attitudes Towards Its Management: A School-based Epidemiological Study in İstanbul, Türkiye. Turkiye Parazitol Derg 2023;47(2):112-6
13. Madke B, Khopkar U. Pediculosis capitis: An update. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2012; 78: 429-38
14. Kavur H, Özkurt H, Büyükkatran F, Evyapan G, Kalkan S, Çelik Z, et al. Effect of education and regular examination on the prevalence of head louse ınfestations in Adana. Turkiye Parazitol Derg 2022; 46(4): 327-33
15. https://www.cdc.gov/parasites/ascariasis/add_resources.html. Erişim tarihi:15.09.2025
16. Leung AKC, Leung AAM, Wong AHC, Hon KL. Human Ascariasis: An Updated Review. Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov. 2020;14(2):133-145
17. Halidi AG, Yaran K, Aydemir S, Ekici A, Dilbilir Y (2025) Prevalence of intestinal parasites in school-age children in Turkey: A systematic review and meta-analysis. PLoS Negl Trop Dis 19(6): e0013186. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0013186
18. Kartal K, Eser M, Güzel H. The prevalence of helminth eggs in raw vegetables from street markets in Eskişehir, Türkiye. Eur J Life Sci. 2024;3(1):1-8
19. Bilgiç F, Akdur Öztürk E, Babat SÖ, Babaoğlu A, Dirim Erdoğan D, Korkmaz M. Türkiye'nin İzmir İlindeki Yerel Marketlerden Toplanan Sebzelerdeki Parazit Bulaşının Belirlenmesi. Turkiye Parazitol Derg. 2023 May 29;47(2):105-111. doi: 10.4274/tpd.galenos.2023.51422
20. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/foodborne-trematode-infections. Erişim tarihi:15.09.2025
21. Webb CM, Cabada MM. Recent developments in the epidemiology, diagnosis, and treatment of infection. Curr 10.1097/QCO.0000000000000482
22. Mas-Coma S, Valero MA, Bargues MD. Fascioliasis. Adv Exp Med Biol. 2019; 1154:71-103. doi: 10.1007/978-3-030-18616-6_4

23. Taş Cengiz Z, Yılmaz H, Beyhan YE, Çiçek M. A Comprehensive retrospective study: Intestinal parasites in human in Van Province. Turkiye Parazitol Derg. 2019;43(2):70-3. doi: 10.4274/tpd.galenos.2019.5997
24. Tidman R, Kanankege KST, Bangert M, Abela-Ridder B. Global prevalence of 4 neglected foodborne trematodes targeted for control by WHO: A scoping review to highlight the gaps. PLoS Negl Trop Dis. 2023;17(3): e0011073. doi: 10.1371/journal.pntd.0011073
25. Önk A, Karapınarlı K, Arslan MÖ. Edremit ilçesi ilkokul çocuklarında Enterobius vermicularis enfeksiyonları ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Turk Mikrobiyol Cemiy Derg. 2024;54(3):182-189
26. Sorguç Y. Frequency and Distribution of Parasites Detected in Children Between 2017-2022 (6-year Period). Turkiye Parazitol Derg. 2024;48(4):217-21
27. Kartal K, Eser M, Köse M, Güzel H. Eskişehir'de Park ve Toplu Taşıma Araçlarında Enterobius vermicularis Kontaminasyonunun Araştırılması. kvj. 2020;13(3):281-5
28. Wendt S, Trawinski H, Schubert S, Rodloff AC, Mössner J, Lübbert C. The diagnosis and treatment of pinworm infection. Dtsch Arztebl Int, 2019; 116:213–9

Yeni ve Yeniden Ortaya Çıkan Bulaşıcı Hastalıklar

Ersin Nazlıcan

1. GİRİŞ

Bulaşıcı bir hastalık, konağın dokularına zarar veren ve diğer bireylere bulaşabilen etkenlerin bir konağı istila etmesiyle oluşan bir hastalıktır.[1] Yeni ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar, yakın zamanda bir popülasyon içinde ilk kez tanımlanan veya insidansı, coğrafi aralığı hızla artmakta olan enfeksiyonlardır. Yeni ortaya çıkmış enfeksiyonlar tüm insan patojenlerinin en az %15'ini oluşturmaktadır. "Yeni ortaya çıkan" terimi ilk olarak 1981 yılında Richard Krause ve Josshua Lederberg tarafından verilmiştir.[2] Yeni ortaya çıkan ve yeniden ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar iki kategoriye atıfta bulunur. Yeni ortaya çıkan enfeksiyonlar, yeni patojenlerden kaynaklanır. Yeniden ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar, düşüş döneminden sonra yeniden ortaya çıkan mikroorganizmalardan kaynaklanır.[3] CDC'ye göre, bulaşıcı kökenli hastalıklar, insan nüfusu arasında son 20 yılda görülme sıklığı artan veya gelecekte artması muhtemel hastalıklar olarak tanımlanır.[4]

2. YENİ ORTAYA ÇIKAN HASTALIKLAR

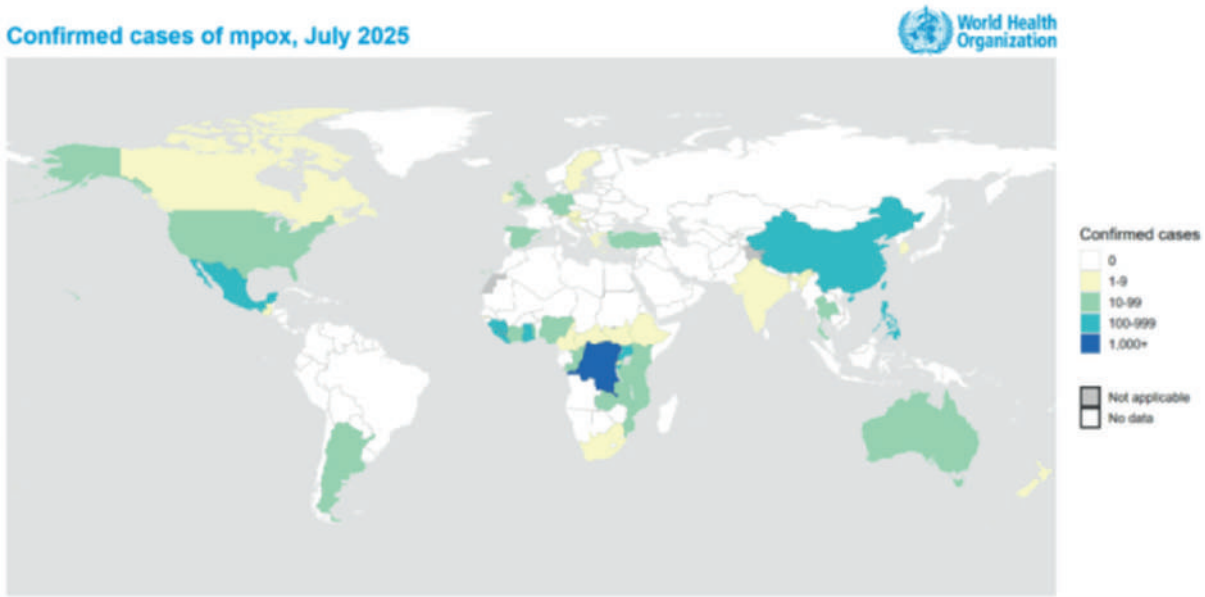
2.1.Monkeypox (Mpox)

Monkeypox etkeni Orthopoxvirus ailesine ait, zoonotik, çift sarmallı DNA virüsüdür. Klinik olarak ateş, lenfadenopati ve karakteristik döküntüler ile seyreden bir enfeksiyondur. Dünyadaki durumuna bakıldığında; 2022'de endemik Afrika bölgeleri dışında çok sayıda ülkeye yayılım göstermesiyle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından küresel acil durum ilan edilmiştir. 2022–2023 arasında Avrupa, Amerika ve Asya'da toplamda 87.000'den fazla doğrulanmış vaka rapor edilmiştir. DSÖ verilerine göre, 2022–2024 döneminde Türkiye'den DSÖ'ye bildirilen toplam 12 maymun çiçeği vakası vardır.[5,6]

Türkiye'de ilk doğrulanmış vakalar 2022'nin ikinci yarısında Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanmıştır. 2023 ve 2024 boyunca sporadik vakalar bildirilmiştir.[7,8] Vakaların çoğu, yurtdışı temaslı genç erkek bireylerde görülmüş, sınırlı bulaş izlenmiştir. Türkiye endemik değildir, ancak küresel seyahat ve göç hareketliliği nedeniyle görülme potansiyeli taşır.[9] Çiçek hastalığına karşı aşının rutin uygulandığı dönemde çiçek aşısıyla aşılananlarda, çiçek aşısının M-Çiçeğini önlemede yaklaşık % 85 etkili olduğu birkaç çalışmayla kanıtlanmıştır. Bu nedenle daha önce çiçek aşısı olanlar hastalığı daha hafif geçirebilir ya da hastalıktan korunabilirler. Modifiye edilmiş atenüe aşı virüsüne (Ankara suşu) dayalı yeni bir aşı, 2019'da M-Çiçeğinin önlenmesi amacı ile ABD Gıda ve İlaç Ajansı (FDA) ve Avrupa İlaç Ajansından (EMA) kullanım onayı almıştır. Bununla birlikte aşı kısıtlı olarak ulaşılabilir durumdadır.[8]

2.2.Batı Nil Virüsü

İlk kez 1937'de Uganda Nil bölgesinde tanımlanan Batı Nil Virüsü (BNV) yıllar içinde dünya genelinde yayılmaya devam eden sivrisinek kaynaklı arbovirüs enfeksiyonudur. En büyük salgınlar Yunanistan, İsrail, Romanya, Rusya ve ABD'de meydana gelmiştir. Salgın bölgeleri, önemli kuş göç yolları üzerindedir. Afrika, Avrupa'nın bazı bölgeleri, Orta Doğu, Batı Asya ve Avustralya'da yaygındır.[11] Avrupa ve komşu ülkelerinde 2018 yılında vaka sayılarında büyük artışlar görülmüştür. İnsan ve tek tırnaklılarda tespit edilen infeksiyon sayısı bir önceki yıla göre 7,2 kat artmıştır. Hastalığın insandan insana doğrudan ya da temasla geçişi yoktur. İnsanlara esas olarak hastalığa sebep olan virüsü taşıyan sivrisineklerin sokmasıyla bulaştığı için sivrisineklere karşı önlem alınması büyük önem taşır.[12] **Şekil 2**'de Türkiye'de 2010-2021 yılları arasında BNV enfeksiyonu vaka ve ölümlerinin yıllara göre dağılımı verilmiştir.[13] 2024 yılında vaka sayılarında ciddi bir ar-

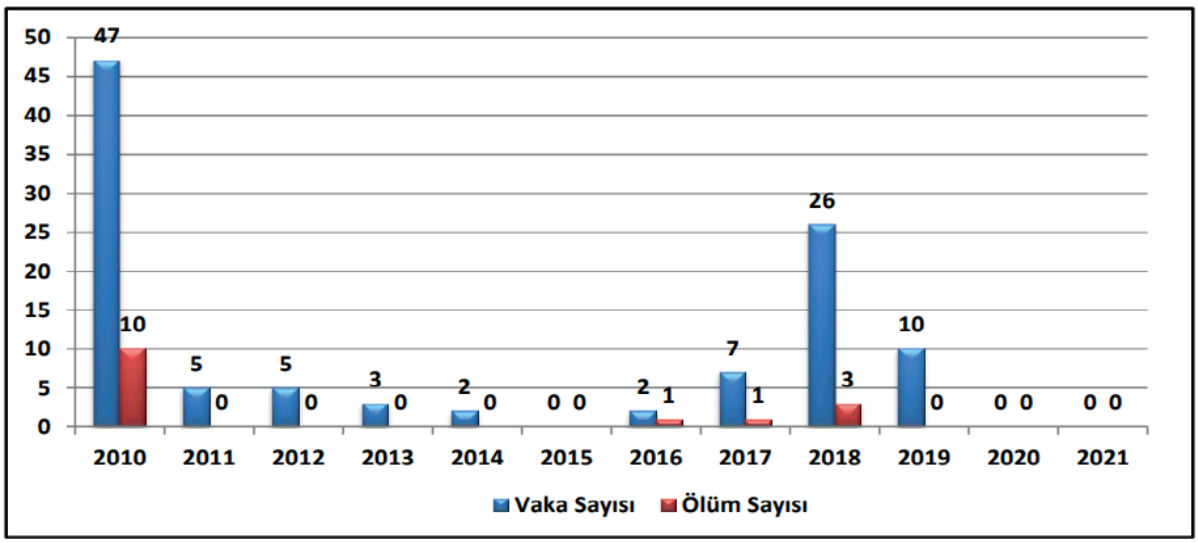


Şekil 1. DSÖ'ye bildirilen 1-31 Temmuz 2025 tarihleri arasındaki Mpox vakalarının ülkelere göre dağılımı [10]

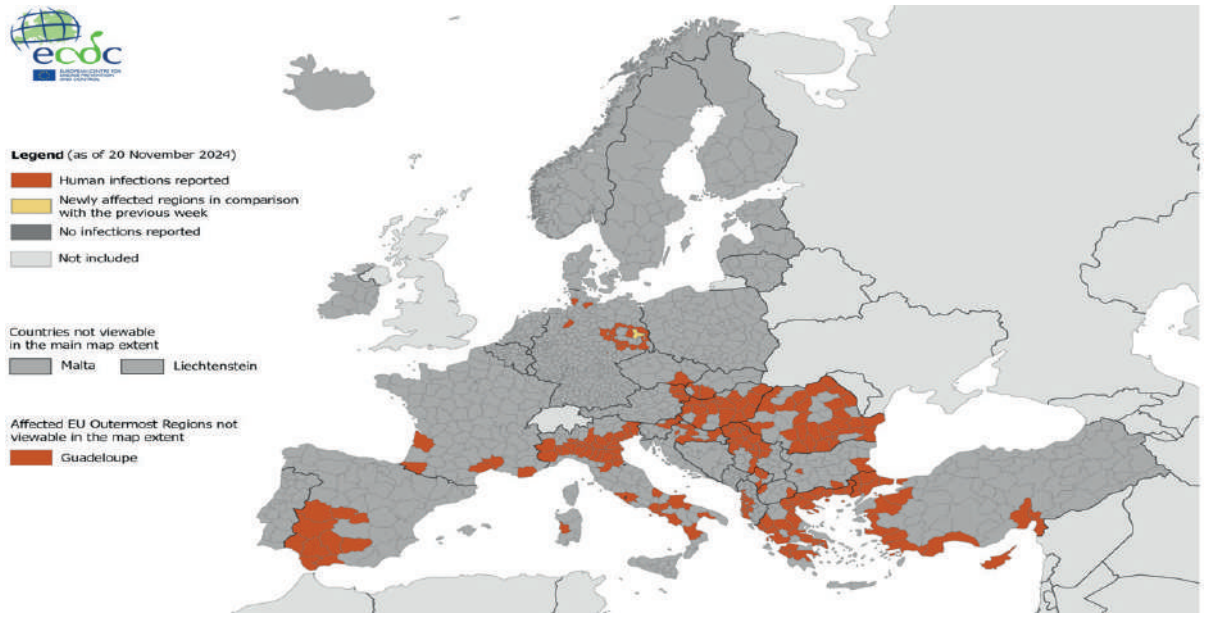
tış görülmüştür.[14] Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC) verilerine göre, 2024 yılında Türkiye'de 90 insan BNV enfeksiyonu vakası rapor edilmiştir.[15] **Şekil 3**'te, 2024 yılında BNV vakalarının Türkiye ve Avrupa'daki coğrafi dağılımı ECDC verilerine göre gösterilmiştir.[14] Ülkemizde BNV enfeksiyonu, ilk olarak 2010 yılında bir salgın şeklinde görülmüş ve rapor edilmiştir. Kalaycıoğlu ve ark. tarafından bildirilen sürveyans bulgularına göre, 2010 ve 2011 yıllarında 47 olguya BNV enfeksiyonu tanısı konularak uluslararası bildirimi yapılmış ve ülkemizde ilk kez akut BNV enfeksiyonları bir salgın şeklinde saptanmıştır.[16]

2.3.Zika Virüsü

Zika virüsü, ilk olarak 1947 yılında Uganda'da bir Rhesus maymununda tespit edilen, sivrisinek kaynaklı bir virüstür. Daha sonra 1950'lerde diğer Afrika ülkelerinde insanlarda da hastalık belirtileri görülmüştür.1960'lardan 1980'lere kadar Afrika ve Asya'da sporadik insan enfeksiyonları tespit edilmiştir. 2007'den bu yana Afrika, Amerika, Asya ve Pasifik'te Zika virüsü hastalığı salgınları kaydedilmiştir. Zika virüsü Amerika'da ortaya çıktığında, 2015'te Brezilya'daki büyük salgınla Zika virüsü enfeksiyonu ve mikrosefali arasındaki ilişki ilk kez tanımlanmıştır. Şubat-Kasım 2016 arasında DSÖ, Zika virüsü ile ilgili olarak Uluslarara-



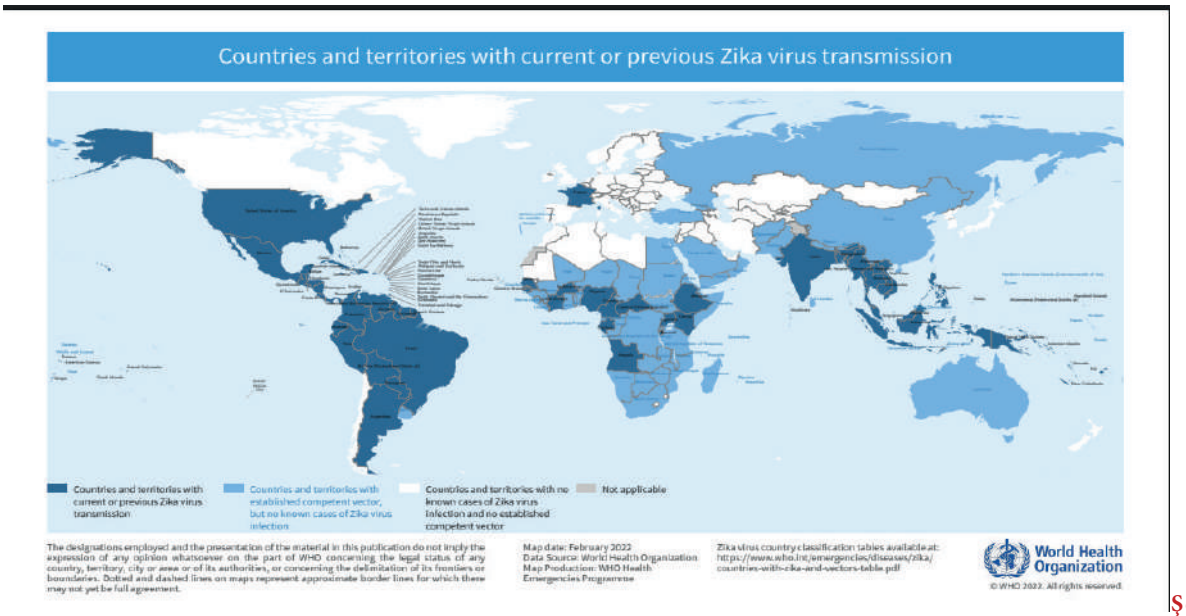
Şekil 2. Batı Nil Virüsü enfeksiyonu vaka ve ölümlerinin yıllara göre dağılımı, Türkiye, 2010-2021 [13]



Şekil 3.BNV'nin 2024 yılı Türkiye ve Avrupa bölgesindeki dağılımı, ECDC[14]

sı Halk Sağlığı Acil Durumu ilan etmiştir. Salgınları Aedes aegypti sivrisineklerinin bulunduğu bölgelerde tanımlanmıştır. Enfeksiyonlar, aktif bulaşma bölgelerinden gelen turistlerde tespit edilmiş ve cinsel yolla bulaşmanın Zika virüsü enfeksiyonunda bir bulaş türü olduğu tespit edilmiştir. Aralık 2021 tarihine kadar toplam 89 ülke ve bölgede sivrisinek kaynaklı Zika virüsü enfeksiyonuna dair kanıtlar bildirilmiştir. Virüse yönelik henüz bir aşı bulunmamaktadır.[17]

Şekil 4'te Zika virüsü bulaşının mevcut veya geçmişte tespit edildiği ülkeler ve bölgeler verilmiştir.[18] Ülkemizde 2017 yılında, endemik bölge ziyareti öyküsü bulunan 4 import (yurtdışı kaynaklı) vaka tespit edilmiştir. Bu kişiler virüse ziyaret ettikleri ülkede maruz kalmış, döndükten sonra hastalık bulguları başlamıştır. Ülkemizde şu an itibariyle yerli ZVH vakası bildirimi yoktur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda virüsü taşıyabilme özelliği olan sivrisinek türleri kısıtlı bölgelerde tespit edilmiştir. Bu bölgelerden toplanan sivrisinek örneklerinde Zika virüs araştırması yapılmış olup virüs tespit edilmemiştir. Sivrisineklerin hastalığı insanlara bulaştırabilmeleri için virüsü taşıyor olması



Şekil 4. Zika virüsü bulaşının mevcut veya geçmişte tespit edildiği ülkeler ve bölgeler [18]

gerekmektedir. Ancak dünyada hastalığın görüldüğü bölgelere gidenlerin sivrisinek sokmalarına karşı önlem alması gerekmektedir.[19] DSÖ, CDC ve ECDC'nin ortaklaşa yayımladığı ülkelerin Zika virüs sınıflandırmasına göre ülkemiz kategori 4'te (Yerli vektörün bulunduğu ancak geçmişte veya şu anda bulaşın belgelenmediği bölgeler) yer almaktadır.[20]

2.4.Hanta Virüs

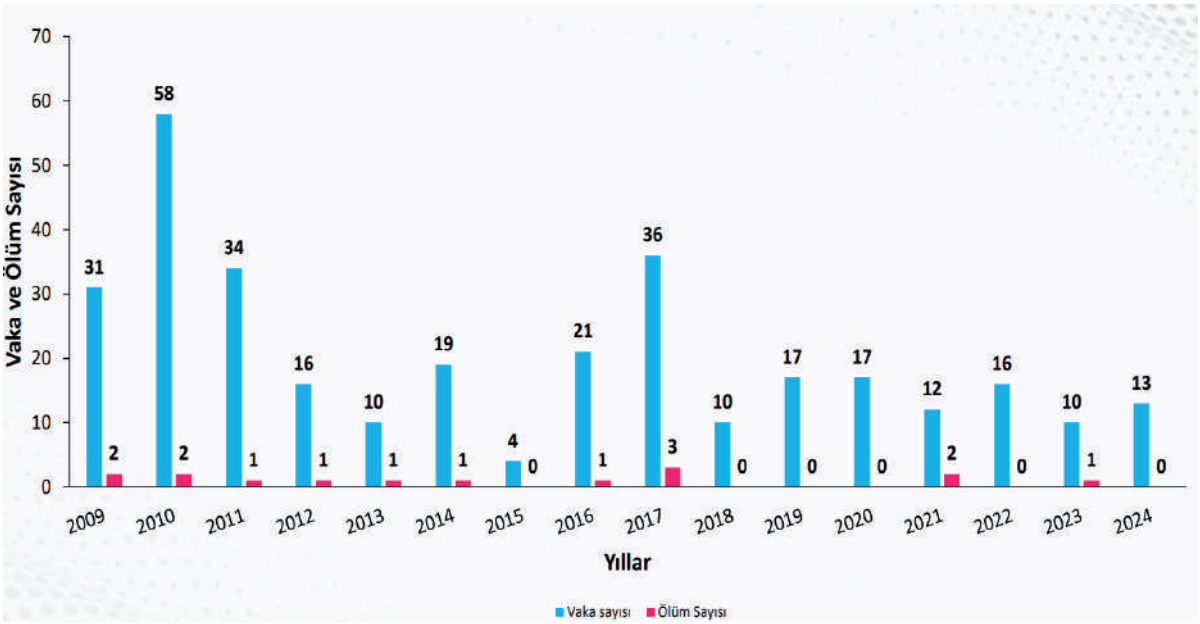
Hantaviruslar, Bunyaviridae ailesinin Hantavirus cinsinde yer alan, kemirici veya böcekçil kaynaklı, zarflı bir RNA virusu grubudur. İlk defa Lee tarafından 1978 yılında Kore'de Hantaan nehri civarında bir kemiriciden izole edilmiştir. Sonraki yıllarda birçok ülkede çok sayıda kemirici türünden farklı hantavirus tipleri izole edilmiştir. Dünya'da yıllık insidansı 60-150 bin arasındadır ve bunların %90'ı Çin, Kore ve Rusya'dan bildirilmektedir. Avrupa Birliği ülkelerinde retrospektif yapılan bir sürveyansta 1990-2006 yılları arasında toplam 33 587 hantavirus infeksiyonu olgusu saptanmıştır. Ülkemize coğrafi olarak yakın olan Balkan ülkelerinin çoğunda hantavirus infeksiyonu olguları rapor edilmiştir. Ülkemizdeki duruma bakıldığında hantavirüslerin yaban hayatındaki kemiricilerdeki varlığı, ilk kez 2004 yılında yayınlanmış bir saha çalışmasında bildirilmiştir. **Şekil 5**'de ülkemizde 2009-2024 yılları arasında vaka ve ölüm sayıları verilmiştir.[21-23]

2.5.Ebola Virüsü

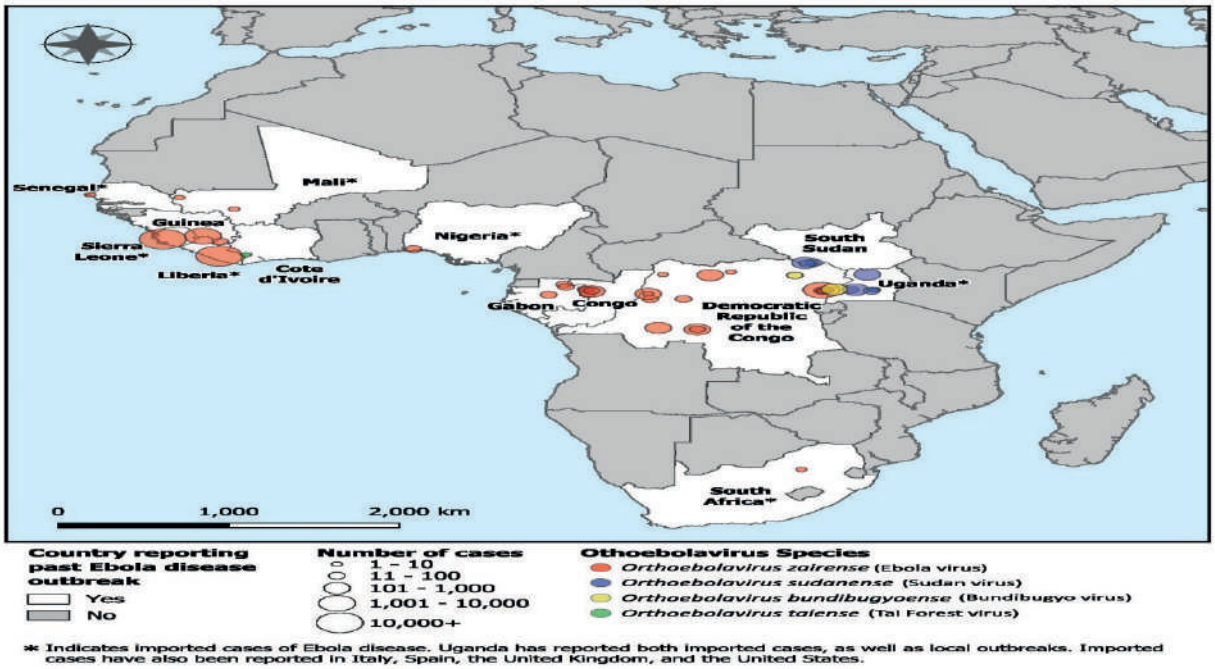
Ebola virüsü, Filoviridae familyasına ait Orthoebolavirus cinsinden bir virüsün neden olduğu, genellikle ölümcül bir hastalıktır. 1976 yılında Sudan ve Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nde eş zamanlı olarak ortaya çıkmıştır. Ebola virüsü, doğal yaşamda yarasalarda bulunur. İnsanlara, enfekte hayvanların kanı, salgıları ve diğer vücut sıvılarıyla doğrudan temas yoluyla geçer. İnsanlar arasında ise hasta kişilerin kanı veya vücut sıvılarıyla doğrudan temasla bulaşır. Şiddetli vakalarda iç ve dış kanamalar, karaciğer ve böbrek yetmezliği görülebilir. Şu an için yalnızca EBOV (Zaire ebolavirus) için onaylı aşı ve tedavi yöntemleri mevcuttur. SUDV (Sudan ebolavirus) ve BDBV (Bundibugyo ebolavirus) için ise tedavi ve aşılar geliştirilme aşamasındadır. Erken dönemde uygulanan destekleyici tedavi, hayatta kalma olasılığını artırabilmektedir.[24] 1976'dan bu yana, Afrika'nın çeşitli bölgelerinde 25'ten fazla salgın yaşanmıştır.[25] 1976'dan günümüze kadar Ebola hastalığı salgınları, etken türleri ve kapsamları açısından **Şekil 6**'da verilmiştir.[26] Ülkemizde bugüne kadar ebola virüs hastalığı vakası tespit edilmemiştir.[27]

2.6.Chikungunya Virüsü

Chikungunya virüsü (CHIKV), Togaviridae ailesine ait RNA virüsü olup, sivrisineklerle bulaşan viral bir hastalıktır. İlk olarak 1952'de Birleşik Tanzanya Cumhuriyeti'nde ve daha sonra Afrika ve Asya'daki diğer ülkelerde tanımlanmıştır. 2004'ten bu yana CHIKV salgınları daha sık hale gelmiştir; bu durum virüsün Aedes albopictus sivrisinekleri tarafından daha kolay yayılmasına izin veren viral adaptasyonlardan kaynaklanmaktadır. CHIKV şu anda Asya, Afrika, Avrupa ve Amerika'daki 110'dan fazla ülkede tanımlanmıştır. Enfeksiyonun en



Şekil 5. Hantavirüs enfeksiyonu vaka ve ölüm sayıları, Türkiye, 2009-2024 [23]



Şekil 6. 1976'dan Günümüze kadar Ebola hastalığı salgınları [26]

belirgin semptomları ani başlayan yüksek ateş ve şiddetli eklem ağrısıdır. Aşı, bazı bölgelerde (ABD, AB) onaylanmış olsa da henüz yaygın olarak uygulanmamaktadır.[28] 2024 yılında, dünya genelinde 620.000 vaka ve 213 ölüm kaydedilmiştir. 2025 yılına gelindiğinde, yaklaşık 240.000 vaka ve 90 ölüm rapor edilmiştir.[29] Yağcı Çağlayık ve ark., 2012, Türkiye'deki ilk chikungunya vakasının 2010 yılında Hindistan'dan dönen bir kadında görüldüğünü bildirmiştir.[30] 2025 yılı itibariyla Türkiye'de chikungunya virüsüne dair resmi bir vaka bildirilmemiştir.

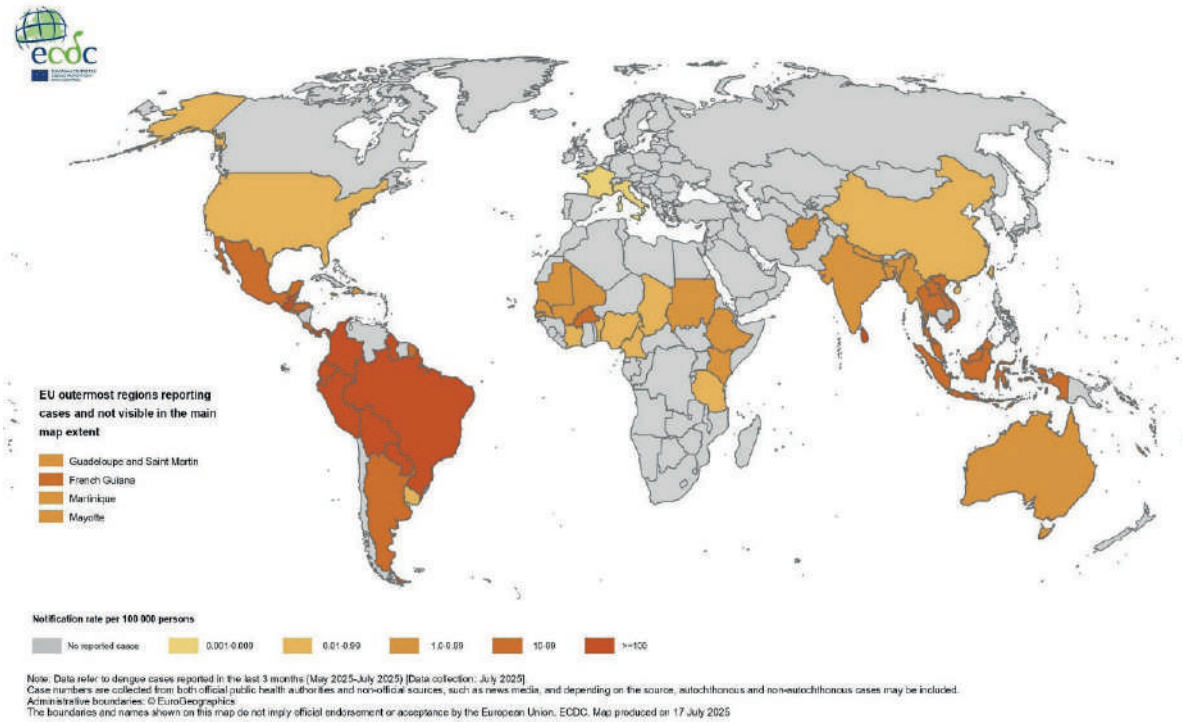
2.7.Denque Ateşi

Dang ateşi dünyada tropikal ve subtropikal bölgelerde endemik olarak görülen, şiddetli grip benzeri semptomlara neden olan viral bir hastalıktır. Kırılmış gibi kemik ağrılarına neden olduğu için 'kırık kemik humması' olarak da bilinir. Etkeni flavivirüs ailesinden Dang virüsüdür. Aedes cinsi sivrisinekler tarafından bulaştırılır. Semptomlar hafif veya şiddetli olabilir. Dünya nüfusunun %40'ı, yaklaşık 3 milyar insan, dang humması riski taşıyan bölgelerde yaşamaktadır. Dang humması, 1960'lardan bu yana küresel bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Hastalık, Karayipler, Orta ve Güney Amerika, Güneydoğu Asya ve Pasifik Adaları'ndaki birçok popüler turistik bölgede yaygındır. Yıl boyunca vakalar görülmekle birlikte, vaka yoğunluğu yağışın bol olduğu yıllarda artmaktadır [31]. DSÖ'ye bildirilen vaka sayısı 2000 yılında 505.430 vakadan 2024 yılında 14,6 milyona yükselmiştir. 2024 yılında bir önceki yıllara kıyasla rekor düzeyde vaka ve ölüm bildirilmiştir. 2025 yılı Ocak–Temmuz döneminde 4 milyondan fazla vaka ve 3.000'den fazla ölüm DSÖ'ye bildirilmiştir.[32] **Şekil 7**'de 100.000 kişi başına üç aylık dang humması hastalığı vaka bildirim oranı, Mayıs-Temmuz 2025 verilmiştir.[33] Türkiye'de görülen vakalar seyahatle ilişkilidir. Alıcı ve ark.(2024) yaptığı çalışmada Mısır'dan gelen seyahatle ilişkili bir vaka tanımlanmıştır.[34]

3. YENİDEN ORTAYA ÇIKAN HASTALIKLAR

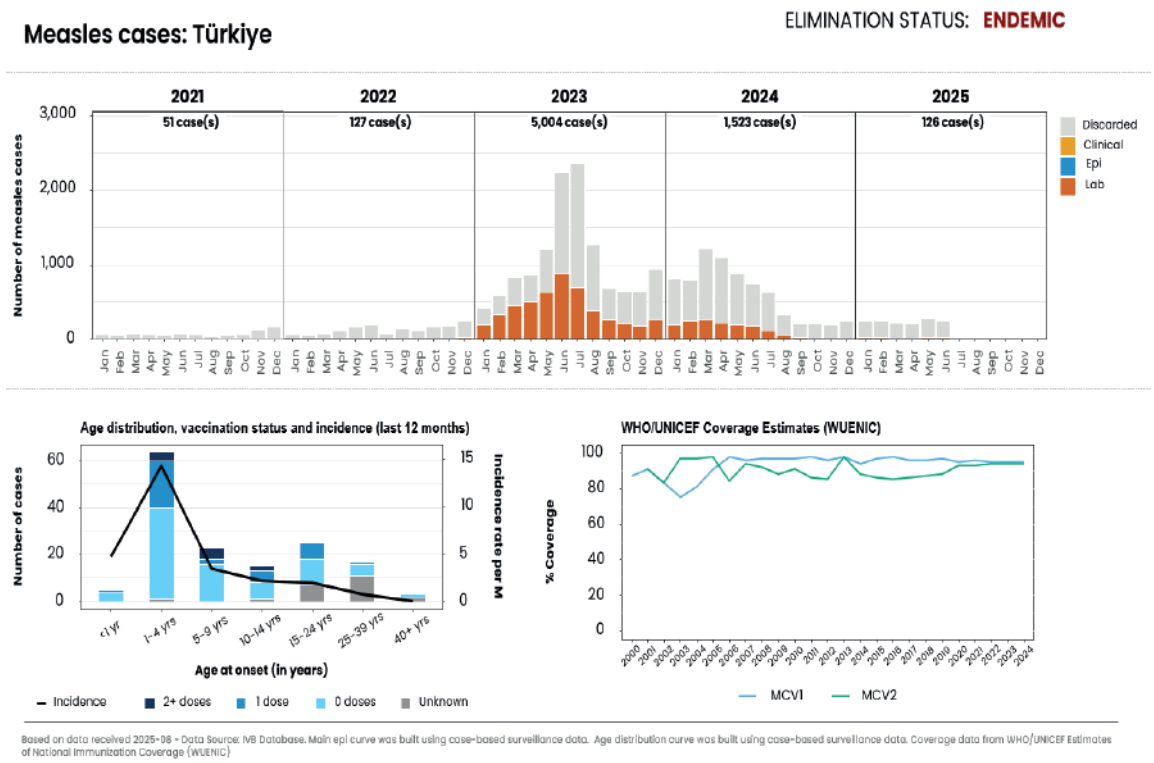
3.1.Kızamık

Kızamık oldukça bulaşıcı bir viral hastalıktır. Aşılama 2000-2023 yılları arasında tahmini 60 milyon ölümü önlemiş olsa da kızamık çoğu gelişmekte olan ülkede, özellikle Afrika ve Asya'nın bazı bölgelerinde hala yaygındır. 2023 yılında tahmini ölüm sayısı 107.500'dür.[35] COVID-19 pandemisi sırasında sağlık hizmetlerine erişimin azalması ve aşı karşıtı söylemlerin artması, dünya genelinde aşılama oranlarının düşmesine neden olmuştur. 2023 yılında dünya genelinde 22 milyon çocuk ilk doz aşıyı alamamış, çocukların yalnızca %74'ü iki dozu da tamamlamıştır. Bu oran, toplumsal bağışıklığın sağlanabilmesi için gerekli olan %95'in üzerindeki eşik değerin altında kalmaktadır.[36] 1 Temmuz 2025-31 Temmuz 2025 aralığında 30 ülke kızamık verilerini bildirmiş ve bunlardan 13'ü toplam 188 vaka bildirmiştir, 17 ülke ise hiç vaka bildirmemiştir.[37] Türkiye'de



Şekil 7. 100.000 kişi başına üç aylık dang humması virüsü hastalığı vaka bildirim oranı, Mayıs-Temmuz 2025[33]

kızamık durumu, Sağlık Bakanlığı'nın resmi verileriyle değerlendirildiğinde, son yıllarda artış göstermektedir. Ülkemizde 2023 yılında 5.088, 2024 yılında 1.584 kızamık vakası tespit edilmiştir.[38] **Şekil 8**'de DSÖ verilerine göre Türkiye'de kızamık vakalarının seyri (2021-2025) verilmiştir.[39]



Şekil 8. Türkiye'de kızamık vakalarının seyri (2021-2025) [39]

Tablo 1. 2003–2023 yılları arasında DSÖ'ye bildirilen kuş gribi A(H5N1) insan vakalarının toplam kümülatif sayısı [41]

Cumulative number of confirmed human cases† for avian influenza A(H5N1) reported to WHO, 2003-2023

Country	2003-2009*		2010-2014*		2015-2019*		2020		2021		2022		2023		Total	
	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths
Azerbaijan	8	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	5
Bangladesh	1	0	6	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1
Cambodia	9	7	47	30	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	58	38
Canada	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Chile	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
China	38	25	9	5	6	1	0	0	0	0	1	1	1	0	55	32
Djibouti	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Ecuador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Egypt	90	27	120	50	149	43	0	0	0	0	0	0	0	0	359	120
India	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Indonesia	162	134	35	31	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	200	168
Iraq	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
Lao People's Democratic Republic	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	2
Myanmar	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Nepal	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Nigeria	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Pakistan	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
Spain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0
Thailand	25	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	17
Turkey	12	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	4
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	5	0
United States of America	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Viet Nam	112	57	15	7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	128	64
Total	**468**	**282**	**233**	**125**	**160**	**48**	**1**	**0**	**2**	**1**	**6**	**1**	**8**	**1**	**878**	**458**

*2003-2009, 2010-2014 and 2015-2019 total figures. Breakdowns by year available on subsequent tables.
†This count includes reported detections in asymptomatic individuals. In some cases, the confirmation of infection versus transient contamination of the nasopharynx/oropharynx with virus particles after exposure to infected birds or contaminated environment remains inconclusive. Total number of cases includes number of deaths.
WHO reports only laboratory-confirmed cases. All dates refer to onset of illness.
Source: WHO/GIP, data in HQ as of 3 October 2023.

World Health Organization

3.2.Kuş Gribi (Avian İnfluenza)

Kuş Gribi, influenza ailesine ait bir virüs tarafından meydana getirilir. Virüs, kuşlar, domuzlar, atlar, denizayısı ve balinalarda hastalık oluşturur. H5N1, H7N9 gibi farklı tiplerde kuş gribi alt tipleri mevcuttur. Çoğu kuş gribi virüsleri insanlarda hastalığa neden olmaz. Ancak, bazı alt tipleri insanlara bulaşabilir ve hastalık yapabilirler. İnsanlarda görülen enfeksiyon, hafif göz enfeksiyonu ve grip benzeri hastalıktan zatürre ve ölüme kadar değişebilir. Bu virüsler dünya çapında vahşi su kuşları arasında doğal olarak bulunur ve evcil kümes hayvanlarına ve diğer kuş ve hayvan türlerine bulaşabilir.[40] **Tablo 1**'de 2003–2023 yılları arasında DSÖ'ye bildirilen kuş gribi A(H5N1) insan vakalarının toplam kümülatif sayısı verilmiştir.[41]

Ülkemiz kuşların ana göç rotası güzergahında yer almaktadır. Ülkemizde ilk hayvan vakası Ekim 2005'te Balıkesir'in Manyas ilçesinde tespit edilmiştir. Ocak 2006'da ise ilk insan vakaları (H5N1) Ağrı Doğubeyazıt'ta tespit edilmiştir. Yıl içinde toplam 12 vaka tespit edilmiş ve 4'ü hayatını kaybetmiştir.[42] Ülkemizde 2020-2025 yılları arasında yeni vaka görülmemiştir.[41]

Sonuç

Yeni ve yeniden ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar, sağlık güvenliği açısından giderek artan küresel bir tehdit oluşturmaktadır. İklim değişikliği, ekosistemin bozulması, artan küresel tehditler, uluslararası seyahat, kentleşme, başta pestisitler aşırı ve kontrolsüz kullanılması olmak üzere tarımsal faaliyetlerdeki değişimler ve antimikrobiyal direnç gibi faktörler bu hastalıkların ortaya çıkışını ve yayılımını kolaylaştırmaktadır. Bu etkenlerle oluşan hastalıklar çok kolay yayılarak çok ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır.

Bu nedenle, yeni salgınların önlenmesi ve mevcut tehditlerin kontrol altına alınması yalnızca tıbbi ve biyolojik yaklaşımlarla değil, aynı zamanda Tek Sağlık perspektifiyle, disiplinler arası ve küresel iş birliği içinde yürütülmelidir. Erken uyarı sistemleri bu hastalıkları kontrol altına almada önemlidir. Ayrıca, sağlık eğitimi verilerek toplumların bilinçlendirilmesi, sağlık sistemlerinin dayanıklılığının arttırılması ve uluslararası iş birliğinin güçlendirilmesi, olası yeni hastalıklara karşı hazırlık kapasitesini güçlendirecektir. Sonuç olarak yeni ve yeniden ortaya çıkabilecek hastalıklarla mücadele çok boyutlu ve uluslararası katılımlar sağlanarak planlanması gereken özellikli bir sorun olarak karşımızda durmaktadır.

KAYNAKLAR

1. National Institutes of Health (US), Biological Sciences Curriculum Study. Understanding emerging and re-emerging infectious diseases. NIH Curriculum Supplement Series. Bethesda (MD): National Institutes of Health (US); 2007. [Erişim tarihi:18.08.2025]. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20370/
2. Sarzhanova S, Bozdayı G. Yeni ve yeniden önem kazanan virüsler. Turk Mikrobiyol Cemiy Derg. 2020;50(3):117–33. doi:10.5222/TMCD.2020.117.
3. CDC. Yeni Bulaşıcı Hastalıklar. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2018 [Erişim tarihi:18.08.2025]. Erişim adresi: https://www.cdc.gov
4. De Gaetano S, Ponzo E, Midiri A, Mancuso G, Filippone D, Infortuna G, et al. Global Trends and Action Items for the Prevention and Control of Emerging and Re-Emerging Infectious Diseases. Hygiene. 2025;5(2):18. Doi: https://doi.org/10.3390/hygiene5020018
5. World Health Organization. Multi-country monkeypox outbreak in non-endemic countries. Geneva: WHO; 2022. [Erişim tarihi:18.08.2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON385
6. World Health Organization. Mpox (Monkeypox) – Global case dashboard. Geneva: WHO; 2024. [Erişim tarihi:01.09.2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/emergencies/situations/mpox-outbreak
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. M-Çiçeği (Mpox) Rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2022. [Erişim tarihi:01.09.2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/Mpox-Rehberi.pdf
8. T.C. Sağlık Bakanlığı. M-Çiçeği (Mpox) Rehberi Güncellemesi, 2024. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi:01.09.2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/Mpox-Rehberi.pdf
9. Epidemiological update: Monkeypox (Mpox). European Centre for Disease Prevention and Control. Stockholm: ECDC; 2023. [Erişim tarihi:01.09.2025]. Erişim adresi: https://www.ecdc.europa.eu/en/mpox
10. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Birden fazla ülkede görülen maymun çiçek hastalığı (Mpox) salgını. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025 [Erişim tarihi:01.09.2025]. Erişim adresi: https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/HaberDetayi/3953
11. World Health Organization. West Nile virus. Geneva: WHO; 2017 [Erişim tarihi:01.09.2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/west-nile-virus
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Batı Nil Virüsü Enfeksiyonu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi:01.09.2025]. Erişim adresi:: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/zoonotik-ve-vektorel-hastaliklar/bati-nil-virusu.html
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Batı Nil Virüsü Enfeksiyonu Vaka Yönetim Rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı 2022. [Erişim tarihi:01.09.2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/BNV_Rehberi.pdf
14. T.C. Sağlık Bakanlığı. Batı Nil Virüsü Enfeksiyonu (Sağlık Personeline Yönelik) . Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025 [Erişim tarihi:01.09.2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/06/11/ek_bati-nil-virusu-enfeksiyonu-saglik-personeline-yonelik.pdf
15. European Centre for Disease Prevention and Control. West Nile Virus Monthly – Archive 2024. Stockholm: ECDC; 2024 [Erişim tarihi: 08 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://wnv-monthly.ecdc.europa.eu/archive/wnv-2024.html
16. Kalaycioglu H, Korukluoglu G, Ozkul A, Oncul O, Tosun S, Karabay O, et al. Emergence of West Nile virus infections in humans in Turkey, 2010 to 2011. Euro Surveill. 2012 May 24;17.
17. World Health Organization. Zika virus. Geneva: WHO; 2022 Dec 8 [Erişim tarihi:01.09.2025]. Erişim adresi:: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus
18. World Health Organization. Countries and territories with current or previous Zika virus transmission. Geneva: WHO; 2022 Feb [Erişim tarihi:01.09.2025]. Erişim adresi https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/zika/map-of-countries_with_zika_transmission_feb2022.pdf?sfvrsn=802a352a_5
19. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Zika virüs hastalığı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi:01.09.2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/zoonotik-ve-vektorel-hastaliklar/zika-virus-hastaligi.html
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Seyahat Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Zika virüsünün görüldüğü ülkeler ve sınıflandırılması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi:01.09.2025]. Erişim adresi: https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/HaberDetayi/971
21. Çelebi G. Hantavirus İnfeksiyonları. Klimik Dergisi. 2011;24(3):139–49. doi:10.5152/kd.2011.36
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ek: Hantavirüs Enfeksiyonu sunumu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025 Jun 11 [Erişim tarihi:08.09.2025]. Erişim adresi:https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/06/11/ek_hantavirus-enfeksiyonu-hekimlere-yonelik.pdf
23. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Hantavirüs Enfeksiyonu: Vaka ve Ölüm Sayıları, Türkiye, 2009–2024. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025 Jun 23 [Erişim tarihi: 08.09.2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/06/23/hantavirus-Istatistikler.pdf
24. World Health Organization. Ebola disease. Geneva: WHO; 2025 Apr 24 [Erişim tarihi:08.09.2025].https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-disease
25. World Health Organization. Sudan virüsü hastalığı (SVD). Brazzaville: WHO Africa Regional Office; 2022 Sep 20 [Erişim tarihi:08.09.2025]. https://www.afro.who.int/health-topics/ebola-disease/sudan-virus-disease
26. Centers for Disease Control and Prevention. Outbreak history | Ebola. Atlanta (GA): CDC; n.d. [Erişim tari-

hi:08.09.2025]. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/ebola/outbreaks/index.html#cdc_listing_res2-references

27. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ebola virüs hastalığı [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2023 [Erişim tarihi:08.09.2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/zoonotik-ve-vektorel-hastaliklar/ebola-virus-hastaligi.html
28. World Health Organization. Chikungunya. Geneva: WHO; 2025 Apr 14 [Erişim tarihi:08.09.2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chikungunya
29. Chikungunya virus disease worldwide overview. European Centre for Disease Prevention and Control. Stockholm: ECDC; n.d. [Erişim tarihi:08.09.2025]. Erişim adresi: https://www.ecdc.europa.eu/en/chikungunya-monthly
30. Yağcı ÇD, Uyar Y, Korukluoğlu G, Ertek M, Ünal S. Ankara'ya Hindistan Yeni Delhi'den Gelen Bir Chikungunya Ateşi Olgusu: Türkiye'nin İlk Yurt Dışı Kaynaklı Olgusu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. Mikrobiyol Bul. 2012;46(1):122–8.
31. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Dang humması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; n.d. [Erişim tarihi:08.09.2025]. Erişim adresi: https://www.seyahatsagligi.gov.tr/site/HastalikDetay/Dang-Hummasi
32. World Health Organization. Dengue and severe dengue. Geneva: WHO; 2025 Aug [Erişim tarihi:08.09.2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue
33. Dengue worldwide overview. European Centre for Disease Prevention and Control. 2025 Aug 5 [Erişim tarihi:08.09.2025]. Erişim adresi: https://www.ecdc.europa.eu/en/dengue-monthly
34. Alıcı Ö, Ayyıldız B. Dengue fever: A travel-related case. Klimik Derg. 2024;37(3):211–3.
35. World Health Organization. Measles. Geneva: WHO; n.d. [Erişim tarihi:08.09.2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/measles#tab=tab_1
36. World Health Organization. Measles cases surge worldwide, infecting 10.3 million people in 2023. Geneva: WHO; 2024 Nov 14 [Erişim tarihi:08.09.2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/news/item/14-11-2024-measles-cases-surge-worldwide--infecting-10.3-million-people-in-2023
37. European Centre for Disease Prevention and Control. Measles and rubella monthly monitoring report [Internet]. Stockholm: ECDC; 2025 [Erişim tarihi:08.09.2025]. Erişim adresi: https://measles-rubella-monthly.ecdc.europa.eu/
38. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2024 Birim Faaliyet Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025 [Erişim tarihi:08.09.2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/HSGM_2024_Birim_Faaliyet_Raporu_PDF.pdf
39. World Health Organization. Provisional measles and rubella data. Geneva: WHO; n.d. [Erişim tarihi:08.09.2025]. Erişim adresi: https://immunizationdata.who.int/
40. World Health Organization. Influenza (avian and other zoonotic). Geneva: WHO; 2023 March 28 [Erişim tarihi:08.09.2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(avian-and-other-zoonotic)
41. World Health Organization. Cumulative number of confirmed human cases for avian influenza A(H5N1) reported to WHO, 2003–2023. Geneva: WHO; 2023 [Erişim tarihi:08.09.2025]. Erişim adressi: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/h5n1-human-case-cumulative-table/cumulative-number-of-confirmed-human-cases-for-avian-influenza-a(h5n1)-reported-to-who--2003-2023.pdf
42. Avcı E. Avian İnfluenza (Kuş gribi, Tavuk Vebası, Bird Flu) . Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2022 Mart [Erişim tarihi:08.09.2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/bulasici-hastaliklar-ve-erken-uyari-db/Dokumanlar/Sunumlar/2022_Mart_Avian_Influenza_Sunum.pdf

COVID-19: Pandemi Sonrası Güncel Durum

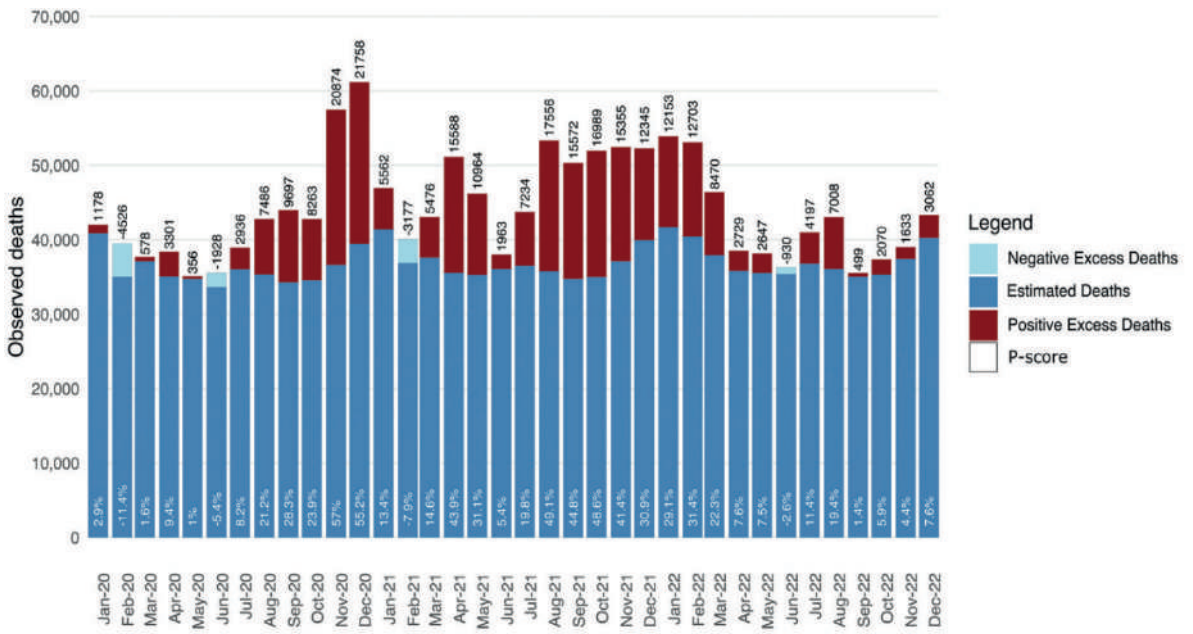
Tuğrul Erbaydar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, tüm dünyada pandeminin başlangıcından 2025 Ağustos sonuna kadar toplam COVID-19 vaka sayısı 778.572.430 ve COVID-19'a bağlı toplam ölüm sayısı 7.101.070; son 4 hafta içinde yeni olgu sayısı 93.061 ve ölüm sayısı 1249 olarak kaydedilmiştir.[1,2] Dünya Sağlık Örgütü sentinel sürveyans verilerine göre, 2025 yıl ortası itibariyle küresel SARS-CoV-2 aktivitesinin artmakta olduğu ve test pozitiflik oranının %11'e ulaştığı bildirilmektedir. Doğu Akdeniz bölgesi, artış gözlenen bölgelerin başında gelmektedir. SARS-CoV-2 dolaşımında halen belirgin bir mevsimsellik bulunmamaktadır.[3]

1. Türkiye'de Durum

Türkiye'de, Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı son COVID-19 morbidite ve mortalite verisi Mart 2023 yılına ait olup, bu tarihe kadar toplam vaka sayısı 17.232.066 ve ölüm sayısı 102.174 olarak bildirilmiştir.[4] Our World in Data web sayfalarında ülke verileri incelendiğinde Türkiye'den son bildirimlerin Kasım 2022 tarihli olduğu bundan sonra vaka ve ölüm sayılarının sıfır olarak kaydedildiği görülmektedir.

Pandemi döneminde Türkiye'deki fazladan ölümleri değerlendiren çalışmalarında, Keskin ve Ergör, Ocak 2020 ile Aralık 2022 arasında gözlenen fazladan ölüm sayısını 247.640 (95% CI: 176.405-315.204) olarak saptamışlardır.[5] COVID-19 hastalığına bağlı ölümler, pandeminin sağlık hizmetlerinde aksamaya yol açması ile artan diğer hastalıklara bağlı ölümler ve pandemi önlemlerine bağlı olarak azalan kazalar, diğer enfeksiyonlar vb. bağlı ölümlerin bileşkesi olan bu değer, Türkiye'de COVID-19 pandemisinin toplam etkisinin, açıklanandan çok fazla olduğunu göstermektedir. Anı-



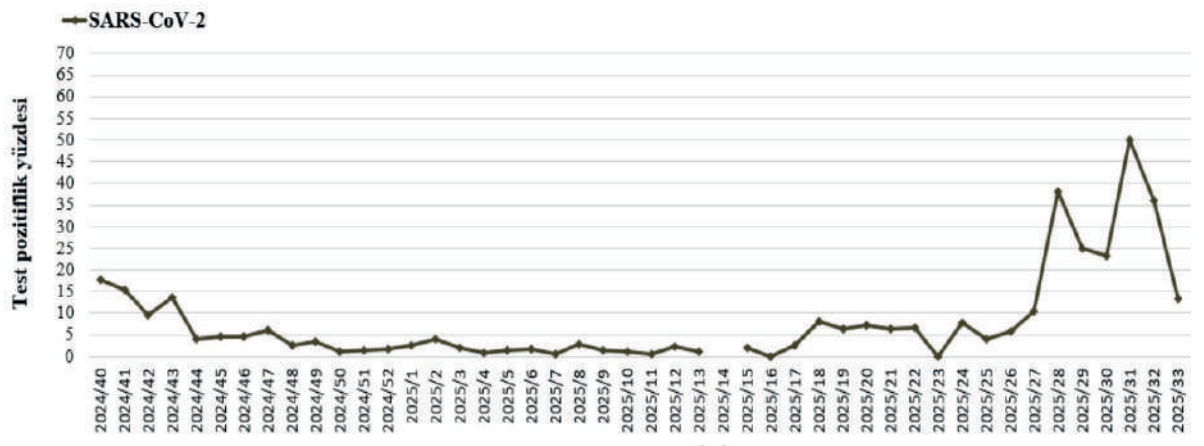
Şekil 1. Türkiye'de pandemi sürecinde gözlenen fazladan ölümlerin aylara dağılımı 2020-22[5]

lan çalışmada yer alan, fazladan ölümlerin aylara göre dağılımı grafiği **Şekil 1**.'de sunulmuştur.[5]

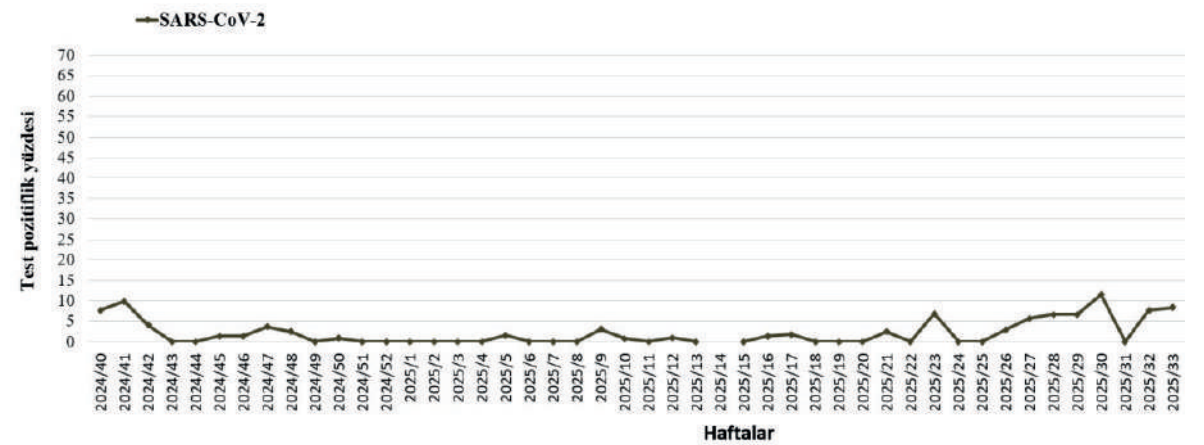
Türkiye'den Dünya Sağlık Örgütüne bildirilen olgu sayıları da son iki yıl içinde haftalık sıfır ile en çok 3 vaka arasında değişmektedir.[6] Sağlık Bakanlığı'nın son Sağlık İstatistik Yıllığı 2023 yılında yayımlanmış olup, içinde yer alan COVID-19 verileri 2021 yılına ait verilerdir.

Diğer yandan, Sağlık Bakanlığı'nın İnfluenza Sürveyans verileri kapsamında yayımladığı haftalık raporlara göre, 2024 yılının 40. haftası ile 2025 yılı 33. haftası arasında aile hekimlerine grip benzeri semptomlarla başvuran kişilerden alınan 1433 numunenin 206'sında (%14,4) COVID-19 etkeni olan SARS CoV-2 saptanmıştır.[7] Aynı dönemde, belirlenmiş hastanelerde ağır akut solunum yolu enfeksiyonu (SARI) nedeni ile yatarak tedavi görenlerden alınan 3348 numuneden 46'sında (%1,4) SARS-CoV-2 saptanmıştır.[7] Aile hekimlerine ve hastanelere başvuranlarda gözlenen SARS-CoV-2 pozitiflik oranlarının haftalık seyirleri **Şekil 2** ve **Şekil 3**'te yer almaktadır.

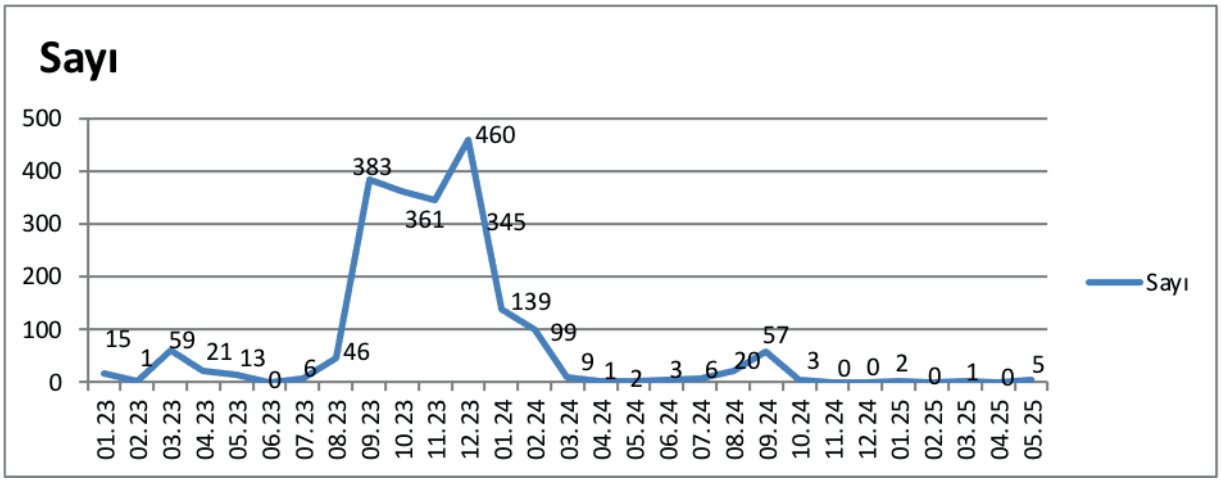
Şekil-2 ve Şekil-3'de sunulan haftalık test pozitiflik oranları incelendiğinde, 2025 yılı ortalarında yükseliş eğilimi olduğu görülmektedir. Birinci basamak başvurularında bu oranın oldukça yüksek olması ve tepe noktada %50'ye ulaşması, hastanelerde yatarak tedavi gören hastalarda ise çok daha düşük oranda saptanması genel olarak vakaların hafif seyirli olarak gözlendiği şeklinde yorumlanabilir. Grip sürveyans verilerinin sadece bir örneklem verisi niteliğinde olduğu, Türkiye'de aile hekimlerine başvuran tüm solunum yolu enfeksiyonları ve hastanelerde yatarak tedavi gören tüm ağır solunum yolu enfeksiyonları düşünüldüğünde, toplam vaka sayısının oldukça yüksek olacağı tahmin edilebilir. Solunum yolu enfeksiyonları içinde COVID-19 olgularının oranındaki artış ve azalış eğilimleri dolaylı



Şekil 2. İnfluenza benzeri hastalık nedeni ile aile hekimine ayaktan başvuran hastalardan alınan numunelerdeki SARS-CoV-2 pozitiflik yüzdesi, Sentinel ILI Sürveyansı, Sağlık Bakanlığı, 2024-2025 [7]



Şekil 3. Ağır akut solunum yolu enfeksiyonu nedeni ile hastaneye yatan hastalardan alınan numunelerdeki SARS-CoV-2 pozitiflik yüzdesi, Sentinel SARI Sürveyansı, Sağlık Bakanlığı, 2024-2025 [7]



Şekil 4. GISAID veritabanında, Türkiye'den genetik analizi yapılmak üzere gönderilen numune sayıları [8]

olarak da olsa COVID-19 yaygınlığına ilişkin bir bilgi sağlamaktadır.

Uluslar arası ölçekte başlıca patojen mikroorganizmaların genetik yapılarına ilişkin verileri yayımlayan GISAID veritabanı verilerine göre, Ocak 2023 - Mayıs 2025 döneminde Türkiye'den genetik analizi yapılmak üzere gönderilmiş numune sayıları **Şekil 4**'te gösterilmiştir. Buna göre, 2023 yılında numune sayıları belirli bir yoğunluk göstermektedir; buna karşın, 2024 – 2025 döneminde Türkiye kaynaklı numune sayısı yok denecek kadar azdır.[8]

Diğer yandan, GISAID veritabanında yer alan varyant verilerine göre, Mayıs 2025'te Türkiye kaynaklı olduğu belirtilen 5 numuneden biri Nimbus adıyla da bilinen NB.1.8.1 varyantı; dördü ise 2022 ve 2023 yıllarında sıkça gözlenen bir Omikron varyantıdır.8 Bu durum, dünya genelindeki gözlemlerle uyumlu görünmektedir.

2. Küresel Dolaşımdaki Varyantlar

Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC) verilerine göre, Mart 2023'den bu yana Endişe Veren Varyant (Variant of Concern -VOC) listesinde yer alan, küresel tehdit oluşturabilecek nitelikte bir varyant Ağustos 2025 itibariyle halen bulunmamaktadır. Buna karşın, reseptöre bağlanma kapasitesi nedeniyle halen klinik sonuçları açısından önem taşıyan ve izlenmesi gereken varyantlar (Variant of Interest – VOI) vardır ve bunlar ağırlıkla Omikron alt türleridir.9 Dünya Sağlık Örgütü NB.1.8.1 olarak kodlanan bir varyantın izlenmesi gereken varyantlar arasında olduğunu bildirmektedir. Nimbus adıyla bilinen NB.1.8.1 varyantı, Mayıs ortası itibarıyla bildirilen küresel dizilerin %10,7'sine ulaşmıştır.4 Önceki COVID-19 aşılarının büyük ölçüde bu varyanta karşı etkili olduğu belirtilmektedir.10

3. COVID-19 Aşıları

DSÖ üye ülkelere COVID-19'a karşı aşı programlarını sürdürmelerini önermektedir.[11] Özellikle DSÖ tarafından onaylanmış olan JN.1 veya KP.2 antijen yapısındaki aşıların bugün dolaşımda bulunan güncel varyantlara karşı çapraz etki göstermeye devam ettikleri belirtilmektedir.[11]

Sağlık Bakanlığı'nın son yayımladığı verilere göre COVID-19 aşılamasının başlangıcından itibaren, 2 Aralık 2024 tarihine kadar Türkiye'de yapılan toplam aşı sayısı 152.735.483 'tür. Birinci doz uygulanan kişi sayısı 57.962.187 ve ikinci doz uygulanan 53.195.192 ve üçüncü. doz uygulanan 28.237.413'tür.

Sağlık Bakanlığı web sayfalarında vatandaşlara aşı olunması konusunda öneriler yer almaya devam etmekte ve Aile Sağlığı Merkezlerinde ve hastanelerde aşı olunabileceği belirtilmektedir. Ancak uygulamada birinci basamakta aşı uygulamasının devam etmediği ve nerede aşı olunabileceği konusunda Sağlık Bakanlığı bilgi hattından da (Alo-184) bu konuda bir bilgi alınamadığı, aşıya erişimin neredeyse olanaksız olduğu gözlenmektedir. Sözel olarak edinilen bilgiye göre, eldeki tüm aşı stoklarının son kullanım tarihleri dolmuştur ve yeni aşı temini yapılmamaktadır.

Türkiye'de geliştirilen ve etkinliği konusunda birçok tartışma yaşanan TURKOVAC aşısı Türkiye'de ulusal ölçekte acil kullanım onayı aldıktan sonra Dünya Sağlık Örgütü tarafından onaylanan aşılar arasında yer almamış, Avrupa veya başka bir uluslar arası geçerlilik kazanmamıştır. Aşının yeni varyantlarla ilgili olarak güncellenmesinin yapıldığına dair bir bilgi bulunmamaktadır. Tüm hücreli inaktif COVID-19 aşısı olan TURKOVAC, 22 Aralık 2021 tarihinde ulusal

acil kullanım onayı almış, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde SBT Sağlık Bilişim Teknolojileri A.Ş. tarafından üretimine başlanmış ve 11 Mayıs 2023'te Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan ruhsat almıştır.[12] TURKOVAC aşısının 2022 yılında kullanma girmesini takiben ne zamana kadar uygulanmaya devam ettiği bir bilgiye açık kaynaklardan ulaşılamamaktadır; ancak TURKOVAC'ın geliştirilmesinde başlıca rolü olan Prof. Dr. Öznarendeli, bir söyleşide TURKOVAC'ın 16-17 milyon kişiye uygulanmış olduğunu belirtmiştir.[13] Türkiye Büyük Millet Meclisinde 2023 yılında Sağlık Bakanlığı'na soru önergesi ile sorulan TURKOVAC üretiminin ve uygulamasının devam edip etmediği, başka ülkelere satış veya dağıtımının yapılıp yapılmadığı, stoklarda bulunup bulunmadığı ile ilgili sorulara Sağlık Bakanlığı tarafından yanıt verilmemiştir.[14]

4. Halk Sağlığı Önlemleri ve Öneriler

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 14 Mayıs 2025'te yayımlanan raporda COVID-19 ile ilgili güncellenmiş değerlendirmeler ve öneriler yer almıştır.[15] Buna göre;

- COVID-19 pandemisi ile kazanılan deneyimler gelecekte karşılaşılabilecek halk sağlığı acil durumları için önemli dersler içermektedir ve buna dayalı olarak ileriye dönük hazırlık çalışmaları yapılmalıdır.
- Halen COVID-19 ile ilgili seyahat kısıtlaması, zorunlu test veya zorunlu aşılama gibi bir gereklilik yoktur ve pandemi döneminden kalma bu tür uygulamalar varsa kaldırılmalıdır.
- SARS-CoV-2 dolaşımını izlemek üzere farklı merkezlerdeki çalışmalar işbirliği içinde yürütülmelidir. Bu çalışmalar hayvanlarda koronavirüs (SARS-CoV-2) dolaşımını ve evrimini de içerecek şekilde, Tek Sağlık yaklaşımı ile yürütülmelidir.
- COVID-19 sürveyansı diğer solunum sistemi enfeksiyonları ile entegre edilmeli; COVID-19 aşılama verileri ile vaka, hastaneye yatış, yoğun bakım ve ölüm sayıları DSÖ'ye bildirilmeli veya yayımlamalıdır.
- Yüksek riskli gruplarda aşı uygulaması ve aşıya bağlı istenmeyen etki sürveyansı devam etmelidir.
- COVID-19'un önlenmesi ve kontrolü ile ilgili klinik, sosyal ve halk sağlığı alanlarındaki bilimsel araştırmalar sürdürülmeli; bu amaca dönük ülkeler arası işbirliği artırılmalıdır.
- COVID-19 hastalarına en uygun tedavinin sağlanması için klinik olanaklar sağlanmalı, sağlık personelinin eğitimi sürdürülmeli ve COVID-19 hastalarına yönelik klinik uygulamalar sağlık hizmetleri içine entegre olarak sunulmalıdır.

Yukarıda sayılan bu önerilerin tümünün Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı ve ilgili kurumlar tarafından dikkate alınması yerinde olacaktır.

Bunlara ek olarak, Türkiye'de aşı geliştirme ve üretme kapasitesinin sürekli hale getirilmesi için, dolaşımdaki varyantlara yönelik güncellenmiş aşıların geliştirilmesi ve aşı üretiminin devam etmesi, ayrıca genetik analiz ve tanı teknolojilerinin de sürekli geliştirilmesi gereklidir. Bu alanda teknolojik kapasitenin ve deneyimin sürekli geliştirilmesi, COVID-19 önlemleri yönünden olduğu kadar, gelecekte yaşanabilecek salgın ve pandemilere, yeni ve yeniden ortaya çıkabilecek enfeksiyon hastalıklarına ve biyolojik saldırı tehditlerine karşı dirençli bir sağlık sistemi için önemli olmaya devam edecektir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. *Number of COVID-19 deaths reported to WHO*. 2025 18.09.2025]; Available from: https://data.who.int/dashboards/covid19/deaths.
2. World Health Organization. *Number of COVID-19 cases reported to WHO (cumulative total)*. 2025 18.09.2025 [cited 2025 18.09.2025]; Available from: https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?m49=001.
3. World Health Organization. *COVID-19 Global Situaton*. 2025 28.05.2025 [cited 2025 16.09.2025]; Available from: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON572.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Türkiye COVID-19 Tablosu*. 2023 2023 [cited 2025 18.09.2025]; Available from: https://covid19.saglik.gov.tr/.
5. Keskin S, Ergör G. Excess Mortality in Türkiye during 2020-2022: Regional and Time-Based Analysis. Balkan Medical Journal 2025;42:130-7
6. World Health Organization. *Trends in COVID-19 cases, Türkiye*. 2025 18.09.2025 [cited 2025 18.09.2025]; Available from: https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?m49=792.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Haftalık Solunum Yolu Virüsleri Sürveyans Raporu 2025/33. Hafta* K.S. Nizamoğlu, Editor. 2025, T.C. Sağlık Bakanlığ: Ankara.
8. GISAID, *VOC/VOI/VUM Relative Frequencies Over Time - Turkey*. 2025, GISAID.
9. European Center for Disease Control. *SARS-CoV-2 variants of concern as of 29 August 2025*. Surveillance and updates 2025 29.08.2025 [cited 2025 18.09.2025]; Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern.
10. World Health Organization. *WHO TAG-VE Risk Evaluation for SARS-CoV-2 Variant Under Monitoring: NB.1.8.1*. 2025, World Health Organization.

11. World Health Organization. *Statement on the Antigen Composition of COVID-19 Vaccines*. 2025 15 May 2025 [cited 2025 18.09.2025]; Available from: https://www.who.int/news/item/23-12-2024-statement-on-the-antigen-composition-of-covid-19-vaccines.
12. TÜSEB. *TURKOVAC Aşısı*. [cited 2025 25.09.2025]; Available from: https://turkovac.tuseb.gov.tr/turkovac.asisi.
13. Anadolu Ajansı. *Yerli aşı TURKOVAC'ı geliştiren Prof. Dr. Özdarendeli söyleşide konuştu*, in *Gündem*. 2025. p. aa.com.tr.
14. TBMM, *Turkovac Aşısının Akibetine İlişkin Muhip Kanko'nun Yazılı Soru Önergesi*. 2023, Türkiye Büyük Millet Meclisi.
15. World Health Organization. *Implementation of the International Health Regulations (2005) Extension of the Standing Recommendations for COVID-19 - Report by the Director General*, in *Provision Agenda item 16.3*. 2025, World Health Organization.

Türkiye'de Bulaşıcı Hastalık Kontrolünde Geleceğe Yönelik Değerlendirme

Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın, C. Tayyar Şaşmaz

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü; tüm zamanlar içerisinde halk sağlığının temel direklerinden biri olmuştur. Son elli yılda elde edilen tıbbi kazanımlar, sağlık hizmetlerine erişimde ve sanitasyonda iyileşme, aşı ile hastalıklara karşı bağışıklık kazanılması, özellikle alt solunum yolu enfeksiyonları ve ishalli hastalıklar olmak üzere bulaşıcı hastalıklarla bağlantılı genel morbidite ve mortaliteyi azaltmıştır. Ancak son yıllarda yaşanan küresel salgınlarda anlaşılmıştır ki; değişen dünyada bulaşıcı hastalık etkenlerinde meydana gelebilecek her yeni duruma hazırlıklı olunması gerekmektedir. Bulaşıcı hastalıkların yeni tehdidi muhtemelen yeni ortaya çıkan ve yeniden ortaya çıkan enfeksiyonlardan kaynaklanacaktır. Bunların yanı sıra, insanda ilk kez tanımlanan enfeksiyonlar (COVID-19 vb.), daha önce görülen, fakat farklı bir coğrafyada ya da farklı klinik bulgularla ya da dirençli formlardaki enfeksiyonlar da değişen koşullarda her an ortaya çıkmak için fırsat kollayacaktır. Bulaşıcı hastalıklar; bulaşma yollarına, önleme yöntemlerine, etkenlerin organizma sınıflandırmasına veya klinik sendromlarına göre çeşitli yöntemlerle sınıflandırılabilirler. Ancak "Konakçı-Etken-Çevre" mekanizması tüm enfeksiyonların ortak noktasıdır. Günümüzde ve gelecekte bulaşıcı hastalıklar ile mücadelede her zaman bu mekanizmanın esas alınması gerekmektedir.[1,2]

İklim değişikliği, önümüzdeki yıllarda bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasında en önemli tehlikelerden biri olacaktır. İklim değişikliğinin ve ekolojik bozulmanın hastalık oluşumu üzerindeki etkileri karmaşık ve çok yönlüdür. İklim değişikliği patojen çeşitliliğini değiştirerek enfeksiyonların, özellikle de vektör kaynaklı enfeksiyon taşıyıcısı canlıların yaşam alanlarını değiştirerek bu etkileri yoğunlaştırır ve daha önce etkilenmemiş alanlara da yayılmasına neden olabilir. Ormanlar, iklim sisteminde kritik bir rol oynar. Son dönemlerde ormanlar; tarım arazisi, mera, altyapı, kentleşme gibi kullanımlar için yakıldığı veya kesildiği için, atmosferdeki CO_2'nin artmasına, su ve enerji alışverişinin sekteye uğraması ile Dünya'nın yüzey sıcaklığının artmasına, uzun süreli kuraklık dönemlerinden sonra yoğun yağış dönemlerine neden olmaktadır. Ormansızlaşma, biyolojik çeşitliliği azaltmasının yanı sıra yaban hayatını insanlarla daha yakın temas kurmaya zorlamakta ve bu da zoonotik hastalıkların insanlara bulaşmasını kolaylaştırmaktadır.[3,4]

Zoonotik hastalıkların insan sağlığı üzerinde yarattığı tehlikenin merkezinde; arazi kullanımındaki değişiklikler yer almaktadır. Bu düşünce son on yılda deneyimlediğimiz salgın hastalıkların ortaya çıkışının hızlanmasıyla uyumludur. Zira zoonotik salgınların başlangıç noktası; orman parçalanmasının, arazi dönüşümünün ve biyolojik çeşitlilik kaybının genişlediği alanlarda yoğunlaşmaktadır. Bu sebeple zoonotik hastalıkların kontrolü ve önlenmesinde, yalnızca evcil hayvanlar ve insan sağlığı üzerindeki risklerin gözetimine yönelik geleneksel yaklaşım yerine; yaban hayatının içsel döngüsünü, ekosistem sağlığını ve ilişkili yaşamı aktif olarak sürdürmenin genişletilmiş yararını tanıyan yaklaşım benimsenmelidir. Bu bağlamda, herkesin sağlığını aynı çerçevede değerlendirmek için Tek Sağlık yaklaşımını benimseyen bütüncül sağlık programlarına geçiş yapılması büyük önem taşımaktadır.[5-8] İklim değişikliğinin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin önlenebilmesi için insan ve hayvan sağlığı alanında çalışan tüm paydaşların bilgi düzeyi "iklim değişikliğinin bulaşıcı hastalıklar üzerindeki etkileri, ekosistemlerin sağlıkla ilişkilisi, çevresel değişimlerin halk sağlığına yansımaları" konularında artırılmalıdır. Hastalık risklerini anlamak amacıyla iklim değişikliği ile sağlık arasındaki ilişkiyi araştıran bilimsel çalışmalar desteklenmeli ve arttırılmalıdır. Bu çalışmalar ile hastalık risk modelleri geliştirilebilir, iklim senaryolarına dayalı öngörüler yapılabilir, politika ve müdahaleler bilimsel temellere oturtulabilir.

Hastalık tehtidlerinin azaltılmasında güçlü bir sürveyans ve kontrol sistemi kritik öneme sahiptir. Şüpheli vakaların neredeyse gerçek zamanlı takibini sağlayan otomatik raporlama sistemleri, güçlendirilmiş laboratuvar ve saha sürveyans ağları, hızlı tepki mekanizmaları planlanıp hayata geçirilmelidir. Hastalık riskini azaltmak için çevresel ve sosyal faktörler de dikkate alınmalıdır. Özellikle kırsal alanlarda; yaşam koşullarının iyileştirilmesi, altyapı hizmetlerinin geliştirilmesi, biyolojik çeşitliliğin korunması, ekosistemlerin restore edilmesi ve sürdürülebilir kılınması, hastalık maruziyetini azaltmada önemli rol oynar. Toplumların iklim değişikliğine bağlı sağlık tehditlerine karşı kırılganlığı azaltılmalıdır. Bunun için bireysel beslenme ve bağışıklık düzeylerinin iyileştirilmesi, sağlık sisteminin adaptasyon kapasitesinin izlenmesi, afet ve krizlere yanıt verme kapasitesinin güçlendirilmesi gereklidir. Böylece hem bireysel hem de sistem düzeyinde dayanıklılık artırılabilir. Yerel düzeyde önleme ve müdahale stratejileri geliştiren rehber mekanizmalar, ulusal ve uluslararası düzeyde veri paylaşım ağları oluşturulmalıdır. Değişen bir dünya, bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan gelecekteki riskleri değerlendirmek için değişen bir bilim gerektirir. Gelecekteki çalışmaların; demografik, iklimsel ve teknolojik faktörlerin değişen modellerinin patojen ortaya çıkma riskini, dinamiklerdeki değişiklikleri ve küresel yayılmayı nasıl etkileyebileceğini eş zamanlı değerlendirebilmesi gerekir. Araştırmalar hastalık risklerini dikkate alarak küresel bir bakış açısıyla uyumlu olarak planlanmalıdır.[9] Birleşmiş Milletler, öngörülen tehlikelere dayalı müdahaleyi teşvik eden ve tam etki ile karşılaşılmadan önce uygulamaya başlanmasını sağlayan bir yaklaşım olan öngörülü eylem kavramını tanıtarak bu yönde bir adım atmıştır.[10] Ancak, bu yaklaşım ülkeler için maliyet etkin olsa ve toplumların iklim adaptasyonunu kolaylaştırsa bile, iklim krizinin temel nedenini, sera gazı emisyonu seviyesini azaltmayı hedef almamaktadır. Tam anlamıyla insanın doğayla uyum içinde yaşaması, ekolojik sistemdeki rolümüzün ve sorumluluklarımızın gözden geçirilmesini gerektirir.

Özellikle son yıllarda aşı alanında temel bilimler, teknolojik platformlar, uygulama sistemleri ve sosyolojik değerlendirmeler de dahil olmak üzere önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Aşı üretim süreçleri, geçmişten günümüze doğru incelendiğinde; aşıların antijenik bileşenleri giderek daha basit ve spesifik hale gelmiş, bütün patojenlerden protein antijenlerine, DNA ve RNA parçalarına dönüştüğü görülmektedir.[11,12] Antijen parçalarını, hedeflenen bölgelerde spesifik bağışıklık tepkileri uyandırabilen iletim sistemleriyle birleştirerek, mevcut ve ortaya yeni çıkan patojenlere karşı önleyici tepkiler oluşturulabilir. Bu yeni yaklaşım bulaşıcı hastalık etkenlerinden korunmanın haricinde; kronik enfeksiyonlar, immünolojik hastalıklar ve kanserlerde önemli atılımlar için de umut vadetmektedir. Disiplinler arası iş birliği, aşı araştırmalarında anahtar rol oynayabilir. Kuantum teknolojisi; antijen koruyucu epitopların birleştirilmesi yoluyla aşı geliştirmeyi daha da ileriye taşıyacaktır. İmmünolojik parçaların birleştirilmesi, birden fazla patojene karşı koruma sağlamak için çoklu antijen aşılarının tasarlanmasına olanak sağlayacaktır. Çoklu aşı formülasyonları ile tek seferde birçok aşı antijeninin kişilere uygulanması, aşı uygulamaya yönelik zorlukları ortadan kaldırarak toplumun programlara katılımını arttıracaktır.[13,14] Yapay zekanın hızlı gelişimi, akıllı aşı geliştirme hayalini gerçeğe dönüştürme potansiyeline de sahiptir. Bu gelişmeler, aşı araştırma ve geliştirmenin verimliliğini ve kalitesini artırırken, aynı zamanda aşı biliminin geleceği için de bir yol haritası çizmektedir. Yapay zeka, büyük ve çeşitli verilerin analizini yapmak, yeni aşı adayları önermek, aşı programlarını iyileştirmek ve performanslarını tahmin etmek gibi katkılarla bu süreci kolaylaştırabilir. Literatürdeki çalışmalarda yapay zekanın protein dizilerinden bağışıklık tepkisini tahmin etme, adjuvanları keşfetme, aşı dozlarını optimize etme, aşı tedarik zincirlerini modelleme, kamuoyu kabulünü güçlendirme gibi aşı geliştirme ve uygulamanın çeşitli basamaklarında nasıl kullanılabileceğine yönelik çalışmalar mevcuttur. Her ne kadar araştırmalar, teorik aşamada olsa da kuantum biyolojisinde ve yapay zeka teknolojisindeki gelişmeler; önümüzdeki yıllarda aşı üretimi ve uygulamasına yeni bir boyut getirerek, üretilen aşıları daha spesifik ve verimli hale getirecektir.[15–17]

Aşılar ancak kullanıldıkları takdirde işe yarar. Aşıların insan sağlığını korumadaki olağanüstü başarısına rağmen, aşının toplum tarafından kabulünü engelleyen önemli zorluklar bulunmaktadır. Bağışıklık mekanizmalarının eksik ya da yanlış anlaşılmasının yanı sıra; sosyopolitik engeller de herkes için güvenli ve etkili aşılamanın önünde engel teşkil etmektedir. Aşılara erişim kısıtlılığı, en büyük sorunlardan biridir. Sağlık hizmetlerine ulaşımdaki eşitsizlikler, yaşam alanlarının, nüfusun hızlı ve orantısız büyümesine bağlı olarak gelişebilir. Bunun yanısıra özellikle son yıllarda mecburi yer değişimlerine maruz kaldıkları savaş, çatışma ve göçlerden etkilenen insanlar yeni veya yeniden ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar açısından tehtid altındadır. Gazze'de düzenli sunulan sağlık hizmetinin aksaması ile aşıya ulaşamayan çocuklarda; aşı ile elimine edilen enfeksiyonların yeniden görüldüğü bildirilmektedir.[18–20]

COVID-19 pandemisi sağlık acil durumlarına müdahalede küresel ve çok taraflı iş birliğinin, dayanışma ve

eşitlik ilkelerinin önemini ve maalesef uygulamalarda da başarısızlığı ortaya koymuştur. Halk sağlığı acil durumlarını, meydana geldiklerinde, pandemi öncesine göre daha adil ve etkili bir şekilde yönetmek, hızlı karar alma sistemi ve bölgesel hazırlık ve müdahale altyapısına daha fazla yatırım yapılmasını gerektirir. Bölgesel alanların genişlediği ve çoğaldığı son yıllarda, asıl zorluk, bu alanların çok katmanlı bir yönetişim sistemini küresel sağlık acil durum yapılanmasına nasıl entegre edileceğidir. Acil durumları yönetmede bölgesel kuruluşların rolünün değerlendirilmesi ve üye devletlerinin, bölgesel ve uluslararası ortaklarının iş birliğinde faaliyete geçirebileceği sağlam bir kanıt tabanı oluşturulması gerekmektedir. Göz önünde bulundurulması gereken önemli engeller olsa da bölgesel iş birliğini güçlendirmek ve kapasiteleri geliştirmek, bölgelerin sağlık acil durumlarını kendi bağlamlarında duyarlı, uygulanabilir, etkili ve sürdürülebilir yöntemlerle hızlı cevap oluşturabilecekleri yeterlilik ve dayanıklılık düzeyine ulaştırabilir.[21]

Ortalama yaşam süresinin uzaması ile toplumda yaşlı nüfusun artması, bulaşıcı hastalıklara duyarlı ve bu enfeksiyonların sonucunda daha fazla etkilenen nüfusa karşı yapılacak müdahalelerin önemini arttırmaktadır. 60 yaş üstü nüfus oranının 2050 yılına kadar %12'den %22'ye çıkması beklenmektedir. Yaşam boyu bağışıklama ilkesi ile çocukluk çağı aşı takvimi geliştirilip güncelleştirilmelidir. Bu sebeple İleri yaş popülasyonda enfeksiyonların önlenmesi bir halk sağlığı önceliği olmalıdır. Yaşlı yetişkinlerde aşı yanıtlarını iyileştirme ve bağışıklığın devamlılığını sağlama çalışmaları önem kazanmaktadır.[22] Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede; bireysel farklılıklara odaklanmak yerine, yüksek riskli gruplar için hedeflenen müdahaleler geliştirmek, bulaşıcı hastalık yükünün azaltılmasına önemli ölçüde katkıda bulunacaktır.[19]

Aşılamaya şüpheyle yaklaşan sayıları giderek artan bir kitle bulunmaktadır ve bu, mevcut bilgi boşlukları ve bunların üstesinden gelmek için stratejiler konusunda şeffaflık sağlamak üzere bilim insanlarından ve siyasilerden ortak bir yanıt ve kararlılık gerektirmektedir. Bilim insanları, hükümetler ve endüstri arasında yapıcı iş birliği, aşı kararlığını sağlamak için zorunlu olacaktır. Son zamanlarda yaşanan salgınlar, acil bir durumda, farklı teşviklere sahip birçok tarafın aşıların benzeri görülmemiş bir hızda geliştirilmesini ve uygulanmasını sağlamak için bir araya gelebileceğini göstermiştir, ancak aynı zamanda ulusal ve ticari çıkarların bazı zorluklarını da gözler önüne sermiştir. Devletler; bağışıklamanın gerekli olduğunu, bilimin erişilebilir, doğru ve güvenilir olduğunu, aşıya erişimin bir hak olduğunu, yerli aşı üretiminin stratejik öneme sahip olduğunu, insanlara sağlıklı bir yaşam ortamı yaratma sorumluluğu olduğunu bir kez daha kabul etmiştir.[23,24]

Anti-Mikrobiyal Direnç (AMD), bakterilerin birçok ilaç sınıfına uyum sağlaması ile ilaçların etkinliğini tehlikeye atan bir halk sağlığı tehdidi oluşturmaktadır. Antibakteriyel ilaçların aşırı ve yanlış kullanımı; bakteriler üzerinde seçici baskı oluşturmakta ve çoklu dirençli suşları ortaya çıkarmaktadır. Bu durum, yalnızca mevcut antimikrobiyal ajanların azalan etkinliğiyle değil, aynı zamanda etkili yeni moleküllerin sınırlı gelişimiyle de daha da kötüleşmektedir. Yoğun bakım servislerinde direnç, artan maliyetlere, hastanede yatış sürelerinin uzamasına ve tedavi seçeneklerinin sınırlanmasına yol açmaktadır. Bulaşıcı hastalıkların aksine, AMD sessizce ilerlemekte ve sağlık sistemleri için uzun vadeli tehditler oluşturmaktadır. AMD ile mücadelede; enfeksiyon kontrolü, antibiyotik yönetim programları, yeni ilaçların geliştirilmesi ve uygun şekilde kullanımının yer aldığı kapsamlı stratejiler geliştirilmelidir. AMD'nin, patojen genomik çalışmaları, sistemik reform, sürdürülebilir yatırım ve uluslararası iş birliği olmadan azalması pek olası değildir. Daha da önemlisi, tüm ülkelerin veri ve teknolojiye eşit erişiminin sağlanması, veri paylaşımı kritik öneme sahiptir. Etkili stratejiler için kamuoyunun eğitimi ve paydaşlar arasındaki iş birliği çok önemlidir. AMD'ye karşı gelecekteki başarı, antibiyotik yönetimine, antimikrobiyallerde inovasyona ve enfeksiyon kontrolüne yönelik bir paradigma değişimine bağlıdır. AMD'yi etkileyen çevresel faktörlerin anlaşılmasında araştırma boşlukları mevcuttur. Yeni antibiyotik sınıfları, daha hızlı teşhis ve optimize edilmiş ilaç kombinasyonları gelecekteki hedeflerdir. Araştırma, gözetim ve politika geliştirmede küresel iş birliği son derece önemlidir. Bu gizli ama büyüyen tehditle mücadele etmek için acil çaba gösterilmelidir. AMD'yi gerçek bir tehdid olarak kabul etmek, yayılmasını kontrol altına alma ve antibiyotiklerin gelecek nesiller için etkinliğini güvence altına alma yolunda atılacak ilk adımdır.[25–28]

Günümüzde bulaşıcı hastalıklara karşı kısmi bir kontrol içinde güven içinde yaşıyoruz. Bunun sürdürülebilmesi için hem şimdi hem de gelecekte bulaşıcı hastalık tehlike ve riskleri dikkate alınarak çevreye ve insana yönelik temel sağlık hizmetlerinin aksatılmadan sürdürülmesi hayati öneme sahiptir. Ülkemiz iklim değişikliğinden en çok etkilenecek ülkeler arasında olup, hem bulaşıcı hastalıklara karşı kontrol ve önleme çalışmalarını aksatmadan sürdürmesi hem de iklim değişikliğinin olumsuz etkilerini en aza düşürmeye yönelik doğayla uyumlu yönetim ve yaşam pratiği içinde olması gerekir.

KAYNAKLAR

1. Tulchinsky T, Varavikova E. Bulaşıcı Hastalıklar. In: Acar Vaizoğlu S, ed. *Yeni Halk Sağlığı*. 3rd ed. 2019:149-236.
2. *Future Challenges for Infectious Disease Prevention and Control A Strategic Foresight Approach to Enhance European Public Health Preparedness and Resilience*.; 2025. doi:10.2900/4488147
3. Okoroafor I. The Relationship Between Climate Change and The Incidence of Infectious Diseases. *International Research Journal of Natural Sciences*. 2024;12(1):61-81. doi:10.37745/irjns.13/vol12n16181
4. Segala FV, Guido G, Stroffolini G, et al. Insights into the ecological and climate crisis: Emerging infections threatening human health. *Acta Trop*. 2025;262:107531. doi:10.1016/j.actatropica.2025.107531
5. Uhart MM, Sleeman JM. New approaches to wildlife health. *Revue Scientifique et Technique de l'OIE*. 2024;Special Edition:145-151. doi:10.20506/rst.SE.3569
6. Rulli MC, Santini M, Hayman DTS, D'Odorico P. The nexus between forest fragmentation in Africa and Ebola virus disease outbreaks. *Sci Rep*. 2017;7(1):41613. doi:10.1038/srep41613
7. Rulli MC, D'Odorico P, Galli N, Hayman DTS. Land-use change and the livestock revolution increase the risk of zoonotic coronavirus transmission from rhinolophid bats. *Nat Food*. 2021;2(6):409-416. doi:10.1038/s43016-021-00285-x
8. Keesing F, Belden LK, Daszak P, et al. Impacts of biodiversity on the emergence and transmission of infectious diseases. *Nature*. 2010;468(7324):647-652. doi:10.1038/nature09575
9. Worsley-Tonks KEL, Angwenyi S, Carlson C, et al. A framework for managing infectious diseases in rural areas in low- and middle-income countries in the face of climate change—East Africa as a case study. *PLOS Global Public Health*. 2025;5(1):e0003892. doi:10.1371/journal.pgph.0003892
10. *OCHA UNITED NATIONS OFFICE FOR THE COORDINATION OF HUMANITARIAN AFFAIRS*.; 2024. Accessed October 27, 2025. https://www.unocha.org/publications/report/world/ocha-annual-report-2024
11. Fiyouzi T, Reche P. Vaccine design: an introduction. In: Reche P, ed. *Computational Vaccine Design*. Springer US; 2023:1-14.
12. Poria R, Kala D, Nagraik R, et al. Vaccine development: Current trends and technologies. *Life Sci*. 2024;336:122331. doi:10.1016/j.lfs.2023.122331
13. Pollard AJ, Bijker EM. A guide to vaccinology: from basic principles to new developments. *Nat Rev Immunol*. 2021;21(2):83-100. doi:10.1038/s41577-020-00479-7
14. de la Fuente J, Contreras M. Vaccinomics: a future avenue for vaccine development against emerging pathogens. *Expert Rev Vaccines*. 2021;20(12):1561-1569. doi:10.1080/14760584.2021.1987222
15. El Arab RA, Alkhunaizi M, Alhashem YN, Al Khatib A, Bubsheet M, Hassanein S. Artificial intelligence in vaccine research and development: an umbrella review. *Front Immunol*. 2025;16. doi:10.3389/fimmu.2025.1567116
16. Asediya VS, Anjaria PA, Mathakiya RA, et al. Vaccine development using artificial intelligence and machine learning: A review. *Int J Biol Macromol*. 2024;282:136643. doi:10.1016/j.ijbiomac.2024.136643
17. Ge Q, Chen P, Cheng Y, Xiao Y. The long road for vaccine development with difficulties and hopes. *Emerg Microbes Infect*. 2024;13(1). doi:10.1080/22221751.2024.2396886
18. Baker RE, Mahmud AS, Miller IF, et al. Infectious disease in an era of global change. *Nat Rev Microbiol*. 2022;20(4):193-205. doi:10.1038/s41579-021-00639-z
19. Ayorinde A, Ghosh I, Ali I, et al. Health inequalities in infectious diseases: a systematic overview of reviews. *BMJ Open*. 2023;13(4):e067429. doi:10.1136/bmjopen-2022-067429
20. Boussaa S, Dardona Z, Amane M. Challenges and risk factors for infectious diseases in Gaza due to the current conflict. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2025;31(2):127-133. doi:10.26719/2025.31.2.127
21. Rahman-Shepherd A, Aghogho Evaborhene N, Berman A, et al. Establishing the value of regional cooperation and a critical role for regional organisations in managing future health emergencies. *Lancet Glob Health*. 2025;13(3):e585-e592. doi:10.1016/S2214-109X(24)00500-X
22. Ageing and health. WHO. October 1, 2025. Accessed October 27, 2025. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
23. Gonal BN, Dalbanjan NP, Kadapure AJ, Shubham KR, Praveen Kumar SK, Arakera SB. Present and future prospects of vaccines: protecting humanity against emerging and re-emerging infectious diseases. *Indian J Med Microbiol*. 2025;56:100908. doi:10.1016/j.ijmmb.2025.100908
24. Sheinfeld Gorin S. Vaccine Hesitancy and Acceptance: The Present and the Future. *Vaccines (Basel)*. 2024;13(1):31. doi:10.3390/vaccines13010031
25. Sherry NL, Lee JYH, Giulieri SG, et al. Genomics for antimicrobial resistance—progress and future directions. *Antimicrob Agents Chemother*. 2025;69(5). doi:10.1128/aac.01082-24
26. Yoo JH. Antimicrobial Resistance – The 'Real' Pandemic We Are Unaware Of, Yet Nearby. *J Korean Med Sci*. 2025;40(19). doi:10.3346/jkms.2025.40.e161
27. Ferrara F, Castagna T, Pantolini B, et al. The challenge of antimicrobial resistance (AMR): current status and future prospects. *Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol*. 2024;397(12):9603-9615. doi:10.1007/s00210-024-03318-x
28. Puri B, Vaishya R, Vaish A. Antimicrobial resistance: Current challenges and future directions. *Med J Armed Forces India*. 2025;81(3):247-258. doi:10.1016/j.mjafi.2024.07.006

BÖLÜM 4

ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI

Bölüm Editörü: *L. Hilal Özcebe*

Sunuş

L. Hilal Özcebe

Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına dair Sözleşme'sinde yer alan çocukluk tanımında "18 yaş" kriteri bulunmaktadır. Ülkede başka bir tanım olmamasına ilişkin bir ibarede bu tanımda yer almaktadır. Ülkemizde Cumhuriyet'in kuruluşundan itibaren yasalarda çocukluk yaş dönemine ilişkin kesin bir tanım 2005 yılında kabul edilen 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanununa (Resmi Gazete 3.7.2005; Tarih: 15.7.2005 ve Sayı:25876) kadar yapılmamıştır. Daha önceki yıllarda Medeni Kanun ve Türk Ceza Kanununda yapılan bazı ifadelerle çocukluk dönemi kısmen tanımlanmıştır.

Çocukluk dönemi, yaşam boyu en fazla değişimin yaşandığı bir dönemidir. Doğumdan 18 yaşına kadar olan dönemde, bebeklik, okul öncesi dönem, okul dönemi ve ergenlik dönemi olmak üzere farklı büyüme ve gelişme süreçleri yaşanmaktadır. Çocuk Haklarına dair Sözleşme kapsamında "çocukların yaşama, gelişme, katılma ve korunma haklarına ulaşmasında ailenin ve devletin rolleri" tanımlanmaktadır. Devlet, ailenin çocuğun büyüme ve gelişme sürecinde değerlerine saygı gösterilmekle birlikte çocuğun temel haklarına ulaşamamasının değerlendirilmesi halinde, sorumluluğu üstlenmektedir. Sözleşme, ülkede tüm kural ve uygulamalarda "çocuğun üstün yararı" gözetilmesini öngörmektedir. Ülkeler "çocukların tüm haklarına ulaşmasına" ilişkin olan taahhütlerini bu Sözleşme'yi imzalayarak beyan etmektedirler. Ülkemiz de bu Sözleşmeyi 14 Eylül 1990 tarihinde imzalamıştır. Sözleşme'nin onaylanmasının uygun bulunduğuna ilişkin 9 Aralık 1994 tarih ve 4058 sayılı Kanun, 11 Aralık 1994 tarih ve 22138 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Sözleşme'nin onaylanmasına ilişkin 23 Aralık 1994 tarih ve 94/6423 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ve Sözleşme'nin resmi Türkçe çevirisi, 27 Ocak 1995 tarih ve 22184 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Ülkemiz, tüm çocuklarının yaşama, gelişme, korunma ve katılım haklarının devlet tarafından sorumluluğunun almaktadır.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği tarafından yayınlanan bu raporda "Çocuk Sağlığı"na ayrılan bölümde ülke nüfusu içinde çocuk nüfusun payı, yaşama hakkı göstergesi olan mortalite hızları ve nedenleri, sağlık sorunlarına ilişkin durumun sunulması yer almaktadır. Bu alt bölümde ülkemizde çocuk sağlığı hizmetlerine gereksinimi olan nüfus, yaşama hakkına ulaşamayan çocuklar ve sağlık gereksinimlerine ilişkin durumunun sunumu planlanmıştır. Bölümün ikinci başlığında ise "ülkenin çocuk sağlığı politikalarının" irdelenmesi amaçlanmıştır.

Sağlıklı büyüme ve gelişme sürecinde beslenme, fiziksel aktivite ve ruhsal sağlığın korunması ve geliştirilmesi çok önemlidir. Bu bölümde sağlığın geliştirilmesinde temel gereksinimler beslenme ve fiziksel aktivitenin değerlendirilmesine ilişkin göstergelerin, çocukların temel büyüme ve gelişme haklarına erişmelerinin yorumlanmasında önemlidir. Çocukluk döneminde fiziksel büyüme ve gelişmenin yanı sıra psikososyal gelişmenin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Çocukluk dönemi ruhsal sağlık sorunları hem çocukluk döneminde sorun yaşanmasına hem de erişkin döneme yansımaları olması nedeniyle önem taşımaktadır.

Çocukluk, özellikle ergenlik döneminde olan psikososyal büyüme ve gelişmenin yanı sıra sosyal ve toplumsal kural, norm ve değerlerin etkisiyle bağımlılıklar sorunuyla karşılaşılmaktadır. Ülkemizde de madde ve davranışsal bağımlılıklar, tüm dünyada olduğu gibi ergenlik döneminde artmaktadır. Çocukluk ve ergenlikte olan bağımlılıklar hem gelişimsel kapasiteyi olumsuz olarak etkilemekte; hem de ergenin gelecek yaşamında pek çok sosyal ve sağlık sorunuyla karşılaşmasına neden olmaktadır.

Çocuk ve ergenlerin ölüm ve hastalık yükü nedenleri arasında yaralanmalar ilk sıralarda yer almaktadır. Ülkemizde çocuk ve ergenlerde olan yaralanma örüntüsünün, önlemeye ilişkin müdahalelerin ele alınması

için önem taşımaktadır. Çocuk ve ergenlere yönelik istismar ve ihmal yine önemli bir çocuk hakları ihlalidir. Son yıllarda dijitalleşmeyle birlikte farklı ortamlarda şiddet ve istismar ortaya çıkmaktadır. Çocuk ve ergenlerin yaşam ortamlarındaki koşullar nedeniyle şiddete maruz kalması ya da şiddet davranışları göstermesinin irdelenmesi, çocukların korunma hakları açısından önemlidir. Özellikle kasıtlı olan yaralanmaların hem yaralanma boyutunda karşımıza çıkması hem de ruhsal sağlık boyutunun olması söz konusudur.

Ülkemizde ergenlik döneminde cinsel haklar ve üreme haklarına erişim oldukça göz ardı edilen konulardan birisidir. Çocuk Haklarına dair Sözleşme ülke raporlarına gelen eleştiriler arasında "ergenlerin cinsel haklar ve üreme hakları kapsamında bilgilenme hakkına erişmelerine ilişkin sorunlar olduğu" yer almaktadır. Bunun yanı sıra cinsel hayatın erken yaşlarda başlaması da önemli bir hak ihlalidir. Kız çocuklarının cinsel sağlık ve üreme sağlığı, aynı zamanda bir kadın sağlığı konusu olarak da değerlendirilmektedir. Bu nedenle bu rapor içinde farklı bölümlerde benzer konuların ele alınması bir zorunluluk ortaya çıkmaktadır.

Okulların, çocukların yaşamlarında önemli yeri bulunmaktadır. Aileyle olan yaşamdan kurumsal bir yaşam alanına giren çocukların toplumdaki davranış kurallarını öğrendikleri okullar, sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması açısından da önemlidir. Çocukların gün boyu bulundukları okulların fiziksel yapıları kadar sosyal ortamlarının da onların gelişmesi açısından önem taşımaktadır.

Ülkemizde giderek önemli bir sorun olarak ortaya çıkan "çocukların suça sürüklenmesi", aile, sosyal kırılganlıkların ve sistemin yetersizliğinin bir göstergesidir. Çocuk Haklarına dair Sözleşme'yi imzalayan bir ülke olarak aile içinden başlayarak çocukların sağlıklı ve olumlu sosyal çevre içinde yaşamasına ilişkin hizmetlerin sunulması gerekmektedir. Kitabın bu bölümünde suça sürüklenmenin nedenleri, boyutları ve önlenmesine ilişkin görüşlerimiz de yer almaktadır.

Çocukluk dönemi yaşamın önemli bir evresidir. Bu dönem içinde farklı kırılganlıklar büyüme ve gelişme sürecini önemli düzeyde etkilemektedir. Engellik gibi fiziksel ve mental bir sorun olması, göçmen ya da mülteci olma, sanayi ya da tarımda çalışma yaşamında olma, mevsimlik tarım işçisi ailesinin olması, ailesi tarafından terk edilmiş ya da ailesinin farklı nedenlerle olmaması durumunda olma, farklı cinsel yönelimlerinin olması, etnik farklılıklar ve bunun gibi çok farklı sosyal incinebilir koşullarda olan alt grupta yer alınması çocuk haklarına erişimde farklı engellerle karşılaşmasına neden olmakta, ayrıca sağlıkla gereksinimlerinin farklılaştırmasına neden olmaktadır. Bu raporda farklı bölümlerde incinebilir ortamlarda yaşayan çocuk ve gençlerin sağlık gereksinimleri ve sorunlarına ilişkin bölüm olması, bu bölümde alt bölüm olarak yer verilmemiştir.

Çocuklara yönelik sunulan koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yer almaktadır. Çocukların hastalıklarının tanı ve tedavisinde birinci basamak ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden yararlanılmaktadır. Sağlık sisteminde olan örgütlenme modeli tüm bireyleri olumlu ya da olumsuz olarak etkileyebilmektedir; bu nedenle hizmet modeli, karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerilerine ilişkin bir durum analizi bu bölümde yer almamaktadır.

Türkiye'de 2020-25 Arası Dönemde Çocuk ve Ergen Nüfusun Sosyodemografik Dağılımı, Hastalık ve Ölüm Göstergelerindeki Değişimler

Burcu Tokuç

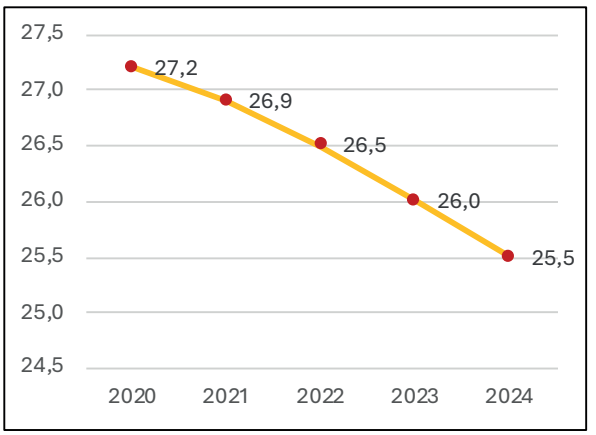
1. Türkiye'de Çocuk ve Ergen Nüfus 2020-2025

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerine göre Türkiye'de çocuk nüfusu (0-17 yaş) 2020 yılında 22.750.657'den (%27,2) 2024 yılında 21.817.061'e düşmüş ve %25,5 olarak gerçekleşmiştir (**Şekil 1**).[1]

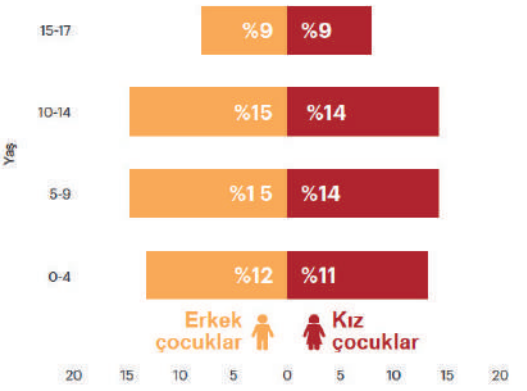
TÜİK ADNKS 2024 rakamlarına göre 0-17 yaş grubu çocuk nüfusun %49'unu (10 624331) kız çocuklar oluşturmaktadır, 0-17 yaş çocuk nüfusun yaş gruplarına göre yapısı **Şekil 2**'de görülmektedir.[1]

İllere göre çocuk nüfus oranı **Şekil 3**'te gösterilmiştir. ADNKS sonuçlarına göre 2024 yılında toplam hane halkı sayısı 26 milyon 599 bin 261 olmuş, hanelerin %42,8'inde 0-17 yaş grubunda en az bir çocuk bulunduğu görülmüştür. Bu hanelerin illere göre dağılımı incelendiğinde, 0-17 yaş grubunda en az bir çocuk bulunan hane halkı oranının en yüksek olduğu ilin %68,5 ile Şanlıurfa, en düşük olduğu ilin %28,2 ile Tunceli olduğu görülmüştür. Hanelerin %19'unda 0-17 yaş grubunda bir çocuk, %14,6'sında iki çocuk, %6'sında üç çocuk, %2'sinde dört çocuk ve %1,1'inde beş ve daha fazla çocuk bulunmaktadır.[1]

Yaş grubu 15-64 olan her 100 kişi başına düşen, 0-14 yaş grubundaki çocuk sayısını ifade eden çocuk bağımlılık oranı ADNKS sonuçlarına göre 2024 yılında %30,6 olarak gerçekleşmiştir. 2035 yılından itibaren çocuk bağımlılık oranı, yaşlı bağımlılık oranının geri-



Şekil 1. Türkiye'de çocuk nüfus oranı 2020-2024 (%)[1]



Şekil 2. 0-17 yaş grubu çocuk nüfusun yapısı, 2024[2]



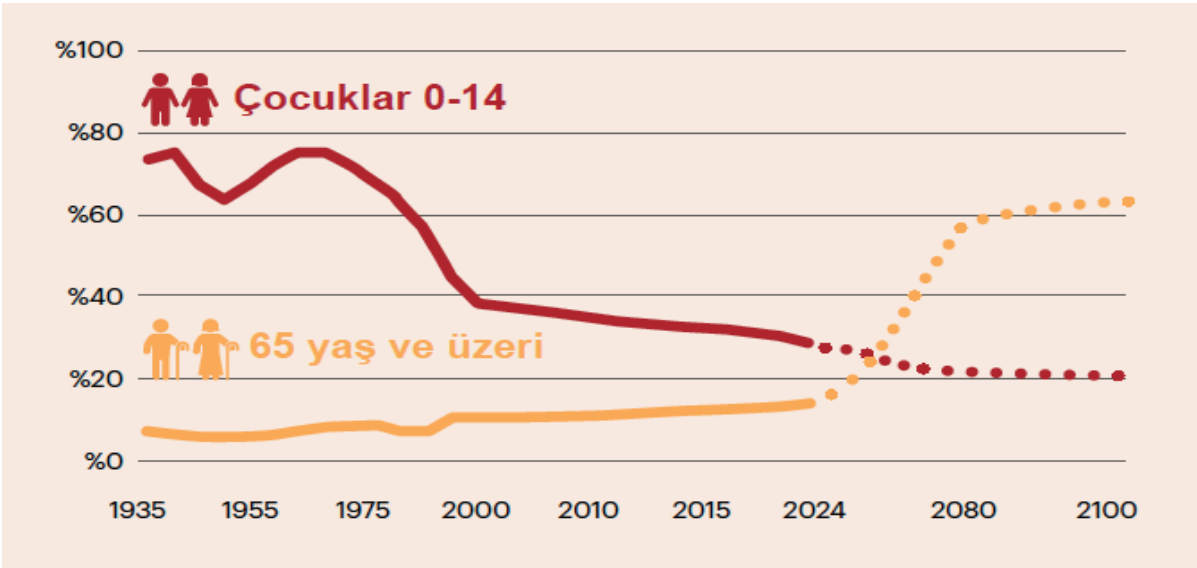
Şekil 3. İllere göre çocuk nüfusun toplam nüfus içindeki oranı (%), 2024[2]

sinde kalacağı tahmin edilmektedir (**Şekil 4**).[2] Ancak, nüfusun artışı da göz önüne alındığında çocuk nüfusun mutlak sayısında çok büyük bir düşme olmayacağı bilinmektedir. Yani hedef nüfusa yönelik hizmetlerde büyük bir azalma olması beklenmemektedir.

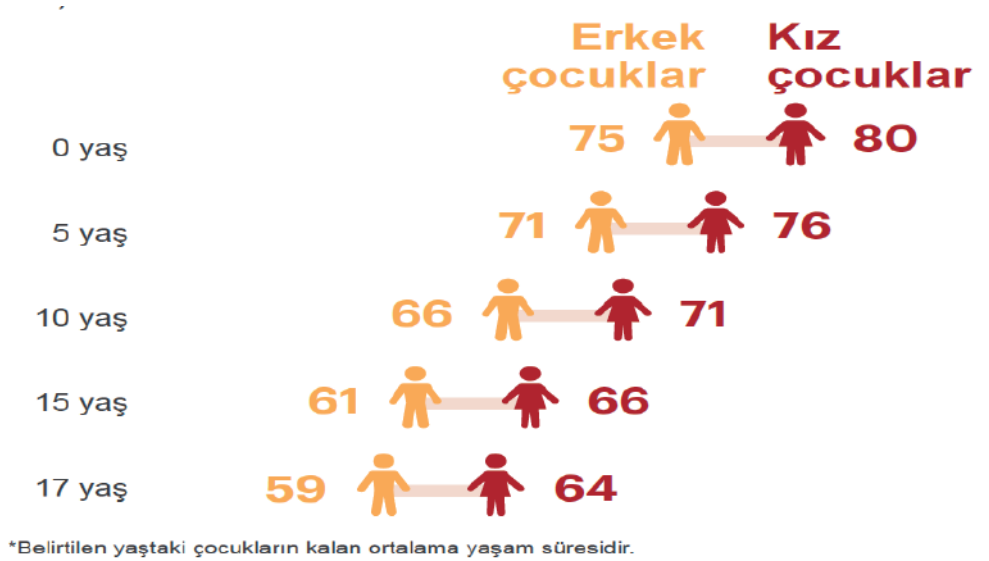
Hayat Tabloları, 2021-2023 sonuçlarına göre, Türkiye'de 7 yaşına ulaşan bir çocuğun kalan yaşam süresinin ortalama 71,3 yıl, bu sürenin erkek çocuklar için 68,7 yıl ve kız çocuklar için 73,9 yıl olduğu görülmektedir. Çalışma çağının başlangıcı olan 15 yaşındaki çocuklar için bu süre 63,5 yıldır ve erkek çocuklar için bu süre 60,9 yıl iken kız çocuklar için 66,1 yıl olarak hesaplanmıştır (**Şekil 5**).[2]

1.1. Türkiye'de Çocuk ve Ergen Mortalitesi 2020-2025

Çocukluk çağı ölüm hızları ülkelerin gelişmişlik düzeyini, ekonomik ve sosyokültürel kalkınmanın sağlığa yansımalarını gösteren en önemli demografik göstergelerdir. Çocuk ölümlerinin azaltılması Birleşmiş Milletler'in (BM) Binyıl Deklarasyonu ile Binyıl Kalkınma Hedeflerinin 8 ana temasından biri olarak belirlenmiş, bu deklarasyon Türkiye tarafından da imzalanmıştır.[3] Hedeflerin sağlanmasındaki yetersizlikler nedeniyle hazırlanmış olan BM Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde de çocuk ölümleri önemli bir başlık olarak varlığını sürdürmektedir.[3]



Şekil 4. Türkiye'de yaş bağımlılık oranı (Toplam nüfusun yüzdesi olarak)[2]



Şekil 5. Türkiye'de çocukların beklenen yaşam süreleri*, 2021-2023[2]

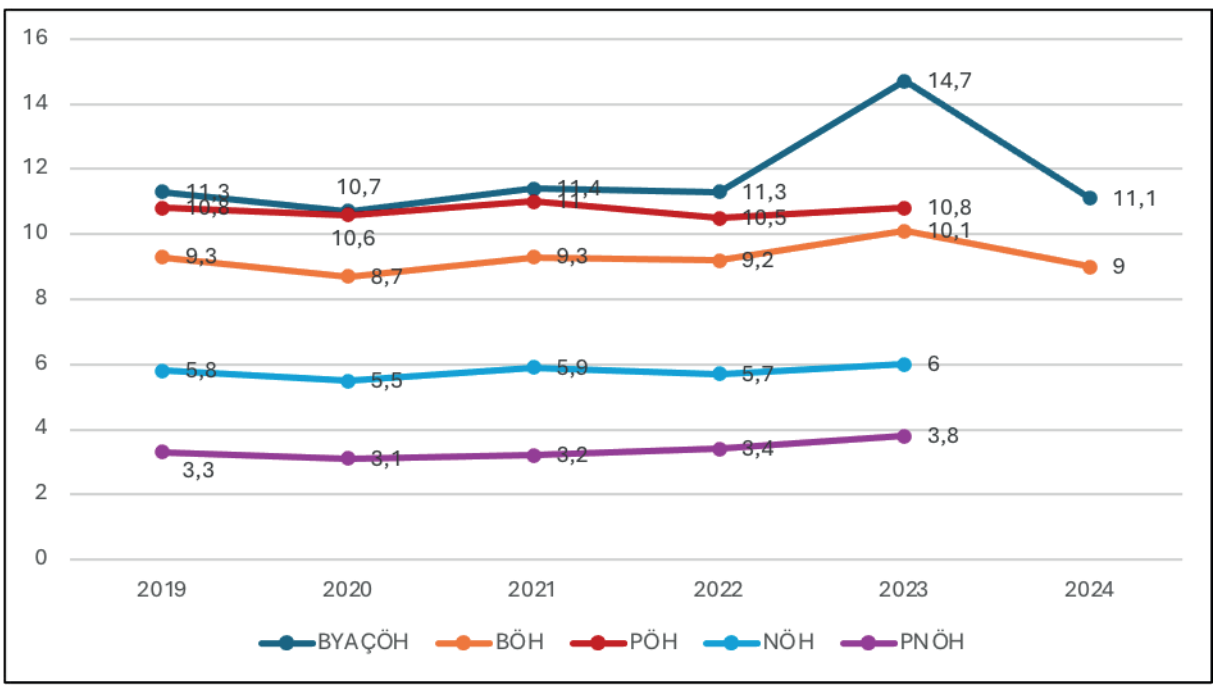
Ölüm nedenleri 0-4 yaş grubunda yaşa göre farklılık göstermesi nedeniyle 5 alt gruba ayrılarak incelenecektir.

1.1.1. Perinatal Ölümler

Türkiye'de perinatal ölüm hızı (PÖH) son beş yılda çok büyük farklılık göstermemiştir (**Şekil 6**).[3-7] Ancak PÖH ülkemizde bölgeler arasında farklılık göstermektedir, 2023 yılı verilerine göre, İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması-1 (İBBS) bölgelerine göre en yüksek PÖH Ortadoğu Anadolu Bölgesinde (Binde 13,2), en düşük PÖH Doğu Karadeniz ve Doğu Marmara Bölgesinde (Binde 9,4) tespit edilmiştir.[7]

1.1.2. Bebek Ölümleri

Ülkemizde 2024 yılında canlı doğan her bin bebekten 9'u bir yaşını görememiştir.[8] Bebek ölüm hızı (BÖH)



Şekil 6. Türkiye'de 0-4 yaş çocuk ölüm hızları, 2019-2024 (Bin canlı doğumda)[3-8]

BYAÇÖH: Beş yaş altı çocuk ölüm hızı; BÖH: Bebek ölüm hızı; PÖH: Perinatal ölüm hızı; NÖH: Neonatal ölüm hızı; PNÖH: Postneonatal ölüm hızı

2023 yılında bir artış gösterse de son 5 yılda binde 9 civarında seyretmiştir (**Şekil 6**).[3-8] Bebek ölüm hızlarında bölgeler arası eşitsizlikler 2019-2023 yıllarında da devam etmiştir, en yüksek BÖH Güneydoğu Anadolu Bölgesinde (2019 binde 13,5; 2023 binde 14,9), en düşük BÖH Doğu Marmara Bölgesinde (2019 binde 7,0; 2023 binde 6,7) gözlenmiştir. 2023 yılı illere göre BÖH **Şekil 7**'de görülmektedir.

Türkiye'de BÖH son 15 yılda çok az düşüş görülmesine karşın kayda değer bir değişim göstermemiştir.[8] Bu trend 2023 yılında 6 Şubat 2023 depremlerinin de etkisiyle yükselmiştir. Türkiye sağlık sistemi afetlere ve olağandışı durumlara dirençli değildir. Deprem sonrası sağlığın toplumsal belirleyicilerinde oluşan kötüleşmenin yanı sıra, yıkılan sağlık kuruluşları, azalan sağlık çalışanı sayısı, sağlık çalışanlarının demotivasyonu ve kötü sağlık yönetimi nedeniyle depremde sağ kalan bebekler de deprem sonrası doğan bebekler de yaşatılamamıştır (**Tablo 1**).

Ancak, Türkiye'de 2023 yılında bebek ölümlerindeki artış, Şubat-2023'te yaşanan depremlerden de bağımsız görünmektedir. Depremlerde en çok ölümün yaşandığı 5 il (Hatay, Adıyaman, Kahramanmaraş, Gaziantep, Malatya) dışarıda bırakıldığında dahi 45 ilde bebek ölüm hızının arttığı görülmektedir (**Tablo 2**).[9]

Bebek ölümlerindeki artış, 2020-2022 yılları arasında yaşanan COVID-19 pandemisinden de etkilenmemiş görünmektedir (**Tablo 2**).

Bu sonuçlar bize Türkiye'nin bebek ölüm hızını azaltmadaki başarısızlığının yapısal ve sistemsel bir sorun olduğunu düşündürmektedir. Sağlık hizmetlerinin kötü yönetimi, anne ve çocuk sağlığına yönelik koruyucu hizmetlerin kapsamındaki daralma ve bu hizmetlerin verilmesine yönelik politik isteksizlik ve kararsızlık bu sonucu doğurmuş görünmektedir.

Ülkemizde 2024 yılında ölen bebeklerin annelerinin %53,6'sı 8 yıl ve daha az eğitimli olan annelerdir (**Tablo 3**).[8]

Sağlık Bakanlığı (SB), TÜİK ve uluslararası kaynaklarda ülkemizde bebek ölümlerinin nedenleri ve risk faktörleri ile ilgili 2020-2024 yıllarına ait veriye ulaşılamamıştır.



Şekil 7. İllere göre bebek ölüm hızları (Bin canlı doğumda), 2023[7]

Tablo 1. Şubat-2023 Depremlerinde En Çok Ölümün Yaşandığı İllerde Bebek Ölüm Hızının Değişimi[9]

İl	2009	2018(1)	2022(r)	2023	Artış (%)
Türkiye	13,9	9,3	9,2	10,0	8,7
Gaziantep	21,4	15,6	15,9	17,7	11,3
Adıyaman	17,3	10,7	10,8	23,0	113,0
Kahramanmaraş	14,4	11,6	9,0	20,8	131,1
Hatay	13,5	10,0	10,7	20,3	89,7
Malatya	20,4	10,4	7,0	11,5	64,3

Tablo 2. COVID-19 Pandemisi ve Şubat-2023 Depremlerinin Bebek Ölüm Hızına Etkisi

	BÖH Azalmış	BÖH Sabit kalmış	BÖH Artmış	Toplam
2022-2023 Değişimi (Şubat-2023 Depremleri etkisi)	29	2	50	81
2019-2023 Değişimi (COVID-19 Pandemisi etkisi)	39	1	41	81

Tablo 3. Ölen bebeklerin anne ve babanın eğitim durumları, 2023[8]

Öğrenim Durumu	Anne n (%)	Baba n (%)
Okuma yazma bilmeyen	185 (2,2)	35 (0,4)
Okuma yazma bilen fakat bir okul bitirmeyen	485 (5,7)	162 (1,9)
İlkokul mezunu	693 (8,2)	476 (5,6)
İlköğretim, ortaokul veya dengi okul mezunu	3.179 (37,5)	3.137 (37,0)
Lise veya dengi okul mezunu	2.020 (23,8)	2.603 (30,7)
Yüksek öğretim	1.763 (20,8)	1.788 (21,1)
Bilinmeyen	150 (1,8)	274 (3,2)

1.1.3. Yenidoğan (Neonatal) Ölümleri

Türkiye'de her bin yenidoğandan 6'sı yaşamını yitirmiştir ve son beş yıldır bu oran çok fazla değişmemiştir (**Şekil 6**).[3-7] Bölgeler arası eşitsizlikler 2023 yılında yenidoğan ölümlerinde de gözlenmektedir, en yüksek yenidoğan ölüm hızı binde 8,5 ile Güneydoğu Anadolu bölgesinde gözlenirken, en düşük binde 4,1 ile Doğu Marmara bölgesinde gözlenmiştir (**Şekil 8**).[7]

Sağlık Bakanlığı (SB), TÜİK ve uluslararası kaynaklarda ülkemizde yenidoğan ölümlerinin nedenleri ve risk faktörleri ile ilgili 2020-2024 yıllarına ait veriye ulaşılamamıştır.

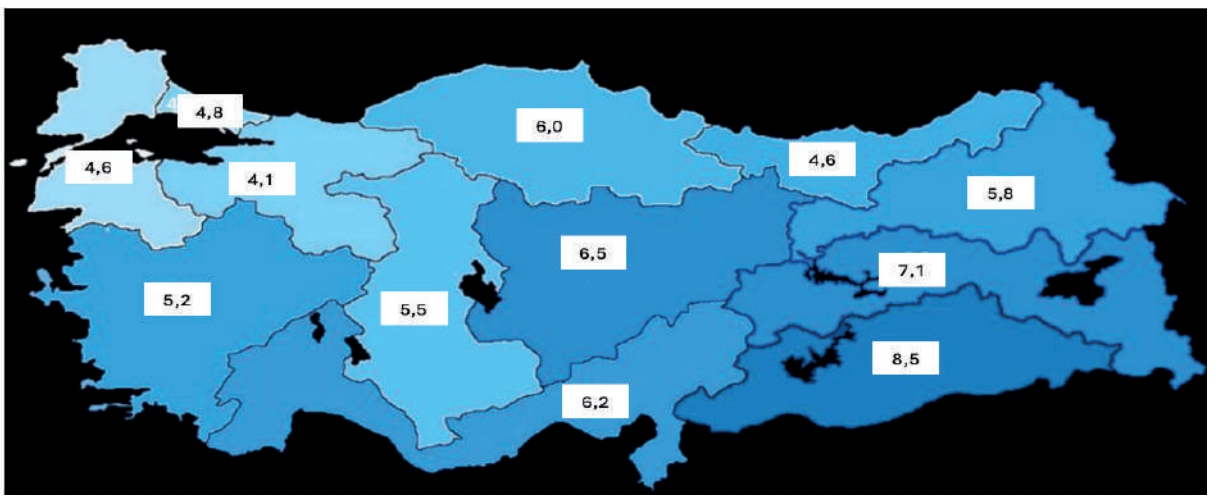
1.1.4. Yenidoğan Sonrası (Post Neonatal) Ölümleri

Post neonatal ölümler ülkemizde 2019 yılında bin canlı doğumda 3,1 iken, 2023 yılında binde 3,8'e yükselmiştir (**Şekil 6**).[3-7] Bölgeler arası eşitsizlik postneonatal ölümlerde de gözlenmektedir. İstanbul Bölgesi'nde bin canlı doğumda 2,2 ile en düşük hız gözlenirken Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde bin canlı doğumda 6,4 ile en yüksek hız gözlenmektedir (**Şekil 9**).[7]

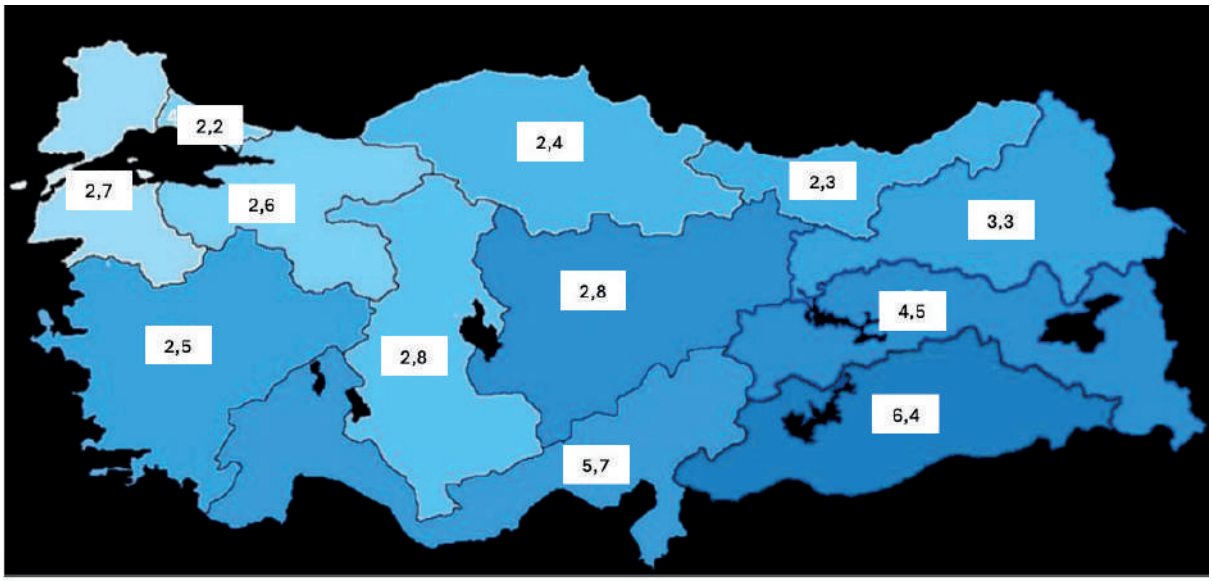
Sağlık Bakanlığı (SB), TÜİK ve uluslararası kaynaklarda ülkemizde yenidoğan sonrası ölümlerinin nedenleri ve risk faktörleri ile ilgili 2020-2024 yıllarına ait veriye ulaşılamamıştır.

1.1.5. Beş Yaş Altı (0 – 4 Yaş) Çocuk Ölümleri

Ülkemizde beş yaş altı çocuk ölüm hızı (BYAÇÖH) 2019 yılından bu yana 2023'teki yükselişi dışında (6 Şubat 2023 depremleri nedeniyle) bin canlı doğumda 11 civarında seyretmiştir (**Şekil 6**).[3-8] Bölgeler arası eşitsizlikler 2023 yılı istatistiklerinde BYAÇÖH'da da



Şekil 8. İBBS-1 Bölgelerinde yenidoğan ölüm hızları (Bin canlı doğumda), 2023[7]



Şekil 9. İBBS-1 Bölgelerinde yenidoğan sonrası ölüm hızları (Bin canlı doğumda), 2023[7]

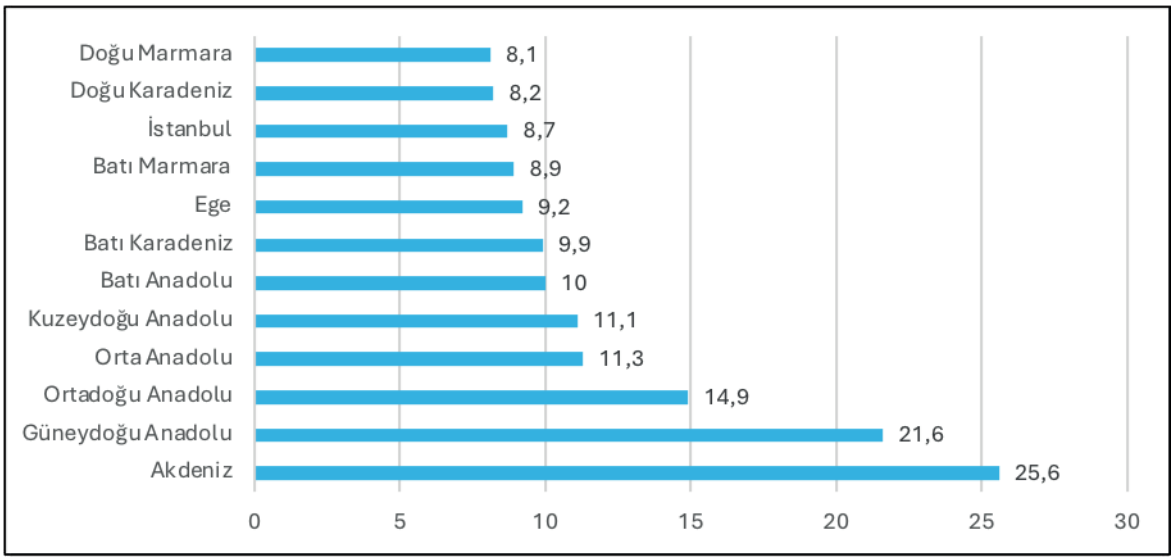
gözlenmektedir (**Şekil 10**).[7] Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde yer alan 11 ilde, 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen depremler nedeniyle her iki bölgede BYAÇÖH çok yükselmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü, Küresel Sağlık Gözlemevi'nden (WHO – Global Health Observatory) elde edilen verilere göre 2021 yılında ülkemizde beş yaş altı çocuk ölümlerinin başlıca nedenleri; konjenital anomaliler (%31,9), prematürite (%26,1), doğum asfiksisi ve doğum travmaları (%5,4), sepsis ve diğer enfeksiyonlar (%4,9), yaralanmalar (%4,7), alt solunum yolu enfeksiyonları (%4,5) ve diğer nedenler (%21,7)'dir (**Şekil 11**).[11]

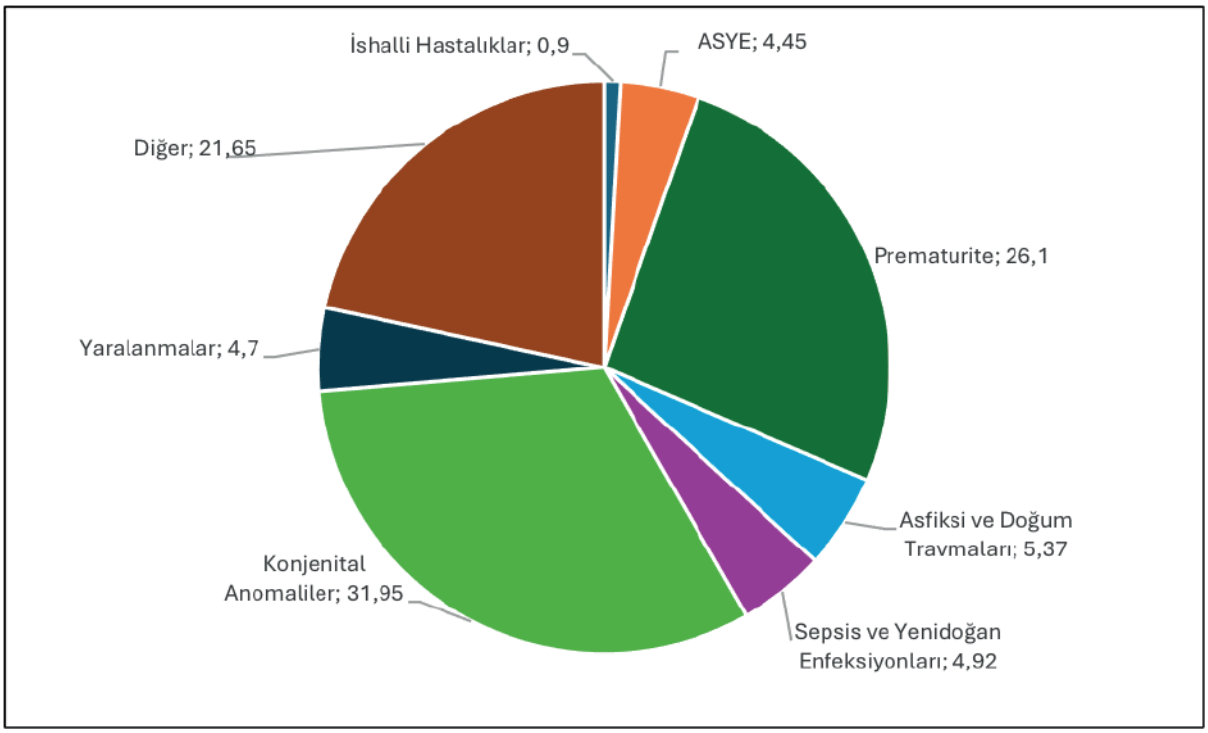
1.1.6. 0-17 Yaş Çocuk Ölümleri

Ülkemizde 0-17 yaş çocuk ölümlerinin tüm ölümlere oranı 2020 yılında %3,08 iken, 2024 yılında %2,98 olarak gerçekleşmiştir. 0-17 yaş çocuk ölüm hızı ise 2020'de binde 0,69 iken 2024'te binde 0,67 olarak gerçekleşmiştir (**Şekil 12**).[12]

2023 yılında meydana gelen depremler nedeniyle çocuk ölüm oranı %5,25'e, 0-17 yaş çocuk ölüm hızı binde 1,25'e yükselmiştir.[1,12] Yaş grubuna ve seçilmiş ölüm nedenlerine göre 2023 yılı çocuk ölümleri **Tablo 4**'te görülmektedir. Ülkemizde 2023 yılında yaşanan depremler nedeniyle yaralanmalar dışarıda bırakıldığında en yüksek ölüm sinir sistemi hastalıkları nedeniyle,



Şekil 10. İBBS-1 Bölgelerinde beş yaş altı çocuk ölüm hızları (Bin canlı doğumda), 2023[7]



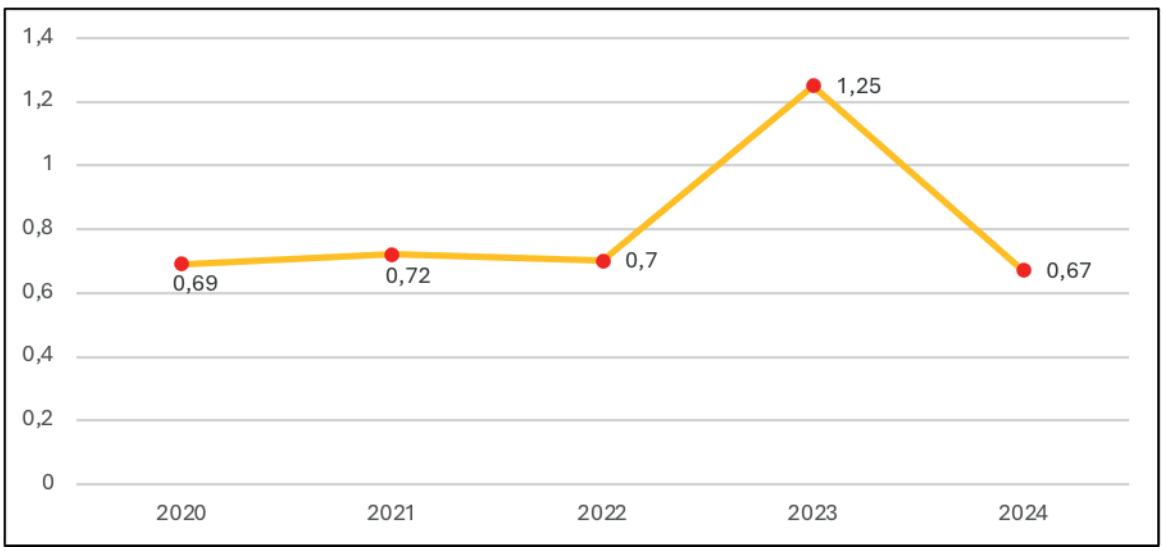
Şekil 11. Türkiye'de beş yaş altı çocuk ölümlerinin başlıca nedenleri, 2021[11]

ikinci sırada iyi huylu ve kötü huylu tümörler nedeniyle, üçüncü sırada dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle meydana gelmiştir.

TÜİK'in açıkladığı rakamlara göre 2020-2024 yılları arasında tüm COVID-19 ölümlerinde 0-17 yaş çocuk ölümlerinin oranı çok düşüktür (1000 COVID-19 ölümünde 0-17 yaş çocuk ölüm oranı 2020'de 1,12; 2021'de 1,69; 2022'de 1,72; 2023'te 1,74; 2024'te 0'dır).

1.2. Türkiye'de Çocuk ve Ergen Morbiditesi, 2020-2025

TÜİK Çocuk Sağlığı ve Yoksunluğu 2024 Araştırmasında anneler, bakım verenler ve çocuklardan alınan bilgilere göre çocukların %94,5'i sağlık durumunu çok iyi ya da iyi olarak tanımlamıştır. Çocukların 2024 yılında algıladıkları sağlık durumu **Tablo 5**'te özetlenmiştir.[13]



Şekil 12. Türkiye'de 0-17 Yaş Çocuk Ölüm Hızı (Binde), 2020-2024[1, 12]

Tablo 4. Türkiye'de ölüm nedeni ve yaş grubuna göre çocuk ölümleri, 2023[12]

Ölüm Nedeni	1-4 Yaş (%)	5-14 Yaş (%)	15-17 Yaş (%)
Enfeksiyon ve Parazit Hastalıkları	2,29	0,97	0,84
İyi Huylu ve Kötü Huylu Tümörler (Malign ve Benign Neoplazmlar)	3,39	3,74	4,21
Kan ve Kan Yapıcı Organların Hast. ve İmmün Sistem Bozuklukları	1,42	0,52	0,51
Endokrin (İç Salgı Bezi), Beslenme ve Metabolizmayla İlgili Hastalıklar	2,36	0,94	0,59
Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları	6,84	4,24	4,08
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	3,09	1,88	2,25
Solunum Sistemi Hastalıkları	4,23	1,53	1,23
Sindirim Sistemi Hastalıkları	1,03	0,42	0,4
Genitoüriner Sistem Hastalıkları	0,5	0,52	0,24
Konjenital Bozukluklar ve Kromozomlarla İlgili Anomaliler	4,35	0,8	0,51
Semptomlar, Belirtiler, Kötü Tanımlanmış Nedenler	1,69	0,71	0,99
Dışsal Yaralanma Nedenleri ve Zehirlenmeler	60,45	78,14	73,78
Diğer (Zihinsel, Deri, Kas, Gebelik, Perinatal Dönem Kaynaklı vb. Hast)	0,21	0,18	0,19
Bilinmeyen	8,15	5,41	10,14

TÜİK Çocuk Sağlığı ve Yoksunluğu 2024 Araştırması sonuçlarında, çocukların %96,5'inin son altı aydır yaşanan bir sağlık problemi nedeniyle günlük faaliyetlerinin sınırlanmadığı belirlenmiştir. Sağlık durumu "kötü veya çok kötü" olan çocukların %53,7'sinin son 6 aydır yaşanan bir sağlık problemi nedeniyle günlük faaliyetlerinin çok sınırlandığı, %40,9'unun faaliyetlerinin sınırlandığı, %5,4'ünün ise faaliyetlerinin sınırlanmadığı belirlenmiştir (**Tablo 6**).[13]

Türkiye Sağlık Araştırması 2022 raporunda, aile beyanlarına dayalı olarak son 6 ay içinde, 0-6 yaş grubunda %31,3 ile en çok üst solunum yolu enfeksiyonları görülmüştür (**Şekil 13**). Bunu sırasıyla, %29,4 ile ishalli hastalıklar ve %6,9 ile alt solunum yolu enfeksiyonları izlemiştir. Aynı raporda, 7-14 yaş grubunda da %27,1 ile üst solunum yolu enfeksiyonları ilk sırada yer almış, bunu sırasıyla; %19,8 ile ishalli hastalıklar ve %11,2 ile ağız ve diş sağlığı sorunları ilk üç sırada yer almıştır (**Şekil 14**).[14]

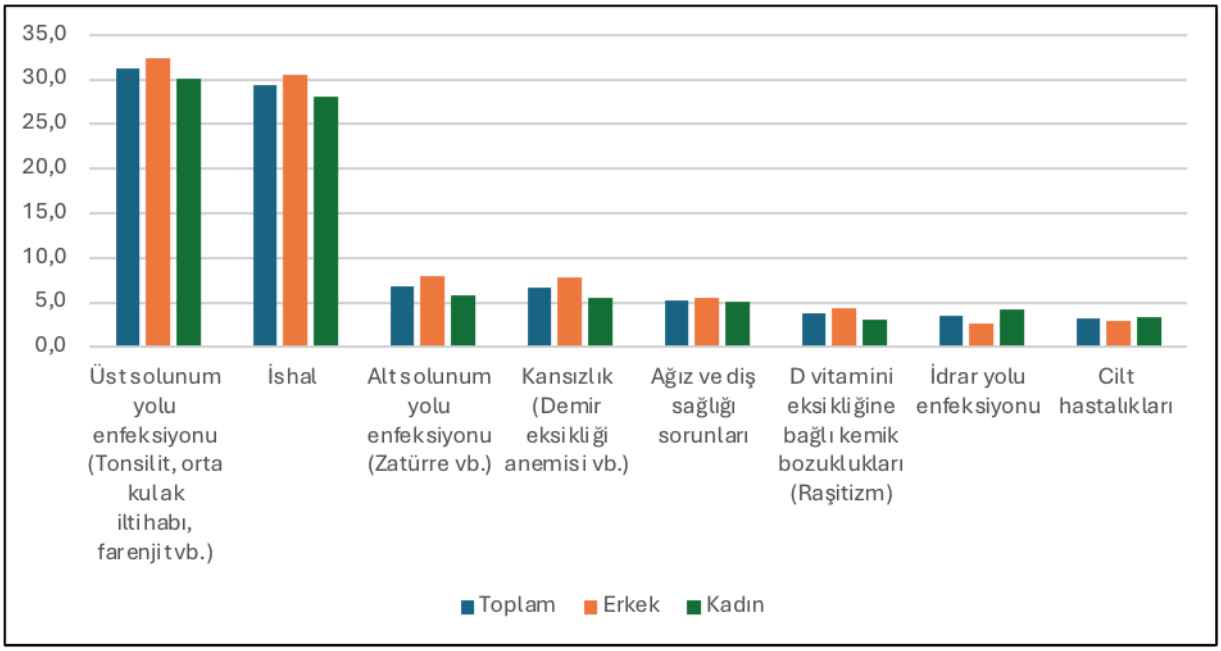
Türkiye Çocuk Araştırması 2022'de ailelerim beyanlarına göre çocukların %10,4'ü son 6 ay içinde herhangi bir kronik hastalık alevlenmesi yaşamıştır. Çocukların %5,4'ünde solunum sistemi hastalıkları, %0,7'sinde kalp hastalıkları, %0,7'sinde kas iskelet sistemi hastalıkları, %0,7'sinde beslenme ile ilgili kronik hastalıklar olduğu belirlenmiştir. Aileler, çocukların %6,5'inin yaşadığı kronik hastalıktan dolayı son 6 ay içinde günlük yaşamı etkilendiğini belirtmişlerdir.[15]

Tablo 5. Türkiye'de çocukların genel sağlık durumu (%), 2024[13]

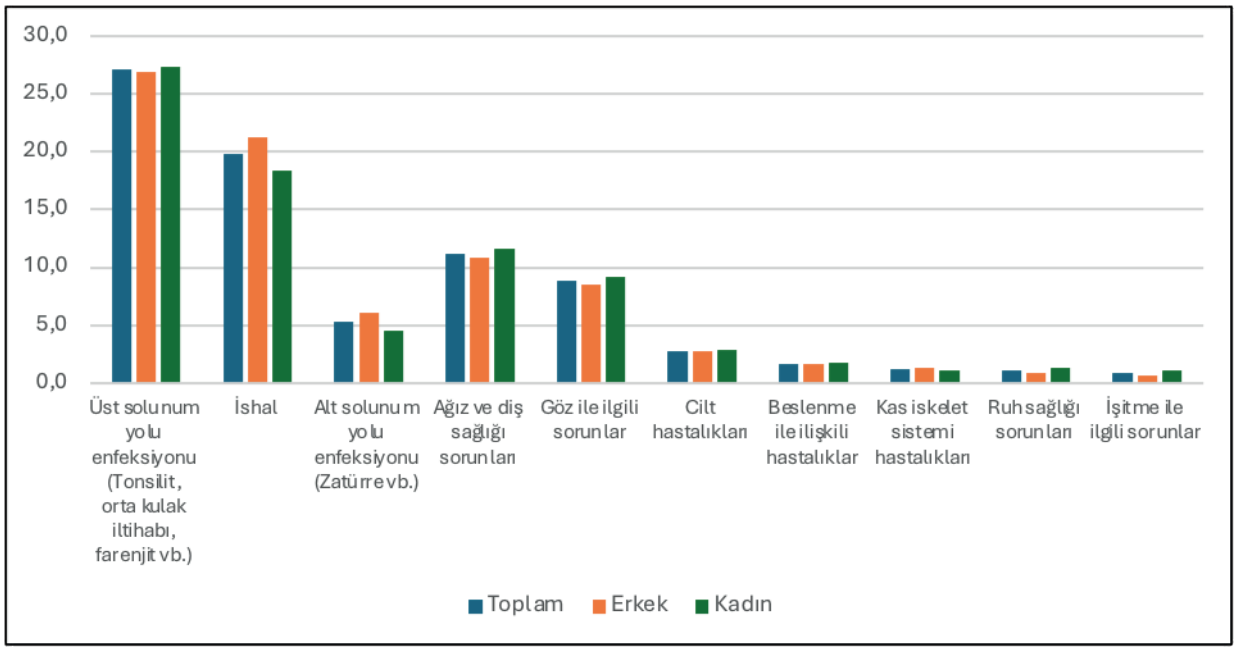
	5 Yaş Altı (%)	6-11 Yaş (%)	11-15 Yaş (%)	Toplam (%)
Çok iyi/iyi	95,1	94,7	93,5	94,5
Orta	4,1	4,4	5,5	4,6
Kötü/çok kötü	0,7	0,9	1,0	0,9

Tablo 6. Son 6 aydır çocuklarda sağlık problemi nedeniyle faaliyetlerinde sınırlama olma durumu (%), 2024[13]

	Çok iyi/iyi (%)	Orta (%)	Kötü/çok kötü (%)	Toplam (%)
Çok sınırlandı	-	4,7	53,7	0,7
Sınırlandı	0,1	51,1	40,9	2,8
Sınırlanmadı	99,9	44,3	5,4	96,5



Şekil 13. 0-6 yaş grubu çocukların başlıca sağlık sorunları (%), 2022[14]



Şekil 13. 7 – 14 yaş grubu çocukların başlıca sağlık sorunları (%), 2022[14]

Türkiye Çocuk Araştırması 2022'de 0-17 yaş çocukların %26,7'sinin araştırma öncesi son iki haftada bir sağlık sorunu yaşadığı halde tedavi alamadığı beyan edilmiştir. Sağlık sorunu yaşayan çocukların %79,7'si için ebeveynler ya da bakım verenler tarafından tedavi gerekli görülmediği, %8,4'ü için randevu alınamadığı ve %4,1 içinde ekonomik nedenler gerekçe gösterilmiştir. [15] Sağlık bakımı alan çocukların %33,4'ü aile sağlığı merkezlerine, %46,2'si, devlet/şehir hastanelerine, %4,6'sı üniversite hastanelerine, %15,4'ü özel sağlık kuruluşlarına başvurmuştur.[15]

Anneler ve bakım verenlerden alınan bilgiye göre, Türkiye'de 2022 yılında 0-17 yaş çocukların %10,6'sının herhangi bir işlevsel zorluğu olduğu, %13,1'inin gözlük kullandığı, %2,2'sinin işitme cihazı kullandığı ve %1'inin yürümeye yardımcı ekipman kullandığı belirlenmiştir.[14]

Türkiye'de Verem Savaşı 2021 Raporu'nda 2020 yılında ülkemizde 0-4 yaş grubunda tüberküloz (Tbc) insidans hızı yüz binde 2,4 ve 5-14 yaş grubunda ise yüz binde 1,8 olarak açıklanmıştır.[16] DSÖ Küresel Tüberküloz Raporu 2024'te Türkiye'de bildirilen Tbc insidans hızı 0-4 yaş grubu için yüz binde 2,36 ve 5-14 yaş grubu için yüz binde 3,19 olarak belirtilmiştir. Türkiye için tahmin edilen Tbc insidans hızı ise 0-4 yaş yüz binde 2,29, 5-14 yaş yüz binde 3,84 olmuştur.[17]

Sonuç olarak;

Türkiye çocuk sağlığı açısından 2020-2025 döneminde iki büyük kriz yaşanmıştır. COVID-19 pandemisi genellikle dolaylı ve sistemik etkilerle çocuk sağlığını zorlarken, 2023 depremleri doğrudan can kayıplarına ve deprem bölgesinde bebek/çocuk ölüm hızlarında çarpıcı artışlara neden olan akut bir kriz olarak öne çıkmıştır.

COVID-19 pandemisi, sağlık hizmetlerine duyulan gereksinim ve talepteki beklenmedik artış nedeniyle dünya çapında sağlık sistemlerinin zorlanmasına ve yeterli yanıtları üretememesine neden olmuştur. Ülkemizde 0-18 yaş grubunda COVID-19'a bağlı doğrudan ölüm oranları, genel nüfusa göre görece daha düşük olsa da çok sistemli inflamatuar sendrom (MIS-C) gibi ciddi komplikasyonlar görülmüştür.[18]

Sağlık sisteminin COVID-19'a odaklanmasının, diğer kritik sağlık sorunlarına ayrılan zamanı ve kaynakları azaltması, pandemi döneminde sağlık hizmetlerine erişimin aksaması, rutin aşılamaların gecikmesi veya aksaması, COVID aşılamaları nedeniyle olan tartışmaların aşı kararsızlığı ve reddini artırması (aşılama oranlarında düşüş), çocukluk çağı hastalıklarının takibinin zorlaşması dolaylı olarak çocuk sağlığını olumsuz etkilemiştir. Okulların kapanması ve sokağa çıkma yasakları çocukların hareketsiz kalmasına ve kötü beslenmesine neden olmuş, obesite oranları artmıştır. Okulların kapanması, sosyal kısıtlamalar ve aile içi stresin artması, çocuk ve ergenlerin ruh sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratmıştır.[19-21]

Ülkemizde 2023 yılında meydana gelen depremler nedeniyle çocuk ölüm oranı %5,25'e, 0-17 yaş çocuk ölüm hızı binde 1,25'e yükselmiştir.[1,11] Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistiklerine göre 2023 yılında 1-17 yaş grubunda çocuk ölümleri en fazla, dışsal yaralanma ve zehirlenmeler nedeniyle gerçekleşmiş, söz konusu nedenle hayatını kaybeden 1-17 yaş grubundaki çocuk sayısı, 2023 yılında 13 bin 43 olmuştur.[11] **Tablo 1**'de özetlendiği gibi deprem yaşayan illerimizde bebek ölüm hızı büyük artış göstermiştir.

Türkiye sağlık sistemi afet ve olağandışı durumlara dirençli bir sistem olarak yanıt gösterememesi nedeniyle, depremde enkaz altında yaşamını kaybeden çocukların yanı sıra deprem sonrası yetersiz sağlık hizmeti alımı nedeniyle de çocuklar hastalık ve ölümlerle karşı karşıya kalmıştır. Çadır/konteyner kentler gibi toplu yaşam alanlarında kalabalık yaşam, yetersiz hijyen koşulları nedeniyle ishalli hastalıklar, üst solunum yolu enfeksiyonları ve uyuz gibi bulaşıcı hastalıkların yayılımında artış gözlemlenmiş, bu durum, özellikle bebek ve küçük çocukların sağlığını ciddi şekilde tehdit etmiştir. Depremi yaşayan, kayıp veren veya evini kaybeden çocuk ve ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), anksiyete ve depresyon gibi ciddi ruh sağlığı sorunlarının görülme sıklığı kayda değer ölçüde artmıştır.[22,23]

KAYNAKLAR

1. TÜİK. İstatistiklerle Çocuk 2024, https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2024-54197 Erişim Tarihi: 01.09.2025
2. TÜİK. Türkiye'deki Çocuklar 2024 İstatistiklere Bakış https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/Turkiye_Cocuk_2024TR.pdf Erişim Tarihi: 01.09.2025
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2019. Ankara-2020.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2020. Ankara-2021.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2021. Ankara-2022.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2022. Ankara-2023.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2023. Ankara-2024.
8. TÜİK. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2024-54195 Erişim Tarihi: 01.09.2025
9. TÜİK. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2023. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709 Erişim Tarihi: 01.09.2025
10. Sağlık Bakanlığı. Bebek ve Çocuk Ölümleri. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi-db/Dokumanlar/Istatistikler/Bebek_ve_Cocuk_Olumleri.pdf Erişim Tarihi: 02.09.2025
11. World Health Organization-Global Health Observatory Child deaths in children aged <5 years, by cause, number https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-deaths Erişim Tarihi: 02.09.2025
12. TÜİK. İstatistiklerle Çocuk 2024, Ölüm nedeni ve yaş grubuna göre çocuk ölümleri. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2024-54197 Erişim Tarihi: 01.09.2025

13. TÜİK. Çocuk Sağlığı ve Yoksunluğu 2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Cocuk-Sagligi-ve-Yoksunlugu-2024-57934 Erişim Tarihi: 15.09.2025
14. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması 2022. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747 Erişim Tarihi: 15.09.2025
15. TÜİK. Türkiye Çocuk Araştırması 2022. https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/turkiye_cocuk_arastirmasi.pdf Erişim Tarihi: 15.09.2025
16. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Verem Savaşı 2021 Raporu https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tuberkuloz-db/Dokumanlar/Raporlar/Turkiyede_Verem_Savasi_2021_Raporu.pdf Erişim Tarihi: 15.09.2025
17. WHO. Global Tuberculosis Report 2024. https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&tab=%22charts%22&lan=%22EN%22&iso3=%22TUR%22&entity_type=%22country%22 Erişim Tarihi: 28.09.2025.
18. Öncel S. Covıd-19 İlişkili Pediatrik Multisistem İnflamatuar Hastalık - Tedavi ve Sonuçlar. KOU Sag Bil Derg., 2021;7(2):105-109. doi: 10.30934/kusbed.927082
19. Vural B, Gürhan N, Geniş B, Yılmaz Bingöl T. COVID-19 Pandemisinin Çocuk ve Ergenler Üzerindeki Etkisi ve Algıları. J Pediatr Inf 2024;18(4):215-223. DOI: 10.5578/ced.20240415.
20. Yavaş Çelik M. COVID-19'un Çocuk Sağlığına Etkileri. J Educ Res Nurs. 2021;18(Supp. 1): 30-35 DOI: 10.5152/jern.2021.90018
21. Küçük Biçer B, İlhan MN. COVID-19'un Çocukların Sağlığı Üzerine Etkisi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi 2020: Özel Sayı: 103-111
22. Özer S, Bakır V, Şaşmaz İ. Depremin Çocuklar Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Nitel Bir Araştırma. MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2024; 13 (3): 1075 – 1087.
23. Özmen S, Gül MK, Sertkaya B, Demirci E. Kahramanmaraş Depremi Sonrası Depremzede Çocuklarda Görülen Psikiyatrik Bulgular, Sosyodemografik Özellikler, Akut Stres belirtileri. Turk J Child Adolesc Ment Health 2024; 31(2): 168-173.

Ülkemizde Çocuk ve Ergen Sağlığı Politikası, Uygulamalar ve Sorun Alanları

L. Hilal Özcebe, M. Fatih Önsüz

Günümüzde geleceğe yönelik tüm planlamalarda 18 yaş altı çocuk ve ergenlerin öncelikli olarak değerlendirilmesinin gerekliliği belirtilmektedir. Buna bağlı olarak uluslararası kuruluşlar "Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları" maddelerinin tümünde içerik ve hedeflerin içerisinde çocuk ve ergen yaş grubunun vurgulanmasının önemine dikkat çekmektedir. Bu yaş grubunun sağlığının geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik olarak özellikle ulusal ya da uluslararası çalışmaların yapılması önerilmektedir.[1] Toplumların en kırılgan gruplarından biri olan çocuk ve ergenlerin, doğumdan yetişkin yaş grubuna gelene kadar sağlıklı koşullarda fiziksel, ruhsal ve zihinsel gelişim ve donanımlarının en üst düzeyde olmasını sağlamak Anayasa ve yasalarla kişi ve kurumların görevleri olarak belirtilmiştir. Bugün çocuk ve ergen sağlığına yönelik uygulanan programların hedefi sadece ölümleri önlemek değil oluşabilecek sağlık sorunlarının erken tespiti ve oluşturabilecekleri sağlık sorunları önlemek ve gidermektir. Bu bağlamda ülkemizde çocuk ve ergenlere yönelik birçok koruyucu ve geliştirici program T.C. Sağlık Bakanlığı'nın bünyesinde ve/veya eşgüdümünde ülkenin çocuk sağlığı politikası çerçevesinde yürütülmektedir.[2] Bu bölümde, 12. Kalkınma Planı ve Sağlık Bakanlığı 2024-28 Stratejik Planı kapsamında çocuk sağlığı ile ilgili durum analizi ve hedefler, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülen programları sunulacaktır.

1. Türkiye Çocuk Sağlığı Politika Analizi

Bu bölümde 12. Kalkınma Planı ve Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı kapsamında çocuk sağlığına ilişkin durum analizi ve hedefler sunulacaktır.

1.1. Onikinci Kalkınma Planı[3]

Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından ilgili kurum ve kuruluşların görüş ve katkılarıyla hazırlanan 12. Kalkınma Planı 2024-2028 yıllarını kapsamaktadır. Kalkınma Planı Türkiye Büyük Millet Meclisinin 31.10.2023 tarihinde 1396 sayılı kararıyla onaylanmıştır. Kalkınma Planının 3.3. bölümünün "Nitelikli İnsan, Güçlü Aile ve Sağlıklı Toplum" başlığının alt başlıkları şu şekildedir: Eğitim, İstihdam ve Çalışma Hayatı Sağlık, Aile, Kadın, Çocuk, Gençlik, Engelli Hizmetleri, Sosyal Hizmetler, Sosyal Yardımlar ve Yoksullukla Mücadele, Gelir Dağılımı, Kültür ve Sanat ve Spor. Halk sağlığı bakış açısıyla tüm başlıkların çocuk sağlığı ve iyilik haliyle ilişkisi bulunmaktadır. Ancak, ağırlıklı olarak sağlık başlığı altında yer alan çocuk sağlığı alanındaki sorun alanları ve hedefler sunulacaktır.

Sağlık başlığı altında yer alan amaç; *"Bireylerin bedenen ve ruhen tam bir iyilik halinde sağlıklı yaşam sürdürmeleri, ihtiyaç halinde kaliteli, güvenilir, etkin, veriye dayalı süreçlerle desteklenen, hazırlık ve uyum kapasitesi yüksek, mali açıdan sürdürülebilir sağlık hizmeti sunumunun sağlanması"* olarak tanımlanmıştır.

Kalkınma Planında yer alan Politika ve Tedbirler arasında öncelikli olarak ana başlıklar ve özel olarak çocuk sağlığı hizmetleri kapsamında yer alan maddeler aşağıda sunulmuştur:

706. Sağlıklı yaşam tarzı teşvik edilerek bulaşıcı olmayan hastalık risklerine karşı koruyucu sağlık hizmetleri güçlendirilecektir.

706.1. Sağlıklı yaşam tarzının teşvik edilmesine yönelik sağlıklı beslenme, fiziksel aktivitenin artırılması gibi alışkanlıkların toplumsal tutuma dönüşmesi sağlanacak, bilinçlendirme faaliyetleri yü-

rütülecek, sağlık okuryazarlığı teşvik edilerek birey sorumluluğunun geliştirilmesi sağlanacaktır.

706.3. Sağlık sorumluluğunun geliştirilmesine yönelik çok paydaşlı sağlık sorumluluğu modeli güçlendirilecek, sektörler ve kurumlar arası işbirliği ve koordinasyon sağlanacaktır.

706.5. Çocuk, kadın ve üreme sağlığı hizmetleri güçlendirilecek, evlilik öncesi ve yenidoğan tarama programları yaygınlaştırılacak, anne ve bebek ölümlerinin azaltılması sağlanacaktır.

706.6. Ergen sağlığı hizmetleri güçlendirilecektir.

707. Özel gereksinimi ve nadir hastalığı olan bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin kapasitesi güçlendirilecektir.

708. Bulaşıcı hastalıklara, ani sağlık şoklarına, afet ve acil durumlara hazırlık ve müdahale kapasitesi güçlendirilecektir. Ailelerinin etkin sağlık hizmet sunumuna ulaşması kolaylaştırılacaktır.

708.3. Bağışıklık kazandırma programları güçlendirilerek toplumsal farkındalık artırılacak, aşılama programları tüm risk gruplarını içerecek şekilde yaygınlaştırılacaktır.

709. Birinci basamak sağlık tesislerinin sağlığın korunması ve geliştirilmesindeki rolü güçlendirilecek, hizmet basamakları içerisinde öncelikle kullanımı sağlanacak, basamaklar arası etkileşim geliştirilecektir.

710. Bağımlılıkla mücadeleye yönelik sunulan hizmetlerin kapasitesi ile kalitesi iyileştirilecek, erişilebilirlik artırılacak ve hizmetlerin tamamlayıcı şekilde sunulması sağlanacaktır.

711. Sağlıkta insan kaynağı ile fiziki altyapı nicelik ve nitelik olarak iyileştirilecek ve bölgeler arası dağılımda denge sağlanacaktır.

712. Aktif yaşlanmaya yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin kapasitesi iyileştirilecek ve artırılacaktır.

713. Sağlık turizmi hizmet kapasitesi nitelik ve nicelik olarak geliştirilecek, uluslararası alanda ülkemizin tercih edilirliği artırılacaktır.

714. Sağlık hizmet sunum kalitesinin ve klinik kalitenin ölçülmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi sağlanacak, sağlık hizmetlerinde akreditasyon sistemi geliştirilecek ve hasta güvenliği temin edilecektir.

715. Dijital sağlık çözümlerinin sağlık sistemi içerisinde etkin ve verimli kullanımı sağlanacak, dijital sağlık teknolojilerinin kullanımı yaygınlaştırılacaktır

716. Veri ve kanıta dayalı politika oluşturmada girdi olarak kullanılabilecek, bilimsel araştırma ve analizlerde kullanılmaya elverişli, uluslararası karşılaştırmalara olanak sağlayan kalite ve ayrıntıda veri üretimi sağlanacaktır

717. Sağlık sisteminde mali sürdürülebilirlik sağlanacaktır.

718. İlaç ve tıbbi cihaza erişimin kolaylaştırılması sağlanacaktır

Onikinci Kalkınma Planında yer alan diğer başlıklar arasında da çocuk ve ergen için özelleşmiş maddeler bulunmaktadır.

Çocuk Alt Başlığında;

731.1. Doğum öncesinden başlamak üzere nitelikli, sürdürülebilir, erişilebilir ve davranış değişikliğine yönelik anne baba eğitimleri artırılacaktır.

731.6. Gelişim geriliği riski taşıyan çocuklar, engelli çocuklar ve üstün yetenekli çocuklar için aile temelli ulusal erken müdahale programı geliştirilecektir.

738.4. "Çocuk İzlem Merkezleri"nin sayıları ve etkinlikleri artırılacaktır.

739.6. Çocukluk çağında obezitenin sonlandırılmasına, sağlıklı beslenmenin ve fiziksel hareketliliğin artırılmasına yönelik çalışmalar sürdürülecektir.

742.4. Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezleri (ÇEMATEM) ile buralarda istihdam edilen nitelikli personel sayısı artırılacaktır.

742.3. Bağımlılıkla mücadele alanında çocuklarla çalışan profesyonel sayısı artırılacaktır.

Gençlik Alt Başlığında;

748.3. Bağımlılık kapsamında gençlerle çalışan profesyonellerin sayısı artırılacaktır.

748.4. Sosyal uyum hizmetlerinin niteliği ve niceliği artırılacak, tedavi sonrası iyileştirme ve takip hizmetlerinin etkinleştirilmesi için ihtiyaç duyulan hukuki düzenlemeler yapılarak hizmetler yaygınlaştırılacaktır.

748.5. Davranışsal bağımlılıklarla mücadele kapsamında kanıta dayalı politikalar tasarlanması için akademik çalışmalar desteklenecek, koruyucu ve önleyici politikaların tasarımında ve tedavi hizmetlerinin şekillendirilmesinde kanıta dayalı önlemler dikkate alınacaktır.

Onikinci Kalkınma Planı Sağlık Alt Başlığında yer alan hemen hemen tüm maddelerin çocuk ve ergen sağlığının korunması ve geliştirilmesinde rolü olduğu görülmektedir. Ancak 3 alt maddede (706.5, 706.6 ve 708.3)

çocuk ve ergen sağlığına özel ifadeler yer almaktadır. Bu maddelerde özellikle "bebek ölümlerinin azaltılması", "ergen sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi" ve "bağışıklama hizmetlerinin güçlendirilmesi" yer almaktadır. Kalkınma Planının Çocuk ve Gençlik Başlıkları altında yer alan özelleşmiş başlıklarında sağlık hizmetleriyle olan entegrasyonu açısından önem taşıdığı gözlenmektedir.

1.2. Sağlık Bakanlığı 2024-2028 Stratejik Planı[4]

Sağlık Bakanlığının 2024-2028 Stratejik Planının misyonu *"İnsan merkezli yaklaşımla birey ve toplumun sağlık hakkını ve sağlığını en üst düzeyde korumak, sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözümleri yüksek hizmet kalitesiyle sunmak"* olup, vizyon *"İnsanı odağa alan, sağlıklı hayat tarzının benimsendiği, herkesin sağlık hakkına kolaylıkla ve yüksek hizmet kalitesi ile eriştiği bir Türkiye"* olarak belirtilmiştir.

Stratejik Planda toplam beş amaç bulunmaktadır:

> Amaç 1: Sağlıklı yaşamı teşvik ederek sağlıklı yaşam bilincinin ve alışkanlıklarının kazanılmasını sağlamak.
>
> Amaç 2: Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirerek sağlık sistemi içerisindeki etkinliğini artırmak, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini bütüncül bakış açısıyla sunmak
>
> Amaç 3: Sağlık hizmetlerinin erişilebilir, etkili, etkin ve kaliteli sunumunu sağlamak
>
> Amaç 4: Kurumsal kapasiteyi geliştirmek, vatandaş ile sağlık çalışanının memnuniyetini artırmak ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamak
>
> Amaç 5: Sağlık endüstrilerinde milli teknolojiyi geliştirmek ve yerel üretimi artırmak, kaliteli, etkili ve güvenli ürünlere erişimi kolaylaştırmak, bölgesel ve küresel sağlığa katkıda bulunmak.

Yine, halk sağlığı yaklaşımımda tüm amaçların çocuk ve ergen sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli rolü bulunmaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı stratejik planında Amaç 2 altında yer alan Hedef 2.6. "Bebek, çocuk ve ergen sağlığını korumak, bebek ve çocuk ölümlerini azaltmak ve bu alandaki çalışmaları geliştirmek" şeklindedir.

Stratejik Planın durum analizi kısmında Sağlık Bakanlığının temel yükümlüğü "*Halk sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık için risk oluşturan faktörlerle mücadele etmek kapsamında birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek, bulaşıcı, bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar ve kanser ile anne, çocuk, ergen, yaşlı ve engelli gibi risk gruplarıyla ilgili olarak izleme, sürveyans, inceleme, araştırma, bağışıklama ve kontrol çalışmaları yapmak, yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırarak toplumdaki tüm bireylerin sağlığını geliştirmek; hatalı beslenme alışkanlıkları, obezite, sigara ve benzeri zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmek ve tüketici güvenliği ile ilgili tedbirleri almak, sağlık tehditlerine yönelik erken uyarı ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak*" şeklinde tanımlanmış ve yasal dayanaklar açıklanmıştır. Burada karşılaşılan sorunlardan birisi "*Bebek, çocuk sağlığının korunması, geliştirilmesi ve ölümlerin önlenmesi amacıyla yürütülen programlarda aile reddi ile karşılaşılması*" olarak belirtilmiş ve ihtiyaç "*Aile reddi durumlarının önüne geçebilmek ve standardizasyonu sağlamak için kapsayıcı bir mevzuat ihtiyacı*" şeklinde tanımlanmıştır.

Hedef 2.6: Bebek, çocuk ve ergen sağlığını korumak, bebek ve çocuk ölümlerini azaltmak ve bu alandaki çalışmaları geliştirmek şeklinde oluşturulmuş olup; performans göstergeleri şu şekildedir:

- 5 Yaş Altı Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda, Tüm Haftalar)- 2022 yılında %011,1 olup 2028 yılında %010,6 olması
- Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda, Tüm Haftalar)- 2022 yılında %09,1 olup 2028 yılında %08,5 olması
- Neonatal Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda, Tüm Haftalar)- 2022 yılında %05,7 olup 2028 yılında %05,2 olması
- Prematüre Doğum Oranı (%)- 2022 yılında %13,1 olup 2028 yılında %10,6 olması
- Tam İzlenen Bebek Oranı (%)- 2022 yılında %90,8 olup 2028 yılında %94,5 olması

Hedefe ulaşmada karşılaşılan riskler:

- Prematürelik ve ilişkili durumların kesin oluş nedenlerinin ortaya çıkarılamaması ya da toplumsal yapı nedeniyle müdahale alanının kısıtlı olması
- Erken doğumların artışta olması, altta yatan nedenlerin çoğu durumda kesin olarak bilinememesi ya da katkıda bulunan faktörlerin tamamına yönelik müdahale yöntemlerinin kısıtlı/kişiye bağlı olması

Stratejiler:

- Bebek ölüm ve hastalık sonrası kalıcı olan işlev ve doku bozukluklarının önlenmesi amacıyla yürütülen tarama programları geliştirilerek sürdürülecektir.

- Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı (DDA) doğumlar ile doğumsal anomalilerin azaltılması ve prematüre bebek bakımının iyileştirilmesine yönelik tedbirler artırılacaktır.
- Bebek, çocuk beslenmesinin iyileştirilmesi ve olası olumsuz etkilerinin azaltılması amacıyla çalışmalar sürdürülecektir.
- Bebek, çocuk, ergen izlemlerinin gelişimsel değerlendirmeleri de kapsayacak şekilde nitelik ve niceliği artırılarak, bu gruplara verilen sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine yönelik çalışmalar yapılacaktır.
- Bebek, çocuk ve ergenlere sunulan hizmetlerde standardizasyon ve devamlılığının sağlanması amacıyla eğitim faaliyetleri geliştirilerek sürdürülecektir.

Tanımlanan İhtiyaçlar:

- Yenidoğan ve evlilik öncesi tarama programlarında taranan hastalık sayısının ve mevcut uygulamalarda etkinliğin artırılması
- Yenidoğan/çocuk merkezleri, sağlık personeli ve yoğun bakım ünitelerine yönelik planlama ile düzenlemelerin; tedavi hizmetlerini iyileştirecek ve kapasiteyi artıracak şekilde yeniden geliştirilmesi
- Perinatal nedenlere bağlı ölüm ve sekellerin azaltılması amacıyla; prematürite ve DDA bebek doğum oranlarının düşürülmesine ve bu bebekler ile hasta bebeklerin bakım kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmaların gerçekleştirilmesi
- Bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması için, prenatal tanı imkânlarının geliştirilerek tanı oranları ve ailelere verilen danışmanlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması
- Anne ve çocuk sağlığı kapsamında birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin koordineli olarak iyileştirilmesi

Sağlık Bakanlığı Stratejik Planında yer alan diğer amaç ve hedefler altında da çocuklara yönelik gösterge ve stratejiler tanımlanmıştır.

Amaç 1. Sağlıklı yaşamı teşvik ederek sağlıklı yaşam bilincinin ve alışkanlıklarının kazanılmasını sağlamak

Hedef 1.1. Sağlıklı beslenme ve hareketli hayat alışkanlıklarını kazandırmak ve geliştirmek

Performans Göstergesi:

İlkokul 2. Sınıf Öğrencilerde Obezite Prevalansı (%): 2024 %11,4 olup 2028'de %11,25 olması

Stratejiler:

- Çocukluk çağında obezitenin sonlandırılmasına, sağlıklı beslenmenin ve fiziksel hareketliliğin artırılmasına yönelik ilgili paydaşlarla koordineli bir şekilde çalışmalar sürdürülecektir.
- Sağlıklı beslenme konusunda çocukların bilinçlendirilmesi ve eğitimi için ilgili paydaşlarla (Millî Eğitim Bakanlığı, yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları) müfredat ve mevzuata yönelik iyileştirme çalışmaları yürütülecektir.

Tanımlanan İhtiyaç:

- Çocuklarda obeziteyle mücadeleye yönelik uygulamaların artırılarak sürdürülmesi
- Yetişkin ve çocuklarda sağlıklı beslenmeyi destekleyen ve fiziksel aktiviteyi artıran çevrelerin oluşturulması çalışmalarına devam edilmesi

Hedef 1.3. Ruh sağlığı konusunda farkındalığı artırmak ve bireyleri ruh sağlığına ilişkin risklerden korumak

Performans Göstergeleri:

- Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı Kapsamında Eğitim Verilen Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanı Sayısı (yıllık): 2023 yılında 2000 olup 2028 yılında da 2000 olması
- Gençlerin Psikolojik Dayanıklılığının Artırılması Hususunda Eğitim Verilen Genç Sayısı (Yıllık)- 2023 yılında 40.000 olup 2028 yılında da 100.00 olması

Stratejiler:

- Sağlık personelinin mesleki becerileri artırılarak ruh sağlığı hizmetleri ve halka yönelik farkındalık faaliyetleri güçlendirilecektir.
- Davranışsal Bağımlılıklar İle Mücadele Eğitim Programı yaygınlaştırılacaktır.
- Toplumun ruh sağlığı ve verilen hizmetler konusunda farkındalığı ve bilgi düzeyi artırılacaktır

Tanımlanan İhtiyaçlar:

- Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri konusunda sağlık personelinin yetkinliğinin geliştirilmesi
- Özellikle gençler olmak üzere tüm toplumda ruh sağlığı farkındalığını artırmak için kurumlar arası iş birliğinin güçlendirilmesi

- Davranışsal bağımlılıklar konusunda başta gençler olmak üzere tüm toplumda farkındalığın artırılması

Amaç 2. Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirerek sağlık sistemi içerisindeki etkinliğini artırmak, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini bütüncül bakış açısıyla sunmak

Hedef 2.3. Bulaşıcı hastalıklardan kaynaklı hastalık yükünü en aza indirmek

Performans Göstergeleri:

- Beşli Karma Aşı (DABT+İPA+HİB) Üçüncü Doz Aşılama Hızı (%): 2023 yılında %98 ve 2028 yılında %98 olması
- Akut Flask Paralizi (AFP) İnsidansı (15 Yaş Altı) (100.000 Nüfusta): 2022 yılında 1,48 ve 2028 yılında ≥1 olması
- Kızamık İnsidansı (100.000 Nüfusta): 2022 yılında 0,05 ve 2028 yılında <0,1 olması

Stratejiler:

- Aşı ile önlenebilir hastalıkların kontrol altında tutulması sağlanacaktır
- Aşı tereddüdü olan kişilerin tespiti ve gerekli iş ve işlemlerin yapılabilmesi için bilişim altyapısı hazırlanacaktır.

Tanımlanan İhtiyaçlar:

- Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede merkez ve taşra teşkilatında sağlık personeline sistematik bilgilendirme ve eğitim programları düzenlenerek nitelikli insan gücü kapasitesinin artırılması
- Erken Uyarı Cevap Sisteminin ve bulaşıcı hastalıklar sürveyans sisteminin güçlendirilmesi amacıyla diğer kurum ve kuruluşlardan bilgi ve veri paylaşımını güçlendirilmesi
- Güncel teknoloji ve yapay zeka ile ulusal sürveyans sisteminin kurulması
- Aşı konusunda toplumda bilinçlendirme faaliyetleri yürütülerek aşı reddi ve tereddüdünün azaltılması ve sağlık personelinin toplumu bilinçlendirme yönünde farkındalığının artırılması

Amaç 3: Sağlık hizmetlerinin erişilebilir, etkili, etkin ve kaliteli sunumunu sağlamak

Hedef 3.3. Zihinsel özel gereksinimi ve nadir hastalığı olan bireylere sunulan sağlık hizmetlerini güçlendirmek

Performans Göstergeleri:

- Çok Disiplinli Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı Merkezi (ÇÖZGEM) Sayısı (Kümülatif)- 2023 yılında 3 ve 2028 yılında 30 olması
- Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocukların ÇÖZGEM'den Hizmet Alma Sayısı (Yıllık)- 2023 yılında 170 ve 2028 yılında 2250 olması
- Nadir Hastalıklar Sağlık Strateji Belgesi ve Eylem Planı Gerçekleştirme Oranı- 2023 yılında %10 ve 2028 yılında %100 olması
- Nadir Hastalıklara İlişkin Tedavi ve/veya Araştırma Merkezi Sayısı (Kümülatif)- 2023 yılında 20 ve 2028 yılında 25 olması
- Nadir Hastalıklara İlişkin Tedavi ve/veya Araştırma Birim Sayısı (Kümülatif)- 2023 yılında 70 ve 2028 yılında 75 olması

Stratejiler:

- Zihinsel özel gereksinimli bireylere ruh sağlığı hizmeti sunmak için planlanan ÇÖZGEM'lerin ülke genelinde yaygınlaştırılması sağlanacaktır.
- Nadir Hastalıklar Sağlık Strateji Belgesi ve Eylem Planının uygulanması sağlanacaktır.
- Nadir hastalıklara ilişkin tedavi ve araştırma merkezlerine erişilebilirlik artırılacaktır.
- İlgili tüm paydaşların katılımı ile zihinsel özel gereksinim ve nadir hastalıklar farkındalık çalışmaları gerçekleştirilecektir.

Tanımlanan İhtiyaçlar:

- Zihinsel özel gereksinimler ve nadir hastalıklarla ilgili hasta, meslek grupları ve ilgili kurumlarla farkındalık çalışmaları yapılması
- Nadir hastalıklar alanında sunulacak politikaların belirlenmesi, uygulanması ve izlenmesi için ulusal eylem planının etkin şekilde hayata geçirilmesinin sağlanması
- Zihinsel özel gereksinim ve nadir hastalıklara sahip hastalara sunulacak sağlık hizmet süreçlerinde hedef kitleye kaliteli, ulaşılabilir ve hızlı hizmet verecek şekilde özelleşmiş merkezlerin oluşturulması ve yaygınlaştırılması

Hedef 3.4. Kamu hastanelerinde sunulan özellikli sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırarak yaygınlaştırılmasını sağlamak

Performans Göstergesi:

Yenidoğan Retinopatisi (ROP) Tanı ve Tedavi Merkezi Sayısı (Sağlık Bakanlığı) (Kümülatif)- 2023 yılında 33 ve 2028 yılında 40 olması

Stratejiler:

- Sağlık tesislerinin özellikli sağlık hizmet sunum kriterlerinde standardizasyon sağlanacaktır.
- Özellikli hizmetler sağlık tesislerinin altyapısının kapasitesi iş gücü planlamaları ile eş güdüm içerisinde gerçekleştirilecektir.
- Kamu hastanelerinde özellikli sağlık hizmetleri birimleri artırılacaktır.

Tanımlanan İhtiyaç:

Yenidoğan Retinopatisi (ROP) tanı merkezlerinin yaygınlaştırılması

Hedef 3.6. Bağımlılık tedavisi ve rehabilitasyon hizmetlerini yaygınlaştırarak hizmet sunumuna erişimi kolaylaştırmak

Performans Göstergeleri:

- Çocuk Ergen Yataklı Arındırma Merkezi (ÇEMATEM) Sayısı (Sağlık Bakanlığı) (Kümülatif)- 2023 yılında 12 ve 2028 yılında 17 olması
- Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) Bulunan İl Sayısı (Kümülatif)- 2023 yılında 70 ve 2028 yılında 81 olması

Stratejiler:

- Bağımlılıkla mücadele kapsamında koruma, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri iyileştirilecektir.
- Çocuk İzlem Merkezlerinin sayıları ve etkinlikleri artırılacaktır.

Tanımlanan İhtiyaçlar:

- Çocuk İzlem Merkezi yönetmelik çalışmasının tamamlanması
- Eğitimli personel sayısının artırılması ve merkezlerde görevli eğitimli personelin görev yaptıkları birimlerde sürekliliğinin sağlanması
- Ruh sağlığı hizmetlerinin özellikli alanları göz önünde bulundurularak yönetmeliğe uygun fiziki mekan değerlendirmelerinin yapılmasının sağlanması

Sağlık Bakanlığı 2024-2028 Stratejik Planında yer alan bir hedef bebek, çocuk ve ergen sağlığı koruma, bebek ve çocuk ölümlerini azaltmak şeklindedir. Bu hedef kapsamında ölüm hızları, prematür doğum ve tam izlenen bebek oranı gösterge olarak tanımlanmıştır. Bu da birinci basamak hizmetlerinin rolünü vurguladığını göstermektedir. Sorun alanları olarak erken doğum ve düşük doğum ağırlığı, doğumsal anomalilerin azaltılması ve bebek beslenmesinin iyileştirilmesine yönelik stratejiler tanımlanmıştır. Anne sağlığının korunması ve tarama programlarının da geliştirilmesinin önemi vurgulanmıştır.

Çocukluk dönemi obezite, çocukluk ve ergenlik dönemi ruhsal sağlığın desteklenmesi ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, bağışıklama hizmetleri, nadir hastalıkları olan çocukların tanı ve tedavi olanaklarının artırılması, bağımlılık ve özelleşmiş tedavi merkezlerinin artırılmasına ilişkin hedef ve stratejiler tanımlanmıştır. Çocuk ve ergen sağlığında bu alanlar, stratejik planda özel olarak yer almıştır; ancak diğer alanlarda yapılan her türlü hizmet çocuk ve ergen sağlığını olumlu yönde etkileyecektir.

2. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Çocuk ve Ergen Sağlığı Hizmetleri

Bu bölümde Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülen programlar sunulmaktadır.

2.1. Bebek Çocuk Ölümleri İzleme ve Değerlendirme Programı

Programın amaçları üç aşamada belirtilmiştir. Bu amaçlar; bebek, perinatal dönem ve 5 yaş altı ölüm hızları ve nedenlerine ilişkin bilgilerin sağlanması, tüm bebek ölümlerinin izlenerek nedenlerinin ortaya çıkarılması ve tekrar aynı nedenlere bağlı olarak oluşabilecek bebek ölümlerinin önlenmesi olarak ifade edilmiştir. Program uygulanmaya 2005 yılında Bebek Ölümü Kayıt Bildirim Formunun hazırlanması ve 78 sayılı Genelge ile başlanmıştır. İlgili form çocuk sağlığı alanında yürütülen çalışmalara kaynak teşkil etmesi ve o dönemde aktif yürütülen rutin hizmetlerin ve özel programların takibi amacıyla hazırlanmıştır. Form 2006 yılında revize edilerek 2007 yılından itibaren bildirimi yapılan ölümlerin oluşturulan istatistik programına girişinin yapılması sağlanmış ve analizleri gerçekleştirilmiştir. Mayıs 2009 tarihinden itibaren yeni bir izlem sistemi oluşturularak "Bebek Ölümleri İzleme Sistemi" yürürlüğe girmiştir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) ve Nüfus Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü tarafından 2013 yılında Ölüm Bildirim Sisteminin (ÖBS) hayata geçirilmesi ile ülkemizde gerçekleşen tüm ölümler sistem üzerinden alınmaya başlanmış ve 2014 yılından itibaren Bebek Ölümleri İzleme Sistemi, ÖBS'ne entegre edilerek iller tarafından kontroller ve inceleme sonuçlarının sisteme girişinin

yapılması sağlanmıştır. Program ile ilgili mevzuat tekrar revize edilmiş ve günümüzde 2018/7 sayılı Genelge ile yürütülmektedir. Ayrıca 2013 yılından itibaren 1-4 yaş ölümlere ilişkin bilgiler de toplanarak değerlendirilmektedir. Program kapsamında İl İnceleme Kurulları oluşturulmuş ve bu kurullarda sistem kapsamındaki ölü doğum ve bebek ölümleri incelenmektedir. İllerin bebek ölüm hızının hesaplanmasında 2010 yılına kadar ölümün gerçekleştiği yere göre hesaplama yapılırken, 2010 yılından itibaren ikamete göre de hesaplanmaktadır. Yürütülen programla birlikte sürdürülen çalışmalarla, ülkemizin mortalite hızları ve ölüm nedenleri ile ilgili veri temini yapılarak politika geliştirme konusunda yol gösterici olduğu ve iller tarafından, il genelinde sorunların tespiti ve bunlara yönelik müdahalelerin geliştirilmesinin sağlandığı belirtilmektedir.[5] Program dahilinde izlemi ve değerlendirilmesi yapılan bebek ölümleri ile perinatal dönem ve 5 yaş altı ölümleri ile ilgili veriler bu bölümün birinci yazısında detaylı olarak verilmiştir.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından ilgili mevzuat kapsamında yürütülen Bebek Çocuk Ölümleri İzleme ve Değerlendirme Programı tüm ülkede belli bir bildirim sistemi üzerinden yürütülmektedir. Bölüm 1'de de belirtildiği gibi program çerçevesinde elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde en önemli sorun alanlarından biri bölgesel farklılıklardır. Yanı sıra Sağlık İstatistikleri Yıllıkları incelendiğinde BÖH başta olmak üzere yukarıda belirtilen mortalite ölçütlerinin hepsinde Türkiye Dünya ve Orta Üst Gelir Grubu ülkelerden daha düşük durumda iken, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi, OECD, Avrupa Birliği ve Üst Gelir Grubu Ülkelere göre ise daha yüksek sonuca sahiptir.[6-10] Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen program ile elde edilen verilerin ilgili program çerçevesinde oluşturulan İl İnceleme Kurulları tarafından detaylı olarak incelenerek ilin ve bölgenin genel sosyoekonomik ve sağlık altyapısı da göz önünde bulundurularak öneriler yapılmalıdır. Özellikle her bölgenin konu ile ilgili güçlü ve zayıf yönlerinin de değerlendirilerek gerekli önlemlerin alınması bölgesel farklılıkların giderilmesinde önemli olacaktır.

2.2. Doğum İzleme Değerlendirme Programı

Resmi Gazete'de (03 Kasım 2017 tarih 30229 sayılı) Nüfus Hizmetleri Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun yayınlanması sonucu mezkûr Kanunun 15. maddesi ile İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün (NVİGM) ilgili mevzuatı doğrultusunda ülkemizde gerçekleşen tüm doğumların bir sistem üzerinden takibi ve NVİGM ile paylaşımının sağlanması amacıyla "Doğum Bildirim Sistemi (DBS)" oluşturularak e-Rapor Sisteminin bileşeni olan "e-Doğum Raporu" geliştirilmiştir. Bu bağlamda sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğumlar, sağlık kuruluşu dışında, sağlık personeli yardımı ile gerçekleşen doğumlar ve herhangi bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmeyen ya da herhangi bir sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşen doğumların sözlü beyanı başlıkları ile ilgili usul ve esaslar Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (SBSGM), Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve NVİGM tarafından yapılan ortak çalışmalarla belirlenmiştir. Program dahilinde doğum raporu düzenleme kriterleri belirlenmiştir. Buna göre; sağlık kuruluşlarında ve/veya sağlık personeli nezaretinde gerçekleşen, 22 hafta ve üzeri veya 500 gram ve üzeri ölü doğumlar ile gebelik haftası ve doğum ağırlığından bağımsız canlı doğumla sonlanan her gebelik, ayrıca sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğumların sistem üzerinden bildirimlerinde belirtilen durumlara ek olarak; kurul kararıyla gerçekleştirilen ve bu kriterlere uyan tıbbi tahliyeler de kapsam dahilinde olarak değerlendirilmektedir. Sağlık personelinin nezaretinde ve sağlık kuruluşu dışında gerçekleşen doğumlarda bildirim ve tescili sürecinde, doğuma nezaret eden sağlık personeli, doğuma dair belgeleri iki iş günü içerisinde ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezine ilettikten sonra ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezi de başvuruya dair belgeleri il sağlık müdürlüğüne iletir. İl sağlık müdürlüğünde ise yapılan kontrol sonrasında sağlık personeli nezaretinde gerçekleşen doğum bildirimi modülünde elektronik olarak doğum raporu düzenlenerek düzenleyen hekim tarafından e-imza ile imzalanır. Modülde il sağlık müdürlüğü yönetim kademesine gelen raporun yönetici tarafından kontrol edilip, e-imza ile onaylanacağı belirtilmiştir. İki imzası da tamamlanan doğum raporunun 2 adet çıktısı alınarak doğum raporunun bir örneği aileye verilmek üzere başvuruyu ileten ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezine iletilirken, bir örneği de bildirim belgesi ile birlikte dosyalanıp muhafaza edilir, Doğum tescili ise ailenin ilçe nüfus müdürlüğüne başvurusuyla ilçe nüfus müdürlüğünce yapılmaktadır. Sağlık kuruluşları dışında olan ve/veya sağlık personeli nezaretinde gerçekleşmeyen doğumlarda sözlü beyanların bildirim ve tescili sürecinde ise doğum sonrası ilçe nüfus müdürlüğüne ailenin sözlü beyanla başvurusu ve sözlü beyan bildirim belgesi doldurulmasından sonra ilçe nüfus müdürlüğünce ilgili il sağlık müdürlüğünden resmi yazı ile bilgi istenmekte ve il sağlık müdürlüğünce annenin kimlik numarası ile elektronik bilgi sistemleri üzerinden kayıtlar sorgulanıp aile hekiminden yazılı ve sözlü bilgi alınmaktadır. İl sağlık müdürlüğünce araş-

tırma sonucu resmi yazı ile ilçe nüfus müdürlüğüne iletilerek durum ilçe nüfus müdürlüğünce değerlendirilir ve tescil işlemi gerçekleştirilir ya da anne ile bebek arasındaki soy bağının tespiti için genetik teste yönlendirilir. Ayrıca il sağlık müdürlüğünce, yetkilendirilmiş personel tarafından "Sözlü Beyana Dayalı Doğum Bildirimi Modülüne" araştırma sonucu da girilmektedir.[11]

2.3. Tarama Programları

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından tarama programlarının kapsamı aşağıda belirtilen başlıkları içermektedir[12];

a. Yenidoğan Tarama Programı (NTP)
b. Yenidoğan İşitme Taraması Programı
c. Yenidoğan Görme Taraması Programı
d. Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı
e. Okul Öncesi Çocuklarda Görme Taraması Programı
f. Okul Çağı Çocuklarda Görme Taraması Programı
g. Okul Çağı Çocuklarda İşitme Taraması Programı
h. Hemoglobinopati Kontrol Programı
i. Evlilik Öncesi Spinal Musküler Atrofi Taşıyıcı Tarama Programı

2.3.1. Yenidoğan Tarama Programı

Program, fenilketonüri, konjenital hipotiroidi, biyotidinaz eksikliği, kistik fibrozis, konjenital adrenal hiperplazi ve spinal müsküler atrofiyi içermektedir. Programa ilk olarak 1987 yılında Fenilketonüri Tarama Programı olarak başlanarak 1993'te tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılmıştır. 2006 yılında konjenital hipotirodi taramasının eklenmesi ile program Ulusal Yenidoğan Tarama Programı olarak devam etmiştir. Panel Ekim 2008'de biyotinidaz eksikliği, Ocak 2015'te ise kistik fibrozis taraması eklenmiştir. Konjenital adrenal hiperplazisi ise 2017 yılında Konya, Kayseri, Samsun ve Adana'da pilot tarama olarak başlatılmış ve 2022 yılında tüm ülkeye yaygınlaştırılmıştır. Tarama programı içerisine en son 09.05.2022 tarihinde spinal müsküler atrofi de eklenmiştir. Program ile yenidoğanların belirtilen hastalıklar için taranması ve erken tanı ile hastalıklara bağlı oluşabilecek sağlık problemlerinin önlenmesi ve bu amaçla uygun tedavinin başlanması ile akraba evliliklerinin azaltılması konusunda toplum bilincinin artırılması ve topluma getirdiği ekonomik yükün önlenmesinin amaçlandığı belirtilmiştir. Yenidoğan Tarama Programı kapsamında il genelindeki tüm sağlık birimlerinden alınacak topuk kanlarının sağlık müdürlüğünde toplanarak Ankara ve İstanbul Tarama Laboratuvarlarına gönderildiği ve tarama laboratuvarlarında her bir hastalık için çalışılan kan sonuçlarının program web uygulaması üzerinden illere iletilerek tarama sonucu şüpheli çıkan bebeklerin ilgili kliniklere yönlendirildiği belirtilmektedir. Program ile yılda yaklaşık 4.500 çocuğun ilgili hastalıkların sonuçlarından korunmasının sağlanarak engelliliğin önüne geçildiği ifade edilmektedir. Ayrıca tarama programında her bir hastalık için kurulan bilimsel komisyonlar ile izleme ve değerlendirme çalışmalarına destek olunduğu ve programa eklenebilecek hastalıklar konusunda çalışmaların da sürdürüldüğü bildirilmiştir.[13] Yenidoğan Tarama Programı ile ilgili olarak Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından tarama oranları 2020, 2021 ve 2022'de sırasıyla %97,5, %97,2 ve 97,0 olarak bildirilmiştir.[14] Bildirilen sonuçlar Türkiye'de yenidoğan tarama programının ülke genelinde yüksek oranlarda uygulandığını göstermektedir.

2.3.2. Yenidoğan İşitme Taraması Programı

Erken dönemlerde tanımlanarak tedavi edilmediğinde bebeklerde konuşma ve dil gelişimi ile ilgili sorunlar ortaya çıkmasına neden olan işitme kaybı en yaygın görülen doğumsal defekt olup 1000 canlı doğumda 1-3 insidansla görülmektedir. İşitme kaybı saptanan çocuklara altı aydan önce yapılacak gerekli müdahaleler ile üç yaşında uygulanan dil gelişimi testlerinde normal sınırlarda sonuç alınabilirken, erken dönemde tespit edilemeyen çocuklarda dil, sosyal ve kognitif yetenekler açısından sorunlar görülmekte ve bunun sonucunda ileride okul ve sosyal bütünleşmede sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu bağlamda program, 2000 yılında Ankara Zübeyde Hanım Doğum Hastanesinde Özürlüler İdaresi Başkanlığı'nın koordinasyonunda pilot program olarak başlatılarak 2005'te AÇSAP Genel Müdürlüğüne devredilmiş ve 2008 yılında 81 ilde ulusal program haline getirilmiştir. Oluşturulma aşamasında çeşitli üniversitelerden destek de alınan program günümüzde kamu, özel ve üniversiteler olmak üzere doğumun yapıldığı sağlık kurumlarında uygulanmaktadır. Programın amacı olarak, işitme kaybı ile doğan ya da doğum sonrası dönemde işitme kaybı ortaya çıkan çocukların erken saptanıp tedavi ve rehabilitasyonlarının sağlanması yoluyla konuşma gelişimi etkilemeden, psikolojik ve sosyal açıdan sağlıklı bir birey olarak topluma kazandırılması olarak belirtilmiştir.[15] Yenidoğan İşitme Taraması ile ilgili Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından tarama oranları 2020, 2021 ve 2022'de sırasıyla %92,8, %95,0 ve 95,8 olarak bildirilmiştir. [14] Bildirilen sonuçlar olumlu olarak değerlendirilebilmekle birlikte işitme

taraması yapılamayan çocukların tarama yapılamama nedenlerinin incelenmesi önemli olacaktır.

2.3.3. Yenidoğan Görme Taraması Programı

Programın amacı görmenin normal gelişimini engelleyecek risk etmenlerini saptayarak yetersiz görmesi olan olguların erken dönemde tanınması olarak belirtilmiştir. Bebeklerin göz problemlerinden şaşılık, ambliyopi, kırma kusuru, katarakt, glokom, retinoblastom ve prematür retinopatisi açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Bebek çocuk ergen izlem protokolleri kapsamında kırmızı refle testi ve göz muayenesi konusunda eğitim verilen aile hekimleri tarafından bebeklerin muayeneleri yapılmaktadır.[16] Program ile ilgili Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından tarama oranları 2020, 2021 ve 2022'de sırasıyla %98,2, %98,5 ve 98,5 olarak bildirilmiştir. [14] Sonuçlar yenidoğan görme taramalarının ülke genelinde yüksek oranlarda uygulandığını göstermektedir.

2.3.4. Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı

Kalça ekleminin stabil olmayışından, tam çıkığa kadar çok farklı şekillerde karşılaşılabilen bir ortopedik sorun olan gelişimsel kalça displazisinin çok büyük bir bölümü erken tanı ile olgunun ilerideki hayatına olumsuz hiçbir etkisi kalmayacak şekilde, tam olarak tedavi edilebilmektedir. Türkiye'de görülme sıklığının 1000 canlı doğumda yaklaşık 5 ile 15 arasında olduğu tahmin edilen gelişimsel kaşça displazisinin kızlarda yaklaşık 4-8 kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Uygun tedavi edilmezse gelişimsel kalça displazisi olan kişilerin toplumda toplam sağlıklı yaşam günü ortalamalarının düşmesine, sosyal güvenlik kurumu yükünün artmasına ve ciddi iş gücü kayıplarına neden olduğu ifade edilmektedir. Bu bağlamda 2010 yılında Çocuk Ortopedisi Derneği ile işbirliğinde erken tanı ve tedavi programı çalışmaları başlatılarak sahada programı uygulaması beklenen aile hekimlerine eğitim verilmiş ve 2013 yılında radyoloji uzmanlık derneğinin de programa katılması sonucunda tüm ülkede ortopedi ve radyoloji uzmanları ile aile hekimlerinin güncelleme eğitimlerini yapılmıştır. Programın amacı olarak, yenidoğanların 3-4 haftalık dönemlerinde kalça çıkığı açısından muayenelerinin yapılması, pozitif muayene bulgusu ya da risk faktörlerinden herhangi birinin varlığı durumunda ileri tetkik ve muayene için ortopedi kliniğine sevk edilmesi, gelişimsel kalça displazisi açısından kalça ultrason ile değerlendirilmesi, tedavi gerektiren olgularda erken ve uygun tedavilerinin başlatılarak kalça çıkığı için yapılacak cerrahi tedavi sayısı ve muhtemel komplikasyonların en aza indirilmesi belirtilmiştir.[17] Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı gelişimsel kalça displazisi tarama oranlarını 2020, 2021 ve 2022'de sırasıyla %94,0, %97,8 ve 97,8 olarak bildirilmiştir. [14] Bildirilen sonuçlar olumlu olarak değerlendirilebilmekle birlikte işitme taraması yapılamayan çocukların tarama yapılmama nedenlerinin incelenmesi önemli olacaktır.

2.3.5. Okul Öncesi Çocuklarda Görme Taraması Programı

Programa 2015 yılında başlanmış ve 36-48 aylık çocuklara aile sağlığı merkezlerinde, aile hekimi tarafından kırmızı refle testi yapılması ile aile sağlığı çalışanları tarafından Lea Sembol Testi konusunda ilgili ailelere eğitim verilmesini kapsamaktadır. Çocuğun tek gözü kapatılarak annesinin kucağında 3 metre mesafeden Lea Sembol Testi ile görme keskinliği testi aile sağlığı çalışanları tarafından uygulanır. Teste uyum göstermeyen çocukların aileleri tarafından evde Lea Sembol Testi çalıştırılarak tekrar test için 1 hafta içinde aile sağlığı merkezlerine davet edilmesi sonrasında yapılan değerlendirmede sorun saptanan çocukların göz hastalıkları uzmanlarına sevki sağlanır. Çocuklarda şaşılık, refraksiyon kusurları veya katarakt ya da korneal skar gibi deprivasyona yol açan bazı durumlara bağlı olarak gelişebilen ampliyopi göz taramaları ile tanınabilen hastalıklar olup, çocukların belirtilen göz sorunları ile ilgili olarak değerlendirilmeleri görmenin normal gelişimini engelleyecek risk etmenlerinin saptanması ve yetersiz görmesi olan olguların erken dönemde tanınması ile sağaltımlarını sağlamaktadır.[18] Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından okul öncesi dönemde çocuklarda görme tarama oranlarını 2020, 2021 ve 2022'de sırasıyla %97,2, %99,3 ve 99,3 olarak bildirilmiştir. [14] Sonuçlar özellikle 2021 ve 2022 yıllarında okul öncesi tarama oranlarının yenidoğan tarama oranlarında daha yüksek olduğunu göstermektedir.

2.3.6. Okul Çağı Çocuklarda Görme Taraması Programı

Görme kusurları okul çağı çocuklarında sık görülen ve okul başarısına da olumsuz olarak etki eden bir sağlık sorunudur. Bu çağdaki çocuklarda da okul öncesi çağdakiler gibi kırma kusuru, ambliyopi ve şaşılık en sık görülen görme sorunlarıdır. Ülkemiz de de diğer ülkelerde olduğu gibi Görme Taraması Programına ilköğretim 1. sınıfların da eklenmesi, ilköğretim 1. sınıftan sonra oluşabilecek görme ile ilgili sorunların çocuk ve aile tarafından kolay fark edilmesi ve yönetilebilmesi, ayrıca yine diğer ülke uygulamaları ile benzer şekilde daha büyük yaştaki çocuk ve gençlerde tarama programının gerekli olmadığı görüşünün hâkim olması sebebiyle, öncelikli olarak ilkokul 1. sınıflara görme

taramasının yapılmasına karar verilmiş ve okul çağına yönelik tarama rehberi ve algoritmalar hazırlanarak ilgili program Eylül 2018'de ilköğretim 1. sınıf öğrencilerinde başlatılmıştır. Diğer yaş gruplarında olduğu gibi okul çağı aşamasında da aile sağlığı merkezlerinde aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları tarafından, LEA Sembol Testi ve erişkin göz muayenelerinde de kullanılan Snellen Eşeli ile taramalar yürütülmesi sağlanmıştır.[19] Program ile ilgili Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından tarama oranları 2020, 2021 ve 2022'de sırasıyla %33,7, %24,2 ve 16,0 olarak bildirilmiştir.[14] Ayrıca Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022'de 7-14 yaş arası çocukların %8,8'inde göz ile ilgili sorunlar olduğu belirtilmiştir. [8] Okul Çağı Çocuklarda Görme Taraması Programı ile ilgili sonuçlar değerlendirildiğinde hem programın kendi tarama oranları hem de 0-3 ay ve okul öncesi dönem görme tarama oranlarına göre sonuçların oldukça düşük olması önemli bir sorun alanı olarak değerlendirilmelidir. COVID-19 sürecinin sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülse bile diğer görme taramalarına göre oldukça düşük sonuçların detaylı incelenmesi önemli olacaktır. Bu incelemeler sonrasında eksiklik olduğu düşünülen konularda acil müdahalelerin yapılması programın amaçlarına ulaşabilmesi ve sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi açısından elzemdir.

2.3.7. Okul Çağı Çocuklarda İşitme Taraması Programı

Bebeklik döneminin yanı sıra çocukluk döneminin her evresinde büyük bir öneme sahip olan işitme eğitim ve iletişim için en önemli bileşendir. İşitme kaybı ile ilgili sorunlar enfeksiyonlar, travmalar ve progresif işitme kaybı yapan genetik hastalıklara bağlı olarak doğum sonrası dönemde de ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenlerle işitme okul döneminde daha da önemli hale gelmektedir. Literatürde kalıcı işitme kaybı yaygınlığının okul-yaşı nüfusta binde dokuza yükseldiği bildirilmiştir. İşitme kaybı özellikle dikkat, öğrenme ve sosyal işlevlerdeki sıkıntıları artırarak okul başarısını olumsuz yönde etkileyerek önemli ekonomik kayıplara da sebep olmaktadır. Bu bağlamda 2015 yılında Ulusal Yenidoğan İşitme Tarama Programına Okul Çağı Çocuklarda İşitme Tarama Programı eklenmiş ve halen 81 ilde ilköğretim 1. sınıflarda uygulanmasına devam edilmektedir. Okul çağındaki çocuklara uygulanan işitme taraması tüm ülkede ilköğretimin 1. yılında, bilim komisyonu tarafından belirlenen protokoller çerçevesinde okul ortamında, işitme taraması konusunda eğitimli toplum sağlığı ya da sağlıklı hayat merkezlerinde görevli sağlık personeli tarafından odyometri cihazı kullanılarak sahada uygulanmaktadır. Tarama sonucunda işitme kaybı şüphesi olan çocukların ildeki kulak burun boğaz uzmanlarına sevki gerçekleştirilmekte, daha ileri tetkik ve tedavi gerektiren olgular ise kulak burun boğaz uzmanları tarafından, Yenidoğan İşitme Tarama Programında da üst basamak olarak değerlendirilen ve 2014/27 sayılı Yenidoğan İşitme Tarama Programı Genelgesi ve eklerinde yer alan koşulları sağlayan ve genel müdürlük tarafından da onaylanan 3. basamak sağlık kuruluşları olan referans merkezlere yönlendirilmektedir. Programın amacı çocukların işitme taraması ile erken dönemde saptanan ve tedavi edilebilen hastalıklar konusunda erken müdahalelerinin yapılarak yaşıtları sağlıklı çocuklarla eşit koşullarda yaşamlarını sürdürebilmelerini sağlamak olarak bildirilmiştir.[20] Programda gerçekleştirilen tarama oranlarını Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı 2020, 2021 ve 2022'de sırasıyla %25,8, %14,2 ve 82,5 olarak bildirmiştir.[14] Ayrıca Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022'de 7-14 yaş arası çocukların %0,9'unda işitme ile ilgili sorunlar olduğu belirtilmiştir.[8] Programın hem kendi sonuçları hem de yenidoğan işitme taraması sonuçlarına göre çok düşüktür. Sonuçları COVID-19 sürecinin ciddi anlamda etkilediği düşünülse de diğer yıllara göre oldukça yüksek oranın olduğu 2022 yılında bile istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Okul çağı görme taramalarında olduğu gibi okul çağı işitme taramalarının sonuçları da önemli bir sorun alanı olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle yapılacak detaylı incelemeler sonucunda eksiklikler değerlendirilmeli ve okul çağında özellikle ebeveynler de bilgilendirilerek gerekli müdahaleler yapılmalıdır.

2.3.8. Hemoglobinopati Kontrol Programı

Kalıtsal kan hastalıkları başta talasemi ve orak hücre anemisi olmak üzere dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olup, özellikle ülkemizde akraba evliliklerinin fazla olması talaseminin görülme sıklığını arttırmaktadır. Türkiye'de, beta-talasemi taşıyıcı sıklığı %2,1 olarak bildirilmektedir. Talasemi taşıyıcılarının büyük çoğunluğu bu hastalığı taşıdıklarını bilmemekte ve talasemi hastası bir çocuk sahibi olduklarında ya da özel kan testi yaptırdıklarında durumu öğrenmektedirler. Türkiye'de 1993 yılında 3960 sayılı Kalıtsal Kan Hastalıkları ile Mücadele Kanunu çıkmış ve bu çerçevede 1994 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı olarak Antalya, Antakya, Mersin ve Muğla'da talasemi merkezleri kurulmuştur. 2002 yılında ise Kalıtsal Kan Hastalıkları ile Mücadele Kanunu'na dayanılarak Kalıtsal Kan Hastalıklarından Hemoglobinopati Kontrol Programı İle Tanı ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği yayımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından hastalığın görülme sıklığı göz

önüne alınarak 2003 yılında riskli 33 ilde Hemoglobinopati Kontrol Programı başlatılmış ve 2013 yılında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığınca program gözden geçirilerek hastalığın görülme sıklığının fazla olduğu 8 il daha programa eklenmiş ve evlenecek çiftlere aile hekimlerince evlilik raporu verilmeden önce hemoglobinopatilerle ilgili bilgilendirme yapılarak evlilik öncesi tarama yapılmıştır. Hemoglobinopati Kontrol Programı 1 Kasım 2018 tarihinden itibaren Evlilik Öncesi Hemoglobinopati Tarama Programı adı ile tüm ülkede uygulanmaya başlanmıştır. Program kapsamında evlilik öncesinde rapor almak için aile hekimlerine başvuran eş adaylarına danışmanlık hizmeti sunularak, erkek eş adayından tarama için kan örneği alınıp ildeki ya da ilin anlaşmalı olduğu Halk Sağlığı Laboratuvarına kan örnekleri gönderilerek tarama testleri yapılmaktadır. Tarama testleri sonucu erkek eş adayı hemoglobinopati açısından taşıyıcı ya da şüpheli çıkarsa kadın eş adayına da tarama testi yapılır ve her ikisi de taşıyıcı çıkan çiftler, mutlaka genetik danışmanlık almaları için merkezlere yönlendirilmektedir. Bu çiftler çocuk sahibi olmayı düşündüklerinde sağlıklı bebek sahibi olmaları için gereken yönlendirmeler yapılmaktadır. Tüm verilerin de aile hekimleri tarafından aile hekimliği bilgi sistemine işlenmesi gerekmektedir. Program kapsamında yürütülen çalışmaların amacı anormal hemoglobin hastası doğumunun önlenmesi ve mevcut hemoglobinopati hastalarının yaşam sürelerinin uzatılarak, yaşam kalitelerinin artırılması olarak belirtilmiştir.[21]

2.3.9. Evlilik Öncesi Spinal Musküler Atrofi Taşıyıcı Tarama Programı

Kraniyal sinir motor çekirdekleri ve omurilikte yer alan ön boynuz motor nöron hücrelerinin geri dönüşümsüz kaybı ve bunun sonucunda ortaya çıkan kas atrofisi ve güçsüzlüğü ile karakterize olan bir grup genetik hastalık olan spinal musküler atrofinin en sık görülen hastalık formu otozomal resesif kalıtımlı olup, 1/40-60 oranında taşıyıcı oranına sahiptir. Türkiye'de hastalığının görülme sıklığı ve taşıyıcılık oranları net olarak bilinmemekle birlikte, son yıllarda yaklaşık 1.200.000/yıl canlı doğum gerçekleştiği göz önünde bulundurulduğunda, yıllık yeni vaka sayısının 130-180 arasında olduğu tahmin edilmekte olup, yaklaşık 3000 hasta izlenmektedir. Ülkemizde taşıyıcılık oranlarının yüksek olması nedeni ile spinal musküler atrofi taşıyıcılığının ailesinde hasta bebek olan veya olmayan tüm çiftlere gebelik öncesi önerilmesi ve taşıyıcı olduğu belirlenen çiftlerde sağlıklı çocuk için genetik danışma, prenatal veya pre-implantasyon tanı testi seçeneklerinin sunulabileceği ifade edilmiştir. Program ile evlilik öncesi dönemde spinal musküler atrofi açısından her ikisi de taşıyıcı çiftlerin belirlenerek ailelere genetik danışmanlık verilmesi ile hastalığın uzun dönem morbidite ve mortalitesinin azaltılmasının amaçlandığı belirtilmiştir. Program 2021 yılı sonu itibaren tüm ülkede uygulanmaya başlanmıştır. Tarama evlilik öncesi sağlık raporu almak için başvuran çiftler ve halen evli olan çiftlerden de talep edenler için yapılacaktır. Program kapsamında yapılan tarama sonucunda her iki eş adayının da taşıyıcı olduğunun belirlenmesi durumunda, ailelere hastalık hakkında ayrıntılı bilgi ve genetik danışma verilmesinin de amaçlandığı ifade edilmiştir. Sonuçta genişletilmiş programın amacı olarak mevcut eş adaylarının ayrıntılı genetik danışmanlık hizmeti ve prenatal tanı olanakları hakkında bilgilendirilerek yönlendirilmelerinin sağlanması olduğu bildirilmiştir. Evlilik öncesi evlilik raporu almak için aile hekimlerine başvuranların yanı sıra halen evli olup bebek sahibi olmayı düşünen çiftlerden isteyenlere de tarama testi uygulanmaktadır. Tarama için öncelikle erkek eş/eş adayından örnek alınarak sonucuna göre şüpheli pozitif bir sonuç yoksa takipten çıkarılır. Eğer erkek eş adayında şüpheli sonuç çıkarsa mutlaka kadın eş/eş adayına da tarama testi uygulanması gerekmektedir. Tarama testleri için kan örnekleri, eşlerin/eş adaylarının kayıtlı oldukları Aile Hekimliği Birimlerinde alınarak İl Sağlık Müdürlüklerince belirlenen günlerde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde kurulan tarama laboratuvarına gönderilir. Tarama sonuçları ise aile hekimlerine sistem üzerinden iletilirken, kişiler de sonuçlarını e-nabız üzerinden görebilmektedirler.[22]

2.4. Beslenme Programları

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından uygulanan beslenme programları aşağıda belirtilmiştir[23];

a. Tamamlayıcı Beslenme Programları
b. Demir Gibi Türkiye Programı
c. D Vitamini Eksikliği Önleme ve Kontrol Programı
d. Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı

2.4.1. Tamamlayıcı Beslenme Programları

Çocuklarda en uygun fiziksel büyüme ve gelişme, davranışsal gelişme ile yaşama sağlıklı başlangıç için kritik pencere dönemi doğumdan iki yaşın sonuna kadar devam eden dönemdir. Büyüme geriliği, bazı vitamin ve mineral eksiklikleri ve ishaller gibi çocukluklarda hastalıkların ve ölümün en önemli nedenleri de bu dönemde görülür. Ayrıca büyümenin en hızlı olduğu

bu dönemde oluşabilecek büyüme geriliğinin iki yaş sonrasında düzeltilmesi oldukça zordur. Morbidite ve mortalite oranlarında yükselme, fiziksel büyüme ve zeka motor gelişmede gecikme iki yaş altında yetersiz beslenmenin erken dönem sonuçları olarak önümüze çıkmaktadır. Bu bağlamda bu dönem çocukların en uygun şekilde beslenme konusunda annelerin ve anne adaylarının bilinçlendirilmesi önem kazanmaktadır. İlk altı ay anne sütü ile beslenen çocukların bu dönemden sonra hem büyümesi hem de giderek artan hareket yetenekleri nedeniyle sadece anne sütü ile beslenmeleri yeterli değildir. Bu nedenle altı ay sonrası besin, enerji, vitamin ve mineral açığı tamamlayıcı besinlerden karşılanmaktadır. Altıncı aydan sonraki geçiş besinleri anne sütünden aile yemeklerine geçişte köprü görevi görür. Tamamlayıcı besin anne sütüne ilave olarak verilen besinlerdir ve tüketildikleri dönem de tamamlayıcı beslenme dönemi olarak adlandırılmaktadır. Küçük çocukların sağlığının korunması ve sürdürülmesi için bu dönemde verilecek tamamlayıcı besinlerin ihtiyaçlarına uygun kalitede, besleyici, temiz, güvenli ve yeterli miktarda olması gereklidir. Bu nedenle küçük çocuklara özel olarak satılan besinlerden hazırlanabileceği gibi ailenin tükettiği besinlerden uygun şekilde hazırlanabilir. Bu besinler süt çocuğunun değişik tat, lezzet, kıvamda besinlere alışmasını sağlar ve yeme işlevi ile ilgili olarak gerekli olan nöromüsküler işbirliğinin gelişimine de yardımcı olur. Bu bağlamda program ile 5 yaş altı çocuklarda akut ve kronik malnütrisyonun önlenmesi hedeflenmekte olup, bu amaca yönelik sağlık personeline Tamamlayıcı Beslenme Danışmanlık Eğitimleri, Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimleri ile koordineli olarak yürütülmekte ve eğitimlerle sağlık çalışanlarının annelerin ve bebeklerin özelliklerine ve ihtiyaçlarına özel danışmanlık verebilmeleri sağlanmaktadır.[24]

2.4.2. Demir Gibi Türkiye Programı

Demir yetersizliğine bağlı anemi tüm yaş grupları için yaşamsal önemde olup özellikle üreme çağındaki kadınların sağlığını etkileyip çalışma kapasitesini sınırlamakta ve anne ve bebek ölümlerine neden olabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde 3,5 milyar insanda görülen bu sorun günümüzde en sık görülen halk sağlığı sorunlarından biridir. Bebek ve çocuklarda ise anemi başta büyümeyi etkilemekte ve enfeksiyonlara karşı direnci azaltmaktadır. Ayrıca psikomotor ve bilişsel gelişimi geciktirerek zeka düzeyini olumsuz yönde etkilemekte, özellikle 2 yaşından küçük anemik çocuklarda uyum ve denge sorunları görülmekte, bu çocuklar daha içe kapanık ve çekingen davranmaktadırlar. Bu durum çocuğun çevresiyle etkileşime geçip öğrenme yetisini engelleyebildiği gibi zihinsel yeteneklerini de bozabilmektedir. Bebekler ilk 4-6 aya kadar yetecek demir deposuyla doğmakta ve sonrasında beslenmeye yönelik olarak yavaş yavaş depoları azalmaktadır. Program 2004 yılında toplumun konu ile ilgili bilinçlendirilmesi, bebeklerin ilk 6 ay anne sütü almasının ve 6. ayın sonunda uygun ve yeterli miktarda ek besine geçilerek, emzirmenin 2 yaş ve ötesine kadar sürdürülmesi, 4-12 ay arası her bebeğe profilaktik amaçlı ücretsiz demir desteği sağlanması ve 13-24 ay anemisi olan bebeklere demir tedavisi önerilmesi amaçları ile başlatılmış ve buna yönelik olarak da bebeklere demir desteği verilmektedir. Tüm bebeklere 4. aydan 1 yaşa dek ücretsiz demir desteği sağlanması ve anemik bebeklerin tedavilerinin yapılması amaçlanmaktadır. Program ile birlikte demir eksikliği anemisi sıklığının bu yaş gurubunda %30'lardan %6,3'e gerilediği belirtilmektedir.[25] Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023'de 0-6 yaş arası çocukların %6,7'sinde demir eksikliği ve benzeri anemi sorunu görüldüğü belirtilmiştir.[8] Belirtilen sonuçlar program sonrası ilgili yaş grubunda demir eksikliği anemisi görülme sıklığında düşmeyi göstermekle birlikte programın sahada uygulanmasının değerlendirme ve denetiminin yapılmasının önemli olduğunu düşündürmektedir.

2.4.3. D Vitamini Eksikliği Önleme ve Kontrol Programı

D vitamini insan sütünde düşüktür. Ancak erken dönemde anne D vitamini seviyeleri normalse ya da yeterli güneş ışığına maruz kalırlarsa emzirilen bebeklerin D vitamini seviyeleri normal düzeyde olabilir. Bebeğin güneş maruziyeti azaldığında D vitamini yetersizliği artmaktadır. Özel yüksek bölgelerde ya da güneşe maruziyetin çeşitli nedenlerle düşük olduğu yerlerde doğanlar özel bir risk altındadırlar ve bu bebekler annelerindeki düşük D vitamini seviyeleri ile birlikte düşük D vitamini depoları ile doğmuş olabilirler. Güneş maruziyeti veya eksojen D vitamini yetersizliği ise yaşla birlikte artan D vitamini eksikliğine sebep olur. Tüm bu nedenlerin yanında kentsel hava kirliliği nedeniyle deride D vitamini sentezinin azalması, deri pigmentasyon yoğunluğu ve yüksek yerlerde yaşamak da D vitamini yetersizliği nedenleridir. Bu durumlarda D vitamini yetersizliğinin önlenmesine yönelik olarak annelerin ve bebeklerin yeterli D vitamini almaları veya üretmeleri gereklidir. D vitamini eksikliğine bağlı olarak süt çocukluğu döneminde en sık görülen sorun gelişen raşitizm olup, tedavi edilmediğinde 2-3 yaşında kendiliğinden kemiklerde şekil bozuklukları bırakır. D vitamini yetersizliği büyümenin en hızlı olduğu ilk 2 yaş, ergen ve gençlik dönemlerinde insan organizma-

sını daha şiddetli etkilemektedir. Raşitizmin yanı sıra kafatası kemiklerinin yumuşaklığı ve şekil bozukluğu, el bileklerinde genişleme, yürüme ve diş çıkarmada gecikme, sık enfeksiyonlara yakalanma, havale geçirme, baş terlemesi ve sürtünmeye bağlı arka kısımdaki saçların dökülmesi gibi birçok bulgu da D vitamini yetersizliğine bağlı olarak oluşabilir. Program ile raşitizmin önlenmesi ve toplumun D vitamini yetersizliği konusunda bilinçlendirilmesi amaçlanmaktadır. Program 2005 yılından itibaren ülke genelinde bebeklerin kemik gelişimini desteklemek amacıyla bir yaş altı çocuklara 400 IU/gün olacak şekilde ücretsiz D vitamini desteğine başlanarak 1 yaşına dek devam ettirilmektedir. Bugüne dek 15 milyona yakın bebeğe destek başlanmıştır.[26] Program ile birlikte demir eksikliği anemisi sıklığının bu yaş gurubunda %30'lardan %6,3'e gerilediği belirtilmektedir.[25] Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023'te 0-6 yaş arası çocukların %3,8'inde D vitamini eksikliğine bağlı kemik bozuklukları görüldüğü belirtilmiştir.[8]

2.4.4. Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı

Sağlık Bakanlığı tarafından 1991 yılından itibaren yürütülen programda, emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi temel amaç olarak belirtilmiştir. Programın temel amacı bakanlık tarafından daha geniş bir bakış açısı ile doğumdan itibaren bebeklerin emzirilmeye başlatılarak ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi ve 6. aydan sonra da uygun besinlerle birlikte emzirmenin 2 yaş ve ötesine kadar devam ettirilmesi şeklinde ifade edilmiştir. Program ile hedeflenen emzirmenin korunması ve desteklenmesi ile başarılı emzirmede 10 adım stratejisinin tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanması ve devamının sağlanması ile birlikte beslenme bozukluklarının önlemesi ile çocuklarda morbidite ve mortalite oranlarının da düşürülmesi olarak belirtilmiştir. Program kapsamında Emzirme Danışmanlığı uygulayıcı ve eğitici eğitimleri düzenlenmektedir. Doğum yapılan sağlık kuruluşları, birinci basamak sağlık kuruluşları ve yenidoğan yoğunbakımları program kapsamındaki sağlık kuruluşlarıdır. Programda Ulusal Değerlendirme Ekipleri tarafından hastanelerin değerlendirilmesi sonucunda 80 ve üzeri puan alanlar Üst Komiteye sunularak değerlendirme sonucunda Bebek Dostu Unvanı almaktadırlar. Belirtilen unvanı aldıktan sonra da 5 yılda bir tekrar hastaneler değerlendirilmekte ve bu yeniden değerlendirme sonucu 50-80 puan arası alanlara süre verilerek düzeltme yapmaları istenmekte, 50 puan altında kalanların ise unvanları geri alınmaktadır. Bebek Dostu İl Kriterleri olarak, il merkezinde bulunan Çocuk Hastaneleri ile Doğum Yaptırılan Hastanelerin tamamının bebek dostu olmasının sağlanması, ilde mama kodu uygulamaları ile ilgili çalışmaların yapılması yine ilde birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarının en az %50'sinin bebek dostu olmasının sağlanması belirtilirken, Altın Bebek Dostu İl Kriterleri olarak ise, il merkezindeki tüm hastanelerin, ilçelerde bulunan doğum yapılan ya da çocuk hastanelerinin ise %75'inin bebek dostu olması, il genelinde bulunan birinci basamak sağlık kuruluşlarının %75'inin bebek dostu olmasının sağlanması belirtilmiştir. Altın Bebek Dostu İl ve Bebek Dostu İl unvanı 5 yıl süre ile korunmakta olup, bu sürenin sonunda yaptığı etkinlikler Ulusal Değerlendirme ekibi tarafından değerlendirilip sonrasında Anne Sütü Üst Komitesi tarafından incelenerek unvanlarının devamı veya geri alınması konusunda karar verilmektedir.[27] Program kapsamında Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı Bebek Dostu Hastane sayısını 2020, 2021 ve 2022'de sırasıyla 1329, 1109 ve 1187 olarak belirtirken, Bebek Dostu Aile Hekimi oranlarını da yine sırasıyla %96,8, %96,4 ve 96,2 olarak bildirmiştir.[14]

2.5. Sağlığın Geliştirilmesi Programları

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından uygulanan sağlığın geliştirilmesi programları; Okul da Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı, Çocuk Güvenliğinin Sağlanması Programı ve Bebek, Çocuk, Ergen İzlemleri olarak belirtilmiştir.[28]

2.5.1. Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı

Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü 2016 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı ve T.C. Millî Eğitim Bakanlığı arasında imzalanmış ve varılan mutabakat ile program başlatılmıştır. Programın hedefi olarak, okul sağlığı kapsamında şu ana kadar okullarda yürütülen ve yürütülecek olan tüm program ve projelerin çerçevesinin oluşturulması ve ülkemizin okul sağlığı modelinin oluşturulması belirtilmiştir. Öğrencilerin ve okul çalışanlarının sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilmesi için yapılan çalışmaların tümü olarak tanımlanan okul sağlığı ile ilgili birçok program ve proje farklı kurum ve kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Ülke şartlarına uygun, bütüncül bir yaklaşımın benimsendiği bir okul sağlığı modelinin oluşturulmasını hedefleyen program ile okul sağlığı yaklaşımının daha geniş kapsamlı ve bütüncül olması için çalışmalar başlatılarak ilgili Bakanlıklar, kamu kurum ve kuruluşları ile akademisyenlerin katılımı ile Bilim Kurulu ve Yönlendirme Komitesi oluşturulmuştur. Program dahilin-

de yürütülen çalışmalar, sağlık hizmetleri, sağlıklı ve güvenli okul çevresi, sağlıklı beslenme, sağlık eğitimi, fiziksel aktivite ve aile/toplum katılımı olarak altı başlık altında toplanmıştır.[29] Bu protokol 2024 yılında son bulmuştur; halen SB ile MEB arasında 18.04.2025 tarihinde üç yıl süreli "Sağlıklı Çocuk, Sağlıklı Gelecek-Okul Sağlığı Hizmetleri İş birliği Protokolü" kapsamında hizmet sunulmaktadır.[30] Bu konuya ilişkin detaylı bilgi Bu bölümde Okul Sağlığı başlıklı yazıda yer almaktadır.

2.5.2. Çocuk Güvenliğinin Sağlanması Programı

Yapılan çalışmalarda ülkemizde ailelerin kazalardan korunma bilgisinin yetersiz olduğu ve çocukların kaza geçirme riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir. 0-6 yaş grubundaki çocuklarda yaşanan ev kazalarının önlenmesi ve ev kazası gerçekleştiğinde çocuklara doğru ilk yardım uygulamalarının yapılmasını sağlamak amacıyla annelerin/ailelerin bilinçlendirilmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasında önemli bir yere sahiptir. Özellikle ev kazaları, her yaş grubunda görülebilmekle birlikte özellikle yaşlılar ile birlikte çocuklar için de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ev kazaları sıklığı, ülkeler ve yaş gruplarına göre değişmekle beraber çocukluk çağı kazalarının %25'ni oluşturmaktadır. Ev kazaları, tüm dünyada önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Türkiye'de çocukluk çağı ev kazaları tüm kazaların %18-25'ni oluştururken acil servis müracaatlarında trafik kazalarından sonra 2. sırada yer almaktadır. Tüm bu nedenlerle çocuk yaralanmaları ve beraberinde gelen sakatlık ile ölümleri asgari düzeye indirmek amacıyla Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneğinin katkılarıyla ilgili program başlatılmıştır. Halen multisektörel bir eylem planının oluşturulması için çalışıldığı belirtilmiştir.[31]

2.5.3. Bebek, Çocuk, Ergen İzlemleri Programı

Temel düşüncenin hastalık ortaya çıktıktan sonra iyileştirmekle uğraşmak yerine, hastalığa zemin hazırlayan koşulların önceden saptanarak önlenmesi olduğu bebek ve çocuk izlemleri Aile Sağlığı Merkezleri/Birimleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Literatür tarama çalışmaları ile 2007'de durum saptamada kullanılacak veriler belirlenmiş ve Dünya Sağlık Örgütü ve diğer ilgili uluslararası kaynaklardan yararlanılarak, bebeklere standart bir hizmetin sunumu için Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü taslağı geliştirilmiştir. Oluşturulan izlem protokolleri bakanlığın ilgili birimlerine, üniversitelerin ilgili bilim dallarına ve Milli Pediatri Derneği, Türk Pediatri Kurumu, Türk Neonatoloji Derneği ve Sosyal Pediatri Derneği gibi ilgili derneklere gönderilerek 2008 yılında gelen öneriler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmış ve son şekli verilen izlem protokolleri 2008/45 sayılı Genelge ile tüm ülkede uygulanmaya başlamıştır. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri 2015 ve 2018 yıllarında revize edilmiştir. Bu bağlamda ilk 1 yaşta en az 9 kez, 6 yaşa kadar toplam 16 kez, 6-19 yaş yılda 1 kez belirlenen izlem dönemlerinde izlem yapılması gerekmektedir. Yanı sıra Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Ergen Sağlığına ve Sorunlarına Yaklaşım Cep Kitabı ergenlere yönelik sık görülen sağlık sorunlarının birinci basamakta yönetimini sağlamak amacıyla hazırlanarak sahaya iletildiği belirtilmiştir.[32]

Bebek, Çocuk, Ergen İzlemleri Programı ile ilgili T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllıkları incelendiğinde, bebek tam izlem oranları 2020, 2021, 2022 ve 2023 yıllarında sırasıyla %90,5, %92,4, %90,8 ve %90,6 olarak belirtilirken, çocuklarda tam izlem oranları sırasıyla %91,0, %90,6, %94,0 ve %92,4 olarak belirtilmiştir.[6-9] Bu sonuçlar Türkiye'de bebek ve çocuk izlemlerinin yüksek oranlarda gerçekleştirildiğini düşündürmekle birlikte özellikle gelişimin değerlendirilmesi ile ilgili oldukça önemli olan bu programda daha yüksek oranlara ulaşılamamasını nedenlerinin detaylı olarak değerlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ergen izlemleri ile ilgili ise detaylı istatistiklere rastlanamamıştır.

2.6. Eğitim Programları

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülen eğitim programları; Yenidoğan Canlandırma Programı, Temel Yenidoğan Bakımı Eğitimi, Çocuk Acil Tıp ve Çocuk Yoğun Bakımı Temel Eğitimleri Programları ve Yenidoğan Yoğun Bakım Güncelleme Eğitimi programlarıdır.[33]

2.6.1. Yenidoğan Canlandırma Programı

Ülke genelinde doğum eyleminde görev alan tüm sağlık çalışanlarına yönelik yürütülen bir hizmet içi eğitim programı olan Yenidoğan Canlandırma Programı 1998 yılından bu yana uygulanmaktadır. Program hedefi olarak, temel resüsitasyon uygulamalarının yerleştirilmesi için bu konuda standart uygulama yapacak, eğitim almış sağlık personelinin yetiştirilmesi ile önlenebilir ölüm nedenlerinden olan asfiksiye bağlı mortalite ve morbiditenin gelişmiş ülke düzeylerine ulaştırılması belirtilmiştir. Program amacı olarak da, tüm ülkede doğum eyleminde görev alan tüm sağlık personelinin standart bir neonatal resüsitasyon eğitimi alması ve edinilen bilgi ve becerileri belirli aralıklarla yenilemesi, eğitim yapılan illerde gerçekleştirilen hastane ziyaretleri ile doğumhane koşullarının yerinde

görülmesi ve saptanan sorunlara yönelik kuruma özel çözümlerin kurum yetkilileri ile birlikte üretilmesi ve çalışma koşullarının verilen eğitimle paralel duruma getirilmesi ve tüm bu çalışmalar ile doğan çocuklara gerektiğinde aynı nitelikte resüsitasyon yapılmasının sağlanması belirtilmiştir. Eğitimde kullanılan kurs kitabı, Amerikan Pediatri Akademisi/Amerikan Kalp Birliği kurs kitabının Türkçe çevirisi olarak bildirilmiştir. Hem eğitim materyallerinin hem de eğitimcilerin güncellendiği belirtilmiş olup, program kapsamında yalnızca Türkiye ile sınırlı kalınmadığı tüm Dünyadaki yenidoğan ölümlerinin önlenmesine de katkı sağlamak amacıyla farklı ülkelerde de eğitici ve uygulayıcı eğitimleri verildiği ifade edilmiştir.[34]

2.6.2. Temel Yenidoğan Bakımı Eğitimi

Yenidoğan ölümlerinin azaltılmasına yönelik olarak yüksek teknoloji destekli uzman ağırlıklı hastane bakımının yanı sıra temel yenidoğan bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gerektiği bildirilmiştir. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekimlere yönelik çok sayıda kaynak bulunmasına rağmen birinci basamakta çalışan sağlık ekibinin yararlanabileceği Türkçe kaynak sayısının oldukça sınırlı olduğu ve bu nedenle birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşunda bir yenidoğan bebekle karşılaşıldığında nelere dikkat edilmesi ve ne yapılması gerektiği konularında kolay anlaşılır bir dille hazırlanmış bir eğitim programı oluşturulmasının kararlaştırıldığı ifade edilmiştir. Bu bağlamda başlatılan eğitim programının amacı ülke genelinde güncel bilgilerin kullanılması ve temel yenidoğan bakımında standardizasyonunun sağlanması olarak belirtilmiştir. Program yenidoğana yönelik yürütülen pek çok bakanlık programını bütünlük içinde sunarak sağlık personelinin bu konuda bilgi ve becerisinin arttırılmasını hedeflemektedir. Göbek bakımı, canlandırma ihtiyacını belirleme, olağan bakım, hipotermiden korunma, K vitamini uygulaması, göz bakımı, erken emzirme, ulusal programda yer alan taramalar, işitme taraması, aşılar, anneye danışmanlık konularını içeren iki günlük eğitim ile sağlıklı doğmuş yenidoğanın alması gereken temel bakımı verebilecek şekilde sağlık personelinin donanımını artırmak amaçlanmıştır.[35]

2.6.3. Çocuk Acil Tıp ve Çocuk Yoğun Bakımı Temel Eğitimleri Programları

Gelişmiş ülkelerdekine yakın çocuk ölüm hızlarına ulaşabilme adına koruyucu sağlık hizmetleri yanı sıra çocuklara yönelik acil ve yoğun bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi önemlidir. Çocuk ölümlerini azaltma hedefine bağlı olarak bakanlık bu alana daha fazla önem vermiş ve Tıpta Uzmanlık Tüzüğünde çocuk acil ve çocuk yoğun bakım için yan dal statüsü getirilmiştir. Ancak çocuk acil ve çocuk yoğun bakım uzmanları açısından hekim açığı çok ciddi boyutlarda olup, bu açığının kapanması çok uzun yılları alabileceğinden ek tedbirler alarak bu açığın kapatılması gereklidir. Bu bağlamda Aralık 2010'da Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği'nin desteği ile yenidoğan sonrası döneme ilişkin iki gün teorik ve belirlenen üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinin ilgili ünitelerinde 15 iş günü pratik eğitimden oluşan eğitim programı başlatılmıştır. Program ile amaçlananın, çocukluk çağı ölümlerinin azaltılması ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının çocuk yoğun bakım ve çocuk acil hizmetlerine yönelik bilgilerinin desteklenmesi olduğu belirtilmiştir. Yine Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının yeteri kadar bir bölümünün bu kursa katılımının yıllar içerisinde sağlanması ve öncelikle 2.basamak çocuk yoğun bakım üniteleri ve çocuk acil servislerindeki hizmet sunumunun kalitesini iyileştirilmesi de amaçlar arasında ifade edilmiştir.[36]

2.6.4. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanları İçin Neonatoloji Güncelleme Eğitimi

Türk Neonatoloji Derneğinin desteği ile 2010'da çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına yönelik olarak yenidoğan yoğun bakım kursu başlatılmış, 2014'te kursun adı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanları İçin Yenidoğan Bakımı Güncelleme Kursu olarak güncellenmiş ve 2024 yılında revize edilerek Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanları İçin Neonatoloji Güncelleme Kursu adını almıştır. Kurs üç iş günü teorik ve 20 iş günü pratik eğitimden oluşmakta olup, prematüre bakımı, yenidoğanda mekanik ventilasyon ve yenidoğanda acil sorunlar teorik eğitimin konularını oluşturmaktadır. Teorik eğitimin ardından pratik eğitim Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde gerçekleştirilmektedir. Bakanlık tarafından ikinci basamak hastanelerde kurulan ve kurulacak olan yenidoğan yoğun bakım merkezlerine eğitilmiş çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının yerleştirilmesi ile üçüncü basamak yoğun bakımların hasta yükünün azaltılması ve bu merkezlere destek sağlanması programın amacı olarak belirtilmiştir.[37]

Türkiye'de Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından uygulanan belirtilen programlar haricinde farklı konularda bebek, çocuk ve ergen sağlığına yönelik programlar da yürütülmektedir. Bu programlar biri Genişletilmiş Bağışıklama Programı olup, program dahilinde, Polio Eradikasyon Programı, Kızamık Eliminasyon Programı, Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı, difteri, boğmaca, kızamıkçık ve konjenital rubella sendromu, kabakulak, hemofilus influenza tip

B, tüberküloz, invaziv pnömokokal hastalıklar, hepatit A, suçiçeği bibi farklı hastalık kontrol programları, Hepatit B Kontrol Programı ve Aşı Sonrası İstenmeyen Etki İzleme Sistemi alt bileşenleri de bulunmaktadır. Bunun yanı sıra Akut Solunum Yolları Enfeksiyonlarının Kontrolü Programı, İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı, Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı, Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı, İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanma Programı gibi birçok program da yürütülmektedir.[38] Bu konuda yer alan bulgular raporun farklı bölümlerinde yer almaktadır.

Açıklanan programlar dahilinde ulaşılabilen verilerden okullarda yürütülen görme ve işitme programları haricindeki programlarda uygulamaların istenilen düzeylerde yürütüldüğü düşünülebilir. Ancak birçok programın sonuçları ile ilgili yeterli veriye ulaşılamadığı görülmektedir. Bu durum programların ve sorun alanlarının tespitinde zorluklara neden olmaktadır. Programlarla ilgili güncel verilerin sunulması ve bu programlarla ilgili kurumsal işbirliklerinin yürütülmesi programların istenilen düzeylerde yürütülmesine katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak,

Türkiye 12. Kalkınma Planı ve Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı kapsamında çocuk ve ergenlerin sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik pek çok program yürütülmektedir. Kalkınma Planı ve Stratejik Planda en fazla vurgulanan konu "çocukların yaşama hakları" olduğu görülmektedir. Halen ülkemizde bebek ve çocuk ölümleri görülmekte olup, bu ölümlerin önlenebilir olduğu bilinmektedir. Bu da çocukların yaşama haklarına ulaşması için pek çok müdahaleye gereksinim olduğunu düşündürmektedir.

Çocukların sağlık izlemleri, tarama programları, bağışıklama hizmetleri, sağlıklı beslenmesi, ruhsal sağlığı, güvenliği sağlanması, okul sağlığı gibi farklı alanlarda programlar yürütülmektedir. Programların bir kısmı Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi sunulurken, ruhsal sağlık, okul sağlığı, sağlıklı beslenme, bağışıklama, nadir hastalıklarda tanı ve tedavi hizmetleri gibi pek çok program farklı Genel Müdürlükler ve farklı daire başkanlıkları tarafından yürütülmektedir.

Çocuk sağlığı programlarının herkese ulaştırılması gerekmektedir. Ülkemizde bölgeler arası, kent içi eşitsizliklerin yanı sıra pek çok farklı kırılgan çocuk grupları bulunmaktadır. Kalkınma Planı ve Sağlık Bakanlığı Stratejik Planında kırılgan gruplara ilişkin özel hedeflerin daha kapsamlı olarak geliştirilmesi, tüm çocukların haklarına ulaşmasına önemli katkı sağlayacaktır.

Çocukluk dönemi 0-18 yaşı kapsamakla birlikte; ergenlik ile birlikte 0-19 yaş grubunun sağlığının korunması ve geliştirilmesi hedeflenmelidir. Çocukluk ve ergenlik dönemi, yaşamın pek çok dönemine göre pek çok farklılık göstermektedir. Hızlı büyüme ve gelişme döneminde çocukların yaşama haklarının yanı sıra gelişme, korunma ve katılım haklarına ulaşmasına ilişkin taahhüt, Türkiye Cumhuriyeti tarafından Birleşmiş Milletlerin Çocuk Haklarına dair Sözleşmeyi imzalamasıyla verilmiştir. Çocuğun sağlığının korunması ve geliştirilmesinde sorun alanlarına yönelik oluşturulmuş olan programların farklı kurum ve kuruluşlarca yürütülmesi çocuk sağlığına bütüncül yaklaşımı sağlanması konusunda sorun alanları oluşturabilmektedir. Kalkınma Planı kapsamında Çocuk Başlığı Altında yer alan hedef ve yaklaşımların, çocuğun yaşama, gelişme, korunma ve katılım haklarının hepsini karşılaması sağlanması bütüncül bakışı sağlayacaktır.

Türkiye'de çocuklara ilişkin "çocuk politikasının" transdisipliner olarak geliştirilmesi ve uygulanması, mevcut plan ve programların etkinliğini artırmak, mükerrerliği önlemek ve hizmete erişimi güçlendirmek için zorunludur. Mevcut göstergelerin ağırlıklı olarak ölümleri önlemeye odaklandığı göz önüne alındığında, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik (ruh sağlığı, fiziksel aktivite, riskli davranışlar vb.) göstergelerin kapsamının genişletilmesi, bölgesel eşitsizlikleri ve kırılgan grupları dikkate alan bir izleme ve değerlendirme sistemiyle desteklenmesi gerekmektedir. Böylece, ulusal hedeflerle sahadaki uygulamalar arasındaki örtüşme maksimize edilebilir ve tüm çocukların sağlıklı yaşam hakkına erişimi sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Clark H, Coll-Seck AM et all. A future for the world's children? A WHO–UNICEF–Lancet Commission. The Lancet 2020;395(10224):605-658
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri. Yayın no: 1112, Ankara, 2018.
3. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Onikinci Kalkınma Planı (2024-2028). https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_11122023.pdf Erişim Tarihi: 10.11.2025
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2024-2028 Stratejik Planı. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/47452/0/saglik-bakanligi-stratejik-plan-2024-2028pdf.pdf?_tag1=7B2A9834832BF7DCF36F2C7E5607D8543752A372 Erişim Tarihi: 10.11.2025

5. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Bebek Ölümleri İzleme Sistemi. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/programlar/bebek-cocuk-olumleri.html Erişim Tarihi: 15.09.2025
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020. Yayın no: 1240, Ankara, 2022.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021. Yayın no: 1260, Ankara, 2023.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. Yayın no: 1279, Ankara, 2024.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. Yayın no: 1301, Ankara, 2025.
10. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus İstatistikleri Portalı. https://nip.tuik.gov.tr/?value=Olum Erişim Tarihi: 15.09.2025
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Doğum Bildirim Sistemi. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/programlar/dogum-bildirim-sistemi.html Erişim Tarihi: 15.09.2025
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Tarama Programları. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/programlar/tarama-programlari.html Erişim Tarihi: 17.09.2025
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Yenidoğan Tarama Programı (NTP). https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/ntp.html Erişim Tarihi: 17.09.2025
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Program İstatistikleri. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-cocukergen/istatistikler.html Erişim Tarihi: 17.09.2025
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Yenidoğan İşitme Taraması Programı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/yenidogan-isitme-taramasi-programi.html Erişim Tarihi: 17.09.2025
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Yenidoğan Görme Taraması. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/yenidogan-gorme-taramasi.html Erişim Tarihi: 17.09.2025
17. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Tarama Programı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/gkd-tarama-programlari.html Erişim Tarihi: 17.09.2025
18. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Okul Öncesi Çocuklarda Görme Taraması Programı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/okul-oncesi-cocuklarda-gorme-taramasi-programi.html Erişim Tarihi: 17.09.2025
19. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Okul Çağı Çocuklarda Görme Taraması Programı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/okul-cagi-cocuklarda-gorme-taramasi-programi.html Erişim Tarihi: 17.09.2025
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Okul Çağı Çocuklarda İşitme Taraması Programı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/okul-cagi-cocuklarda-isitme-taramasi-programi.html Erişim Tarihi: 17.09.2025
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Hemoglobinopati Kontrol Programı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/hemoglobinopati-kontrol-programi.html Erişim Tarihi: 17.09.2025
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Evlilik Öncesi Spinal Musküler Atrofi (SMA) Taşıyıcı Tarama Programı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/evlilik-oncesi-sma-tasiyici-tarama-programi.html Erişim Tarihi: 17.09.2025
23. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Beslenme Programları. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/programlar/beslenme-programlari.html Erişim Tarihi: 17.09.2025
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Tamamlayıcı Beslenme Programı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme-programlari/tamamlayici-beslenme-programlari.html Erişim Tarihi: 17.09.2025
25. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Demir Gibi Türkiye Programı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme-programlari/demir-gibi-turkiye.html Erişim Tarihi: 17.09.2025
26. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. D Vitamini Eksikliği Önleme ve Kontrol Programı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme-programlari/d-vitamini-eksikligi-onleme-kontrol-programi.html Erişim Tarihi: 17.09.2025
27. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme-programlari/anne-sutunun-tesviki-bebek-dostu-skp.html Erişim Tarihi: 17.09.2025
28. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Sağlığın Geliştirilmesi Programları. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/programlar/sagligin-gelistirilmesi-programlari.html Erişim Tarihi: 18.09.2025
29. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/sagligin-gelistirilmesi-programlari/okulda-sagligin-korunmasi-gelistirilmesi-programi.html Erişim Tarihi: 18.09.2025
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Sağlıklı Çocuk Sağlıklı Gelecek Programı. ht-

tps://sggm.saglik.gov.tr/TR-108378/saglikli-cocuk-saglikli-gelecek-programi.html Erişim Tarihi: 10.11.2025

31. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Çocuk Güvenliğinin Sağlanması Programı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/sagligin-gelistirilmesi-programlari/cocuk-guvenliginin-saglanmasi-programi.html Erişim Tarihi: 18.09.2025
32. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Bebek Çocuk Ergen İzlemleri. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/sagligin-gelistirilmesi-programlari/bebek-cocuk-ergen-izlemleri.html Erişim Tarihi: 18.09.2025
33. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Eğitim Programları. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/programlar/egitim-programlari.html Erişim Tarihi: 20.09.2025
34. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Yenidoğan Canlandırma Programı (NRP). https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/egitim-programlari/nrp.html Erişim Tarihi: 20.09.2025
35. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Temel Yenidoğan Bakımı Eğitimi. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/egitim-programlari/temel-yenidogan-bakimi-egitimi.html Erişim Tarihi: 20.09.2025
36. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Çocuk Acil Tıp ve Çocuk Yoğunbakımı Temel Eğitimleri Programları. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/egitim-programlari/cocuk-acil-tip-ve-cocuk-yb-tep.html Erişim Tarihi: 20.09.2025
37. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen Dairesi Başkanlığı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanları İçin Neonatoloji Güncelleme Eğitimi. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/egitim-programlari/yenidogan-yb-guncelleme-egitimi.html Erişim Tarihi: 20.09.2025
38. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ Erişim Tarihi: 20.09.2025

Çocuk ve Ergenlerde Beslenme Göstergeleri ve Fiziksel Aktivite Göstergeleri

Günay Saka, L. Hilal Özcebe

Bu bölümde 2000 yılından sonra yayınlanmış ve erişilebilen uluslararası veya ulusal belgelerde çocuk ve ergenlerin beslenme ve fizik aktivite göstergelerine ilişkin değişmeler açıklanacaktır.

1. 5 Yaş Altı Çocuklarda Beslenme Durumu Göstergeleri

Dünyada 2020 – 2025 yıllarında yayınlanan Gıda Güvenliği ve Beslenme Durumu raporlarında Türkiye'de 5 yaş altı çocuklarda zayıflık, bodurluk, fazla kiloluluk ve 0-5 aylık bebeklerde tam emzirme prevalansları **Tablo 1**'de verilmiştir. Bu raporlarda önceki 5 yıllık güncel verilerden yararlanılarak tahminler verilmektedir.

Gıda Güvenliği ve Beslenme Durumu raporlarında Türkiye için yapılan tahminlere göre; 2020-2024 yıllarında beş yaş altı çocuklarda zayıflık prevalansı %1,7 (100.000 çocuk) olarak verilmiş olup yıllara göre yapılan tahminler değişmemiştir. Bodur olan 5 yaş altı çocuk sıklığı 2012 yılında %12,5 (800.000 çocuk) iken 2024 yılı için %5,5 (300.000 çocuk) olarak tahmin edilmiştir. Beş yaş altı fazla kilolu çocukların prevalansı 2012 yılı için %9,8 (600.000 çocuk) iken 2024 yılında bu sıklık %7,7 (400.000 çocuk)'e düşmüştür. Sadece anne sütü ile beslenen 0-5 aylık bebek oranı 2020 ve 2023 yılları için %40,7 olarak bildirilmiştir. Sadece anne sütü alan 0-5 aylık bebek sayısı 2020 yılında 500.000 iken 2023 yılında 200.000 olarak tahmin edilmiştir.[1-6]

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF)'in her yıl yayınladığı Dünya Çocuklarının Durumu 2019–2025 yılları raporlarında yıllara göre ülkemizde çocuk beslenmesine ait verilen bazı göstergeler derlenmiş olup **Tablo 2**'de sunulmuştur.[7-11]

UNICEF Dünya Çocuklarının Durumu raporlarında da önceki 5 yıllık güncel verilerinden tahminler yapılmaktadır. İlk 6 ay sadece anne sütüyle beslenme yüzdesinde değişiklik olmadığı belirtilmektedir; ancak bu dönemde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının ya-

Tablo 1. Dünyada Gıda Güvenliği ve Beslenme Durumu Raporlarında Türkiye'de 5 yaş altı çocuklarda beslenme durumu göstergeleri tahminleri (%)[1-6]

	Yıllar						
	2012	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Zayıflık (wasting) prevalansı		1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Sayı (milyon)		0,1	0,1	0,1	0,1		0,1
Bodurluk (stunting) prevalansı	12,5	6,0			5,5		5,5
Sayı (milyon)	0,8	0,4			0,4		0,3
Fazla kiloluluk (overweight) prevalansı	9,8	8,1			8,1		7,7
Sayı (milyon)	0,6	0,5			0,5		0,4
Sadece anne sütü alma prevalansı (0-5 ay) (%) (exclusive breastfeeding)	41,6	40,7	40,7	40,7	40,7	40,7	
Sayı (milyon)	0,6	0,5	0,5	0,3	0,3	0,2	

Tablo 2. UNICEF Dünya Çocuklarının Durumu Raporlarına göre Türkiye'de beş yaş altı çocuklarda bazı beslenme göstergelerinin yıllara göre dağılımı (%)[7 – 9, 12]

Rapor yılı	2019	2020	2024
DDA	11 (2015)	12,9	11 (2015)
Tam emzirme (< 6 ay)	30	40,7	40,7 (2018-2024 dönemi)
12–23 aylık çocuklarda emzirme	50 (2013 – 2018 dönemi)	52,7 (2014 – 2020 dönemi)	52,7 (2018-2024 dönemi)
Beş yaş altı bodurluk	10 (2013 – 2018 dönemi)	--	5,5 (2024)
Beş yaş altı zayıflık	2 (2013 – 2018 dönemi)	2 (2014 – 2020 dönemi)	0,6 (ciddi) (2017-2024 dönemi) 1,7 (orta düzeyde ve ciddi) (2017-2024 dönemi)
Beş yaş altı fazla kiloluluk ve şişmanlık	11 (2013 – 2018 dönemi)	---	7,7 (2017-2024 dönemi)

Tablo 3. UNICEF, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Bankası tahminlerine göre Türkiye'de beş yaş altı çocuklarda bodurluk ve fazla kiloluluğun yıllara göre dağılımı (%),[10,11]

	Bodurluk prevalansı			Fazla kiloluluk prevalansı		
Yıllar	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
2019	6,1	6,5	5,8	8,6	9,1	8,0
2020	5,9	6,2	5,6	8,4	8,9	7,8
2021	5,7	6,0	5,4	8,1	8,7	7,6
2022	5,6	5,9	5,3	8,0	8,5	7,4
2023	5,6	5,9	5,3	7,8	8,3	7,3
2024	5,5	5,8	5,2	7,7	8,2	7,2

pılmaması aynı sayıların verilmesinin nedeni olabilir. Türkiye'de 0-4 yaş grubunda bodurluk %5,5, ciddi zayıflık %0,6, orta düzeyde ve ciddi zayıflık %1,7 ve fazla kiloluluk ve şişmanlık %7,7 olarak bildirilmiştir.[7 – 9, 12]

UNICEF, DSÖ ve Dünya Bankası tahminlerine göre Türkiye'de 0-59 aylık çocuklarda cinsiyetlerine göre bodurluk ve fazla kiloluluk prevalansları **Tablo 3**'de sunulmuştur. Her iki göstergede de 2020-2025 yılları arasında düşme gözlenmektedir. Erkek çocuklarda hem bodurluk hem de fazla kiloluluk, kız çocuklara göre daha yaygındır.[10, 11]

2. Okul Çağı Çocuklarda Beslenme Durumu

UNICEF Dünya Çocuklarının Durumu Raporlarına göre Türkiye'de 5-19 yaş çocuklarda zayıflık ve fazla kilolu ve şişmanlık ile ilgili tahminler **Tablo 4**'de sunulmuştur. Tahminlere göre 2023 yılında 5-19 çocuk prevalansı zayıf ve çok zayıf olma %5 iken fazla kilolu ve şişman olma yüzdesi oranı %29'dur.[7 – 9]

Türkiye'de 2022 yılında 5-9 yaş grubunda fazla kiloluluk kızlarda %31,9 ve erkeklerde %33,2 olup, toplamda %32,6'dır. Fazla kiloluluk 10-14 yaş grubu kızlarlarda %35,0, erkeklerde %36,4 ve toplamda %35,7 iken 10-14 yaş grubu kızlarda %31,8, erkeklerde %27,7 ve toplamda %29,7'dir. Bu yüzdeler 15-19 yaş grubu için sırasıyla,%32,9, %32,5 ve %32,7'dir.[11]

Tablo 4. UNICEF Dünya Çocuklarının Durumu Raporlarına Göre Türkiye'de okul çağı çocuklarda (5 – 19 yaş) zayıflık ve fazla kiloluğun yıllara göre dağılımı (%),[7 – 9]

	Yıl		
5-19 yaş arası	2019	2021	2023
Zayıf – çok zayıf (thinness)	5	5	5
Fazla kilolu ve şişman	30	29	29

T.C. Sağlık Bakanlığı, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) ve Hacettepe Üniversitesi işbirliği ile DSÖ Avrupa Bölgesi koordinatörlüğünde yapılan ilkokul 2. sınıf öğrencilerinin Çocukluk Çağı Obezite araştırması (COSI_TUR 2022) çocukların beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını da araştırmaktadır. Çocukların beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarına ilişkin bazı sonuçlar Kutu 1'de sunulmuştur.

KUTU 1. COSI-TUR 2022 RAPORUNA GÖRE İLKOKUL 2. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN BAZI BESLENME VE FİZİKSEL AKTİVİTE DAVRANIŞLARI(13)

Çocukların;

- %82,6'sı ev ya da okulda her gün kahvaltı yapmakta; %4,2'si hiç taze meyve ve %8,7'si hiç taze sebze tüketmemekte; %26,3'ü her gün bir veya birden fazla kez şekerli içecek, %54,1'i günde 1-2 porsiyon taze meyve-sebze ve %50,6'sı haftada 1-3 kez et tüketmektedir.
- Okul-ev arası mesafesi "1 km'den daha kısa" olanlar %47,8 ve "1-2 km arası" olanlar %27,7'dir.

Çocukların %65,3'ü evden okula ve %67,2'si okuldan eve yürüyerek ulaşmaktadır. %18,0'i okul servisi/toplu ulaşım ile ve %16,3'ü özel araç ile evden okula ulaşmaktadır; bu yüzdeler dönüş için %18,0 ve %14,4'tür. Ortalama olarak evden okula ulaşma süreleri 10,61 (± 0,01) dakikadır (GA 10,59-10,63). Okuldan eve ulaşma süresi de benzer şekildedir (10,86 ± 0,09 dk; GA 10,86-10,89).

- Okula yürüyerek gitmeyen çocukların en fazla belirtilen yürümeme nedenleri, okulun uzak olması (%45,0) ve yolların güvenli olmaması (%34,9) şeklindedir.
- Ailelerin görüşlerine göre ev-okul arasındaki yolun yürüme/kaykay/motorsuz skoter ile ulaşım için güvenlik ortalaması 10 üzerinden; 7,12 ± 2,98 (GA 7,12-7,13) olarak bulunmuştur.
- %74,8'i spora vakit ayırmamakta; %0,9'u spora haftada 8 saat ve üzeri vakit ayırmaktadır.
- Oyun oynama için ayrılan ortalama süre, hafta içi 2 saat 41 dakika ve hafta sonu 4 saat 28 dakikadır.
- Ev ödevi yapma/kitap okuma için ayrılan ortalama süre, hafta içi 2 saat 1 dakika ve hafta sonu 1 saat 50 dakikadır.
- Elektronik cihazlarla geçirilen ortalama süre, hafta içi 1 saat 47 dakika ve hafta sonu 2 saat 50 dakikadır.

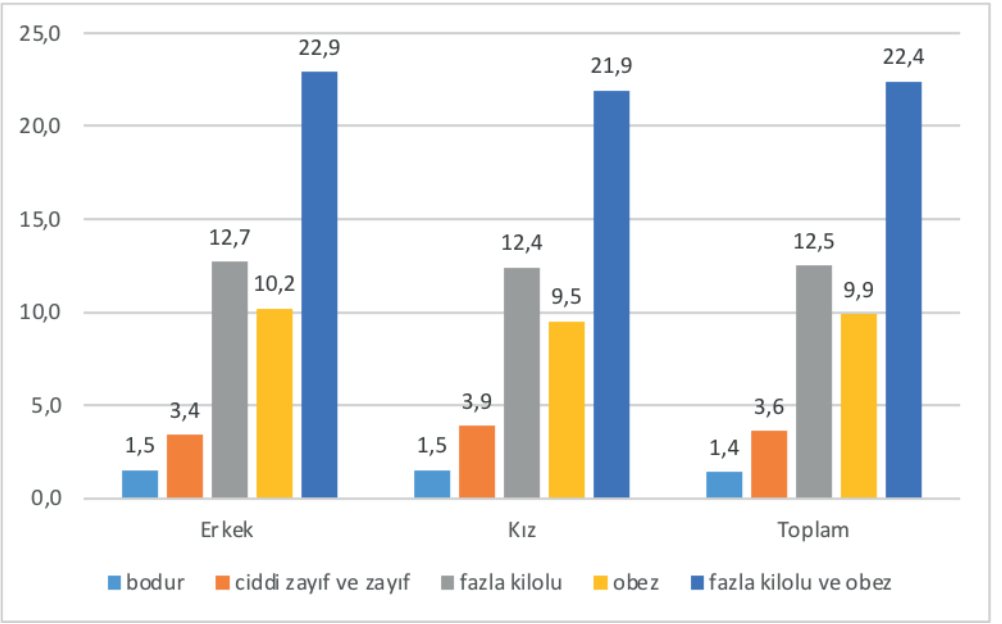
Bu sonuçlar, çocuklar arasında şekerli içecek tüketimi olan ve yeterli taze sebze ve meyve tüketmeyen çocuklar olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra okula ulaşımda motorlu taşıt kullanımı ve fiziksel aktiviteye yeterli zaman ayrılamadığına ilişkin bulgular da gözlenmektedir. Çocukların okulda geçirdikleri oturma sürelerine ek olarak ev ödevi, elektronik cihazlarla vakit geçirdikleri raporda belirtilmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre çocukların sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitelerinin desteklenmesi gerektiği gözlenmektedir.

Çocukluk Çağı Obezite araştırmasında (COSI_TUR 2022) çocukların yaş, vücut ağırlığı ve boz uzunluğuna göre hesaplanan antropometrik göstergeler **Tablo 5**'de ve **Şekil 1**'de ve COSİ TUR 2022 sonuçlarının önceki yıllara çalışmalarıyla karşılaştırılması ise **Şekil 2**'de sunulmuştur.[13,14]

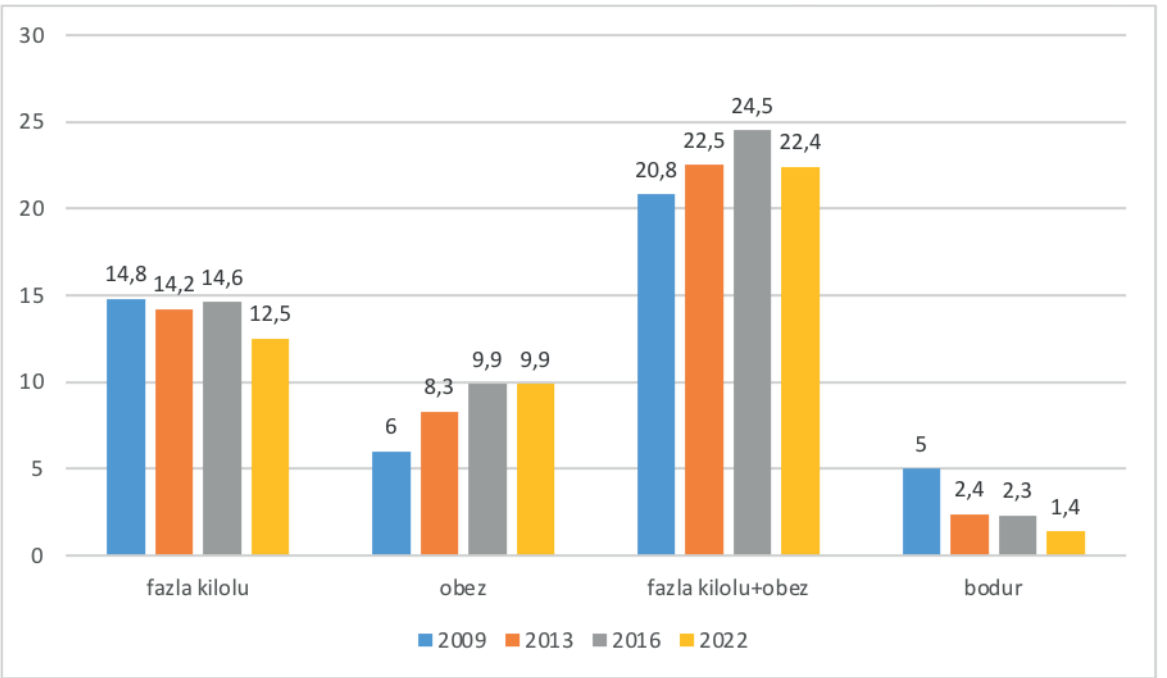
COSI-TUR 2022 raporuna göre ilkokul 2. sınıf öğrencilerinin doğum tarihi, vücut ağırlığı ve boy uzunluğuna göre hesaplanan BKİ Z-skoru değerlerinde fazla kilololuk ve şişmanlık erkeklerde %22,9 ve kızlarda %21,9 olup toplam olarak %22,4'dür. Yani yaklaşık her dört çocuktan biri fazla kilolu ve şişman olarak değerlendirilmiştir. Türkiye'de 7-8 yaş kız ve erkek çocuklarda fazla kilolu ve şişmanlık yüzdesi yıllara göre artış gösterdiği görülmektedir.[13]

Tablo 5. Türkiye'de ilkokul 2. sınıf öğrencilerinin (7-8 yaş) beden kütle indeksi z-skoru, vücut ağırlığı z-skoru ve boy uzunluğu z-skoru gruplarının cinsiyete göre dağılımı (COSI-TUR 2022)[13]

Göstergeler		Toplam	Erkek	Kız
BKİ Z-Skoru (BAZ)	Ciddi zayıf - zayıf	3,6	3,4	3,9
	Normal	74,0	73,9	74,2
	Fazla kilolu	12,5	12,7	12,4
	Şişman	9,9	10,2	9,5
Vücut Ağırlığı Z-Skoru (WAZ)	Ciddi zayıf - zayıf	2,3	2,2	2,5
	Normal	87,7	87,7	87,7
	Fazla kilolu	7,0	7,1	7,0
	Şişman	3,0	3,0	2,9
Boy Uzunluğu Z-Skoru (HAZ)	Ciddi bodur - bodur	1,4	1,5	1,3
	Normal	93,7	93,3	94,1
	Uzun – çok uzun	4,9	5,2	4,6



Şekil 1. Türkiye'de İlkokul 2. Sınıf öğrencilerinde bodurluk, ciddi zayıflık ve zayıflık, fazla kiloluluk, obezite, fazla kiloluluk ve obezite prevalansları (COSİ_TUR 2022)[13]



Şekil 2. Türkiye'de 7-8 yaş grubunda yıllara göre fazla kiloluluk, şişmanlık ve bodurluk dağılımı (%)[14]

Türkiye Çocukluk Çağı Obezite Araştırması (COSI-TUR 2022) ilkokul 2. sınıf öğrencilerinde kronik ve akut beslenme bozukluklarına dair önemli veriler sunmaktadır. Çocuklarda kronik malnütrisyon göstergesi olan ciddi bodur ve bodur olma yüzdeleri erkeklerde %1,5, kızlarda %1,3 ve toplamda %1,4'dür. Çocuklarda vücut ağırlığı z-skoruna göre yapılan değerlendirmede ise erkek çocukların %2,2'si, kız çocukların %2,5'i ve toplamda çocukların %2,3'ü zayıf olarak değerlendirilmiştir.[13]

Kronik beslenme bozukluğu göstergesi olan bodurluk, 2013 yılında %2,4 iken 2022 yılında %1,4'e gerileyerek azalma eğilimi göstermiştir. Buna karşın zayıflık (akut/kronik yetersizlik göstergesi) 2013'te %2,1 iken 2022'de %3,6'ya artış sergilemiştir. Bu sonuçlar, çocukluk döneminde beslenme izlemlerinin önemini vurgulamak-

Tablo 6. Türkiye'de bölgelere göre ilkokul 2. sınıf öğrencilerinin (7-8 yaş) fazla kilololuluk ve şişmanlık, ciddi zayıf ve zayıflık ve ciddi bodur ve bodur sıklıklarının dağılımı (COSI-TUR 2022)[13]

Göstergeler	Ciddi zayıf- zayıf	Fazla kilolu-şişman	Ciddi bodur - bodur
Toplam	3,6	13,4	1,4
İstanbul	3,7	20,4	1,4
Batı Marmara	2,7	24,5	1,6
Ege	4,1	25,3	0,7
Doğu Marmara	3,7	21,0	1,2
Batı Anadolu	4,5	22,8	1,4
Akdeniz	3,1	22,7	1,0
Orta Anadolu	3,3	21,7	1,2
Batı Karadeniz	4,5	22,1	0,7
Doğu Karadeniz	3,1	21,6	1,2
Kuzeydoğu Anadolu	3,6	22,4	2,3
Ortadoğu Anadolu	3,4	22,4	1,0
Güneydoğu Anadolu	3,7	21,5	2,6

ta, özellikle risk altındaki çocuklar için destekleyici sosyal ve sağlık müdahalelerinin güçlendirilmesi gereğini ortaya koymaktadır.[14]

Türkiye'de bölgelere göre çocukların antropometrik göstergeleri **Tablo 6**'da sunulmuştur.

Türkiye'de bölgelere göre fazla kilololuluk-şişmanlık ve bodurluk yüzdeleri arasında fark bulunmaktadır. Batı Marmara ve Ege Bölgelerinde fazla kilololuluk ve şişmanlık %25'ler civarındayken, Kuzeydoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde bodurluk %2'nin üzerindedir.[13]

3. Ergenlerde Beslenme ve Fiziksel Aktivite Göstergeleri

Ülkemizde ortaokul ve liselerde fiziksel uygunluk karnesi değerlendirmeleriyle antropometrik göstergeler hesaplanmaktadır. Pandemiden sonra yüz yüze eğitime geçiş süreci sebebiyle, 2021-2022 eğitim-öğretim yılında sağlıkla ilgili "**Fiziksel Uygunluk Karnesi**" ölçümleri tüm ülkede ortaokul ve liselerde 10-18 yaş grubu öğrencilerinde bahar döneminde aile ve çocuk onamı alınarak 3.598.000 öğrenciye bir kez uygulanmıştır.[14] Bu dönemde ortaokulda olan öğrenci sayısı 5.293.067 ve lisede olan öğrenci sayısı 6.543.599'dur. Bu nedenle verilen değerlendirme aile ve çocuk onamı olan çocuklara aittir. Bu değerlendirmelerden elde edilen bazı sonuçlar **Tablo 7**'de verilmiştir.

Fiziksel Uygunluk Karnesi değerlendirmelerine göre fazla kilolu ve obez olanların oranı 10-14 yaş grubunda %31,0 ve 15-18 yaş grubunda %30,4'dür. Yani ortaokul ve lise öğrencilerinden her 10 çocuktan biri fazla kilolu ya da şişmandır. Erkek ortaokul öğrencilerinde fazla kilolu ve şişman olma yüzdesi %36,0 ve lise öğrencilerinde %24,7'dir. Bu yüzdeler kız öğrenciler için sırasıyla %25,9 ve %16,5'dir. Erkeklerde fazla kilololuluk ve şişmanlık, kızlara göre daha yüksektir.[14]

Tablo 7. Ortaokul ve liselerde öğrenim gören öğrencilerin yaş grubu ve cinsiyetlerine göre BKI Z-Skoru Dağılımı (%)[14]

	Çok zayıf	Zayıf	Normal	Fazla kilolu	Şişman
10-14 yaş grubu					
Kız	0,9	3,4	69,8	18,5	7,4
Erkek	1,0	3,3	59,6	21,9	14,1
Toplam	1,0	3,3	64,7	20,2	10,8
15-18 yaş grubu					
Kız	0,4	2,7	80,4	12,2	4,3
Erkek	0,8	3,4	71,1	17,0	7,7
Toplam	0,6	3,1	75,9	14,5	5,9

4. Ulusal Beslenme Politikaları

Bu dönemdeki politikaların değişimi ve odak noktaları şunlardır:

4.1. Odak Değişimi

Koruyucu Önlemlerden Kriz Yönetimine kaymıştır. 2020-2022 dönemi, beslenme politikalarının odağını, kronik obezite mücadelesinden, COVID-19'un çocuk beslenmesi üzerindeki dolaylı olumsuz etkilerini yönetmeye kaydırmıştır. Politika belgelerinde, pandemi döneminde çocuklarda artan hareketsizlik, ekran süresi ve yüksek yağ/şeker/tuz içerikli gıda tüketiminin obezite sıklığını artırdığına dair kabul ve bu duruma yönelik müdahale ihtiyacı bulunduğu yer almaktadır. Salgın ve sonrasında 2023 depremleri, en kırılgan gruplardaki çocukların beslenme güvencesinin sağlanmasına yönelik sosyal politikaların ve gıda desteklerinin önemini artırmıştır.

4.2. Obezite İle Mücadele Stratejilerinin Güncellenmesi

Türkiye, 2010 yılından beri uyguladığı "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" ve buna bağlı Eylem Planları'nı 2020-2025 döneminde de sürdürmüş, ancak artan obezite risklerine paralel olarak yaklaşımlarını güçlendirmiştir.[14]

Tuz ve Şeker Azaltma: Kamu spotları ve rehberler aracılığıyla çocukların ve ailelerin eklenmiş şeker, tuz ve doymuş yağ tüketimini azaltmaları yönünde net ve sık tekrarlanan mesajlar verilmiştir.

Çocukluk Çağı Obezite İzlemi (COSI-TUR): Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) işbirliğiyle yürütülen COSI-TUR araştırmasının devam ettirilmesi, politikaların bilimsel verilere dayanarak oluşturulmasında merkezi bir rol oynamıştır.

4.3. Okul Beslenme Ortamlarının Standartlaştırılması ve Genişletilmesi

Çocuklara yönelik beslenme politikalarının en somut ve denetlenebilir alanı okullar olmuştur.

a. "Okul Gıdası Logosu" Uygulaması: Besin değeri yüksek ve Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kriterlere uygun gıdaların okullarda satılmasını teşvik etmek ve velilerin seçimini kolaylaştırmak amacıyla "Okul Gıdası Logosu" uygulaması hazırlanmıştır. Bu uygulama, kantinlerde satılan ürünlerin besin standartlarını yükseltmeyi amaçlayan önemli bir düzenlemedir. Ancak halen uygulamaya geçememiştir.[15]

b. Okul Kantinleri Yönetmeliği: Kantinlerde gazlı, şekerli içecekler, kızartmalar ve yüksek enerjili besinlerin satışı kısıtlanmıştır.[16]

4.4. Erken Çocukluk ve Anne Beslenmesine Daha Fazla Odaklanma

Yeni Rehberler: 2020-2025 dönemine yönelik güncellenen bazı beslenme rehberlerinde, özellikle 2 yaş altı çocuklar için ilk kez net beslenme önerileri ve annelerin beslenme durumuna dair spesifik vurgular yapılmıştır. Bu, yaşamın ilk bin gününe verilen önemin bir göstergesidir.[17]

Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı işbirliğiyle 18 Nisan 2025 tarihinde başlatılan "Sağlıklı Çocuk Sağlıklı Gelecek Programı": Sağlık okuryazarlığını artırmayı hedefleyen bu tür programlar ile çocuklara erken yaşta sağlıklı yaşam ve beslenme alışkanlıkları kazandırmayı amaçlamaktadır.[18]

Bu dönemde beslenme politikaları, ağırlıklı olarak obezite riskini azaltmaya, okullarda sağlıklı seçimi kolaylaştırmaya ve kriz durumlarında beslenme güvencesini korumaya odaklanarak, daha koruyucu ve çevresel düzenlemelere dayalı bir yöne doğru ilerlemiştir.

Yerel yönetimlerin çocuk beslenmesinin iyileştirilmesine katkı sağlayan uygulama örnekleri vardır. Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin Kantin Desteği Projesi ile ilkokul öğrencilerine okul kantinlerinde kullanılmak üzere aylık bakiye desteği verilmiş, Tuzla Belediyesi'nde ise ortaokul ve lise öğrencilerine ücretsiz ya da destekli öğün temin edilmiştir. Bu uygulamalar sağlıklı beslenmeye erişim açısından olumlu örnekler oluşturmuştur. [19,20]

2022–2023 eğitim öğretim yılında bazı illerde başlatılan ücretsiz öğün uygulamasının 2023 Şubat depremleri sonrasında kaldırılmıştır. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin (HASUDER)'in de dahil olduğu bir grup sivil toplum kuruluşu tarafından yapılan basın açıklamasında beslenmenin temel bir çocuk hakkı olduğuna dikkat çekilmiş, ulusal ve uluslararası sözleşmeler çerçevesinde devletin her çocuğun yeterli, güvenli ve sağlıklı beslenmeye erişimini sağlaması gerektiği vurgulanmıştır. Açıklamada, okullarda ve üniversitelerde tüm çocuklara ücretsiz, dengeli ve besleyici öğün sağlanmasının eşitlik ilkesi doğrultusunda bir politika haline getirilmesi çağrısı yapılmıştır.[21]

Türkiye Okul Yemeği Koalisyonu da bu alanda bir savunucu olarak öne çıkmaktadır. Türk Tabipleri Birliği (TTB), Veli-Der, Gıda Mühendisleri Odası ve diğer sivil toplum kuruluşlarının katılımıyla kurulan bu koalisyon, 2024'te "Ücretsiz Okul Yemeği Hemen Şimdi"

çalıştayı düzenleyerek okullarda ücretsiz ve nitelikli bir öğün hakkının ulusal düzeyde tanınması çağrısında bulunmuştur.[22]

Dolayısıyla, yerel düzeyde olumlu örnekler bulunmakla birlikte, hizmetin tüm çocuklara eşit biçimde ulaştırılması ve okullarda ücretsiz, sağlıklı bir öğünün ulusal ölçekte kalıcı politika haline getirilmesi gerektiği açıktır.

Sonuç olarak;

Türkiye'de 2020-2025 yıllarını kapsayan dönemde 0-18 yaş grubundaki çocukların beslenme göstergeleri, özellikle fazla kiloluluk ve şişmanlık sorununa ve bodurluk sorunlarını öne çıkar maktadır. Türkiye'de çocukluk çağı fazla kiloluluk ve şişmanlık, ulusal ve uluslararası raporlarda sürekli artan bir halk sağlığı sorunu olarak öne çıkmaktadır. Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR) gibi çalışmalar, ilkokul çağındaki çocukların yaklaşık dörtte birinin fazla kilolu veya obez olduğunu göstermektedir. Uluslararası Çocukluk Obezitesi Atlası gibi raporlar, Türkiye'de 5-19 yaş arası obez çocuk sayısının 2025 ve sonrasında daha da artacağını öngörmektedir.[23]

COVID-19 Etkisi: 2020-2022 pandemi dönemi, hareketsizliğin artması, evde geçirilen sürenin uzaması ve düzensiz beslenme alışkanlıklarının yaygınlaşması nedeniyle çocuk ve ergenlerde fazla kilo ve obezite oranlarını muhtemelen artırmıştır. Kesin 2020-2025 verileri henüz tam olarak yayınlanmasa da, bu dönemdeki kısıtlamaların olumsuz bir etki yarattığı düşünülmektedir.[24-26]

Gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla görülen "bodurluk" (yaşa göre boy kısalığı) ve zayıflık, Türkiye'de genel olarak düşük bir prevalansa sahip olsa da, bölgesel ve sosyoekonomik eşitsizlikler devam etmektedir. Beş yaş altı çocuklarda ve okul çağında kronik yetersiz beslenmenin göstergesi olan bodurluk yüzdesinin bölgesel farklılık gösterdiği gözlenmektedir; bu durum, beslenmede hakkaniyet sorununa işaret etmektedir.

Çocuklar arasında beslenme sorunlarının olması, fiziksel aktivitenin yeterli düzeyde olmaması sağlıklı büyüme ve gelişme önünde bir engel olarak tanımlanmaktadır. Ailenin sosyal ve ekonomik olarak olumlu düzeye getirilmesi ulusal sağlık ve beslenme politikalarıyla gerçekleşebilir. Her çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişme hakkı olduğu yaklaşımının tüm sektörler tarafından benimsenmesi, transdisipliner bir yaklaşımla çocuk sağlığı ve beslenmesi politikası tanımlanmalı ve uygulamalıdır.

KAYNAKLAR

1. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Transforming food systems for affordable healthy diets. Rome, FAO. https://doi.org/10.4060/ca9692en Erişim Tarihi: 01.10.2025
2. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2021. Transforming food systems for food security, improved nutrition and affordable healthy diets for all. Rome, FAO. https://doi.org/10.4060/cb4474en Erişim Tarihi: 01.10.2025
3. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2022. Repurposing food and agricultural policies to make healthy diets more affordable. Rome, FAO. https://doi.org/10.4060/cc0639en Erişim Tarihi: 01.10.2025
4. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2023. Urbanization, agrifood systems transformation and healthy diets across the rural–urban continuum. Rome, FAO. https://doi.org/10.4060/cc3017en Erişim Tarihi: 01.10.2025
5. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2024 – Financing to end hunger, food insecurity and malnutrition in all its forms. Rome. https://doi.org/10.4060/cd1254en Erişim Tarihi: 01.10.2025
6. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2025 – Addressing high food price inflation for food security and nutrition. Rome. https://doi.org/10.4060/cd6008en Erişim Tarihi: 01.10.2025
7. UNICEF. The State of the World's Children 2019. Children, Food and Nutrition: Growing well in a changing world. New York.
8. UNICEF. The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health. New York.
9. UNICEF. The State of the World's Children 2023: For every child, vaccination, UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight, Florence.
10. UNICEF/WHO/World Bank Joint Child Malnutrition Estimates - Country Estimates, 2025 edition
11. UNICEF. https://data.unicef.org/country/tur/#nutrition (JMI Database Country Model 2025) Erişim Tarihi: 20.09.2025
12. UNICEF. The State of the World's Children 2025 Statistical Compendium. https://data.unicef.org/resources/sowc-2025/?utm_campaign=SOWC%20statistical%20compendium%202025&utm_medium=email&utm_source=Mailjet. Erişim Tarihi: 26.11.2025
13. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Milli Eğitim Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. Türkiye Çocukluk Çağı Obezite Araştırması - COSI-TUR 2022. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1295, Ankara, 2024.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı "Obezite İle Mücadele ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2025 – 2028". Yayın No 1313, Ankara, 2025.

15. Okul Gıdası Logosu Uygulaması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ (Tebliğ No:2019/29)
16. Okul Kantinlerinde Satılacak Gıdalar ve Eğitim Kurumlarındaki Gıda İşletmelerinin Hijyen Yönünden Denetlenmesi. Milli Eğitim Bakanlığı, Genelge No 2020/80
17. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2022. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1031, Ankara 2022
18. Sağlık Bakanlığı. Sağlıklı Çocuk Sağlıklı Gelecek Programı. https://sggm.saglik.gov.tr/TR-108378/saglikli-cocuk-saglikli-gelecek-programi.html
19. Ankara Büyükşehir Belediyesi. https://www.ankara.bel.tr/haberler/ankara-buyuksehir-in-kantin-destegi-projesi-genisliyor-17898. Erişim Tarihi: 25.09.2025
20. Tuzla Belediyesi. https://www.tuzla.bel.tr/icerik/11/9058/tuzla-belediyesinden-ogrencilere-kantin-ve-beslenme-destegi.asp Erişim Tarihi: 25.09.2025
21. Ortak Basın Bildirisi 21 Aralık 2022. Beslenme Hakkı Çocuğun İnsan Hakkıdır. https://icerik.hasuder.org.tr/uploads/hasuder.org/a7c386e7-79e0-44a2-ba04-41bbda-0afdc0.pdf. Erişim Tarihi: 2.10.2025
22. Türkiye Okul Yemeği Koalisyonu. Ücretsiz Okul Yemeği Hemen Şimdi Çalıştay Raporu (21-22 Eylül 2024 Ankara) https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/ucretsiz_okul_yemegi_koalisyonu_calistay_raporu.pdf Erişim Tarihi: 2.10.2025
23. Global Atlas on Childhood Obesity. World Obesity Federation 2019. https://www.worldobesity.org/membersarea/global-atlas-on-childhood-obesity Erişim Tarihi: 20.09.2025
24. Kahraman TA, Yılmaz M. Comparison of The Nutritional Habits of Individuals With and Without a COVID-19 Diagnosis: An Online Cross-Sectional Study From Türkiye. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2023; 8(3): 1009-1017
25. Şavlı Emiroğlu P, Taneri PE, Güner AE. Impact of the COVID-19 Pandemic on Childhood Obesity Prevalence. Bagcilar Med Bull. 2024;9(4):225-231
26. Gülü M. Et.al. Investigation of Obesity, Eating Behaviors and Physical Activity Levels Living İn Rural and Urban Areas During The Covid-19 Pandemic Era: A Study of Turkish Adolescent. BMC Pediatrics, (2022) 22:405

Çocuk ve Ergenlerde Sık Görülen Ruh Sağlığı Sorunları

A. Ferdane Oğuzöncül

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), çocuk ve ergenlerde ruhsal sağlığını, ideal psikolojik sağlık ve işleve sahip olma ve bunu sürdürebilme kapasitesi olarak tanımlar. Dolayısıyla yaşamın bu dönemlerinde görülen ruhsal bozukluklar, çocuğun normal psikolojik gelişimi aksatarak ideal işlevsellik ve potansiyellerine erişmesini engelleyebilir.[1] Yetişkinlikte görülen birçok ruhsal hastalık, çocukluk ve ergenlik yaşlarında başlayabilmektedir.[2] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Ruh Sağlığı Raporu (2017), çocuklar arasında ruhsal rahatsızlıkların yaygınlığının farklı ülkelerde %10 ile %20 arasında değiştiğini, sadece %25'inin profesyonel yardım aldığını belirtmektedir. Bu nedenle çocuk ve ergenlerde ruhsal bozukluklarla ilişkili hastalık yükü büyüktür.[3] Ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığı, oluşturduğu engellilik, intiharlar, travmatik yaşantılar önemli halk sağlığı sorun alanları olarak kabul edilmektedir.[4]

Türkiye'de genç nüfusun toplam nüfus içindeki payı artarken, çocuklar ve ergenlerde ruhsal bozuklukların yaygınlığına dair mevcut veriler oldukça yetersiz kalmaktadır.[5] Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalar genel toplumdaki hastalık sıklıklarını yansıtmasa da toplumdaki ruhsal hastalık yüküne ilişkin bir fikir verebilir. Ruhsal sorunların dörtte üçü 15-24 yaş arasında belirti vermeye başlamaktadır. İstanbul'da bir kamu üniversitesinin kampüsünde yapılan kesitsel bir çalışmada öğrencilerin %30,1'inde depresyon, %25,2'sinde yaygın anksiyete bozukluğu, %9'unda bipolar bozukluk ve %2,9'unda psikotik belirti varlığı saptanmıştır.[6]

Ülkemizde çocuk ve ergenlerde görülen psikopatolojilerin yaygınlığını belirlemeye yönelik yapılan en kapsamlı epidemiyolojik çalışmayı Ercan ve arkadaşları (2019) yapmıştır. Bu çalışmaya göre herhangi bir ruhsal bozukluğun genel yaygınlığının %37,6 olduğu, ayrıca erkek çocuklarında görülen psikopatolojilerin ise kız çocuklarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.[7]

Kasım 2019'da Çin'de başlayan ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 11 Mart 2020'de küresel salgın (pandemi) olarak ilan edilen COVID-19, yol açtığı kayıplar nedeniyle kısa sürede küresel bir sağlık krizine dönüşmüştür. Ülke bazında alınan tedbirler, karantina uygulamaları, sosyal temasın sınırlanması, sokağa çıkma yasağı, okulların kapanması, maske takma zorunluluğu gibi önlemlerin yanı sıra; gerek ülkemizde gerekse dünyada kapanmanın getirdiği sosyal, ekonomik ve psikolojik zorluklar stresin olumsuz etkilerine daha duyarlı olan çocuk ve ergenlerin ruh sağlığını etkilemiştir.[8] DSÖ tarafından çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinin dünya çapında zorluklarla karşılaştığı bildirilmiştir.[9] Bu bağlamda, Türkiye'de çocuk ve ergenlerde en sık görülen ruh sağlığı sorunlarının ve bu sorunların zaman içinde nasıl değiştiğinin incelenmesi büyük önem taşımaktadır.

1. Çocuk ve Ergenlerde Sık Görülen Ruh Sağlığı Sorunları

1.1. Nörogelişimsel Bozukluklar

Nörogelişimsel bozukluklar, beyin gelişiminin çeşitli nedenlerle farklılaştığı, çeşitli nörolojik ve psikiyatrik belirtilerle seyreden bozukluklardır. Tik bozuklukları, özgül öğrenme güçlükleri, konuşma ve dil bozuklukları, konjenital nöral anomaliler, otizm spektrum bozukluğu (OSB), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve epilepsi hastalıkları bu bozukluklara örnek olarak verilebilir.[10]

1.1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

Ülkemizde çocuk-ergenlerde sadece nörogelişimsel bozuklukların ele alındığı epidemiyolojik bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak Ercan ve arkadaşlarının (2019) ülkemizde çocuk ruh sağlığı üzerine yapmış oldukları epidemiyolojik çalışmada çocuklarda en sık

görülen nörogelişimsel bozukluğun DEHB olduğu saptanmıştır. Türkiye'de okul çağı çocuklarında DEHB yaygınlığı genel olarak %12,7 olarak rapor edilmiştir. Önceki ulusal ve uluslararası çalışmalara göre kısmen daha yüksek, kısmen de benzer bulunmuştur. Ülkemizde Akdeniz ve Marmara bölgelerinde DEHB görülme sıklığı en yüksek bulunmuştur.[7] Konya'da 2021 yılında yapılan bir çalışmada, yanık nedeniyle pediatrik acil servise başvuran çocuklar değerlendirilmiş ve bu gruptaki çocuklarda DEHB sıklığının yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak bu çalışmada bulunan DEHB oranının genel nüfus için yorumlanması doğru değildir. Çalışma kapsamında, travmatik yaralanmalarla DEHB arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.[11] Kocaeli'nde 2025 yılında yayınlanan bir çalışmada, toplum temelli okul öncesi dönem (3–6 yaş) çocuklarda DEHB sıklığı %3,3 olarak bildirilmiştir. Ancak araştırmada farklı tanı araçları ve ölçüm kriterlerine göre bu sıklığın %2 ile %12,6 arasında değiştiği belirtilmiştir. Cinsiyet farkı açısından erkek çocuklarda DEHB görülme sıklığı kızlara göre 1,9 kat daha fazladır.[12] Türkiye bağlamında, 2020 sonrası döneme özel yıllık ulusal düzeyde veri sınırlı olsa da literatürde DEHB'nin görünürlüğünde ve tanı alımında artış olduğuna dair ipuçları mevcuttur.[10]

1.1.2. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), bireyin sosyal iletişimde zorluklar yaşaması, sınırlı ilgi alanları ve tekrarlayıcı davranışlar göstermesi ile tanımlanan nörogelişimsel bir bozukluktur. Bu durum, erken çocukluk döneminde ortaya çıkar ve yaşam boyu sürebilir.[13] Türkiye'de OSB riskini değerlendiren en büyük araştırma, Tohum Otizm Vakfı tarafından 2008 yılında yürütülen otizm tarama projesidir. Bu çalışmada 18-36 aylık yaklaşık 45.000 çocukta otizm spektrum bozukluğu riski değerlendirilmiştir. Tarama yapılan grupta 228 çocuktan 15'inin yüksek risk altında, 242 çocuktan 49'unun ise orta risk altında olduğu bildirilmiştir.[14]

Sezerol ve Davun'un makalelerinde, 2018-2023 yılları arasında toplam 25.839 çocuk otizm spektrum bozukluğu taramasından geçirildiği, 1.449 çocuğun risk altında olduğu belirlendiği ve risk altında olan 1.177 çocuğa çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümünden randevu verildiği belirtilmektedir. Randevusuna gelen 978 çocuktan 88'ine otizm spektrum bozukluğu tanısı konmuştur. Çocukların cinsiyet dağılımına göre erkek/kız oranı 3,6/1'dir. Bu çalışmada 5 yıllık yaygınlık %0,9 olarak bulunmuştur. Makalede pandeminin 2020-2021 yılları arasında etkisiyle tarama oranları düştüğü ve tanı sayısının azaldığı belirtilmiştir. Taramanın 2023 yılının Şubat ayına kadar sürdüğü ve en fazla tanı sayısının 2022 yılında olduğu belirtilmiştir.[15]

2. Duygudurum ve Anksiyete Bozuklukları

2.1. Depresyon

Depresif bozukluklar, çocuklukta daha az görülse de ergenlikte belirgin artış göstermektedir. Sosyal geri çekilme, mutsuzluk, ilgi kaybı ve intihar düşünceleri temel belirtilerdir. Depresif bozukluklar ergenlik döneminde özellikle artış gösterir. Ankara'da 2024 yılında ergenlerle yapılan bir çalışmada klinikte yataklı hizmet alan çocuk-ergen hastalarda %23,3 oranında majör depresyon tanısı bildirilmiştir.[16]

Türkiye'de çocuk ve ergenlerde depresyon belirtilerinin Pandemi döneminin ardından 2020 sonrası artış eğiliminde olduğuna dair veriler vardır. Türkiye'de pandemi süreci ergenlerin ruh sağlığı olumsuz etkilenmiştir. 2021 yılında yapılan bir çalışma, Türkiye'de ergenlerin yaşam kalitesinin pandemi nedeniyle bozulduğunu göstermektedir. Ayrıca, sinirlilik, dikkat sorunları, hiperaktivite/dürtüsellik, depresyon, anksiyete ve OKB belirtileri gibi ruh sağlığı ile ilgili sorunların pandemi öncesi döneme kıyasla gençlerde arttığı bulunmuştur. Ayrıca, sonuçlar yaşam kalitesi ile ruh sağlığı sorunları arasında bir ilişki olduğunu düşündürmektedir.[17] İstanbul'da 2022 yılında yapılan bir çalışmada (yaş ortalaması 12,4 ± 1,1 yıl) 2.780 katılımcıdan (yanıt oranı %47,7) oluşmuştur; öğrencilerin %31,2'sinde yüksek depresif semptomlar tespit edilmiştir.[18]

2.2. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozuklukları, çocukluk ve ergenlik döneminde oldukça yaygın görülür. Sosyal fobi, ayrılma kaygısı, panik bozukluk gibi alt türleri mevcuttur. Türkiye'de 2021 yılında Google e-formlar aracılığıyla ulaşılan toplam 118 ergende yapılan bir çalışmada sağlık yaşam kalitesi üzerinde pandeminin neden olduğu değişiklikler araştırılmıştır. Çalışmada ergenlerde anksiyete ve depresif belirtilerin pandemi öncesine göre arttığı saptanmıştır.[19]

Pandemi sürecinde çocuk ve ergenlerde depresyon ve anksiyete belirgin artmıştır.[17] Pandemi sürecinde çocuk ve ergen bireylerde yaşadıkları ve algılarının belirlenmesi amacıyla yapılan bir başka çalışmada ise araştırmaya katılan çocuk ve ergenlerin %56,5'inin hastalığa yakalanma ve %54,1'inin ölüm korkusu yaşadığı gözlemlenmiştir.[20] Bu bulgu, pandeminin çocuklar üzerindeki psikolojik etkilerinin ciddiyetini vurgulamaktadır.

2.3. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları (örneğin Anoreksiya Nervoza, Bulimia Nervoza, tıkınırcasına yeme bozukluğu) çocuk ve ergenlerde ciddi ruh sağlığı sorunları arasında yer al-

maktadır. Yeme bağımlılığının diğer bağımlılıklarla ortak biyolojik, davranışsal ve psikolojik yönlerine işaret eden sonuçlar giderek artmaktadır.[21] Yeme bozukluklarının (YB) sıklığı çok düşük olsa da, diğer psikiyatrik bozukluklara göre daha yüksek oranda kronikleşme ve olumsuz sonuçlara yol açma eğilimindedir. YB'larının ergenlerde sık görülmesi, ciddi psikolojik ve fiziksel sonuçlar doğurma olasılığı nedeni ile önemli bir halk sağlığı sorunudur.[22]

Günümüzde teknoloji ve iletişim araçlarının hızlı gelişimi, yeme alışkanlıkları ve tutumlarıyla ilişkili bulunmaktadır.[22] İstanbul'da yaşları 18-65 arasında değişen 208 bireyle yapılan bir araştırmada sosyal medya bağımlılığının yeme bozukluğuyla ilişkisi araştırılmış ve araştırma sonucunda yeme bozukluğu, anoreksiya nevroza, bulimia nevroza ve tıkanırcasına yeme bozukluğu ile sosyal medya bağımlılığı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek düzeyde yeme bozukluğu olduğu bulunmuştur.[23]

COVID-19'un YB olan popülasyon üzerindeki etkileri ile ilgili literatür her gün artmakta olup; bu dönemde tedavi uygulamalarının azaltılması, okulların kapatılması, sosyal etkileşimin azalması ve yüz yüze tedavilerin ertelenmesinin psikolojik stresi ve YB'ye özgü semptomların şiddetini muhtemelen arttırdığı öne sürülmüştür.[24]

Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Ergen Sağlığı Polikliniği'nde yapılan bir çalışmada, pandemi öncesine göre pandemi sırasında YB hasta kabulünde belirgin bir artış saptanmıştır. En sık tanı Anoreksiya Nervoza olmuştur. Bu çalışmada erkek YB sayısındaki artışa dikkat çekilmiştir.[25]

Türkiye'deki bir ergenlik kliniğinde, pandemi öncesi ve pandemi sonrasında olmak üzere iki dönemde YB tanısı alan ergenlerin retrospektif değerlendirmesi yapılmıştır. Bulgular COVID-19 sırasında ergenlik dönemindeki yeme bozukluklarının arttığını desteklemektedir. Özellikle erkek ve atipik Anoreksiya Nervoza vakalarına dikkat çekilmiştir.[26]

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB), yeme bozuklukları arasında yer alan ve bireylerin sosyal rollere uyum sağlamasında güçlükler yaşamasına, sağlık sorunlarına bağlı olarak yaşam kalitesinin düşmesine ve memnuniyetsizlik duygusunun artmasına yol açan ciddi bir klinik tablodur. Ayrıca bu bozukluk, vücut ağırlığında artışa, obeziteye bağlı morbidite ve mortalite oranlarının yükselmesine ve sağlık hizmeti kullanımında artışa neden olmaktadır. TYB'nun obeziteden farklı olduğu unutulmamalıdır. Her obez bireyde tekrarlayan tıkınırcasına yeme atakları gözlenmeyebilir.[27]

Yapılan bir meta-analiz çalışmasında aile tutumlarının beslenme ve yeme davranışlarında etkili olduğu gösterilmiş ve ülkemizde bu alanda yapılan araştırmaların yetersiz olduğu, pediatrik beslenme bozukluklarına neden olabilecek risk faktörlerinin ayrıntılı bir biçimde ele alınması gerektiği belirtilmiştir.[28]

Türkiye'de yeme bozukluklarıyla ilgili 2020 sonrası dönemde yapılmış çalışmalar, riskli yeme davranışlarında artış eğilimi olduğunu göstermektedir. Ancak doğrudan ve karşılaştırmalı tanı prevalansı sunan geniş epidemiyolojik veri hâlâ sınırlıdır.

Ülkemizde yeme bozukluğunun çocuk ve ergenlerde taranması ve okul sağlığı tarama programlarına entegre edilmesi önemlidir.



Şekil 1. Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde Yer Alan 23 İlde Toplam İntihar Vakaları[31]

2.4. Ergenlerde İntiharlar

Ergen depresyonu ve intihar ciddi halk sağlığı sorunlarıdır. Önceki çalışmalar ergen depresyonu ile intihar girişimleri arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. Düşük sosyoekonomik düzey, ebeveynlerin boşanma öyküsü, ebeveynlerin psikiyatrik hastalıkları ve sorunlu aile ilişkileri gibi faktörlerin depresif ergenlerde intihar girişiminde önemli etkiye sahip olduğu belirtilmektedir.[29]

Ankara'da 'Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Bölümü' nde 2018 yılında yapılan bir çalışmada en sık intihar sebebinin ailevi stresörler olduğu bulunmuştur. Çalışmada parçalanmış aile oranı (%34,2) olarak tesbit edilmiştir.[30]

DSÖ verilerine göre Doğu Akdeniz Bölgesindeki ülkelerle benzer bir sıklık gözlenmektedir ve bu benzerlik kültürel özelliklerle açıklanabilir. TÜİK verilerine göre Türkiye'de 2018 yılında tamamlanmış kaba intihar hızı yüz binde 3,88'dir.[31]

TÜİK'in 2000 ile 2023 yılları arasında Türkiye genelinde yaşanan intihar vakalarına ilişkin verilerinden faydalanılarak Doğu ve Güneydoğu Bölgelerinde yer alan 23 kentten (Şırnak, Bitlis, Siirt, Batman, Mardin, Muş, Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan, Erzincan, Erzurum, Gaziantep, Adıyaman, Kilis, Şanlıurfa, Diyarbakır, Malatya, Elâzığ, Bingöl, Dersim, Van, Hakkâri) oluşan şekle göre; 2000 yılında kayda düşen intihar vaka sayısı 328 iken 2023 yılında ise 655'tir (**Şekil 1**).[31] Sosyo Politik Saha Araştırmaları Merkezi tarafından TÜİK verilerinden faydalanılarak hazırlanan rapora (2000-2023) göre, Türkiye'de 2000 yılında toplam intihar vakası 1.802 iken, 2022 yılında 4.218'e çıkmıştır. Türkiye genelinde 15 yaş altı intihar vakalarının en yoğun görüldüğü dönem 2010–2014 yılları arasında olmuştur. Bununla birlikte, en yüksek intihar oranları 20–24 ile 25–29 yaş aralığındaki bireylerde görülmektedir. Bu veriler, çocuk ve genç erişkin yaş gruplarında ruh sağlığına ilişkin risklerin ciddiyetine işaret etmektedir.[31]

Türkiye'de yapılan bir araştırmada, intihar girişiminde bulunan ergenlerin %65,2'sinde majör depresif bozukluk saptanmış ve bu grupta psikiyatrik komorbidite oranı kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışmada ayrıca, yetersiz akran ilişkileri olan ergenlerin intihar girişiminde bulunma olasılığının iyi akran ilişkileri olanlara göre yaklaşık 59 kat daha fazla olduğu belirtilmiş; sosyal destek sistemlerinin erken dönemde izlenmesinin ruhsal sağlık için koruyucu bir etken olabileceği vurgulanmıştır. Bu durum, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde erken tanı ve psikiyatrik değerlendirme mekanizmalarının güçlendirilmesi gerekliliğini göstermektedir.[32]

Dünya Sağlık Örgütü de ergen ruh sağlığı politikalarında, okullar ve birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığıyla yürütülen erken tanı ve izleme programlarının, intihar girişimlerini azaltmada etkili olduğunu bildirmektedir.[33]

UNICEF (2019) ve The Lancet Komisyonu (2018) raporlarında da, çocuk ve ergen ruh sağlığına yönelik hizmetlerin yalnızca üçüncü basamak merkezlerde değil, toplum ve okul temelli birinci basamak düzeyinde yapılandırılması gerektiği, böylece ruhsal bozuklukların erken dönemde saptanarak müdahale edilebileceği vurgulanmaktadır.[34,35]

Sonuç olarak;

Türkiye'de çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında en sık karşılaşılan sorunlar; DEHB, anksiyete bozuklukları, depresyon, OSB, yeme bozuklukları ve intiharlar olarak özetlenebilir. Mevcut yerel veriler, bu sorunların yalnızca yaygın olmadığını, aynı zamanda sağlık hizmetleri açısından önemli bir yük oluşturduğunu göstermektedir. Özellikle 2020-2025 dönemi itibarıyla pandemi ve sosyal değişimlerin ruh sağlığı yükünü artırdığı yönünde güçlü işaretler bulunmaktadır. Öte yandan, ülke genelinde yayılan, yıllara yayılmış, nüfus temelli karşılaştırmalı prevalans verilerinin eksikliği izleme-değerlendirme açısından önemli bir boşluktur.

Bu bağlamda, Türkiye'de çocuk ve ergen ruh sağlığı için öncelikli stratejiler şunlardır:

- Ulusal düzeyde sistematik yıllık ruh sağlığı taramaları yapılmalı;
- Pandemi gibi kriz dönemlerinde ruh sağlığı yükünün artabileceği göz önünde bulundurularak koruyucu ruh sağlığı programları yaygınlaştırılmalı;
- Çocuk ve ergenlerde intihar eğilimlerinin mevcut durumu ile ilişkili risk faktörleri ayrıntılı biçimde değerlendirilmeli ve sürece ilişkin gelişmeler dikkatle izlenmelidir.
- Hizmet sunumu, erişim ve kalite açısından çocuk-ergen ruh sağlığı özelinde veriye dayalı izleme-değerlendirme sistemleri kurulmalıdır.
- Gençlerde önde gelen ölüm nedenleri arasında yer alan tamamlanmış intihar için bir risk faktörü olan intihar davranışı ile ilişkili faktörlerin araştırılması, intihar davranışını önlenmesi amacıyla risk altındaki bireylerin belirlenmesi ve bu bireylere yönelik uygun müdahale programlarının geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

- Ruhsal bozuklukların erken belirtilerinin tanınabilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir.
- DSÖ'nün 2021 tarihli bilgi notunda, "psikososyal destek hizmetlerinin, okullar ve birinci basamak sağlık kurumları gibi gençlere yakın ortamlarda sunulmasının etkili bir koruyucu strateji olduğu" belirtilmiştir.[33] Bu şekilde, çocuk ve ergenlerin ruhsal sorunları erken dönemde yakalanabilir, etkin müdahale edilebilir ve ileride erişkin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerin azaltılması mümkün olabilir.

KAYNAKLAR

1. Yiğit T. Çocuk ve Gençlerin (Ergenler) Karşılaştıkları Ruhsal Sorunlar ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uygulamaları. *The Journal of Academic Social Science.* 2018;6(66):70-83.
2. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry.* 2007;6(3):168-176
3. Ayhan CH, Uluman Ö, Buzlu S. Çocuk ve Ergenlerin Ruh Sağlığını Koruma ve Geliştirmede Önemli Bir Güç. 2022 https://doi.org/10.55646/jaren.2022.08769
4. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER). *Türkiye Sağlık Raporu 2020.* Ankara; 2020. Available from: https://www.halksagligiokulu.org.tr/kitap-detay/394
5. Karaçetin G, Arman AR, Fiş NP, Demirci E, Özmen S, Hesapçıoğlu ST, et al. Prevalence of childhood affective disorders in Turkey: An epidemiological study. Journal of Affective Disorders. 2018;238:513-521. https://doi:10.1016/j.jad.2018.05.014
6. Erden C. Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul; 2019.
7. Ercan ES, Polanczyk G, Ardıç UA, Yüce D, Karaçetin G, Tufan AE, et al. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry.* 2019;73(2):132–140. https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1574892
8. Yektaş Ç. Ergenlerde pandeminin ruhsal etkileri. In: Ercan ES, Yektaş Ç, Tufan AE, Bilaç Ö, editors. *COVID-19 Pandemisi ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı.* 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.13-8.
9. World Health Organization. *Supporting Turkish mental health policy and service delivery.* Geneva: WHO; 2020. Available from: https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2020/supporting-turkish-mental-health-policy-and-service-delivery
10. Bilkay Hİ, Sarı T, Gürhan N. Türkiye'de Çocuk-Ergen Ruh Sağlığına Yönelik Kısa Bir İnceleme. *Çocuk ve Gelişim Dergisi.* 2023;6(12):78-92.
11. Kılıçaslan C, Mutlu H, Sert ET, Kokulu K. The Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Admitted to The Pediatric Emergency Room with Burns. *Selçuk Med J.* 2021;37(4):334-338.
12. Öztürk S, Memik CN, Balcı S, Karaca E. Prevalence of ADHD in Preschool Children: A Community-Based Study from Turkey. *J of Att Dis.* 2025;29(11):953-962.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®).* 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
14. Türkiye Sağlık Bakanlığı, Otizm tarama projesi sonuç raporu. 2008, İstanbul. https://www.tohumotizm.org.tr/wp-content/uploads/2018/06/Saglik-Bakanligi-Otizm-Platformu-Tarama-Projesi-Raporu.pdf
15. Sezerol MA, Davun S. Autism spectrum disorder: evaluation of community-based screening program. *Turk J Med Sci.* 2024;54(3):555–562. https://doi.org/10.55730/1300-0144.5822
16. Tural Hesapçıoğlu S, Hacıosmanoğlu CD, Okuyucu M, Ceylan MF. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Yataklı Tedavi Kliniğinde İzlenen Hastalarda Birincil Tanılar ve Komorbiditeler. *Turk Med J.* 2024;9(1):1–7. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/tmj/issue/84911/1475460
17. Tekin U. Türkiye'de COVID-19 pandemisi sırasında ergenlerde psikososyal semptomların pandemi öncesi durumla karşılaştırılarak değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi.* 2022;18(3):348–355.
18. Yıldız Silahlı N, Barış HE, Qutranji L, Yorgancı Kale B, Günal Ö, Ütük B, et al. Universal depressive symptom screening in middle schools in Istanbul: An epidemiologic study. *J Affect Disord.* 2025;369:110–117.
19. Kılınçel Ş, Kılınçel O, Muratdağı G, Aydın A, Usta MB. Factors affecting the anxiety levels of adolescents in home-quarantine during COVID-19 pandemic in Turkey. *Asia Pac Psychiatry.* 2021;13(2):e12406 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32783389/
20. Çoban AE, Kaptan N. Psychological and behavioral impacts of the COVID-19 pandemic on children and adolescents in Turkey. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(23):16207.
21. Taş Torun Y, İçen S. Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozukluğu İzleme Çalışması: Türkiye Verileri. *Turk J Child Adolesc Ment Health.* 2024;31(2):103–109.
22. Sönmez A Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2017; 9(3): 301 - 316.
23. İnal Ö. Covid-19 Döneminde Yetişkin Bireylerde Yeme Bozukluğu, Duygusal Yeme, İnternet ve Sosyal Medya Bağımlılığı. *Akademik Tıp Dergisi.* 2022;8(3):291-297.
24. Castellini G, Cassioli E, Rossi E, et al. The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: a longitudinal observation of pre versus post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls. *Int J Eat Disord* 2020; 53: 1855-1862.

25. Torun ŞE, Çınar HÜ, Kızılkan MP, Akgül S, Derman O. `Covid-19` pandemisinin yeme bozukluklarına etkisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2022;65:17, https://cshd.org.tr/article/view/6
26. Akgül S, Torun Ş, Çınar HÜ, Pehlivantürk Kızılkan M, Derman O. Eating disorder visits increase among adolescents during the COVID-19 pandemic. *Early Interv Psychiatry*. 2023;17(8):837-840.
27. Altınsoy C, Yılmaz Yavuz A. Çocuklardaki Gizli Tehlike: Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu. *JSHS*. 2021;6(3):433-48. https://dergipark.org.tr/tr/pub/jshs/issue/66509/1016105#article_cite
28. Şahin S, Şahin ES, Öz NS, Ülker Atav P. Pediatrik yeme veya yutma bozukluğu ve beslenme alışkanlığında aile rolünün etkisinin meta-analiz yöntemiyle incelenmesi. *Hacettepe Univ Fac Health Sci J*. 2019;6(2):200–214 https://dergipark.org.tr/tr/pub/akd/issue/71300/1059373#article_cite
29. Yıldırım Demirdöğen E, Akıncı MA, Bozkurt A et al. Majör Depresif Bozukluğu Olan Ergenlerde İntihar Girişimi. *Namik Kemal Med J*. 2023;11(3):294-300
30. Eraslan AN, Aydın Görücü R, Öztürk M et al. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi ve Depresyon Tanısı Açısından Değerlendirilmesi. *Anatol J Gen Med Res*. 2021;31(3):322-332. doi:10.5222/terh.2021.79282
31. 2000-2023 Yılları Arası İntihar Verileri Çalışma Raporu. https://sahamerkezi.org/2000-2023-yillari-arasi-intihar-verileri-calisma-raporu/
32. İnce N, Aksu GG, Toros F, Binokay H. Ergenlerde intihar girişimi ile ilgili faktörlerin incelenmesi. *Cukurova Med J*. 2025;50(2):380–389.
33. World Health Organization. (2021). Adolescent mental health. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health
34. United Nations Children's Fund (UNICEF). The State of the World's Children 2019: Children, food and nutrition – *Growing well in a changing world*. New York: UNICEF; 2019.
35. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet. 2018;392(10157):1553–98.

Çocuk ve Ergenlerde Bağımlılıklardaki Değişim

Nurcan Durukan, Türkan Günay

Bağımlılık; bir maddenin ruhsal, fiziksel ya da sosyal sorunlara yol açmasına rağmen, alımına devam edilmesi, bırakma isteğine karşılık bırakılamaması ve maddeyi alma isteğinin durdurulamamasıyla seyreden tedavi edilebilir, kronik bir beyin hastalığı olarak tanımlanmaktadır.[1]

Bu yazıda, 2020-2025 yılları arasında çocuk ve ergenlerde bağımlılıklardaki değişim, madde bağımlılığı ve davranışsal bağımlılık olmak üzere iki ana başlık altında ele alınmakta, madde bağımlılığı tütün, alkol, uyuşturucu maddelere olan bağımlılık olmak üzere üç alt başlıkta, davranışsal bağımlılıklar ise teknoloji ve kumar bağımlılığı olmak üzere iki alt başlıkta incelenmektedir. Yapılan literatür taramasında bu konuya ait güncel verilerdeki eksiklik görülerek ilgili yılların verileri raporlar ve ulaşılabilen bölgesel çalışmalar eşliğinde değerlendirilmiştir.

1. Madde Bağımlılığı

Madde bağımlılığında alışılmış olan herhangi bir ilaç veya madde, kişi için psikolojik ve fizyolojik bir ihtiyaç olarak algılanmakta, maddeye karşı engellenemeyen bir istek bulunmakta ve alınan miktar ve alınma sıklığı giderek artmakta, alınmadığı zaman yoksunluk belirtileri ortaya çıkmakta ve bu ilaç veya madde alınmadan günlük hayatın sürdürülmesi imkansız hale gelmektedir. Bağımlılığa yol açan maddeler; alkol, amfetamin, kafein, esrar, kokain, hallüsinojenler, inhalanlar, nikotin, opiatlar, fensiklidin veya benzer etkili arilsikloheksilaminler, sedatifler, hipnotikler ve anksiyolitiklerdir. Bunların bir arada kullanımıyla çoklu madde kullanımları olarak sayılmaktadır. [2]

1.1.Tütün (Nikotin) Kullanımı

Günümüzde küresel bir salgın haline geline gelen tütün kullanımı, yeni ürünler ve pazarlama stratejileri ile birlikte artık yetişkinlere ilaveten özellikle gençler arasında da hızla artış gösteren ve gençlerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarını tehdit eden bir unsur haline gelmiştir. Ülkemizde, 2024-2028 yıllarını kapsayan "Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı" ile yeni döneme ilişkin hedef, strateji ve faaliyetler belirlenmiştir. 2018-2023 eylem planı ile kıyaslandığında yeni eylem planı ile daha fazla faaliyete odaklanılmış, koordinasyon ve değerlendirme sistemleri güçlendirilmiştir.[3,4] Dünya Sağlık Örgütü, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi kapsamında dünya ülkelerine tütün kullanımının ve tütün kontrolü konusundaki uygulamalarının etkili şekilde izlenmesi ve değerlendirilmesi için Küresel Gençlik Tütün Araştırmasını (KGTA) periyodik aralıklarla yapmalarını önermektedir. Bu amaçla, en son 2017 yılında gerçekleştirilen Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA) 2022 yılında planlandığı, belirli ölçüde uygulandığı bilinmekte ancak sonuçları bilinmemektedir.

Ülkemizdeki ergenlerde tütün kullanımını yansıtan çalışmalar sınırlıdır. Ergenlerde (13-15 yaş arası) tütün kullanımını değerlendiren çalışma en son 2017 yılında yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA)'dır. Ayrıca 15 yaş ve üzeri nüfusta tütün kullanımının değerlendirildiği raporlarda 15-24 yaş grubunun verisine ulaşılabilmekte, diğer raporlarda da yaş grupları farklı olarak gruplanmaktadır. Bu nedenlerle yazıda, 13-24 yaş grubuna ait verilerle 2020-2025 yılları arasındaki değişim tartışılacaktır.

KGTA 2017'ye göre ülkemizde 13-15 yaş grubunda en az bir defa bir tütün ürünü deneme %40.2 (sigara %28, nargile %24,6), halen tütün ürünü kullanma %17,9'dur. [5]

Sağlık İstatistik Yıllıkları'nda 15-24 yaş grubunda her gün tütün ürünü kullanımı 2019'da %19,6; erkeklerde %31, kadınlarda %7,9; 2022'de %19,3; erkeklerde %29, kadınlarda %9 olarak saptanmıştır. [6]

Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması 2023'te 15-29 yaş grubunda her gün tütün ürünü kullanımı %28,6; erkeklerde %38,8, kadınlarda %18,8'dir. Bu yaş grubunda ortalama başlama yaşı 17,3 olarak bulunmuştur.[7]

Balıkesir'in bir ilçesinde 2021-2022 eğitim döneminde 9. ve 10. sınıftaki 679 öğrenci ile yapılan bir çalışmada; öğrencilerin %31,9'u hayatı boyunca en az bir kere sigara, %14,5'i en az bir kere nargile içmiştir. En az bir kere sigara içen öğrencilerin %34,6'sı kız, %65,4'ü erkektir. En az bir kere sigara içen öğrencilerin %53,4'ü sigarayı 15 yaşından önce denemiştir. Katılımcıların %22,1'i son 30 günde sigara içtiğini; %6,8'i her gün sigara içtiğini ifade etmiştir. Her gün sigara içme erkek öğrencilerde daha fazla bulunmuştur. [8]

Konya'da 2022 yılında 13-19 yaş arası 2566 lise öğrencisi ergen ile yapılan bir çalışmada sigara kullanım sıklığı %11,3, sigaraya başlama yaşı ortalaması 13,8±2,2, günlük sigara sayısı 11,5±7,8 olarak bulunmuştur. [9]

Bir vakıf üniversitesinin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'na 2024-2025 öğretim yılında kayıtlı 839 öğrenciyi kapsayan çalışmada öğrencilerin %38,5'i sigara içtiklerini belirtmiştir. Çalışmada elektronik sigarayı deneyenlerin oranı %40,6'dır. Öğrencilerin %6,4'ü elektronik sigarayı düzenli kullandıklarını, düzenli kullananların da %88,9'u her gün, %11,1'i haftada birkaç kez kullandıklarını belirtmiştir. Düzenli kullandıklarını belirtenlerin %35'i elektronik sigarayı bir yıldan uzun süredir kullanmaktadırlar.[10]

Çalışmalardaki ortak nokta sigarayı deneme yaşının 14 yaş altında olması, içmeye başlama yaşının 17 yaş civarında olmasıdır. Farklı yaş gruplarında yapılan çalışmalarda her gün tütün ürünü kullanma sıklığı erkeklerde daha fazla olmakla birlikte kadınlardaki sıklığın yıllar içinde arttığı görülmektedir. Ayrıca elektronik sigara kullanımına yönelik daha fazla veriye gereksinim vardır.

2020-2025 yılları arasında yaşanan COVID-19 pandemisinde, can sıkıntısı ve evde kalma halinin bazı kişilerde sigara kullanımını artırmış olabilirken, COVID-19'a yakalanma ve ciddi şekilde hastalanma tehdidi, bazılarını sigarayı bırakarak sağlıklarını iyileştirmeye teşvik etmiş olabileceği; bu durumun özellikle orta ila şiddetli stres yaşayan bireyler için geçerli olduğu bildirilmiştir. [9] Ankara'da 130 ergen üzerinde yapılan bir çalışmaya göre pandemide sigara içenlerin %54'ünün sigarayı azalttığı, %14'ünün eskisinden daha fazla sigara içtiği ve eski sigara içenlerin %3,5'inin karantina döneminde sigarayı bıraktığı belirlenmiştir.[12] Bu konuda ülkemizde sınırlı sayıda çalışma mevcuttur.

2023 yılında gerçekleşen Kahramanmaraş merkezli depremde etkilenen bölgelerde yapılan çalışmalar, psikolojik sağlamlığın yüksek olduğu bireylerde tütün ve internet bağımlılığı oranlarının daha düşük olduğunu, kaygı düzeyi yüksek bireylerde ise bu bağımlılıkların daha yaygın görüldüğünü ortaya koymuştur. Psikolojik sağlamlığın bağımlılık yapıcı davranışlardan korunmada önemli bir faktör olabileceği bildirilmiştir. [13] Bu konuda ülkemizde yapılan sınırlı çalışmalar arasındaki Adıyaman'da 1579 ergen üzerinde yapılan araştırma da %62,1'inin deprem sonrası sigara kullanma miktarını artırdığını ortaya koymuştur.[14]

1.2.Alkol ve Madde Kullanımı

Madde bağımlılığı istatistiklerinde ergenlik döneminin (15-18 yaş) en riskli grup olduğu görülmektedir. Gençlik dönemi, bireylerin kimlik geliştirdiği, sosyal çevreyle ilişkilerini güçlendirdiği ve risk alma eğilimlerinin arttığı kritik bir gelişim evresidir. Bu dönemde karşılaşılan çevresel, ailevi ve psikososyal faktörler, gençlerin davranışlarını doğrudan etkileyebilmektedir. Alkol ve madde kullanımı, özellikle ergenlik ve genç erişkinlik dönemlerinde hem fiziksel hem de ruhsal sağlık açısından ciddi riskler taşımakta; eğitim hayatı, sosyal ilişkiler, güvenlik ve geleceğe yönelik yaşam fırsatları üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu nedenle gençlerde alkol ve madde kullanımını önlemeye yönelik stratejilerin, özellikle okul temelli programlar ve kurumlar arası işbirliğiyle güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.[15-17]

Okul temelli önleme, kurumlar arası koordinasyon ve gençlere yönelik hedefler içeren Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2024-2028 bu bağlamda yayınlanmıştır.[18]

Milli Eğitim Bakanlığı ile Türkiye Yeşilay Cemiyeti işbirliği ile 2014 yılından beri yürütülen bir eğitim programı modeli olan Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı (TBM) Tütün, Alkol, Madde, Teknoloji bağımlılığı türleri ve Sağlıklı Yaşam ile ilgili olarak başta çocuklar ve gençler olmak üzere toplumun genelinde farkındalığın artırılmasını amaçlamaktadır. Program, 2020 yılında revize edilmiş ve dijital içerikleri yenilenmiştir.[19]

TBM'nin yanısıra sigara, alkol, madde ile riskli internet kullanımına karşı ikincil önleme amaçlı geliştirilmiş bir okul temelli müdahale programı olan OBM, "Okulda Bağımlılığa Müdahale Eğitim Programı" 2022 yılında yaygınlaşmıştır. Her iki program için bağımsız akademik değerlendirmeler sınırlıdır. Programların etkinliği ölçülmeli ve izlenebilirliği sağlanmalıdır.[20]

Cumhurbaşkanlığının 14.02.2019 tarihli ve 2019/2 sayılı Genelgesi ile Cumhurbaşkanı Yardımcısı başkanlığında "Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu" yeniden oluşturulmuştur ve 2020-2025 arasında da faaliyetlerini sürdürmüşlerdir.[21]

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bağımlılıkla mücadele çalışmalarını güçlendirmek için aile sağlığı merkezlerinin yanı sıra sağlıklı hayat merkezlerinde de bağımlı hasta ve yakınlarına yönelik yüz yüze danışmanlık ve destek hizmetleri sunulmaktadır. ALO 191 üzerinden SHM'lerden randevu alınabilme imkanı da sağlanmıştır.[22]

Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 2023'e göre 2019 yılında 15-24 yaş grubunda alkol kullanımı %11,4 (erkeklerde %16,4, kadınlarda %6,2) iken 2022 yılında %8,3'e (erkeklerde %11,6, kadınlarda %4,9) düşmüştür. [23]

Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması 2023'te 15-29 yaş grubunda son 30 günde alkol tüketimi %11,7; bağımlılık yapıcı uyuşturucu maddeyi deneme %1,5, bu yaş grubundaki erkeklerde %2,2; maddeyi halen kullanma %1,1'dir. [7]

Daha küçük örneklerde yapılan çalışmalar bakıldığında; Balıkesir'in bir ilçesinde 2021-2022 eğitim döneminde 9. ve 10. sınıftaki 679 öğrenci ile yapılan bir çalışmada; öğrencilerin %7,6'sı son 30 günde alkol içtiğini, %2,4'ü ise hayatı boyunca en az bir kere uyuşturucu madde kullandığını belirtmiştir. [8]

Akdeniz Üniversitesi AMATEM'de 2021 yılında 16-18 yaş arası 15 ergenle yapılan bir niteliksel çalışmada uyuşturucuya başlama yaşı 11-16'lı yaşlar, kullanılan maddeler; eroin metamfetamin, LSD, esrar, kokain, taş kokain, rohypnol, çakmak gazı, jamaica (sentetik kannabinoid, bonsai) A4 (kağıda emdirilmiş bonsai), skunk (yoğun etkili esrar), ekstasi, lyrica ve bonsai olarak bulunmuştur. [24]

2022 yılında madde kullanımı nedeniyle başvuran 18-65 yaş arası 550 hasta ile yapılan çalışmada katılımcıların %27,8'i ilk kez uyuşturucuyu 14 yaşından önce kullanmış, %56'sı düzenli kullanmaya 18 yaşından önce başlamıştır. [25]

İzmir'de 2019-2020 yıllarında ÇEMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören 190 ergeni kapsayan bir çalışmada; maddeye başlangıç yaş ortalaması 13,1±1,7 olarak saptanmıştır. Olgularda çoklu madde kullanım oranının %96,8 olduğu, ailede madde kullanım oranının %31,1 olduğu ve %63,2'sinin aile yanında yaşadığı belirlenmiştir. En sık kullanılan maddelerin uyarıcılar (%91), kannabis (%88,9) ve alkol (%82,6) olduğu, ilk kullanılan maddelerin ise kannabis, uyarıcılar, uçucular ve alkol olduğu belirlenmiştir. Yatarak tedavi öncesi öykülerinde olguların %66,8'inde adli, %11,1'inde cezaevi, %23,2'sinde denetimli serbestlik öyküsü ve %72,6'sında intihar girişimi olduğu belirtilmiştir. Olguların %50'si geçmişte fiziksel istismar, %27,9'u cinsel istismar tanımlamışlardır. Kız olgularda erkeklere göre intihar girişimi, fiziksel istismar ve cinsel istismar daha fazla olduğu saptanmıştır. Erkeklerde ve ilk yatışı olanlarda en sık kullanılan maddenin ise uçucular olduğu belirtilmiştir. [26]

Madde kullanımı nedeniyle kolluk kuvvetleri tarafından 1 Ocak 2022 – 30 Haziran 2024 tarihleri arasında Gaziantep ve çevresindeki bölgelerde adli incelemeye sevk edilen 722 olgudan toksikolojik analiz sonuçları pozitif çıkan 587 çocuk olgunun incelendiği bir çalışmada; çocukların yaş ortalaması 16,4±1,0'dir. Toksikolojik analizde en sık olarak %68,7'inde amfetamin, %48,2'inde esrar, %29'unda ise birden fazla madde kullanımı tespit edilmiştir. [27]

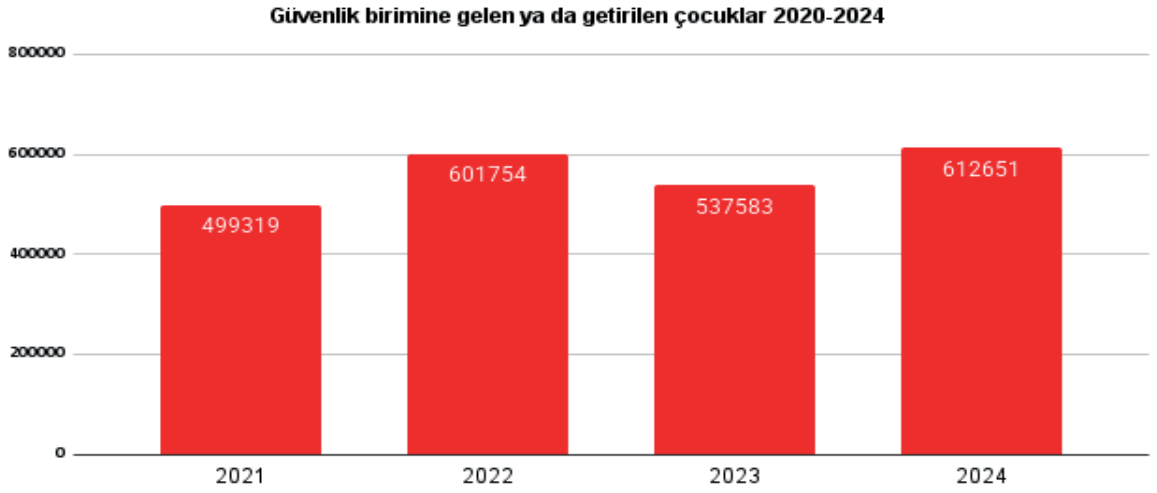
Yapılan çalışmalarda farklı yaş gruplarında çalışılmış olmakla birlikte alkol ve madde kullanımına 14 yaş ve öncesinde başlandığı ve yıllar içinde çeşitli uyuşturucu maddelerin beraber kullanıldığı görülmektedir.

Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan veya satın almak suçu ile isnat edilen çocuk istatistikleri TUİK Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuklarla ilgili istatistik çalışmasında yer almaktadır. Bu çalışma, 1997 yılında başlamıştır. 2007 yılında illerin tamamını kapsayan, çocuk suçluluğunun neden ve boyutlarını irdelemeyi sağlayan, bu doğrultuda oluşturulan önleyici politikaları gözden geçirmeyi ve yeni politikalar oluşturmayı temel alan TUİK verilerini incelediğimizde 2020-2024 yılları arasında 0-17 yaş nüfus azalmasına rağmen güvenlik birimine gelen ya da getirilen çocuk oranı çocuk nüfusunun %2,8'idir. (**Şekil 1**) [28-31]

Suça sürüklenen çocuk sayısı da yıllar içerisinde 1,8 katına çıkmıştır (**Şekil 2**). Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmak veya satın almak suçu ile isnat edilen çocuk sayısı **Şekil 3**'te görüldüğü gibi son 2 yılda artış eğilimindedir. 2020 yılında %5 iken, 2024'te %8,2'ye çıkmıştır. [28-31]

Önleme programlarının yanısıra ailede erken farkındalık oluşturmak amacıyla anneler ve anne adaylarına yönelik bir farkındalık programı olan "En İyi Narkotik Polisi: Anne" üniversite ve il etkinlikleriyle 2020'den beri yaygınlaşarak sürmektedir[32].

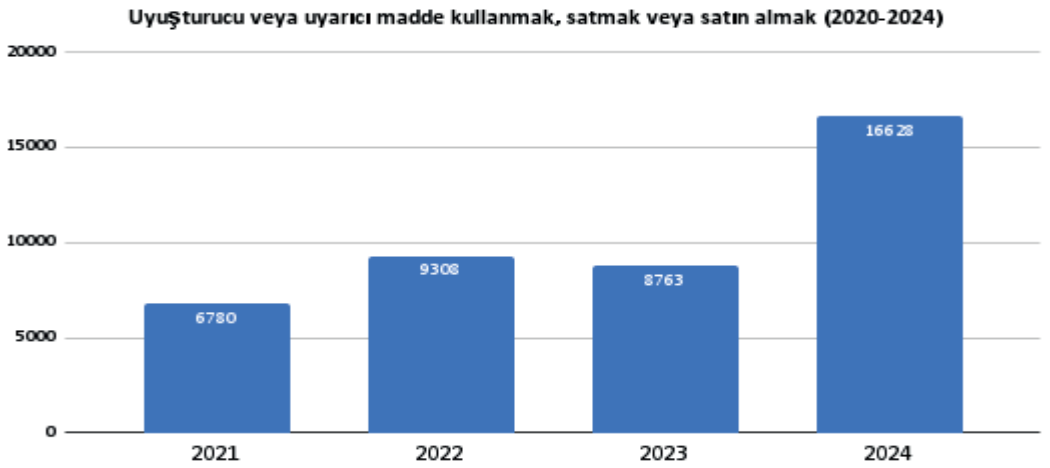
2015 yılından beri hizmet veren ALO 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattına 2023 yılında "18 Yaş Altı Madde Kullanımıyla İlgili Şüphe Duyul-



Şekil 1. Güvenlik Birimine gelen ya da getirilen çocuklar 2020-2024 [28-31]



Şekil 2. Suça Sürüklenen Çocuk Sayısı [28-31]



Şekil 3. Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmak, satmak veya satın almak suçu ile isnat edilen çocuk sayıları [28-31]

ması, Konuya İlişkin Bilgi Alma ve Tedavi Talebi" ile 1 411 arama yapılmıştır. [32]

Ayaktan ve yataklı tedavi merkezleri, 18 yaş altının tedavi alabileceği özelleşmiş merkezler olan Çocuk ve Ergen Bağımlılığı Tedavi Merkezleri (ÇEMATEM) olarak hizmet vermektedirler. Türkiye Uyuşturucu Raporu 2024'e göre Türkiye'de ÇEMATEM sayısı 14'tür. [32]

COVID-19 pandemisi gibi toplumda büyük değişimlere sebep olan kriz dönemlerinin bireyler üzerindeki etkileri kişiden kişiye göre farklılık gösterebilmektedir. Güçlü bir adaptasyon çabası içerisinde olan bireyler için sosyal izolasyon uygulamaları daha yapıcı ve olumlu bir etki oluştururken bazı bireyler için ise bu koşullar zorlu bir süreç oluşturarak madde kullanımı ile birlikte olumsuz duygu durumlarının gelişmesine sebep olabilmektedir Gençler bu süreçte sosyal ortamlardan uzak kalma, sağlıklı ortamlara erişememe, istismar edici aile üyeleri ile bir arada olmak zorunda olma gibi durumlar ile baş etmek zorunda kalmışlardır. Bu süreçte yetişkinlerin madde kullanım riskinde artış olduğuna dair veriler mevcuttur. Ancak ergenler üzerindeki etkilerini araştıran veriler sınırlıdır. Alınan önlemlerin bir kısmı madde kullanımı için ergenleri bazı risklerden uzak tutmuş olabileceği görülse de koruyucu faktörlerden biri olan okulların pandemi tedbirleri nedeniyle kapatılması olumsuz yönde etkilemiştir. [33]

2020-2025 döneminde gerçekleşen bir diğer afet olan 2023 Kahramanmaraş merkezli depremin etkileri arasında etkilenen bölgelerdeki çocuk ve gençlerde madde kullanımında artış olduğu bildirilmiştir. Türk Tabipleri Birliği'nin yayınladığı Şubat 2023 Depremleri 2. Yılı Değerlendirme Raporunda madde kullanımındaki artıştan, madde kullanım yaşının çok düştüğünden ve madde dağıtımının kolaylaştığından bahsedilmiştir. [34]

2. Davranışsal Bağımlılık

Davranışsal bağımlılıklar, bireyin belirli davranışları kontrol edememesi ve bu davranışları tekrarlama ihtiyacı hissetmesi ile karakterize edilen, tütün, alkol veya madde kullanımından bağımsız ancak benzer nörobiyolojik ve psikososyal mekanizmalarla ilişkili bozukluklardır. Özellikle ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde risk alma eğilimlerinin artması ve dijital teknolojilere yoğun maruziyet, bu bağımlılık türlerinin görülme sıklığını artırmaktadır. Türkiye'de bu alanda yürütülen önlemler, Davranışsal Bağımlılıkla Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2024-2028 çerçevesinde ele alınmakta olup, erken tanı, farkındalık artırma ve okul ile aile temelli müdahaleler aracılığıyla bireylerin riskli davranışlardan korunması hedeflenmiştir. [35]

2.1.Teknoloji Bağımlılığı

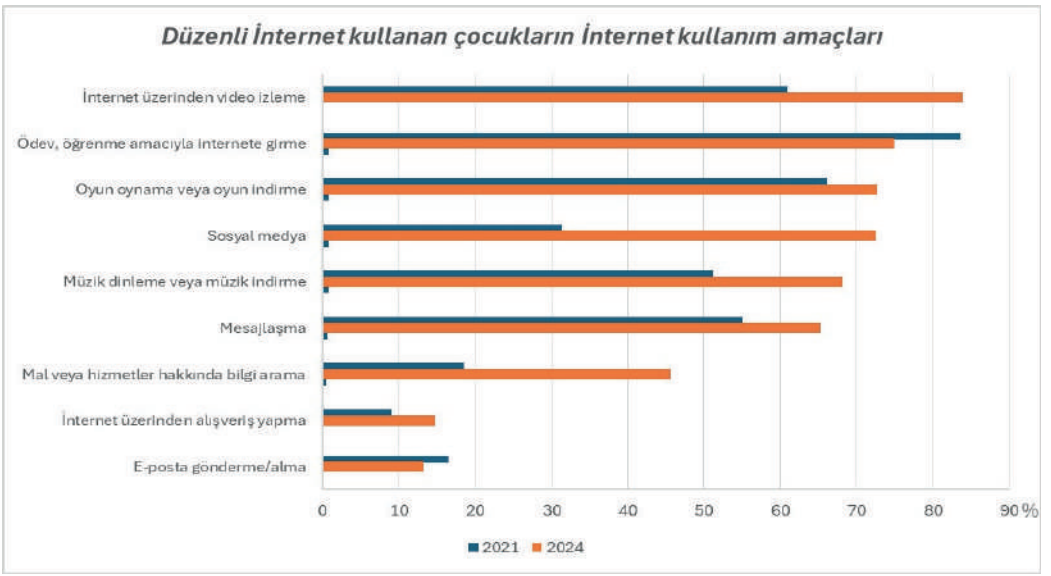
2020-2025 yılları arası (özellikle COVID-19 pandemisi ve sonrasını içeren dönemde) Türkiye'deki 0-18 yaş grubu çocuklarda bağımlılık düzeyi, geleneksel madde bağımlılığından çok teknoloji ve ekran bağımlılığı ekseninde artış ve risk göstermiştir. Pandemi kısıtlamaları nedeniyle çocukların evde geçirdiği süreyi ve online eğitim ihtiyacını artırmış, bu da ekran süresi ve dijital bağımlılık riskini çarpıcı biçimde yükseltmiştir.

Türkiye'de yapılan bazı araştırmalara göre çocuk ve ergenlerde teknoloji bağımlılık düzeylerine ilişkin sonuçlar **Tablo 1**'de verilmiştir.

Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması'na göre 6-15 yaş arası çocuklarda internet kullanımı, 2021 yılında %82,7 iken 2024 yılında %91,3 olarak saptanmıştır. İnternet kullanımı cinsiyete göre incelendiğinde; erkek çocukların %92,2'sinin kız çocukların ise %90,3'ünün internet kullandığı görülmüştür. İnternet kullanan çocuklarda düzenli internet kullanımı 2021

Tablo 1. Çocuk ve ergenlerde teknoloji bağımlılıklara ilişkin bazı araştırma sonuçları

Gösterge	Durum (TÜİK ve Alan Çalışmaları, 2024 Verileri)	Eğilim
İnternet Kullanım Oranı	6-15 yaş grubundaki çocukların %91,3'ü internet kullanıcısıdır (2024).[36]	Yüksek ve Artan
Sosyal Medya Kullanımı	Çocukların %66,1'i sosyal medya kullanmıştır (2024).[36]	Yüksek ve Artan
Hafta İçi Uzun Kullanım	11-15 yaş grubundaki çocukların %42,9'u hafta içi günde 2 saat ve daha fazla internet kullanmıştır.[36]	Yüksek Risk
Dijital Bağımlılık Eğilimi	Düzenli oyun oynayan çocukların %47,3'ü planladığı süreden daha fazla oyun oynadığını, %42,6'sı sorumluluklarını aksattığını ve %28,0'ı oynamadığı zaman huzursuz hissettiğini belirtmiştir.[37]	Bağımlılık Belirtilerinde Artış
Ekran Bağımlılığı Sonuçları	Çocukların yaklaşık %36'sı ekran başında fazla zaman geçirdiği için daha az fiziksel aktivite yaptığını, %33,5'i ise daha az ders çalıştığını ifade etmiştir.[36]	Fonksiyonel Bozukluk Artışı



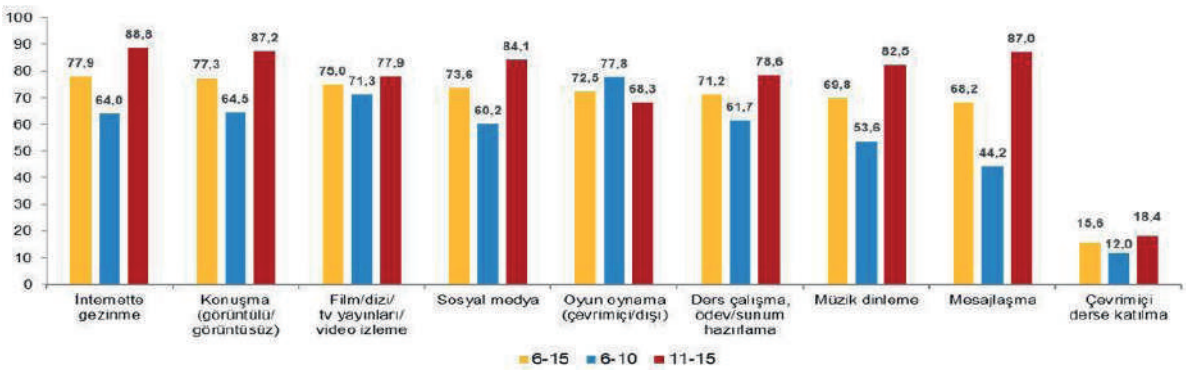
Şekil 4. Düzenli internet kullanan çocukların kullanım amaçları (2021-2024)[36]

yılında %98,6 iken 2024 yılında %97,4 olarak saptanmıştır. Düzenli internet kullanan çocukların %42,9'u hafta içi, %53,6'sı ise hafta sonu, günde yaklaşık iki saat ve daha fazla süre internette vakit geçirmektedir. Hem hafta içi hem de hafta sonu günde iki saat ve daha fazla süre internet kullanımı 11-15 yaş grubunda daha fazladır. [36]

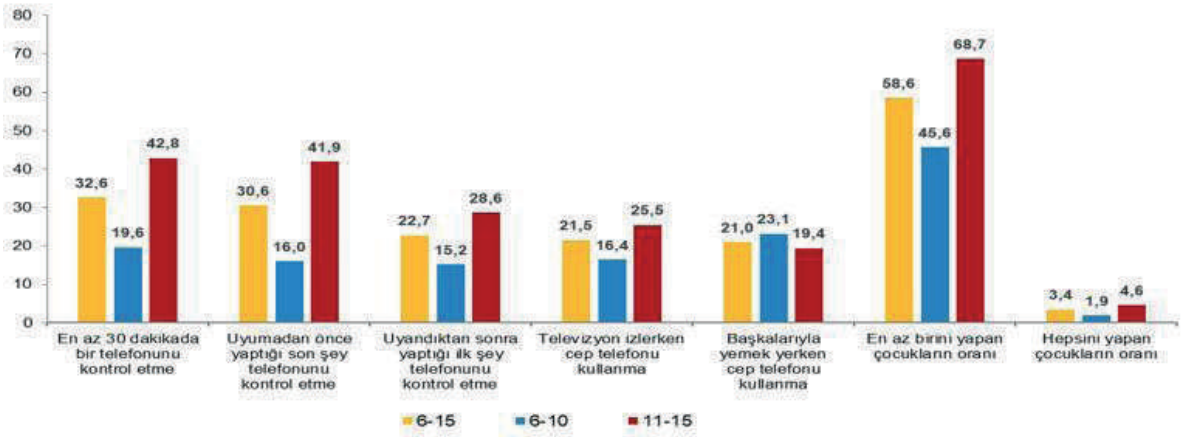
Düzenli internet kullanan çocuklar 2021 yılında interneti ilk üç sırada ödev- öğrenme amacıyla, oyun oynama ve oyun indirme ve internet üzerinden video izleme amacıyla kullandıklarını belirtmiştir. 2024 yılında internet üzerinden video izleme ve sosyal medya kullanımında büyük bir artış olduğu görülmektedir. Sosyal medya kullanımı 2021'de %31 iken 2024 yılında %72,6'ya; internet üzerinden video izleme %61'den %83,9'a çıkarak en fazla internet kullanım amacı olarak belirtilmiştir (**Şekil 4**). Yaş gruplarına göre sosyal medya kullanımına bakıldığında 6-10 yaş grubunda %53,5, 11-15 yaş grubunda ise %79,0 olarak bulunmuştur.[36]

Çocukların en fazla kullandıkları sosyal medya platformu, %96,3 ile YouTube olmuştur. Cep telefonu/akıllı telefon kullandığını belirten çocukların oranı, 2021'de %64,4 iken 2024 yılında %76,1 olarak saptanmıştır. Çocukların %92'si düzenli olarak cep telefonu kullanmaktadır. Cep telefonu/akıllı telefon kullanma oranı yaş gruplarına göre incelendiğinde ise bu oranın 6-10 yaş grubundaki çocuklarda %66,3, 11-15 yaş grubundaki çocuklarda ise %86,2 olduğu görülmüştür. Çocuklar daha çok İnternette gezinme (%77,9), görüntülü veya görüntüsüz konuşma (%77,3), film, dizi, TV yayınları veya video izleme (%75,0) ve sosyal medya (%73,6) amacıyla cep telefonunu kullandığını belirtmiştir. Oyun oynama 6-10 yaş grubunda en fazla belirtilen kullanım nedeni iken 11-15 yaş grubunda mesajlaşma en fazla belirtilen kullanım amacıdır (**Şekil 5**).[36]

1. Çocukların telefon kullanma davranışlarına bakıldığında; %32,6'sının her yarım saatte bir cep telefo-



Şekil 5. Düzenli cep telefonu/akıllı telefon kullanan çocukların yaş grubuna göre kullanım amaçları (%), 2024[36]



Şekil 6. Düzenli cep telefonu/akıllı telefon kullanan çocukların yaş grubuna göre telefon kullanımı davranışları (%), 2024[36]

nu/akıllı telefonunu kontrol ettiği, %30'unun uyumadan önce telefonunu kontrol ettiği ve %21'inin başkalarıyla yemek yerken telefonunu kontrol ettiği saptanmıştır (**Şekil 6**). [36]

2. Erkek çocuklarda daha fazla olmak üzere dijital oyun oynayan çocukların oranı 2024 yılında %74,0 olarak saptanmıştır. Düzenli dijital oyun oynayan çocukların %40'ı planladığı süreden daha fazla oyun oynadığını, %35,6'sı oyun oynamanın sorumluluklarını aksatmaya neden olduğunu, %29,9'u oyun oynamak için çok fazla zaman harcadığını ve %23,4'ü dijital oyun oynamadığı zaman kendisini huzursuz ve mutsuz hissettiğini ifade etmiştir. Ayrıca çocukların %34,4'ü ekran başında daha fazla zaman geçirdiği için daha az kitap okuduğunu, %33,3'ü daha az ders çalıştığını, %25,5'i ailesiyle daha az vakit geçirdiğini, %18,6'sı arkadaşlarıyla yüz yüze daha az görüşüp daha az oyun oynadığını ve %17,2'si daha az uyuduğunu belirtmiştir.[36]

3. TUİK Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması 2024'e göre, 16-24 yaş gençlerin internet kullanım sıklığı %97,8'dir.[38] Gençlerin İnterneti kullanım amaçlarında, mesajlaşma %98,5 ilk sırayı alırken, %95,7 ile sosyal medya üzerinden profil oluşturma ve içerik paylaşma ikinci sırada yer almıştır. Bunu %95,3 ile İnternet üzerinden sesli ve görüntülü arama yapma, %89,8 ile paylaşım sitelerinden video izleme takip etmiştir (**Şekil 7**).[39]

2.2.Kumar Bağımlılığı

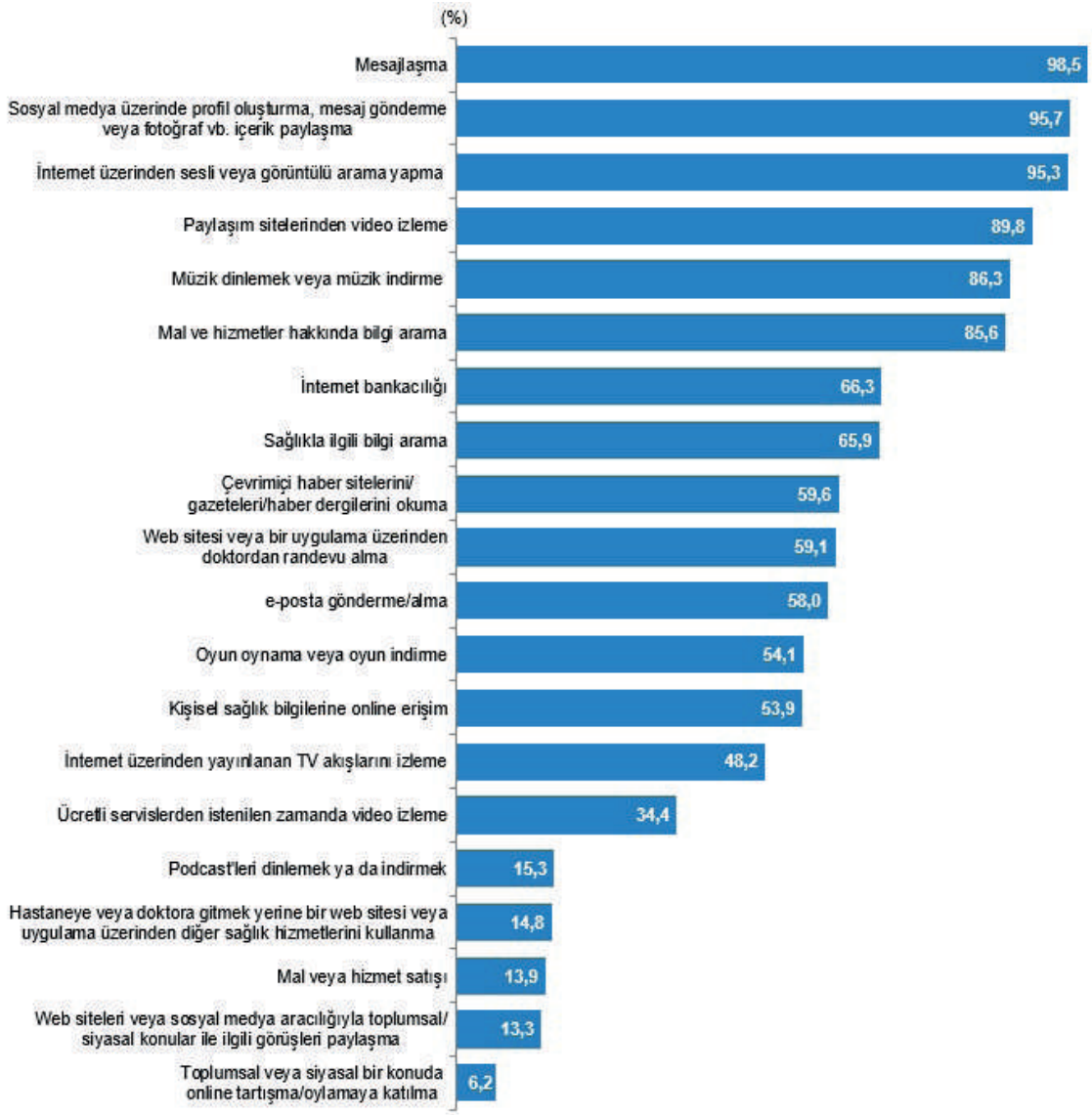
Yeşilay ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2020, 2022 ve 2025 yıllarında kumar bağımlılığını belirlemeye yönelik araştırmalar yapılmıştır. 2025 yılındaki çalışmaya 26 ilden 36.334 kişi katılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen verilere göre, 2025 yılında Türkiye'de 15 yaş ve üzerindeki bireylerin %10,1'i hayatlarında en az bir kez kumar oynamıştır. En çok tercih edilen kumar oyunları piyango biletleri, spor bahsi ve loto oyunları olmuştur. Son 30 gün içinde kumar oynadığını belirtenlerin %6,6'sı internet üzerinden yasa dışı bahis oynadıklarını ve yasa dışı bahsi çoğunlukla akıllı telefonları üzerinden oynadıklarını belirtmişlerdir. Yasa dışı bahis oynama 15-24 yaş aralığındaki gençlerde diğer yaş gruplarına göre daha yaygındır. Hayatları boyunca herhangi bir şekilde kumar oynayanların oranı 2020 yılında %14,8, 2022 yılında %10,3 ve 2025 yılında ise %10,1 olmuştur. Kumara başlama yaş aralığına bakıldığında katılanların %3'ü 15 yaş altı, %72'si 15-24 yaş grubunda kumara başlamıştır. [40]

Çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, pandemi döneminde internet, ekran kullanımının artmasıyla birlikte çevrimiçi kumar oynama davranışında da artış beklenebilmektedir. [41]

3. Sonuç ve Öneriler

1. 2020–2025 yılları arasında Türkiye'de çocuk ve ergenlerde hem madde hem de davranışsal bağımlılıklarda dikkat çekici değişimler gözlenmiştir. Madde bağımlılığı açısından bakıldığında, tütün ve nikotin kullanımının erken yaşlarda başladığı, özellikle erkeklerde her gün kullanım sıklığının yüksek olmakla birlikte kadınlarda da yıllar içinde artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Elektronik sigara kullanımıyla ilgili veriler sınırlı olmakla birlikte, özellikle üniversiteye geçiş döneminde yaygınlaştığı dikkat çekmektedir.

2. Alkol kullanımı genel olarak azalma eğilimindeyken, madde kullanımına başlama yaşının 14 yaş ve altına kadar indiği, çoklu madde kullanımının yaygınlaştığı ve özellikle amfetamin, esrar ve uçucu maddelerin ön planda olduğu saptanmıştır. Gü-



Şekil 7. Gençlerin İnternet kullanım amaçları, 2024 (16-24 yaş) [39]

venlik birimlerine gelen çocuk oranındaki artış ve madde kullanımıyla ilgili suçlara isnat edilen çocuk sayısındaki yükselme, bu eğilimin toplumsal düzeydeki yansımalarını göstermektedir. ALO 191 hattına gelen ihbar ve bilgi taleplerindeki artış da ailelerin farkındalığının yükseldiğini düşündürmektedir.

3. Davranışsal bağımlılıklar yönünden bakıldığında; teknoloji kullanım oranlarının çocuklar arasında hızla arttığı, özellikle sosyal medya ve video izleme amaçlı internet kullanımında belirgin bir artış olduğu görülmektedir. Akıllı telefon kullanımı erken yaşlara inmiş, çocukların önemli bir kısmı günde iki saatten fazla çevrim içi vakit geçirmektedir. Bu durumun ders çalışma, aile içi zaman, uyku süresi gibi alanlara olumsuz etkileri dikkat çekicidir. Kumar oynama oranlarında ise 2020'den 2025'e doğru bir azalma olmakla birlikte, yasa dışı çevrim içi bahis oynama oranlarının genç yaş grubunda yüksek olduğu saptanmıştır.

4. Tüm bu bulgular, çocuk ve ergenlerde bağımlılık türlerinin çeşitlendiğini, başlangıç yaşlarının erken yaşlara kaydığını ve davranışsal bağımlılıkların madde bağımlılıklarına benzer düzeyde önem kazandığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle bağımlılıkla mücadele politikalarının yalnızca madde kullanımını değil, teknoloji ve kumar gibi davranışsal bağımlılıkları da kapsayacak şekilde bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. Bölgesel ya da yerel olarak bağımlılıktan koruyucu faktörlerin

güçlendirilmesi, risk faktörlerinin azaltılmasını içeren önleme programlarının daha etkin olduğu kanıtlanmıştır. Okul temelli önleme programlarının bu yönde revize edilmesi, okul rehberliğinin güçlendirilmesi, programların etkinliğinin değerlendirilmesi, erken tanı ve müdahale mekanizmalarının yaygınlaştırılması, yaygınlaşma için yeterli personel desteğinin sağlanması, ailelerin farkındalığının artırılması, aile ile yapılacak etkinlik imkanlarının sunulması ve mevzuat düzenlemelerinin dijital alanı da içerecek biçimde güncellenmesi öncelikli politika alanları olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Yiğit T. Çocuk ve Gençlerin (Ergenler) Karşılaştıkları Ruhsal Sorunlar ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uygulamaları. *The Journal of Academic Social Science.* 2018;6(66):70-83.
2. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry.* 2007;6(3):168-176
3. Ayhan CH, Uluman Ö, Buzlu S. Çocuk ve Ergenlerin Ruh Sağlığını Koruma ve Geliştirmede Önemli Bir Güç. 2022 https://doi.org/10.55646/jaren.2022.08769
4. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER). *Türkiye Sağlık Raporu 2020.* Ankara; 2020. Available from: https://www.halksagligiokulu.org.tr/kitap-detay/394
5. Karaçetin G, Arman AR, Fiş NP, Demirci E, Özmen S, Hesapçıoğlu ST, et al. Prevalence of childhood affective disorders in Turkey: An epidemiological study. *Journal of Affective Disorders.* 2018;238:513-521. https://doi:10.1016/j.jad.2018.05.014
6. Erden C. Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul; 2019.
7. Ercan ES, Polanczyk G, Ardıç UA, Yüce D, Karaçetin G, Tufan AE, et al. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry.* 2019;73(2):132–140. https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1574892
8. Yektaş Ç. Ergenlerde pandeminin ruhsal etkileri. In: Ercan ES, Yektaş Ç, Tufan AE, Bilaç Ö, editors. *COVID-19 Pandemisi ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı.* 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.13-8.
9. World Health Organization. *Supporting Turkish mental health policy and service delivery.* Geneva: WHO; 2020. Available from: https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2020/supporting-turkish-mental-health-policy-and-service-delivery
10. Bilkay Hİ, Sarı T, Gürhan N. Türkiye'de Çocuk-Ergen Ruh Sağlığına Yönelik Kısa Bir İnceleme. *Çocuk ve Gelişim Dergisi.* 2023;6(12):78-92.
11. Kılıçaslan C, Mutlu H, Sert ET, Kokulu K. The Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Admitted to The Pediatric Emergency Room with Burns. *Selçuk Med J.* 2021;37(4):334-338.
12. Öztürk S, Memik CN, Balcı S, Karaca E. Prevalence of ADHD in Preschool Children: A Community-Based Study from Turkey. *J of Att Dis.* 2025;29(11):953-962.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®).* 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
14. Türkiye Sağlık Bakanlığı, Otizm tarama projesi sonuç raporu. 2008, İstanbul. https://www.tohumotizm.org.tr/wp-content/uploads/2018/06/Saglik-Bakanligi-Otizm-Platformu-Tarama-Projesi-Raporu.pdf
15. Sezerol MA, Davun S. Autism spectrum disorder: evaluation of community-based screening program. *Turk J Med Sci.* 2024;54(3):555–562. https://doi.org/10.55730/1300-0144.5822
16. Tural Hesapçıoğlu S, Hacıosmanoğlu CD, Okuyucu M, Ceylan MF. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Yataklı Tedavi Kliniğinde İzlenen Hastalarda Birincil Tanılar ve Komorbiditeler. *Turk Med J.* 2024;9(1):1–7. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/tmj/issue/84911/1475460
17. Tekin U. Türkiye'de COVID-19 pandemisi sırasında ergenlerde psikososyal semptomların pandemi öncesi durumla karşılaştırılarak değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi.* 2022;18(3):348–355.
18. Yıldız Silahlı N, Barış HE, Qutranji L, Yorgancı Kale B, Günal Ö, Ütük B, et al. Universal depressive symptom screening in middle schools in Istanbul: An epidemiologic study. *J Affect Disord.* 2025;369:110–117.
19. Kılınçel Ş, Kılınçel O, Muratdağı G, Aydın A, Usta MB. Factors affecting the anxiety levels of adolescents in home-quarantine during COVID-19 pandemic in Turkey. *Asia Pac Psychiatry.* 2021;13(2):e12406 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32783389/
20. Çoban AE, Kaptan N. Psychological and behavioral impacts of the COVID-19 pandemic on children and adolescents in Turkey. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(23):16207.
21. Taş Torun Y, İçen S. Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozukluğu İzleme Çalışması: Türkiye Verileri. *Turk J Child Adolesc Ment Health.* 2024;31(2):103–109.
22. Sönmez A Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2017; 9(3): 301 - 316.
23. İnal Ö. Covid-19 Döneminde Yetişkin Bireylerde Yeme Bozukluğu, Duygusal Yeme, İnternet ve Sosyal Medya Bağımlılığı. *Akademik Tıp Dergisi.* 2022;8(3):291-297.
24. Castellini G, Cassioli E, Rossi E, et al. The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: a longitudinal observation of pre versus post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls. *Int J Eat Disord* 2020; 53: 1855-1862.

25. Torun ŞE, Çınar HÜ, Kızılkan MP, Akgül S, Derman O. `Covid-19` pandemisinin yeme bozukluklarına etkisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2022;65:17, https://cshd.org.tr/article/view/6
26. Akgül S, Torun Ş, Çınar HÜ, Pehlivantürk Kızılkan M, Derman O. Eating disorder visits increase among adolescents during the COVID-19 pandemic. *Early Interv Psychiatry*. 2023;17(8):837-840.
27. Altınsoy C, Yılmaz Yavuz A. Çocuklardaki Gizli Tehlike: Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu. *JSHS*. 2021;6(3):433-48. https://dergipark.org.tr/tr/pub/jshs/issue/66509/1016105#article_cite
28. Şahin S, Şahin ES, Öz NS, Ülker Atav P. Pediatrik yeme veya yutma bozukluğu ve beslenme alışkanlığında aile rolünün etkisinin meta-analiz yöntemiyle incelenmesi. *Hacettepe Univ Fac Health Sci J.* 2019;6(2):200–214 https://dergipark.org.tr/tr/pub/akd/issue/71300/1059373#article_cite
29. Yıldırım Demirdöğen E, Akıncı MA, Bozkurt A et al. Majör Depresif Bozukluğu Olan Ergenlerde İntihar Girişimi. *Namik Kemal Med J.* 2023;11(3):294-300
30. Eraslan AN, Aydın Görücü R, Öztürk M et al. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi ve Depresyon Tanısı Açısından Değerlendirilmesi. *Anatol J Gen Med Res.* 2021;31(3):322-332. doi:10.5222/terh.2021.79282
31. 2000-2023 Yılları Arası İntihar Verileri Çalışma Raporu. https://sahamerkezi.org/2000-2023-yillari-arasi-intihar-verileri-calisma-raporu/
32. İnce N, Aksu GG, Toros F, Binokay H. Ergenlerde intihar girişimi ile ilgili faktörlerin incelenmesi. *Cukurova Med J.* 2025;50(2):380–389.
33. World Health Organization. (2021). *Adolescent mental health*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health
34. United Nations Children's Fund (UNICEF). The State of the World's Children 2019: Children, food and nutrition – *Growing well in a changing world*. New York: UNICEF; 2019.
35. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10157):1553–98.

Çocuk ve Ergenlerde Yaralanmalar

Serap Baysal, Gamze Varol

Çocukluk ve ergenlik döneminde meydana gelen yaralanmalar, Türkiye'de önlenebilir ölüm ve sakatlıkların başlıca sebeplerindendir ve önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Kasıtlı ya da kazara oluşan bu yaralanmalar, her yıl dünya genelinde 4,4 milyon kişinin yaşamını yitirmesine neden olmakta ve toplam ölümlerin yaklaşık %8'ini oluşturmaktadır.[1] Trafik kazaları, boğulma, düşme, yanık, haşlanma ve zehirlenme gibi istemsiz gerçekleşen yaralanmalar, dünya genelinde çocuklar ve ergenler için en önemli ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Her gün, dünya genelinde 19 yaş altı 1.600'ün üzerinde çocuk ve ergen, önlenebilir yaralanmalar nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. Düşük gelirli ülkelerde yaşayan çocukların, yüksek gelirli ülkelerdeki yaşıtlarına kıyasla istemsiz yaralanma yaşama olasılığı sekiz kat daha fazladır.[2]

Dünya genelinde trafik kazaları, 5 ila 19 yaş arasındaki bireylerde birinci sıradaki ölüm nedenidir. Her gün 600'den fazla çocuk ve ergen trafik kazaları sonucunda hayatını kaybetmektedir; bu da her iki dakikada bir çocuğun yaşamını yitirdiği anlamına gelmektedir.[2] 2021 yılında, 10-19 yaş aralığındaki 100.000'den fazla ergen trafik kazaları nedeniyle yaşamını kaybetmiştir. Bu ölümlerin çoğu, yaya, bisikletli veya motosikletli gibi savunmasız yol kullanıcıları arasında gerçekleşmiştir. Aynı yıl içinde, 40.000'den fazla ergenin boğulma sonucu hayatını kaybettiği tahmin edilmekte olup, bu ölümlerin dörtte üçünden fazlası erkek bireylerde görülmüştür.[3] UNICEF, çocuklarda yaralanmaların azaltılmasında etkili politikaların uygulanması gerektiğini vurgulamakta; örneğin araç içi çocuk koruma sistemlerinin doğru şekilde kullanılmasıyla motorlu araç kazalarına bağlı yaralanmaların %70 oranında azaltılabileceğini, bisiklet ve motosiklet kasklarının doğru kullanımıyla da ciddi kafa travmalarının %60'tan fazlasının önlenebileceğini bildirmektedir.[2]

Bu Türkiye Sağlık Raporu kapsamında yer alan 2020-2025 dönemi, sadece trafik kazaları, ev kazaları, şiddet ve zehirlenmeler gibi olağan yaralanma nedenleri açısından değil; aynı zamanda COVID-19 pandemisi ve büyük depremler gibi olağanüstü durumların etkileri açısından da yaralanmaların izlenmesi yönünden kritik bir dönemdir.

Bu bölümde, 2020-2025 yılları arasında çocukluk ve ergenlik çağında meydana gelen kaza ve yaralanmalar, güncel veriler ve literatür ışığında halk sağlığı bakış açısıyla ele alınmıştır. Literatür taraması yapılırken "çocuk", "adolesan", "ergenlerde yaralanmalar", "covid", "deprem" ve "kazalar" gibi anahtar sözcükler kullanılarak Google Akademik ve PubMed veri tabanlarında aramalar gerçekleştirilmiştir. Türkiye Sağlık Raporu çerçevesinde bu dönemde yayımlanmış ve literatüre katkı sağlayan araştırmalardan bazılarına özette yer verilmiştir.

Bu çalışmada, öncelikle kamu kurumlarına ait veriler paylaşılmış; ardından 2020-2025 yılları arasında konuya ilişkin yayımlanan güncel çalışmalar, kaza ve yaralanmaların gerçekleştiği ana başlıklar altında toplanarak özetlenmiştir.

1. Kaza ve Yaralanmalarla İlgili Türkiye İstatistik Kurumu Verileri

Karayolu trafik kazalarına ilişkin 2020 yılı verilerine göre, meydana gelen kazaların %15,3'ü ölüm ya da yaralanmayla sonuçlanmıştır. Bu kazalarda yaşamını yitiren kişilerin %8,8'ini çocuklar oluşturmuştur. Yaş gruplarına göre incelendiğinde, çocuk ölümlerinin %46,0'ı 0-9 yaş grubunda, %25,1'i 10-14 yaş grubunda ve %28,8'i ise 15-17 yaş grubundaki bireylerde gerçekleşmiştir.[4]

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) ölüm nedenleri ve yaş gruplarına göre hazırladığı istatistiklere göre;

Tablo 1. TÜİK* verilerine göre yıllara ve yaş gruplarına göre dışsal yaralanma ve zehirlenmeye bağlı çocuk ölümleri[5-7]

Yıllar	1-4 yaş ölümler	5-14 yaş ölümler	15-17 yaş ölümler	Toplam ölümler	Tüm ölümler
2020	333	499	516	1348	5882
2021	278	516	519	1313	6122
2022	339	602	595	1536	6177
2023	2641	7653	2749	13043	17889

*Verilerin yer aldığı tablolarda yıllara göre farklılıklar gözlenebilmektedir. **Tablo 1** oluşturulurken son yayınlanan rakamlar dikkate alınmıştır.

2022 ve 2023 yıllarında, 1-17 yaş arasındaki çocuk ölümlerinin en yaygın nedeni dışsal yaralanmalar ve zehirlenmelerdir.[5,6] 2022 yılında bu nedenle hayatını kaybeden çocuk sayısı 1.275 olarak bildirilmiştir. Aynı yıl içinde bu ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, 1-4 yaş grubunda %12,4; 5-14 yaş grubunda %19,1; 15-17 yaş grubunda ise %35,3 oranında gerçekleştiği görülmektedir.[5]

2023 yılında ise dışsal yaralanma ve zehirlenmelere bağlı olarak hayatını kaybeden çocuk sayısı önemli bir artışla 13.043'e ulaşmıştır. Bu ölümlerin yaş gruplarına göre oranları sırasıyla 1-4 yaş grubunda %60,4, 5-14 yaş grubunda %78,1 ve 15-17 yaş grubunda %73,8 olarak kaydedilmiştir.[6]

2. Kaza ve Yaralanmaların Değerlendirildiği Acil Servislere Başvurularla İlgili Çalışmalar

Şensoy ve arkadaşlarının Türkiye genelinde çeşitli iller ve spor branşları kapsamında gerçekleştirdiği bir çalışmada, Google formlar aracılığıyla ulaşılan 506 sporcu öğrencinin %36,8'inin yaşamları boyunca 6 ila 10 kez yaralanma veya sakatlanma yaşadığı saptanmıştır. Katılımcıların dörtte biri ise 11 defadan fazla bu tür bir deneyim yaşamıştır. Öğrencilerin %32,7'si haftada 9-12 saat antrenman yaptığını bildirirken, %28,1'i ise haftalık antrenman süresini 0-4 saat arasında belirtmiştir.[8]

Çocukluk çağında sık karşılaşılan başvuru nedenlerinden biri olan ekstremite yaralanmaları, çeşitli risk etkenleriyle birlikte değerlendirilmektedir. Özellikle dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), kasıtsız yaralanmaların oluşumunda önemli bir davranışsal risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. Edirne'de Şahin ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada, bu risk faktörüyle ortopedik travmalar arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmada, 6-15 yaş aralığında olup Eylül 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında ortopedi ve travmatoloji polikliniğine başvuran toplam 60 çocuk incelenmiştir. Başvuran çocuklar, acil servisten yönlendirilmiş ve ekstremite yaralanması olan veya travmatik olmayan sebeplerle başvurmuşlardır. Tüm yaralanmalar, doğrudan ve düşük enerjili travmalara bağlı olarak meydana gelmiştir. DEHB tanısı konulan çocukların travma grubunda anlamlı düzeyde daha sık görüldüğü bildirilmiş ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,025). Elde edilen bulgular, yaralanmaların önlenmesinde yüksek riskli grupların erken tespiti ve DEHB tanısı alan bireylerin psikiyatrik değerlendirme için yönlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır.[9]

Şanver ve Özvarış tarafından yapılan bir derlemede, ergenlik döneminde görülen riskli sağlık davranışları ve bu davranışların nedenleri ele alınmıştır. Söz konusu dönemde edinilen sağlıkla ilgili bilgi ve beceriler, ergenlerin ileriki yaşamlarındaki sağlık durumlarını belirlemede kritik rol oynamaktadır. Yaralanmalar, şiddet ve kendine zarar verme gibi durumlar, gençlerde en sık ölüm nedenleri arasında yer aldığından, bu alanlara yönelik koruyucu müdahaleler önem kazanmaktadır. Riskli davranışlardan biri olan alkol kullanımı hem yaralanmaların hem de erken ölümlerin başlıca nedenlerindendir. Türkiye'de "dışsal yaralanma ve zehirlenmelere bağlı ölümler", ergenlik yaş grubundaki ölüm nedenleri arasında üst sıralarda yer almaktadır. Bu ölümler arasında motorlu taşıt kazaları en sık rastlanan sebepken; ikinci sırada intihar gelmektedir.[10]

Demirdöken ve Karbuz çalışmalarında, 01.01.2015 ile 31.12.2020 aralığında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği'ne başvuran 0-18 yaş aralığındaki 2.355 adli vakayı incelemişlerdir. Araştırmaya trafik kazaları ve yüksekten düşmeler dâhil edilmemiştir; çünkü bu tür travmalar hastanenin çocuk acil polikliniğinde değerlendirilmemektedir. Başvuruların %90,2'sinin ilaç alımına bağlı zehirlenmelerden kaynaklandığı gözlenmiştir. Vakaların çoğunluğu 25-60 ay yaş grubundadır ve %93,9'u ağız yoluyla meydana gelmiştir. Diğer nedenler arasında %4,9 ile yabancı cisim yutma (en sık madeni para), %2,4 ile elektrik çarpması, %1,7 ile madde kullanımı ve %0,8 ile alkol alımı bulunmaktadır. İlaçla zehirlenme vakalarının dörtte birinden fazlası intihar girişimiyle ilişkilidir ve bu vakaların tamamına yakını 12 yaş üzerindedir. Buna karşılık, 5 yaş altındaki çocuklarda zehirlenme-

ler "kazara ilaç alımına" bağlı olarak ortaya çıkmıştır. Genel olarak başvuruların %84,7'si kaza, %13'ü intihar, %2,3'ü ise madde kötüye kullanımı nedeniyledir. Korozif maddelerle olan zehirlenmelerin büyük çoğunluğu 5 yaş altı çocuklarda görülmüş, en sık neden çamaşır suyu olmuştur. Kız çocuklarında intihar vakaları daha yaygınken; madde kullanımı ve elektrik çarpması erkeklerde daha sık görülmüştür. Bu çalışma, ev içinde alınacak basit güvenlik önlemleri ve tehlikeli maddelere çocukların erişiminin engellenmesinin, kazalara bağlı yaralanmaların azaltılmasında etkili olabileceğini göstermektedir.[11]

Bisiklet kazaları, giderek artan bisiklet kullanımıyla birlikte çocuklarda önlenebilir yaralanma türleri arasında dikkat çekmektedir. Bu bağlamda, Gökulu ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, Ocak-Aralık 2018 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne bisiklet kazası nedeniyle gelen 2-18 yaş aralığındaki çocuklar retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışmaya dahil edilen 158 çocuğun %68,4'ü erkek olup, yaş ortalaması 10,39 ± 4,314 (2-17 yaş arası) olarak hesaplanmıştır. En sık başvuru nedeni, üst ekstremite ağrısı veya yaralanması olarak kaydedilmiştir (%32,3). Kazaların %10,8'inde motorlu taşıtlar da olaya karışmış olup, bu tür vakalarda maksillofasiyal kırıklar ve baş-boyun bölgesi yaralanmaları daha sık görülmüş; cerrahi müdahale gereksinimi de daha fazla olmuştur ($p < 0,05$). Vakaların çoğunda (%74,7) yumuşak doku hasarı tespit edilmiş; yaklaşık üçte birine primer sütür uygulanmış, %5,1'ine ise cerrahi işlem yapılmıştır. Çocukların hiçbirinin kask takmadığı tespit edilmiştir. Yoğun bakımda izlenen üç çocukta kafa travması saptanmıştır. Elde edilen bulgular, koruyucu ekipmanların —özellikle kask kullanımının— yaygınlaştırılmasının, bisiklet kazaları sonucu oluşabilecek ciddi yaralanmaları önemli ölçüde azaltabileceğini göstermektedir.[12]

Çam ve Üstüner tarafından gerçekleştirilen araştırmada, 13-19 yaş aralığındaki lise öğrencilerinde görülen şiddet ve kazara meydana gelen yaralanmalar ile ilişkili etmenler incelenmiştir. 5-25 Mayıs 2021 tarihleri arasında, devlet okullarında okuyan 9., 10., 11. ve 12. sınıf öğrencilerine yönelik olarak çevrim içi anket uygulanmıştır. Katılımcılar, sosyal medya platformları aracılığıyla kartopu örnekleme yöntemiyle belirlenmiş ve çalışmaya toplam 1218 öğrenci dâhil edilmiştir. Araştırmada, Küresel Okul Tabanlı Öğrenci Sağlık Anketi'nden (GSHS) uyarlanmış sorular kullanılmış ve öğrenciler arasında fiziksel saldırıya uğrama, fiziksel kavga etme ve ciddi yaralanma geçirme oranları sırasıyla %8,3, %14,8 ve %11,7 olarak saptanmıştır. Çoklu regresyon analizinde; devamsızlık, okula geç kalma, kaygı düzeyleri, intihar girişimi öyküsü ve yakın bir arkadaşın olmaması gibi faktörlerin bu durumlarla anlamlı şekilde ilişkili olduğu belirlenmiştir.[13]

3. Kaza ve Yaralanmalarla İlgili Adli Açıdan Değerlendirmelerin Yapıldığı Çalışmalar

Önlenebilir nitelikte olan ve tüm hayat kalitesini etkileyebilecek göz yaralanmalarını değerlendirmek amacıyla Şimşek ve Karbeyaz'ın gerçekleştirdiği çalışmada, çocukluk çağında meydana gelen ve adli nitelik taşıyan göz yaralanmaları retrospektif olarak analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Adli Tıp Anabilim Dalı tarafından 2012-2021 yılları arasında düzenlenen raporlar değerlendirilmiş ve toplam 69 çocukluk çağı vakası incelenmiştir. Bu 10 yıllık süreçte düzenlenen toplam rapor sayısı 712 olup, raporların %5,3'ü göz yaralanması içermektedir. Değerlendirilen çocuk olgularının %69,6'sı erkek ve yaş ortalaması 12,7±4,32 olarak bildirilmiştir. Yaralanmaların %65,2'si kazalara bağlı olarak ortaya çıkmış ve bunların %63,8'i künt travmalardır. Yaralanmaların yarısı basit tıbbi müdahale ile iyileşebilecek düzeydedir. Penetran yaralanma tespit edilen 25 olgunun %44'ü oyun sırasında meydana gelmiş; %40'ı trafik kazalarında cam ve sivri nesnelerin etkisiyle oluşmuş; geri kalan 4 vaka ise kesici-delici aletle kavga sırasında yaralanmıştır. Yaralanmaların yaklaşık üçte biri kavga ve darp kaynaklıyken, %31,9'u sosyal alanlarda (okul bahçesi, sokak, piknik yeri), %20,3'ü trafik kazası ve %13'ü ev kazası nedeniyle gerçekleşmiştir. Erkek çocuklarında darp ve kavgaya bağlı göz yaralanmalarının daha sık olduğu belirtilmiştir.[14]

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı tarafından 01.01.2016-31.12.2018 tarihlerinde değerlendirilen 0-18 yaş grubundaki 1.418 fiziksel travmalı çocuk vakası incelenmiştir. Değerlendirilen vakaların %77,2'sini erkek çocuklar (%75,2'si ergenlik döneminde), %88,6'sını ise künt travmalar oluşturmaktadır. Künt travmaların büyük kısmı darp (%70) ve trafik kazaları (%24) ile ilişkilidir. Darp kaynaklı yaralanmalar daha çok ergenlerde görülürken, diğer yaş gruplarında trafik kazaları ön plandadır. Bebeklik ve oyun çocukluğu döneminde ise ev kazalarına bağlı olarak gelişen düşmeler, yaşamı tehdit eden yaralanmalar ve kemik kırıkları daha sık görülmektedir ($p<0,001$). Aynı dönemlerde termal yaralanmaların da yaygın olduğu ifade edilmiştir. Kalıcı hasar gelişen vakaların yarısı, ÇÖZGER (Çocuk Özel Gereksinim Raporu) kılavuzuna göre özel eğitim, evde bakım ve kamu hiz-

metlerinde öncelik gibi sosyal desteklere ihtiyaç duymaktadır.[15]

Dündar ve Altın tarafından yürütülen çalışmada, Şanlıurfa Adli Tıp Şube Müdürlüğü'nde 2013-2023 yılları arasında 18 yaşından küçük çocuklarda ateşli silah yaralanmasına bağlı ölüm vakaları retrospektif olarak incelenmiştir. Toplam 58 olgunun yaş ortalaması 12,78±4,63 olup, %70,7'si erkektir. Bu ölümlerin %81'i kırsal bölgede, %60,4'ü ev ortamında meydana gelmiştir. Yaralanmalarda en sık kullanılan silah türü kısa namlulu silahlardır (%56,9). Olayların yarısı kasıtsız meydana gelirken, %37,9'u intihar, %8,6'sı cinayet ve %3,4'ü nedeni belirlenemeyen olaylar olarak kaydedilmiştir. Bu ölümlerin yarısı (n=29), pandeminin yaşandığı son iki yıl içinde (2021-2022) gerçekleşmiştir. Yaralanmaların %46,6'sında silahı çocuğun kendisinin kullandığı belirlenmiştir; %5,2'sinde akraba, %5,2'sinde ise arkadaş kaynaklı yaralanmalar raporlanmıştır. Özellikle erken çocukluk döneminde merak duygusunun yüksek olması nedeniyle çocukların silahlara erişimini önlemeye yönelik eğitim ve koruyucu önlemler önerilmektedir.[16]

Yaralanmaların bir diğer sonucu da bedensel ve zihinsel fonksiyonlarda yaşanabilecek kayıplardır. Ural ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada, Atatürk Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na maluliyet değerlendirmesi amacıyla başvuran 0-18 yaş arası 124 çocuk analiz edilmiştir. Bu çocukların %72,6'sı erkek olup, olay anındaki yaş ortalaması 10,5'tir (en küçük "0"; en büyük "17"). Yaralanma nedenleri arasında ilk sırada trafik kazaları (%71,8), ardından künt travmalar (%9,7) ve elektrik çarpmaları (%8,1) gelmektedir. Elektrik çarpmalarının, maluliyet oranı açısından en yüksek sonucu doğurduğu (%22,4) belirlenmiştir. Künt travmaların çoğunun darp kaynaklı olduğu ve olguların tamamının erkek olduğu rapor edilmiştir. "Diğer" başlığı altında değerlendirilen yaralanmalarda en yüksek maluliyet oranı kesici-delici alet yaralanmalarında hesaplanmıştır (%32); ardından patlamalar (%13,5) ve iş kazaları (%20) gelmektedir. Olguların üçte birinde maluliyet yaratacak düzeyde bir hasar bulunmamıştır. ISS (Yaralanma Şiddeti Skoru) değerlendirmesine göre ISS≥16 olan majör travma grubunda ortalama maluliyet oranı %19,5, ISS<16 olan minör grupta ise %4,32 olarak belirlenmiştir (p<0,001). 0-2 yaş grubunda maluliyet oranı da yüksektir (p=0,002). Çocukluk çağındaki maluliyetlerin, büyüme ve gelişme süreçlerini etkileyerek kalıcı işlev kayıplarına neden olabileceği vurgulanmıştır.[17]

4. Kazalar ve Yaralanmalarla İlgili Farkındalık ve Tutum Çalışmaları

Güvenlik önlemleri kadar ilkyardım bilgisi de ev kazaları sonucunda meydana gelen ölüm ve sakatlıkların azaltılmasında kritik bir rol oynamaktadır. Bu doğrultuda Elmas ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada, 15 Ocak-15 Mart 2018 tarihleri arasında bir özel hastanenin çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran 0-6 yaş grubunda çocuğu olan 100 anneye anket uygulanmıştır. Araştırmada, "0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" ile "Çocukluk Çağı Ev Kazalarına Yönelik İlk Yardım Uygulamaları Değerlendirme Formu" kullanılmıştır. Annelerin %30'unun lise mezunu olduğu çalışmada, katılımcıların %91'i ev kazalarına dair herhangi bir eğitim almadığını belirtmiştir. Çocukların %69'u en az bir kez ev kazası geçirmiş olup, bu kazaların çoğunlukla dikkatsizlik nedeniyle (%64) meydana geldiği ve genellikle baş-boyun bölgesini etkilediği ifade edilmiştir. En sık bildirilen kaza türleri sırasıyla düşme (%55), çarpma (%38), yanık (%15) ve yabancı cisim aspirasyonu (%13) olmuştur. Annelerin yarısından fazlası ev kazalarına dair eğitim almayı gerekli görmemektedir. Anket sonuçlarına göre, pencerelerde çocuk kilidi (%67), fırında güvenlik önlemi (%44) ve prizlerde emniyet kapağı (%59) bulunmadığı belirtilmiştir. Genel olarak annelerin güvenlik önlemleri ve ilkyardım konusundaki bilgi ve uygulamaları yetersiz bulunmuştur. Öte yandan, ev kazalarına karşı tutumları olumlu bulunmuş (ölçek puanı: 185,51±9,76) ve bu puanlarla annenin yaşı ve eğitim seviyesi arasında fark saptanmıştır (p<0,05).[18]

Ev kazalarına müdahale etmede ilkyardım bilgisi ve uygulama becerisi, hafif bir yaralanma ile ölüm arasında fark yaratabilecek düzeydedir. Bu nedenle küçük çocuklara bakım veren bireylerin, yetkin kişiler tarafından bilgilendirilmesi büyük önem taşır. Altundağ ve arkadaşları, bu konudaki yeterliliği ölçmek amacıyla 2020 yılında "Ev Kazalarında İlk Yardım Öz-Yeterlik Ölçeği"nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştirmiştir. Çalışma, Denizli'de 0-4 yaş çocuğu olan 120 anne ile Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) yürütülmüştür. On iki maddeden oluşan bu beşli Likert tipi ölçeğin geçerlik-güvenirlik analizinde; KMO değeri 0,81, Bartlett's testi p=0,000; kapsam geçerlik indeksi 0,95 ve Cronbach Alfa değeri 0,86 olarak saptanmıştır. Faktör yükleri 0,36–0,75 arasında değişmiş, hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır. Ölçek tek boyutlu olarak değerlendirilmiş ve toplam varyansın %59,17'sini açıklamıştır. Test-tekrar test güvenilirlik

katsayısı 0,92 hesaplanmıştır. Katılımcıların ilk yardım öz-yeterlilik puan ortalaması ise 26,23±8,02'dir.[19]

3-6 yaş arası çocuklar, hareketli olmaları, riskleri kestirememe özellikleri ve merak duygularının yoğun olması nedeniyle ev kazalarına en çok maruz kalan grubu oluşturmaktadır. Bu yaş grubunun ebeveynlerinde farkındalık düzeyini ve eğitim ihtiyacını ölçmeyi amaçlayan Kayıran ve arkadaşlarının çalışmasında, toplam 396 aileye anket uygulanmıştır. Basit rastgele örneklem yöntemiyle 66 Aile Sağlığı Merkezi'nden seçilen ailelerle yürütülen çalışmada, ebeveynlerin çoğunluğunun eğitim almadığı ve %90,9'unun bu tür bir eğitime ihtiyacının olduğu ifade edilmiştir. Katılımcıların %16,7'si son bir yılda, %44,6'sı en az bir defa ev kazası geçirdiğini belirtmiştir. İlk üç sırada düşme, kesici-delici aletle yaralanma ve yanma yer almıştır. Risk değerlendirme formunda, anneler en çok soba, deterjan ve fırını riskli görüp işaretlemiştir. Elde edilen bulgular, ev kazalarının önlenmesinde ebeveynlere yönelik farkındalık artırıcı eğitimlerin kritik önem taşıdığını göstermektedir.[20]

Uslu ve arkadaşlarının 01.07.2023-31.03.2024 tarihleri arasında yürüttüğü çalışmada ise 0-6 yaş aralığında çocuk sahibi 300 anne ve babayla aile hekimliği polikliniğinde görüşülmüştür. Katılımcıların yarısından fazlası çocuklarının ev kazası geçirdiğini söylemiştir. Bu vakaların %28,6'sı 25-36 aylık dönemde gerçekleşmiştir. En tehlikeli ev kazası olarak "çocuğun başını sert ya da sivri bir yere çarpması" (%20,0) tanımlanmış ve olayların çoğunun oturma odası ya da salonda (%34,9) gerçekleştiği belirtilmiştir. Katılımcıların %76,3'ü bu konuda daha önce bilgilendirildiğini belirtmiştir. En yaygın önlem ise mobilyaların duvara sabitlenmesidir (%69,0). Bunu merdiven koruyucuları ve priz kapakları takip etmektedir. "Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" (EKYGÖTÖ) sonucu annelerde daha yüksek çıkmıştır. Mutfak kazalarına yönelik görsel değerlendirmede, "bıçağın çocuğun ulaşabileceği yerde olması" en sık fark edilen (%95,0), "çakmağın kolay ulaşılabilir konumda olması" ise en az fark edilen risk olarak öne çıkmıştır. Elde edilen sonuçlar babaların, düşük eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin, düşük gelir grubundakilerin ve bir yaş altı çocuğu olan ailelerin bu konuda özellikle bilgilendirilmesi gerektiğini göstermektedir.[21]

Erdem ve arkadaşlarının Manisa'da yürüttüğü başka bir araştırmada, kentsel ve yarı kentsel bölgede iki ASM'ye başvuran 290 ebeveynle görüşülmüştür. Araştırmaya göre, 0-6 yaş aralığındaki çocukların %17,6'sı son bir yıl içinde, yaklaşık dörtte biri de en az bir defa ev kazası geçirmiştir. Kazaların en sık 3 yaş civarında meydana geldiği belirtilmiştir. Yüksekten düşme, yanık ve kesici-delici alet yaralanmaları en yaygın nedenler olarak sıralanmıştır. Olayların %37,3'ünde çocukların yanında bir yetişkin bulunmaktadır. Kazaya maruz kalan çocukların %39,2'si sağlık kuruluşuna başvurmuş ve hepsi aynı gün taburcu edilmiştir. Ailelerin %75'i kazadan sonra önlem aldığını ifade etmiştir; en sık alınan önlemler arasında yatağın kenarını yükseltmek (%9,2) ve tehlikeli nesneleri çocukların erişemeyeceği yerlere kaldırmak (%13,1) yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre; baba yaşı 34 ve altı olanlar, 12 yaşına kadar gecekondu bölgelerinde yaşayanlar, zemin kat dışında oturanlar ve çocuğunu ev kazalarından koruma konusunda kendisini yetersiz hisseden ailelerde kaza riski daha yüksektir. Bu nedenle ev kazalarına dair eğitim programlarının geliştirilmesi ve ailelerin bu konuda desteklenmesi önerilmektedir.[22]

5. İntihar Verilerinin Yer Aldığı Çalışmalar

Çocukluk ve ergenlik döneminde görülen intiharlar, bu yaş grubuna özgü özellikler taşıdığından, önleme stratejilerinin geliştirilmesi açısından ayrı bir değerlendirme gerektirmektedir. Akın ve Konar'ın yürüttüğü çalışmada, Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2002-2022 yılları arasındaki verileri kullanılarak 19 yaş altındaki bireylerde intihar nedenleri ayrıntılı şekilde incelenmiştir. Çalışmada 15 yaş altı grubunda toplam 1.746 (%2,7) intihar vakası bildirilmişken, 15-19 yaş grubunda bu sayı 7.698 (%11,7) olarak saptanmıştır. 15 yaş altındaki intiharların %46,6'sı erkeklerde, %53,4'ü ise kız çocuklarında gerçekleşmiştir. 15-19 yaş grubunda ise vakaların %52,5'i erkek, %47,5'i kız ergenlerdir. Kaba intihar hızı açısından bakıldığında, 15 yaş altı kız ve erkek çocuklarda en yüksek oran 2014 yılında görülmüş; bu yıl için oran, kızlarda yüz binde 1,31, erkeklerde yüz binde 1,14 ve toplamda yüz binde 1,22 olarak hesaplanmıştır. 15-19 yaş grubundaki erkek ergenlerde ise 2022 yılında kaba intihar hızı yüz binde 7,32'ye ulaşarak diğer yılların önüne geçmiştir. Aynı yaş grubundaki kızlarda ise 2010 yılında yüz binde 5,87 ile en yüksek değer kaydedilmiş; bu oran 2022 yılında yeniden benzer düzeye (%5,71) çıkmıştır. İntihar nedenleri incelendiğinde, hem yaş hem de cinsiyet açısından en yaygın nedenin "aile içi geçimsizlik" olduğu belirlenmiştir. 15-19 yaş grubunda "ekonomik nedenler" de dikkat çekici düzeydedir. Kadınlarda aile içi çatışmalar nedeniyle intihar daha sık görülürken, erkeklerde ekonomik etkenlerin ön planda olduğu saptanmıştır. İntihar yöntemlerine bakıldığında, tüm yaş gruplarında "asılma" en sık tercih edilen yöntemdir. Onu "ateşli silah kullanımı" izlemektedir. Özellikle <15 yaş grubunda asılma oranı oldukça yüksektir. 15-19 yaş aralığında

ise "kimyasal madde alımı", "ateşli silah kullanımı" ve "yüksekten" atlama gibi yöntemlerin daha yaygın olduğu görülmektedir.[23]

6. Pandemi Döneminde Gerçekleşen Kaza ve Yaralanmalarla İlgili Çalışmalar

Er ve arkadaşlarının yürüttüğü kesitsel bir çalışmada, COVID-19 pandemisi sürecinde gerçekleşen sokağa çıkma yasaklarının çocukluk çağı ev kazalarına etkisi incelenmiştir. Araştırma kapsamında, 4 Nisan-1 Haziran 2020 ve 18 Kasım-18 Aralık 2020 tarihleri arasında gerçekleşen iki farklı sokağa çıkma yasağı dönemi ile bu dönemlerin birer yıl öncesindeki aynı tarih aralıkları karşılaştırılmıştır. İlk sokağa çıkma yasağı döneminde 5.339, ikinci dönemde ise 4.675 çocuk acil başvurusu kaydedilmiştir. Buna karşılık, kontrol gruplarında (yani yasaktan önceki aynı dönemlerde) sırasıyla 19.405 ve 21.266 başvuru yapılmıştır. Bu bulgular, sokağa çıkma yasağı dönemlerinde toplam başvuru sayısında belirgin bir azalmaya işaret etmektedir. Tüm veri değerlendirildiğinde, en sık başvuru nedenlerinin travmalar (%60,5), zehirlenmeler (%22,2) ve yabancı cisme maruz kalım olduğu saptanmıştır. Yabancı cisimlerin türleri arasında en yaygın olanlar sırasıyla madeni para, sınıflandırılmamış künt cisimler ve kesici aletlerdir. Yaralanmalar arasında, hafif düzeyde beyin travmaları (%54,0) ve kas-iskelet sistemi lezyonları öne çıkmaktadır. İkinci sokağa çıkma yasağı döneminde travmaya bağlı başvurular kontrol grubuna göre daha fazladır ($p<0,001$); ancak ilk yasağın olduğu dönemde bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir. İki yasak döneminde de zehirlenme ve yabancı cisim yutma olaylarının kontrol dönemlerine kıyasla daha sık olduğu belirlenmiştir. Tüm başvurular yaş, cinsiyet ve hastaneye yatış oranları açısından değerlendirildiğinde, sokağa çıkma yasağı uygulanan ve uygulanmayan dönemler arasında fark bulunmamıştır. Fakat, bu dönemlerde ev kazalarının daha sık olduğu görülmüştür ($p=0,001$ / $p<0,001$).[24]

Pandemi süresince okulların kapanmasının ev kazalarına etkisini ele alan Demirci ve Babaoğlu'nun çalışmasında, 0-17 yaş aralığındaki çocuklarda ev ve çevresinde meydana gelen kazalar, basına yansıyan haberler üzerinden değerlendirilmiştir. Google arama motoru kullanılarak yapılan taramada, okulların kapandığı tarihten bir yıl önce (17 Mart 2019-15 Mart 2020) ve sonra (16 Mart 2020-15 Mart 2021) olmak üzere iki dönem incelenmiştir. Okullar kapanmadan önce 160, kapanma sonrasında ise 258 çocuk kazasına ilişkin haber tespit edilmiştir. Her iki dönemde de en sık görülen olaylar zehirlenmeler olup, en yaygın nedenin soba zehirlenmesi olduğu belirtilmiştir. En çok kazaya maruz kalan yaş grubu her iki dönemde de 1-5 yaş arasındaki çocuklardır (%44,5 ve %40,5); vakaların çoğu erkek çocuklardan oluşmaktadır. Her iki dönemde de ölümle sonuçlanan kaza sıklıkları benzer bulunmuştur (%32,5 ve %34,5; $p=0,675$). Ancak okulların kapanmasıyla özellikle yanıklar ve ateşli silah yaralanmaları gibi olaylarda artış gözlenmiştir. Okul kapanmasından önce bir yaşından küçüklerde en sık rastlanan olay boğulmayken; kapanma sonrası bu yaş grubunda yine boğulma, 1-5 yaşta yanıklar, 6-12 yaşta zehirlenmeler ve 12-17 yaşta ateşli silah yaralanmaları öne çıkmıştır. Bu sonuçlar, pandemi süresince evde olan küçük çocukların, ev ve çevresindeki tehlikeli koşullara daha fazla maruz kaldığını ve ev kazalarının artış gösterdiğini ortaya koymaktadır.[25]

Yöntem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise pandeminin çocuk acil servislerine yapılan adli başvurular üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne 1 Ocak 2018-31 Aralık 2019 ve 1 Ocak 2020-31 Aralık 2021 tarihlerinde başvuran toplam 6335 çocuk adli olgu, retrospektif olarak analiz edilmiştir. Yüksekten düşme, korozif madde alımı, yanık ve elektrik çarpması gibi vakaların en sık 1-44 aylık çocuklarda görüldüğü, trafik kazası, darp, kesici-delici-künt yaralanma, özkıyım ve zehirlenmelerin ise daha çok 174-216 ay aralığındaki çocuklarda meydana geldiği belirlenmiştir. Her iki dönemde de trafik kazaları en yaygın başvuru nedenidir. Pandemi döneminde başvurularda trafik kazalarında %35,1'den %32,0'a ve darp vakalarında %16,5'den %11,6'ya azalma saptanırken ($p<0,05$); kesici-delici-künt yaralanmalarda %6,3'den %7,6'ya, yüksekten düşmede %9,2'den %11,4'e ve yanık/elektrik çarpmasında %5,7'den %8,3'e artış görülmüştür ($p<0,05$).[26]

7. Depremler Nedenli Yaralanmalarla İlgili Çalışmalar

6 Şubat 2023'te gerçekleşen Kahramanmaraş merkezli depremler, 14 milyona yakın kişiyi etkilemiş ve 50.000'den fazla hayatın kaybına neden olmuştur. Bu süreçte, çok sayıda kişi hastanelere akut travma nedeniyle başvurmuştur. Mersin Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil'ine de 987 çocuk, travma nedeniyle başvuruda bulunmuştur. İşbir ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada, 6-20 Şubat 2023 aralığında üniversitenin Çocuk Cerrahisi Kliniği'ne başvuran ve toraks/batın travması geçirmiş 0-18 yaş aralığındaki 43 çocuk retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışmada yer alan çocukların yaş ortalaması 10,97±4,65'dir. Göçük altında ortalama 16,44±19,12 saat; hastanede ise ortalama

17,09±11,43 gün kaldıkları rapor edilmiştir. Olguların yarısından fazlası depremin ilk 48 saati içinde hastaneye ulaşmıştır. Tüm hastalarda ekstremite, batın veya toraks travması mevcuttur. Glaskow Koma Skalası'na göre çocukların %80'den fazlasında "hafif kafa travması" belirlenmiş; pediatrik travma skorlaması ile %95,3'ü "hafif travma" düzeyinde değerlendirilmiştir. Vakaların üçte birinden fazlası yumuşak doku ezilmesi, dörtte üçünde batın duvarı ve yaklaşık yarısında toraks duvarında cilt abrazyonu saptanmıştır. Olguların %55,8'ine cerrahi müdahalede bulunulmuş; yaklaşık yarısında komplikasyon gelişmiştir. Bu bulgular, büyük afetlerin çocuklarda hem fiziksel hem de cerrahi müdahale gerektiren travmalara yol açabileceğini göstermektedir.[27]

Deprem sonrası başvuruların değerlendirildiği bir başka çalışmada ise, Sarı ve arkadaşları, Diyarbakır'da bir tıp fakültesi ve üçüncü basamak eğitim araştırma hastanesinin acil servisine 6-12 Şubat 2023 tarihleri arasında yapılan başvuruları incelemiştir. Toplam 662 başvurunun %19,7'sini çocuklar oluşturmuştur (n=130) ve bu grubun yaş ortalaması 10,66 (SD=4,78; en küçük "0" ve en büyük "17") olarak hesaplanmıştır. Vakaların %25,1'i enkaz altında kalmış, %12,5'i kaçarken yaralanmış, %9'u ise travmatik olmayan nedenlerle acil servise getirilmiştir. Çocuk vakaların %20,6'sı hayatını kaybetmiştir. Enkaz altından çıkarılan çocukların %53,6'sında, kaçma sırasında yaralananların ise %82,8'inde ekstremite yaralanmaları tespit edilmiştir. Her iki grupta da bu tür yaralanmalar en sık görülen travma türü olmuştur. Yoğun bakım ihtiyacı doğuran yaralanmalar, özellikle kaçarken yaralanan çocuklar arasında gözlenmiştir. Enkaz altında kalan çocukların 31'ine debridman, 23'üne fasyotomi, 24'üne hiperbarik oksijen tedavisi, 20'sine cerrahi müdahale, 4'üne renal replasman tedavisi (hemodiyaliz), 7'sine ampütasyon ve 12'sine ezilme sendromu nedeniyle sıvı replasmanı uygulanmıştır.[28]

8. Sonuç

Bu bölümde sunulan ve 2020-2025 yılları arasında Türkiye'de yürütülmüş araştırmalar, çocuk ve ergenlerde meydana gelen yaralanmaların çok boyutlu yapısını açıkça ortaya koymaktadır. TÜİK verileri, bu yaş grubundaki ölümlerin önemli bir kısmının dışsal yaralanmalar ve zehirlenmelerden kaynaklandığını göstermektedir. 2020-2023 yılları arasında trafik kazaları, yüksekten düşmeler ve zehirlenmeler en sık karşılaşılan ölüm nedenleri arasında yer almıştır. Aynı dönemde, 15-19 yaş grubunda intihar oranlarının belirgin bir şekilde arttığı dikkat çekmektedir. Çocuk acil servislerine en sık başvuru nedenleri arasında ilaç zehirlenmeleri ve düşme vakaları öne çıkmaktadır. Bisiklet kazalarına ilişkin veriler ise kask kullanımının neredeyse hiç olmadığını ortaya koymuştur. Sporla ilgilenen çocuk ve ergenlerde tekrarlayan yaralanmalar oldukça yaygındır. Ayrıca dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), travmatik yaralanmalar için önemli bir risk etkeni olarak öne çıkmaktadır. Pandemi döneminde ev kazalarının belirgin şekilde arttığı görülmüş; 2023 Kahramanmaraş merkezli depremler ise çok sayıda çocuğun travmatik yaralanmalarla sağlık sistemine başvurmasına yol açan büyük ölçekli afetler olarak öne çıkmıştır. Yaralanmaların halk sağlığı açısından bu denli önemli olmasının temel nedeni, büyük oranda önlenebilir olmalarıdır. Özellikle 0-6 yaş grubunda ev kazaları, 15-19 yaş grubunda ise intihar ve şiddete dayalı olaylar dikkat çekmektedir. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, erkeklerde kazalar; kızlarda ise intihar girişimlerinin daha yaygın olduğu görülmektedir. Sosyoekonomik koşullar, ebeveynlerin eğitim düzeyi ve yaşam koşulları gibi faktörler, yaralanma riskini doğrudan etkilemektedir. Yaralanmalar yalnızca akut sağlık hizmetlerine başvuru nedenleri değil, aynı zamanda kalıcı maluliyetlere ve uzun süreli rehabilitasyon gereksinimlerine de yol açmaktadır.

Bu raporda yer alan çalışmalardan yola çıkılarak geliştirilen politika önerileri aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Trafik güvenliği açısından kask, emniyet kemeri ve çocuk oto koltuğu kullanımının yaygınlaştırılması
- Okul ve aile temelli eğitim programlar yoluyla ev kazalarının önlenmesi
- Ruh sağlığı destek hizmetlerinin güçlendirilmesi
- Ev içi güvenlik önlemlerinin artırılması ve ebeveyn farkındalığının desteklenmesi
- Çocukların silahlara erişimini engelleyecek yasal düzenlemelerin hayata geçirilmesi
- Ulusal düzeyde çocuk ve ergen yaralanmalarını izleyebilecek bir sürveyans sisteminin kurulması

Sonuç olarak, 2020-2025 dönemi boyunca çocuk ve ergenlerde yaralanmalar, Türkiye'de halk sağlığı açısından önemini koruyan ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir. Bu yaralanmaların önlenebilirliği göz önünde bulundurulduğunda, bu alana yönelik koruyucu sağlık politikaları ve toplum temelli müdahaleler, gelecek kuşakların sağlığı açısından kritik öneme sahiptir.

KAYNAKLAR

1. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence (Erişim tarihi: 07.10.2025)
2. https://www.unicef.org/health/injuries (Erişim tarihi: 07.10.2025)
3. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions (Erişim tarihi: 07.10.2025)
4. TÜİK, İstatistiklerle Çocuk, 2021.https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2021-45633 (Erişim tarihi: 07.10.2025)
5. TÜİK, İstatistiklerle Çocuk, 2023. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2023-53679 (Erişim tarihi: 07.10.2025)
6. TÜİK, İstatistiklerle Çocuk, 2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2024-54197 (Erişim tarihi: 07.10.2025)
7. TÜİK, İstatistiklerle Çocuk, 2022. Ölüm nedeni ve yaş grubuna göre çocuk ölümleri, https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2022-49674 (Erişim tarihi: 07.10.2025)
8. Şensoy C, Şenel Ö, Akarçeşme C. Farklı Spor Branşlarında Spor Yaralanma Çeşitleri ile Yaralanma Kaygısı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Ulus Kinesyol Derg. 2021;2(2):27-41.
9. Şahin İG, Bozatlı L, Şahin ZA et al. Çocukluk ve Ergenlikte Ortopedik Yaralanmalar ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Namik Kemal Med J. 2021;9(1):54-60.
10. Şanver TM, Özvarış ŞB. Adölesan Dönemde Riskli Sağlık Davranışları: Ebeveyn, Okul, Akranların Rolü. STED. 2023;32(4):321-7.
11. Demirdöken ED, Karbuz A. Çocuk acil kliniği başvurularının adli vakalar yönünden retrospektif değerlendirilmesi. J For Med. 2023;37(1):33-38.
12. Gökulu G, Yılmaz HL, Bilen S, Çay P, Sertdemir Y, Efe Sayın C. Önlenebilir bir yaralanma nedeni: bisiklet kazaları ile çocuk acile getirilen olguların değerlendirilmesi. TJCL. 2025;16(1):7-12.
13. Çam HH, Üstüner TOP F. Prevalence and determinants of unintentional injuries and violence among high school students in Turkey: A cross-sectional study. Injury. 2025; 56(2): 112150.
14. Şimşek Ü, Karbeyaz K. Çocukluk Çağı Adli Nitelikli Göz Yaralanmaları: Kesitsel Araştırma. Turkiye Klinikleri J Foren Sci Leg Med. 2023;20(2):99-104.
15. Kılınç B, Kök A, Şener M. Çocukluk Çağı Fiziksel Travmaların Nedenleri ve Sonuçları: Adli Olguların Retrospektif İncelenmesi. Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi. 2023;32(2):75-82.
16. Dündar AS, Altın İ. Şanlıurfa Adli Tıp Şube Müdürlüğünde Ateşli Silah Yaralanması Sonucu Öldüğü Belirlenen 18 Yaş Altı Olguların İncelenmesi. Phnx Med J. 2023;5(3):206-10.
17. Ural B, Okudan M, Vural T, Kök AN. Çocuklarda Maluliyet Oranı Hesaplamaları: Retrospektif Kesitsel Bir Çalışma. Adli Tıp Dergisi. 2025;39(2):211-219.
18. Elmas EG, Durna Z, Akın S. Çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemleri ve ilk yardım uygulamaları konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Jaren. 2020;6(2):267-79.
19. Altundağ S, Turan T, Şafak M. Ev Kazalarında İlk Yardım Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. Cukurova Medical Journal. 2020; 45(1):71-78.
20. Kayıran D, Sönmez M, Nazik F. Okul öncesi çocuklarda ailelerin ev kazalarına yönelik farkındalık durumlarının belirlenmesi. Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi.2022; 5(1): 21-30.
21. Uslu Küçük A, Demirbaş N, Karaoğlu N. Okul öncesi dönemde çocuğu olan ebeveynlerin ev kazalarına yönelik tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Jour Turk Fam Phy 2024; 15 (4): 146-159.
22. Erdem FM, Dündar PE, Çallı BY, Akbulut C, Bayer B. at all. Kentsel ve Yarı-kentsel İki Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Ebeveynler Örneğinde: 0-6 Yaş Çocuklarda Ev Kazalarının Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Sağlık ve Toplum. 2024;34 (1):107-116.
23. Akın U, Konar NM. Adolescent and children suicides in Turkey: Analysis of data from the Turkish Statistical Institute (2002–2022). Journal of Forensic and Legal Medicine. 2025; 109: 102809.
24. Er A, Kahraman Çetin B, Ulusoy E, Akgül F, Günay İ, Apa H. Pediatric Emergency Department Visits Related to Home Accident in the Era of COVID-19 Pandemic. J Pediatr Emerg Intensive Care Med. 2023;31;10(2):84-89.
25. Demirci S, Babaoğlu AB. Pandemi sürecinde çocukluk çağı ev kazalarının basın haberlerine yansıması. Ahi Evran Med J. 2023;7(1):49-55.
26. Yöntem A, Arslan İ, Bilen S. Çocuk acil servise başvuran adli olguların değerlendirilmesi: COVID-19 pandemisinin adli olgulara etkileri. Mersin Univ Saglık Bilim Derg. 2024;17(1 (özel sayı- MUSBD 2024; 17, özel sayı-1, 22. Mersin Pediatri Günleri Bildiri Kitabı):192-200.
27. İsbir C, Kıllı İ, Taşkınlar H, Naycı A. Kahramanmaraş ve Hatay Depremleri Sonrasında Çocuk Cerrahisi Kliniği'nde Tedavi Edilen Hastaların Özellikleri: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi. 2023;13(3):750-7.
28. Sarı H, Özel M, Akkoç MF, Şen A. First-Week Analysis after the Turkey Earthquakes: Demographic and Clinical Outcomes of Victims. Prehosp Disaster Med. 2023;38(3):294-300.

Çocuk ve Ergene Yönelik Şiddet, İstismar ve İhmal

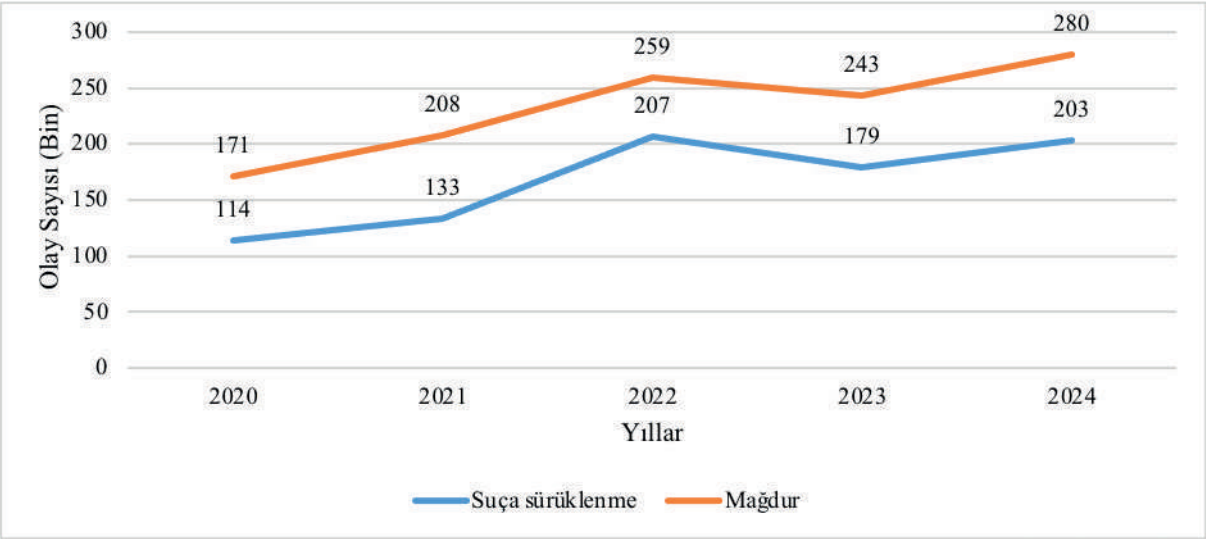
Edibe Pirinçci, Fatma Nur Çelik

Çocuk istismarı, çocuğun sağlığına zarar verebilecek, gelişimini engelleyecek her türlü fiziksel, duygusal, cinsel tutum ve davranışları ve ihmali içerir. [1]

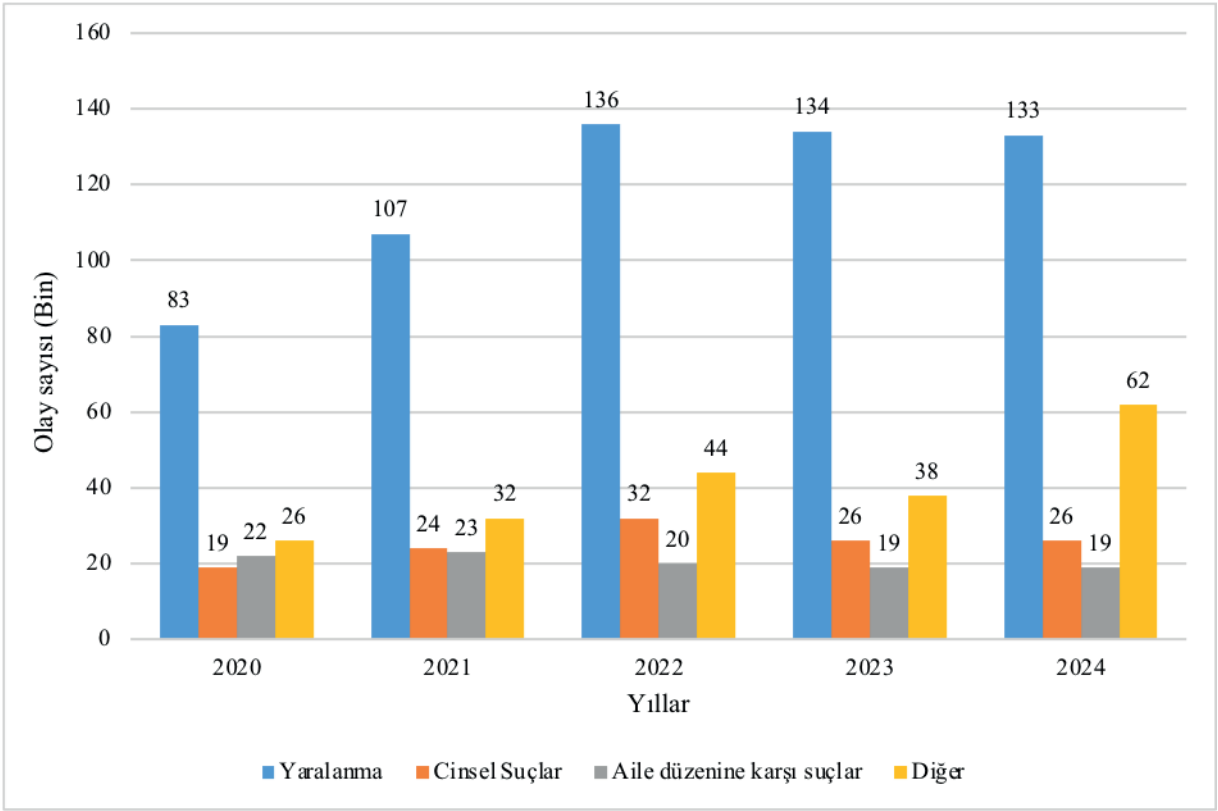
1. Fiziksel Şiddet ve İstismar

Çocuğun fiziksel zarar görmesiyle sonuçlanan, kaza ile oluşmamış her türlü davranış fiziksel istismar olarak tanımlanmaktadır.[1] Çocuklar ya başkalarına şiddet uyguladıkları için ya da kendilerine şiddet uygulandığı için güvenlik birimlerine gelmekte ya da getirilmektedirler. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre; güvenlik birimlerine gelen veya getirilen çocukların karıştığı olay sayısı 2020 yılında 450.803 iken, bu sayı %36 artarak 2024 yılında 612.651 olmuştur.[2,3] 2020 yılında gerçekleşen olaylarda çocukların %37,9'unun mağdur olarak, %25,3'ünün kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiasıyla (suça sürüklenme), %18,5'inin kabahat işlediği iddiasıyla, %13,0'ının bilgisine başvurma amacıyla, %5,0'ının kayıp (hakkında kayıp müracaatı yapılıp daha sonra bulunan) olması sebebiyle, %0,2'sinin ise bu nedenlerin dışındaki diğer nedenlerden dolayı güvenlik birimlerine geldiği tespit edilmiştir.[2] 2024 yılında gerçekleşen olaylarda ise çocukların %45,6'sı mağdur olarak, %33,1'i suça sürüklenme sebebiyle (kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiasıyla), %15,8'i bilgisine başvurma amacıyla, %3,0'ü kayıp (hakkında kayıp müracaatı yapılıp daha sonra bulunan) olması sebebiyle, %1,4'ü kabahat işlediği iddiasıyla, %1,1'i ise bu nedenlerin dışında kalan diğer nedenlerden dolayı güvenlik birimlerine gelmiş veya getirilmiştir. **Şekil 1**'de 2020-2024 yılları arasında suça sürüklenme ve mağdur olma nedenlerine göre güvenlik birimlerine gelen veya getirilen çocukların karıştığı olayların yıllara göre sayıları gösterilmektedir.[2-6]

2020 yılında güvenlik birimlerine mağdur olarak gelen 170.961 çocuğun %88,1'ini suç mağduru, %11,7'sini



Şekil 1. Suça sürüklenme ve mağdur olma nedenlerine göre güvenlik birimlerine gelen veya getirilen çocukların karıştığı olayların yıllara göre sayıları, 2020-2024[2-6]



Şekil 2. Suç mağduru çocukların mağduriyet nedenlerine göre karıştığı olay sayıları, 2020-2024[2-6]

takibi gereken olay mağduru çocuklar oluşturmuştur. Güvenlik birimlerine suç mağduru olarak gelen 150.615 çocuğun %55,3'ü yaralama, %14,5'i aile düzenine karşı suçlar, %12,2'si cinsel suçlardan mağdur olmuştur. Ayrıca mağdur çocukların %4,5'i tehdit, %3,0'ı kişiyi hürriyetinden yoksun kılma, %2,1'i ise hırsızlık suçlarından mağduriyet yaşamıştır. [2] 2024 yılında güvenlik birimlerine mağdur olarak gelen 279.620 çocuğun %86,1'ini suç mağduru, %13,8'ini takibi gereken olay mağduru çocuklar oluşturmuştur. Suç mağduru olarak gelen 240.872 çocuğun %55,3'ü yaralama, %10,8'i cinsel suçlar, %9,5'i göçmen kaçakçılığı, %8,0'ı aile düzenine karşı suçlar, %16,5'ine bu nedenlerin dışında kalan diğer nedenlerden dolayı mağdur olmuştur.[3] **Şekil 2**'de 2020-2024 yılları arasında suç mağduru çocukların mağduriyet nedenlerine göre karıştığı olay sayıları sunulmuştur.[2-6]

2. Duygusal İstismar

Çocuğun kişilik gelişimine zarar veren her türlü davranış ve eylemi ise duygusal istismar olarak tanımlamaktadır.[1]

TÜİK 2022 Türkiye Çocuk Araştırması verilerine göre; 13-17 yaş grubundaki çocukların %47,7'si ebeveynlerinin yaptıkları her şeyi kontrol etmeye çalıştığını, %18,8'i ebeveynlerinin kendilerine bebek gibi davrandıklarını belirtmişlerdir.[7]

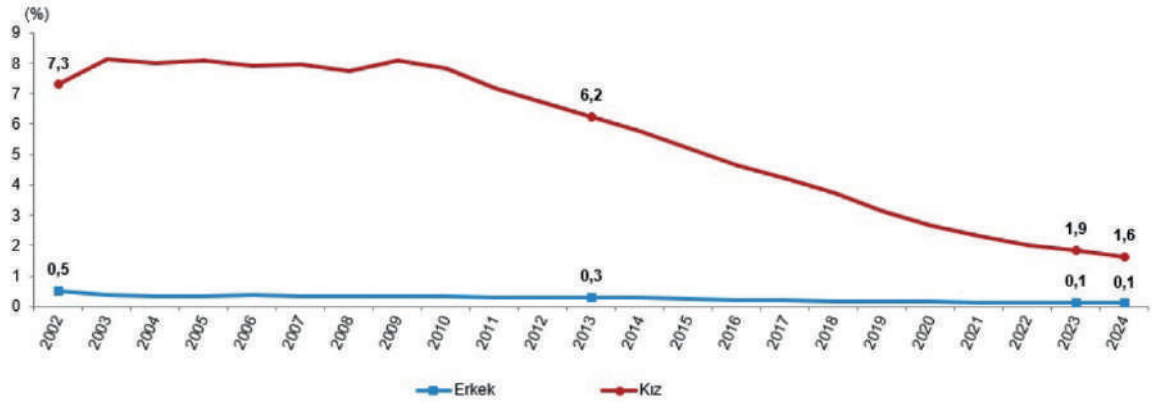
2024 yılı içerisinde Ev içi Şiddet Acil Yardım Hattı'na ihbarı gelen ve kayıt açılan 3.908 vaka bulunmaktadır. Vakaların %92,5'ini kadınlar, %2,9'unu erkek ve %2,2'sini kız çocukları oluşturmaktadır. 2024 yılı içerisinde bu yardım hattına gelen şiddet ihbarlarında belirtilen maruz kalanların yaşları 1-85 arasında değişmektedir. İhbar edilen şiddet vakalarının önemli çoğunluğu psikolojik ve fiziksel şiddet vakalarıdır (psikolojik şiddet %40,93; fiziksel şiddet %36,74).[8]

3. Cinsel İstismar

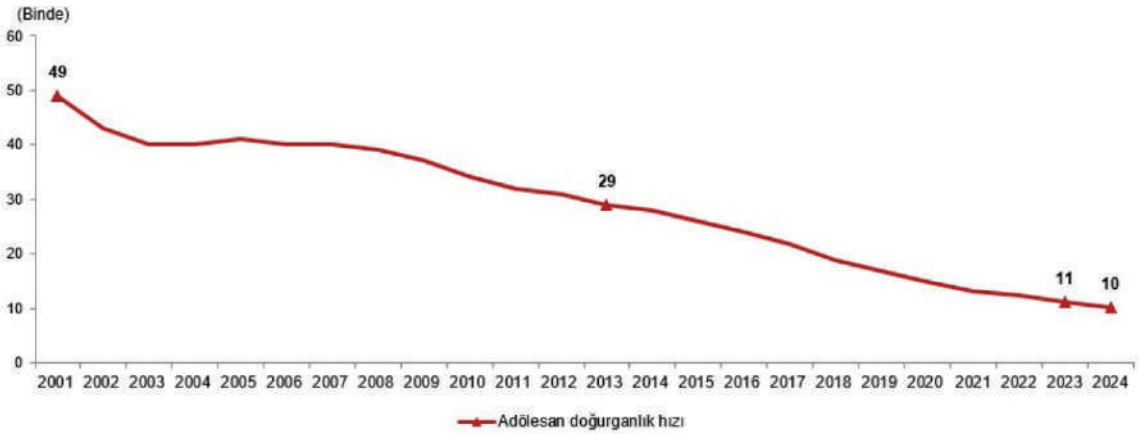
Çocuğun tam olarak anlayamadığı, onay vermesinin mümkün olamayacağı, gelişimsel olarak hazır olmadığı ya da toplumun yasalarına, sosyal normlarına aykırı olacak şekilde bir cinsel etkinliğe dâhil edilmesidir.[9]

Cinsel istismar türü olarak kabul edilebilen çocuk yaşta evlilik[10] sıklıkları ülkemizde yıllara göre azalma gösterse de hala önemini sürdürmektedir. Evlenme istatistiklerine göre; 16-17 yaş grubunda olan kız çocuklarının resmi evlenmelerinin toplam resmi evlenmeler içindeki oranı 2002 yılında %7,3 iken bu oran 2020 yılında %2,7'ye, 2024 yılında %1,6'ya düşmüştür. Diğer taraftan, aynı yaş

grubunda olan erkek çocuklarının resmi evlenmelerinin toplam resmi evlenmeler içindeki oranı 2002 yılında %0,5 iken bu oran 2020-2024 yılları arasında %0,1 olmuştur (Şekil 3).[11, 12]



Şekil 3. Cinsiyete göre çocuk evlenmelerinin toplam evlenmeler içindeki oranı, 2002-2024[12]



Şekil 4. Ergenlik dönemi doğurganlık hızı, 2001-2024 [14]

Cinsel istismar olarak kabul edilebilecek diğer bir istismar türü de ergen gebelikleridir. Ergen gebeliklerin göstergesi olarak, ergenlerde doğurganlık hızı kullanılabilir. Ergenlerde doğurganlık hızı, 15-19 yaş grubunda bin kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısını ifade etmektedir. Ergenlik döneminde doğurganlık hızı, 2001 yılında binde 49 iken 2020 yılında binde 15'e, 2024 yılında ise binde 10'a düşmüştür. Diğer bir ifadeyle, 2020 yılında 15-19 yaş grubundaki her bin kadın başına 15, 2024 yılında 15-19 yaş grubundaki her bin kadın başına 10 doğum düşmüştür (Şekil 4).[13, 14]

Adalet Bakanlığı 2021 Adli İstatistik verilerine göre; 2021 yılında çocuğun cinsel istismarı dava sayısı 44.880'dir. Davaların 16.124'ünde (%35,9) kamu davası açılmış, 12.903'ünde (%35,3) kovuşturmaya yer olmadığı kararı ve 15.583'ünde (28,8) diğer kararlar verilmiştir. Ceza Mahkemelerinde Çocukların Cinsel İstismarı Karar türleri incelendiğinde kararların %54,2'sinde mahkûmiyet kararı, %23,4'ünde beraat kararı, %1,3'ünde hükmün açıklanmasının geri bırakılması kararı ve %21,1'inde diğer kararlar verilmiştir. 2021 yılında reşit olmayanla cinsel ilişki dava sayısı 26.324'tür. Davaların 993'ünde (%3,8) kamu davası açılmış, 22.372'sinde (%85,0) kovuşturmaya yer olmadığı kararı ve 2.959'unda (%11,2) diğer kararlar verilmiştir.[15]

4. İhmal

Çocuğa bakmakla yükümlü kimselerin; çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık, diş sağlığı ve sevgi gibi temel gereksinimlerini karşılamada ihmal göster-

mesi, çocuğun beden ve ruh sağlığının veya bedensel, duygusal, sosyal ya da ahlaki gelişiminin engellenmesidir.[9]

Kesinleşen boşanma davaları sonucunda 2020 yılında 135.022 çift boşanırken, 124.742 çocuk velayete verilmiştir. 2024 yılında boşanan çift sayısı 2020 yılına göre %39 artarak 187.343'e ulaşmıştır. 2024 yılında vekâlete verilen çocuk sayısı 2020 yılına göre %50 artarak 186.536' erişmiştir. Boşanma davaları sonucu çocukların velayetinin çoğunlukla anneye verildiği görülmektedir.[16, 17]

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın verilerine göre; 2020 yılında Türkiye genelinde kuruluş bakımı altında bulunan çocuk sayısının 13.524 olduğu görülmektedir. Mevcut koruyucu aile sayısı 6.481, koruyucu aile yanında bakımı sağlanan çocuk sayısı ise 7.864 olmuştur. Evlat edindirilen çocuk sayısı 2020 yılında 493'dür. 2024 yılında ise 2020 yılına göre Türkiye genelinde kuruluş bakımı altında bulunan çocuk sayısı %12 artarak 15.135, mevcut koruyucu aile sayısı %35 artarak 8.719, koruyucu aile yanında bakımı sağlanan çocuk sayısı %33 artarak 10.430, evlat edindirilen çocuk sayısı ise %19 artarak 589 olmuştur.[11, 12]

TÜİK 2022 Türkiye Çocuk Araştırması verilerine göre; anneleri/temel bakım verenleri tarafından şeker veya çikolata gibi tatlıları her gün tükettiği belirtilen 6 aylık ve daha yukarı yaştaki çocukların sıklığı %32,6, cips ve kraker gibi atıştırmalıkları her gün tükettiği belirtilen çocukların sıklığı %21,4, kola veya şeker içeren diğer alkolsüz içecekleri her gün tükettiği belirtilen çocukların sıklığı ise %15,1'dir.[7]

TÜİK 2022 verilerine göre; Çocuk Hakları Sözleşmesini duyduğunu belirten 13-17 yaş grubundaki çocukların sıklığı %45,1'dir. Bu sıklık aynı yaş grubundaki erkek çocuklarda %39,1 iken kız çocuklarda %51,4'tür. Hangi haklara sahip olduğunu bilen 13-17 yaş grubundaki çocukların sıklığı %53,3 iken yetişkinlerin genellikle çocuk haklarına saygı duyduğunu düşünen çocukların sıklığı %52,7'dir.[18]

5. Çevrimiçi Çocuk İstismarı

Çevrim içi çocuk istismarı internetin yaşamımıza girmesiyle oluşan bir istismar türüdür [19]. Çevrim içi çocuk istismarı, savunmasız çocukların resim ve videolarını içeren görüntülerinin sömürülmesi olarak ifade edilebilir. Çevrim içi çocuk istismarı, sanal platformlarda istismarcı ile mağdur arasında başlayan sosyal ilişkinin, mağdurun cinsel içerikli mesaj ve görsellerle tehdit edilmesi ve uygunsuz bir cinsel ilişkiye zorlanması ile devam eden süreçtir.[20]

Çevrimiçi çocuk istismarı sadece çocuğun kendisinin internet kullanması esnasında maruz kaldığı bir durum olmayıp, anne babalarının elleri ile de olabilir. Anne-babaların çocuklarının her anını sosyal ağlar üzerinden paylaşması, onları teşhir etmesi ve bu paylaşımlardan ticari kazanç sağlaması da istismara kapı açmakta; duygusal, fiziksel, cinsel istismara ve aşırı bilgi paylaşımı nedeniyle güvenlik sorunlarına neden olmaktadır. Sosyal ağlarda çocuk istismarı genel olarak, özel hayatın gizliliğinin ihlali ya da unutulma hakkının ihlali ile gerçekleşmektedir.[21]

Türkiye'de yapılan, 0-5 yaş çocuğu olan ve sosyal medyada 100 bin üzerinde takipçisi olan sosyal medya kullanıcı 5 annenin 1.591 paylaşımının incelendiği bir çalışmada, yapılan paylaşımlarda çeşitli biçimlerde çocuk haklarının ihlal edildiği ve çocuğun istismar edildiği tespit edilmiştir.[21]

6. COVID-19 ve Çocuk İstismarı

COVID-19 salgını çocuklara yönelik istismar riskini arttıran sayısız sosyo-ekonomik stres faktörünü ve eşitsizliği şiddetlendirmiştir.[22] Bu süreçte çocuğun bakım yükü ve evde geçirilen sürenin artması, yaşanan ekonomik güvensizlik, yoksulluk, gelecekle ilgili belirsizlik, ebeveyn stresi ise çocuk istismarını artırabilecek risk faktörlerindendir.[23, 24] COVID-19'un yayılımını önlemek adına uygulanan tedbirlerden yüz yüze eğitime ara verilmesi, 20 yaş altı bireylere sosyal ve ev dışı faaliyetlerde kısıtlamalar getirilmesi ile yaşanan sosyal izolasyon çocuk istismarı için zemin oluşturmuştur.[24] Sağlık hizmetlerine sınırlı erişim, okulların kapanması nedeniyle öğretmenlerin istismarın tanımlanması ve bildirilmesindeki rolünün kaybı ve arkadaşlardan gelen desteğin azalması ise çocuk istismarının tespiti ve müdahalesinde gecikmelere neden olmuştur.[25] Ülkemizde çocuk istismar olgularını değerlendirdiği bir çalışmada COVID-19 pandemisinde çocuğun cinsel istismar açısından risk faktörlerinin artmasına rağmen ihbar edilme sıklıklarının azaldığı saptanmıştır.[25]

Pandemi sürecinde okullarda yüz yüze eğitime ara verilmesi ile çevrimiçi eğitime geçilmiştir. Çevirmiçi eğitime geçilmesi çocukların yaşamlarında teknolojinin daha çok yer edinmesine, böylece çocuklarda siber zorbalık, riskli çevrim içi (online) davranış ve cinsel sömürü gibi zararlı çevrim içi davranışlarla karşılaşma risklerinin artmasına neden olmuştur.[26]

7. 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremi ve Çocuk İstismarı

Ülkemizde 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depreminin ardından yaşam alanlarının kaybı, ebeveyn kaybı, güvenli yetişkin desteğinin olmaması, okuldan uzak kalma; çocuk ve ergenlere yönelik istismar, cinsel sömürü ve ihmal riskini arttırmıştır.[27] Özellikle çadır kent ve konteyner gibi geçici yerleşim bölgelerinde yaşayan çocuklar, denetim boşluğu olması nedeniyle cinsel istismar riskine daha açık hale gelmişlerdir.[27,28] Öteki taraftan deprem nedeniyle okula gidemeyen çocuklar için aile de tehlikeli hale gelebilir, çünkü çocuğun aile yaşadığı bir istismar veya ihmal durumu ancak okulda anlaşılır. İstismar veya ihmali okulda, akran ilişkilerinde, oyunlarda görmek mümkündür. Bunun sağlanamadığı durumlarda aile de çocuk için korunaklı olmamaktadır.[28]

8. Sonuç ve Öneriler

Yapılan araştırmalar çocuğa yönelik istismarın tüm türlerinde 2020-2024 yılları arasında artış olduğunu göstermektedir. Özellikle bu zaman aralığında yaşanan pandemi ve deprem gözlenen artışı etkileyen önemli faktörlerdir. Ayrıca teknolojinin yaygınlaşması ile hemen hemen tüm istismar türlerine zemin hazırlayan ve hatta ayrı bir istismar türü olarak tanımlaman çevrimiçi çocuk istismarı günümüzde önemli bir tehlike arz etmektedir.

Çocuğa yönelik istismar ile mücadelede başarılı olunabilmesi için toplumsal düzeyde bilinçlenme önemlidir. Bunun için çocuk istismarının, devletin tüm kurumlarında ciddi bir toplumsal sorun olarak ele alınması, bu kurumlarda istismar konusunda uzmanlaşmış nitelikli meslek elemanı istihdamının artırılması ve hem kamu kurumları ile hem de diğer sivil toplum örgütleriyle etkin iş birliği yapılması gerekmektedir.[29]

KAYNAKLAR

1. Uluslararası Çocuk Merkezi. Türkiye'de Çocuğa Karşı Şiddet Durum Raporu 2023 https://www.cocuklarlagucluyuz.net/yayinlar/turkiyede-cocuga-yonelik-siddet-durum-raporu-2023.
2. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri. 2020 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Guvenlik-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2020-37200#:~:text=G%C3%BCvenlik%20birimlerine%20gelen%20veya%20getirilen%20%C3%A7ocuklar%C4%B1n%20kar%C4%B1%C5%9Ft%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20olay%20say%C4%B1s%C4%B1%202020,ve%20alt%C4%B1ndaki%20%C3%A7ocuklar%20oldu%C4%9Fu%20g%C3%B6r%C3%BCld%C3%BC.
3. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri. 2024 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Guvenlik-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2024-53989.
4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri. 2021 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Guvenlik-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2021-45586.
5. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri. 2022 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Guvenlik-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2022-49662.
6. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri. 2023 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Guvenlik-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2023-53674.
7. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye Çocuk Araştırması. 2022 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-%20Cocuk-Arastirmasi-2022-49744.
8. Türkiye Kadın Dernekleri Federasyonu. Ev İçi Şiddet Acil Yardım Hattı 2024 Yıllık Veri ve Analiz Raporu. 2024 https://tkdf.org.tr/bizden-haberler/ev-ici-siddet-acil-yardim-hatti-2024-yillik-veri-ve-analiz-raporu.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı. Çocuk İhmal ve İstismarı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ihmal-istismar.html.
10. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. 2022 Türkiye'sinde Çocuk Olmak. 2022 https://icerik.hasuder.org.tr/uploads/hasuder.org/0c93de01-ecef-4528-9ab8-ee63c242ccec.pdf.
11. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Çocuk. 2020 https://data.tuik.gov.tr/bulten/index?p=istatistiklerle-cocuk-2020-37228.
12. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Çocuk. 2024 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2024-54197#:~:text=T%C3%BCrkiye%20n%C3%BCfusunun%20%25%2C5',7'sini%20k%C4%B1z%20%C3%A7ocuklar%20olu%C5%9Fturdu.
13. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Doğum İstatistikleri. 2020 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Birth-Statistics-2020-37229#:~:text=Canl%C4%B1%20do%C4%9Fan%20bebek%20say%C4%B1s%C4%B1%202020,%2C7'si%20k%C4%B1z%20oldu.
14. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Doğum İstatistikleri. 2024 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2024-54196.
15. Adalet Bakanlığı. Adli İstatistikler. 2021 https://adlisicil. adalet.gov.tr/Resimler / SayfaDokuman/31052022140538 2021H%C4%B0ZMETE%C3%96ZELK%C4%B0TAP.pdf.
16. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Evlenme ve Boşanma İstatistikleri. 2020 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evlenme-ve-Bosanma-Istatistikleri-2020-37211#:~:text=Evlenen%20%C3%A7iftlerin%20say%C4%B1s%C4%B1%202019%20y%C4%B1l%C4%B1nda,azalarak%20135%20bin%2022%20oldu.

17. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Evlenme ve Boşanma İstatistikleri. 2024 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evlenme-ve-Bosanma-Istatistikleri-2024-54194.
18. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Çocuk. 2022 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2022-49674.
19. DeMarco J, Cheevers C, Davidson J, Bogaerts S, Pace U, Aiken M, et al. Digital dangers and cyber-victimisation: A study of European adolescent online risky behaviour for sexual exploitation. Clinical Neuropsychiatry. 2017;14:104-12.
20. Winters GM, Jeglic EL, Kaylor LE. Validation of the sexual grooming model of child sexual abusers. Journal of child sexual abuse. 2020;29(7):855-75.
21. Güngör A. Sosyal medyada çocuk hakları ihlali ve çocuk istismarı: Instagram anneleri. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi. 2021;54:1-24.
22. Agrawal N, Kelley M. Child abuse in times of crises: Lessons learned. Clinical Pediatric Emergency Medicine. 2020;21(3):100801.
23. Abedi V, Olulana O, Avula V, Chaudhary D, Khan A, Shahjouei S, et al. Racial, economic, and health inequality and COVID-19 infection in the United States. Journal Of Racial and Ethnic Health Disparities. 2021;8(3):732-42.
24. Tar E, Çetintaş B, Atik D. COVID-19 pandemi sürecinde çocuk istismarı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;11(1):371-8.
25. Aslan FŞ, Timur S, Pakiş I. COVID-19 pandemisinden etkilenen çocuk istismar olgularının değerlendirmesi. Adli Tıp Bülteni. 2020;25(Özel Sayı):40-7.
26. Worl Health Organization. Global status report on preventing violence against children 2020. 2020 https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d8ebcb72-a9ad-4ca9-9979-45f04b374e65/content.
27. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı. 6 Şubat Depremlerinin Ardından Ergenler; Afet ve Kriz Durumlarında Ergenlerin Desteklenmesi. 2024 https://www.tapv.org.tr/wp-content/uploads/2024/07/6-Subat-Depremlerinin-Ardindan-Ergenler.pdf.
28. BBC. Deprem bölgesinde "istismar" uyarısı. 2023 https://www.dw.com/tr/deprem-b%C3%B6lgesindeki-%C3%A7ocuklara-istismar-uyar%C4%B1s%C4%B1/a-64860705.
29. Şiddeti Önleme ve Rehabilitasyon Derneği (İMDAT). 2020 Yılı Çocukta Fiziksel Şiddet Raporu. 2020 https://www.imdat.org/media/raporlar/Cocukta_Fiziksel_Siddet_Raporu_-_20_May%C4%B1s_2021.pdf.

Ergenlerde Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Sorun Alanları[1]

Neriman Aydın

Ergenlik, çocukluk ve yetişkinlik arasındaki, 10 ila 19 yaşları arasındaki yaşam aşamasıdır. Sağlıklı bir şekilde büyümek ve gelişmek için ergenlerin, yaşlarına uygun kapsamlı cinsel eğitim, yaşam becerilerini geliştirmek için fırsatlar, kabul edilebilir, eşitlikçi, uygun ve etkili sağlık hizmetleri ve güvenli ve destekleyici ortamlar dahil olmak üzere bilgiye ihtiyaçları vardır.[1]

Tüm dünyada ergenler, farklı boyutlarda olmak üzere cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile hakları konusunda önemli zorluklarla karşı karşıyadır. Bunlar arasında, cinsel zorlama ve eş şiddeti; eğitim ve bilgi eksikliği; erken ve istenmeyen gebelikler; özellikle doğum kontrolü ve güvenli kürtaj için sağlık hizmetlerine erişim eksikliği; cinsiyet eşitsizlikleri, çocuk yaşta erken ve zorla evlilik gibi geleneksel uygulamalar ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) riski sayılabilir.[2] Türkiye'de sosyal, kültürel ve psikolojik faktörlerin, ergenlerde cinsel eğitim ve farkındalık düzeylerinin düşük olması, riskli cinsel davranışlar ve CYBE, erken ve istenmeyen gebelikler, cinsel sağlık hizmetlerine erişim ve engeller gibi farklı üreme ve cinsel sağlık sorunları şeklinde ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Toplumun sosyal ve ekonomik göstergelerinin ergenlerin yaşam tarzını etkilemekte; onların sağlık sorunlarıyla karşılaşmasına neden olmaktadır.[3-6]

1. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Bilgisine Erişim

Ergenler arasında cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanındaki temel sorunlardan birisi cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgisine ve hizmetlerine erişim sağlanamamasıdır. Ergenlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili uygun eğitim ve hizmetlere ulaşması gençlerin haklarını öğrenmeleri, hizmet talep etmeleri ve güvenli sağlık davranışları için gereklidir. Okullar, gençlere kapsamlı cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitiminin sağlanması için en uygun ortamlardır. Öğretmenler ise gençlerin cinsel ve üreme sağlığı ve haklarını bilmelerinin yanı sıra, gençlerin haklarının farkında olmasını sağlayabilecek kilit kişilerdir.[7]

Literatür incelendiğinde ülkemizde ergenlerde cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimi ve bilgi durumu ile ilgili olarak daha çok üniversite öğrencilerinin değerlendirildiği, ortaokul, lise öğrencileri ile veli ve öğretmenlerin bu konu ile ilgili eğitimine dair değerlendirmelerin kısıtlı olarak yer aldığı belirlenmiştir. Mevcut çalışmalarda ise üniversite çağındaki gençlerdin dahi cinsel sağlık konusundaki bilgilerinin yeterli olmadığı ve bu bağlamda uzmanlarca hazırlanan ve uygulanan kapsamlı cinsel sağlık eğitimlerine ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.[8,9]

Liselerde yapılan sınırlı çalışmalar da konu ile ilgili eğitim ve bilgi eksikliğini ortaya koymaktadır:

- Kırklareli ilinin bir ilçesinde T.C. Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı olan tüm liselerde 2021-2022 eğitim yılında eğitim gören 355 kız öğrencinin 194'ünün oluşturduğu bir araştırmada öğrencilerin yaş ortalaması 15,74±1,1 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %67,5'nin genital bakım ve hijyen hakkında bilgi almadıkları, %79,9'nun okulda veya derslerde hijyen konusunda yetersiz eğitim verildiğini düşündükleri ve %86,6'sının okulda menstrüasyon hijyenini sağlamak için yeterli olanakların mevcut olmadığını düşündükleri görülmüştür. Annelerinin ve babalarının eğitim düzeyi arttıkça öğrencilerin genel hijyen ve adet hijyenleri alışkanlıklarının

[1] Bu bölümdeki bazı bulgular, Kadın Sağlığı Bölümünde de yer almakla birlikte, bu yazıda ergenlik açısından irdelenmesi yapılmıştır.

olumlu yönde artmakta olduğu, öğrencilerin aile gelir düzey arttıkça genel hijyen ve adet hijyenleri alışkanlıklarının da olumlu yönde olduğu saptanmıştır.[10]

- Mayıs 2023'te bir kız lisesinin 10. ve 11. sınıflarında öğrenim gören öğrencilerde yapılan araştırmada CYBE hakkında kısmen yeterli temel bilgiye sahip oldukları, komplikasyonlar, bulaşma yolları ve korunma konusunda yanlış ve eksik bilgilere sahip oldukları görülmüştür. Katılımcıların %75'i cinsel sağlık hakkında bilgiyi sağlık personelinden veya uzmanlardan almayı tercih ettiğini, güvenilir bilgi kaynaklarına erişimlerini sağlamak için cinsel sağlık eğitimlerinin lise ve üniversite müfredatlarına dahil edilmesini önermektedir.[11]
- Zonguldak Çıraklık ve Mesleki Eğitim Merkezinde eğitim gören 14-18 yaş aralığındaki çalışan ergenler ile yapılan araştırmada katılımcıların %69,2'sinin ergenlik dönemi hakkında bilgi sahibi olduğu; %68,3'ünün ergenlik dönemi hakkındaki bilgisini yeterli bulduğu; %35,6'sının ergenlik dönemi hakkındaki bilgiyi ilk olarak arkadaşlarından, %22,1'inin anne, baba ya da başka bir yetişkinden, %17,3'ünün ise internetten edindiği; %45,2'sinin birinci tercih olarak ergenlik dönemi hakkındaki bilgiyi yüz yüze, %18.3'ünün bireysel görüşme yöntemiyle, %17.3'ünün ise internet aracılığıyla almak istediği görülmüştür.[12]

Araştırmalara göre, kapsamlı cinsellik eğitimi alan öğrencilerin cinsel sağlık bilgisi ve sağlıklı cinsellik konusundaki tutumları olumlu yönde gelişmektedir. UNESCO tarafından hazırlanan Cinsel Eğitim Üzerine Teknik Rehber'de yaşa uygun olarak yapılandırılmış kapsamlı cinsellik eğitiminin öğrenme hedefleri; eşit derecede önemli, birbirlerini güçlendiren ve bir arada öğretilmesi amaçlanan sekiz ana kavram altında sınıflandırılarak verilmiştir. Bu ana kavramlar; (1) İlişkiler, (2) Değerler, haklar, kültür ve cinsellik, (3) Toplumsal cinsiyeti anlamak, (4) Şiddet ve şiddetten korunma, (5) Sağlık ve iyi olma becerileri, (6) İnsan bedeni ve gelişim, (7) Cinsellik ve cinsel davranış, (8) Cinsel sağlık ve üreme sağlığı şeklindedir.[13]

Ülkemizde örgün eğitimde cinsel sağlık konusunda Milli Eğitim Bakanlığı'nın müfredatında çok sınırlı bilgi verildiği görülmektedir. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlanması Vakfı ve UNFPA tarafından yapılan bir araştırmada bu hazırlanmış olan teknik rehberin öğrenme hedeflerinin MEB öğretim programlarında ve bu programlara ait MEB ders kitaplarında bir karşılığı olup olmadığını belirlemeye odaklanmıştır. Teknik Rehberdeki konu başlıkları yaş gruplarına (5-8 yaş; 9-12 yaş; 12-15 yaş ve 15-18+ yaş) göre değerlendirilmiştir. Analizlerde; Teknik Rehber'de yer alan öğrenme hedeflerinin MEB öğretim programlarının kazanımlarında tam olarak karşılığı bulunması ya da bir şekilde kapsaması ilişkilendirme için yeterli kabul edilmiştir. Araştırma sonucunda ulaşılan genel sonuçlar şöyledir:

- 9-12 yaş grubunda; Toplumsal cinsiyeti anlamak kavramı ile cinsellik ve cinsel davranış ile cinsel sağlık ve üreme sağlığı kavramlarının konularına ait öğrenme hedeflerinin MEB öğretim programlarının kazanımları ile ilişkilendirilme oranı oldukça düşük olarak saptanmıştır. Cinsellik ve cinsel davranış ile cinsel sağlık ve üreme sağlığı kavramlarında ise bu yaş grubunda hiçbir öğrenme hedefinin öğretim programlarında tam karşılığı bulunamamıştır.
- 12-15 yaş grubunda; Değerler, haklar, kültür ve cinsellik kavramına ait öğrenme hedefleri büyük ölçüde MEB öğretim programlarının kazanımları ile ilişkilendirilmiştir. Ancak, insan bedeni ve gelişim kavramlarının konularına ait öğrenme hedeflerinin MEB öğretim programlarının kazanımları ile ilişkilendirilme oranı düşük, toplumsal cinsiyeti anlamak ile şiddet ve şiddetten korunma kavramlarının konularına ait öğrenme hedeflerinin MEB öğretim programlarının kazanımları ile ilişkilendirilme oranı oldukça düşük, Cinsellik ve cinsel davranış ile cinsel sağlık ve üreme sağlığı kavramlarının konularına ait öğrenme hedeflerinin MEB öğretim programlarının kazanımları ile ilişkilendirilme oranı ise çok düşüktür. Toplumsal cinsiyeti anlamak, sağlık ve iyi olma becerileri, cinsellik ve cinsel davranış ile cinsel sağlık ve üreme sağlığı kavramlarının bu yaş grubunda hiçbir öğrenme hedefinin öğretim programlarında tam karşılığı bulunamamıştır.
- 15-18+ yaş grubunda; tüm kavramların konularına ait öğrenme hedeflerinin MEB öğretim programlarının kazanımları ile ilişkilendirilme oranı çok düşük olarak görülmüştür. Bu durumda Teknik Rehber'in belirlediği temel kavramların yaş gruplarına göre gelişimsel olarak ele alınmadığı görülmektedir. toplumsal cinsiyeti anlamak temel kavramının konularına ait öğrenme hedeflerinin MEB öğretim programlarının kazanımları ile ilişkilendirilme oranı oldukça az, cinsellik ve cinsel davranış ile cinsel sağlık ve üreme sağlığı kavramlarının ilişkilendirme durumu ise çok azdır. Toplumsal cinsiyeti anlamak, sağlık ve iyi olma becerileri, cinsellik ve cinsel davranış ile cinsel sağlık ve üreme sağlığı kavramlarının öğrenme hedeflerinin ise öğretim program-

larında tam karşılığı bulunamamıştır. Bu araştırma sonuçları MEB öğretim programlarının, Teknik Rehber'in aşamalılığı ile temel kavramların yaş ve gelişim aşamalarına uygunluğu ilkeleri ile uyumlu olmadığını göstermektedir.[14]

Okullarda cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında bilgi verilmesine ilişkin girişimler Türkiye Aile Sağlığı ve Planlanması Vakfı[15], Sağlıkta Genç Yaklaşımlar Derneği[16] gibi pek çok sivil toplum kuruluşu, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) gibi uluslararası kuruluşlar ve üniversiteler tarafından savunuculuk platformunda yürütülmektedir.[17]

Okullarda cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimi olmamasının bir sorun olduğu kabul edilmektedir. Ancak, Türkiye Gençlik Araştırması (TGA) 2023 sonuçları, 15-24 yaş grubundaki gençlerin %20'sinin ne eğitimde ne istihdamda ne de öğretimde (NEİY) olduğunu göstermektedir. NEİY oranı genç kadınlar arasında %29, genç erkekler arasında ise %10'dur. Yani genç kadınlar için bu oran 3 kat daha fazladır. Gençlerin %23'ü ise (Erkeklerde %34 ve kızlarda %11) hem eğitimde hem de istihdamda yer almaktadırlar. [18] Bu sayılar da okul dışında olan ergen ve gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgisine erişmede zorluk yaşadığını düşündürmektedir. TGA bulguları da, gençlerin kadın ve erkeklerde ergenlik döneminde meydana gelen fiziksel, psikolojik ve cinsel değişimlere ilişkin bilgi düzeylerinin sınırlı olduğunu göstermektedir:

- Gençlerin %16'sı (Erkeklerin %26'sı ve kadınların %4'ü) kadınlardaki ergenlik dönemi değişikliklerini bilmediğini belirtirken, %10'u (Erkeklerin %11'i ve kadınların %9'u) erkeklerdeki değişiklikleri bilmediğini belirtmiştir. Temel ergenlik dönemi değişikliklerine ilişkin bilgi düzeyi bile oldukça düşük bulunmuştur.
- Erkeklerin %23'ü ve kadınların %17'si kadın organlarını, erkeklerin %15'i ve kadınların %26'sı erkek organlarını bilmemektedir.
- Genç kadınların %37'si menstruasyon hakkında daha önce kimseyle konuşmadıklarını belirtmiştir. TGA-2007-TGA-2023 döneminde sağlık personeli ile konuşan genç kadınların oranının %4'ten %2'ye düşmesi dikkat çekicidir.
- Gençlerin modern gebeliği önleyici yöntemlere yüksek düzeyde aşina oldukları görülmekle beraber, TGA-2007-TGA-2023 döneminde bu oran %99'dan %95'e düşmüştür. Bu oran kadınlar da (%97) erkeklere göre (%92) daha yüksektir. Erkekler arasında bilinen en yaygın yöntemler kondom (%91) ve geri çekme (%66); kadınlar arasında ise hap (%92), kondom (%84) ve RİA'dır (%69).
- Erkeklerin %47'si, kadınların %62'si HIV/AIDS hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmiştir.
- Gençlerin %64'ünün üreme sağlığı, cinsel sağlık ve aile planlaması ile ilgili bilgilere internet üzerinden ulaştığı görülmektedir.

TGA sonuçları, zaman içinde giderek artan eğitim seviyelerine karşın Türkiye'de yaşayan gençlerin cinsel sağlık, üreme sağlığı ve çocuk yaşta, erken ve zorla evlilikler konusunda önemli bir bilgi eksikliği içinde olduklarına işaret etmektedir. Araştırmanın sonuçları, gençlerin bu bilgi eksikliğini yoğun bir şekilde kullanıldıkları sosyal medya mecralarından elde ettiklerini göstermektedir. Sosyal medya mecraları yanında, gençlerin diğer bilgi kaynakları arasında arkadaşlar ve aile üyeleri ön plana çıkmaktadır. Bu konudaki bilgilerini hatalı bilgiler içeren sosyal medyadan, arkadaşlarından ya da aile üyelerinden alan gençler bu konulardaki doğru bilgilere konunun uzmanları aracılığı ile ulaşmayı tercih edeceklerini de ifade etmişlerdir.[18]

2. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Olanaklarına ve Hizmetlerine Erişim Talebi

Bilgiye erişim hakkının yanı sıra ergen ve gençlere yönelik cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişim hakkı da temel gereksinimlerden biridir. TGA'da gençlerin %87'si evli olmayan bireylere üreme sağlığı ve cinsel sağlık konusunda danışmanlık hizmeti sunulmasını, %86'sı cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tanı ve tedavisine yönelik hizmet sunulmasını, %83'ü üreme sağlığı ve cinsel sağlık konusunda bilgilendirme ve gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgi ve danışmanlık hizmeti sunulmasını, %73'ü ise gebeliği önleyici yöntemlerin sağlanması/uygulanması ve gebeliğin isteğe bağlı olarak sonlandırılması hizmetlerinin sunulmasını, %81'i ise gebelik ve doğum hizmetlerinin sunulmasını önermektedir.[18]

Gençlerin sadece %2'si HPV aşısı yaptırmış görünmektedir. Gençlerin %53'ü ücretsiz olması halinde HPV aşısı yaptıracaklarını belirtmiştir.[18]

Bu araştırmada genç kadınların %77'sinin menstrual döngüsünü takip ettiğini ve kadınların %97'sinin menstruasyon sırasında hijyenik ped kullandığını göstermektedir. Bununla birlikte, genç kadınların %12'sinin menstrual malzemelerinin yetersiz olduğunu, %17'sinin ise bu malzemelerin bitmesi halinde daha fazlasını temin etme kaygısı taşıdığını belirttiği görülmektedir.[18]

TGA-2023 sonuçları, 15-19 yaş grubunda, kırsal alanlarda yaşayan, Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan, düşük eğitime sahip olan ya da yoksul hanelerde yaşayan gençlerin, araştırma kapsamında yer alan CSUS, CYBE, HPV, hijyenik ped vb. konularda oldukça dezavantajlı bir konuma sahip olduklarını göstermektedir.[18]

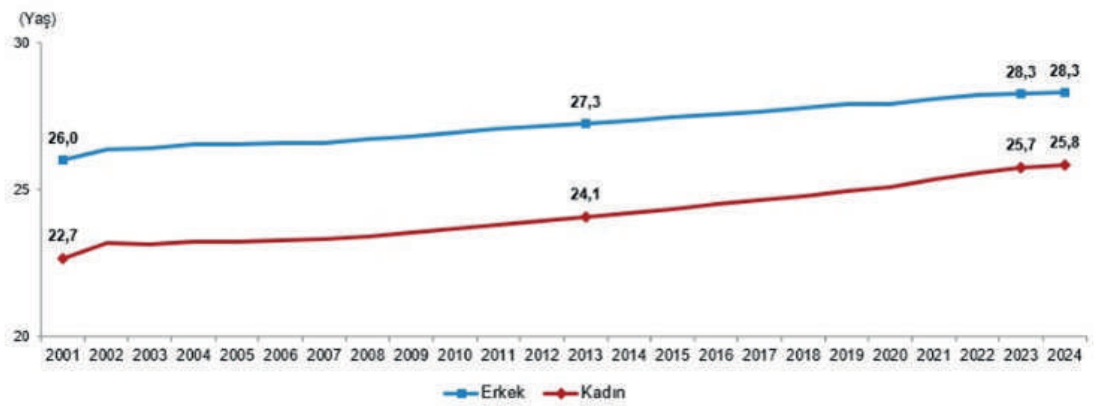
3. Toplumsal Norm ve Değerlerin, Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sorunlarına Neden Olması

Ergen ve gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgisine ve hizmetlerine erişim hakkı, en temel haklar arasındadır. Toplumun norm ve değerleri, ergenlerin bu haklara ulaşmasını sağlama yönünde olmalıdır. Diğer taraftan cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakları kapsamında, herkes istediği zaman evlenme ve çocuk sahibi olma hakkına sahiptir. Ancak, ülkemizde ve pek çok ülkede gözlenen çocukluk dönemi evlilikler ve ergen gebelikler bu hakların ihlal edildiğini göstermektedir.

TÜİK verilerine göre ortalama ilk evlenme yaşı yıllar içinde her iki cinsiyette de artmaktadır. Ortalama ilk evlenme yaşı 2024 yılında erkeklerde 28,3 iken kadınlarda 25,8 olmuştur. Erkek ile kadın arasındaki ortalama ilk evlenme yaş farkı ise 2,5 yaş olarak gerçekleşmiştir (**Şekil 1**).[19]

Türkiye'de 18 yaş altındaki evliliklerin yasal olmaması, evliliklerin dini nikâh ile yapılması nedeniyle resmi kayıtlarının olmaması çocuk gelin ve damatların bunu gizlemesi nedeniyle, çocuk gelin ve damatlara ulaşmada zorluk yaşanmasına sebep olmaktadır. Çocuk gelinlerden farklı olarak gebelik, doğum gibi gerekçelerle resmî kuruma başvurularının olmaması nedeni ile 18 yaşından küçük evli erkek çocuklar ulaşılması daha da zor bir katılımcı grubunu oluşturmaktadır. Çocuk damatların evliliklerini ailelerinin kararıyla gerçekleştirdikleri dikkat çekmektedir. Yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, çocuk damatların evlenmelerinde bireysel ve toplumsal nedenlerin etkili olduğu, evliliklerinde kök ve çekirdek ailelerine dönük problemler yaşadıkları tespit edilmiştir.[20]

Katılımcılarını Adıyaman, Batman, Diyarbakır, Hakkâri, Mardin, Siirt ve Şırnak illerinde yaşayan ve evlendiklerinde 18 yaşını tamamlamamış olan kadın ve erkek bireylerin oluşturduğu araştırma sonuçlarına göre, katılımcıların evlilik yaşı ortalaması kadın ve erkeklerde 17'dir. Kadınların 27,79'u, erkeklerin 17,19'u 16 yaşından küçüktür. Çocuk gelinlerin %41,7 gibi yüksek bir oranı 22-25 yaş aralığında genç yetişkin erkekler ile evlenmişlerdir. Erkekleri neredeyse tamamı 14-18 yaş aralığında çocuk gelinler ile evlenmişlerdir. Kadınların %64,1'i, erkeklerin %38,6'sı evlendiklerinde cinsellikle ilgili yeterince bilgi sahibi olmadıklarını belirtmiştir. Çocuk gelinler cinsellikle ilgili bilgileri büyük oranda ailelerinden (%25,3) ve eşlerinden (%21,3) aldıklarını belirtmişlerdir. Erkeklerin bilgi kaynaklarının ise internet (%36) ve arkadaş (%19,8) olduğu görülmektedir. Kadın katılımcıların %73'ü, erkek katılımcıların ise %55,7'si 'bugün aynı yaşta evlenir miydiniz' sorusuna, "hayır" yanıtını vermişlerdir. Genel olarak kadınlar kendilerinden yaşça büyük, erkekler ise kendilerinden yaşça daha küçük ya da aynı yaşlarda kız çocuklarla evlenmişlerdir. Kadın katılımcıların %2,2'sinin 30 yaş üstü erkeklerle evlendirildikleri görülmektedir. Çocuk gelin ve damatların cinsellik hakkında yanlış veya eksik bilgi sahibi olmaları cinsel yaşamlarında sorun yaşamalarına neden olabilmektedir. Bireysel bir sorun olarak başlayıp daha sonra toplumsal bir soruna dönüşen çocuk evliliklerin temelinde ise aile ve bireyin eğitim durumu yer almaktadır. Toplumların eğitim düzeyinin yükselmesiyle gelişmişlik düzeylerinin arttığı ve çocuk evlilik oranlarının azaldığı bir gerçektir. Eğitim düzeyi-



Şekil 1. Yıllara ve Cinsiyete Göre İlk Evlenme Yaşı[19]

Tablo 1. Yıllara Göre Ergen Evlilik Oranları

Yıl	16-19 yaş	
	Sayı	%
2020	67.022	13,72
2021	66.737	11,85
2022	61.241	10,63
2023	55.326	9,76
2024	52.194	6,60

nin düşüklüğü, çocuk evliliklerin hem nedeni hem de sonucu olarak değerlendirilebilir.[21,22]

Türkiye Gençlik Araştırması (TGA) 2023 sonuçlarına göre genç kadınların evliliklerinin dörtte birinden fazlası (%27) çocuk yaşta gerçekleşmiştir. İlk doğumunu 18 yaşından önce yapan genç kadınların oranı %6 iken, ilk doğumunu 20 yaşından önce yapanların oranı %19'dur.[18]

TÜİK Türkiye Aile Yapısı Araştırması (TAYA) verileri incelendiğinde ise cinsiyete göre ilk evlenme yaşı kategorisinde 18 yaş altı evlenme oranının kadınlarda %24,2, erkeklerde %4,4 olduğu görülmektedir. Erken yaştaki evliliklerin daha çok kız çocuklarını etkilediği açıkça görülebilmektedir. İstatistikler bölgesel düzeyde incelendiğinde ise Orta Anadolu (%21,4), Ortadoğu Anadolu (%21,1), Batı Karadeniz (%20,4) bölgelerinde erken yaşta evliliklerin yüksek, İstanbul (%10,1), Batı Anadolu (%13,0) ve Batı Marmara'da (%13,0) ise daha düşük olduğu anlaşılmaktadır. Eldeki veriler ilk etapta sosyo-ekonomik faktörlerin erken evliliklerde ön planda olduğunu göstermektedir.[22]

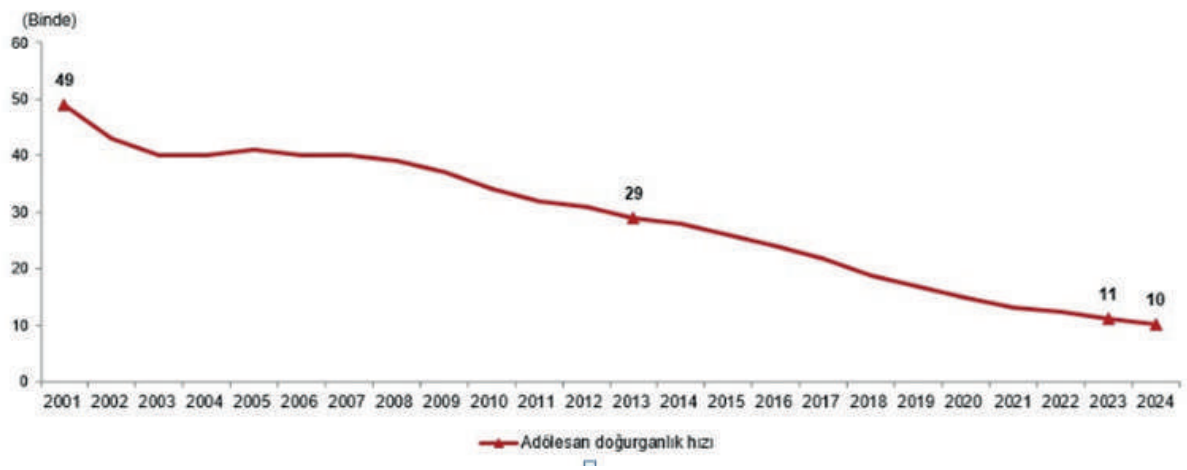
TÜİK verileri ergen evlilik oranlarının 2020'de %13,72 iken 2024'de %6,60'a düştüğünü göstermektedir (**Tablo 1**).[23]

Ergenlik dönemi gebelik, nedenleri açıkça bilinen sağlık, sosyal ve ekonomik sonuçları olan küresel bir olgudur. Ergen gebeliklerin anne ve bebek sağlığı üzerinde anne ölümü, erken doğum, erken membran rüptürü, anemi, düşük doğum ağırlığı/intrauterin büyüme geriliği, düşük Apgar skorları, fetal distres, bazı nörolojik bozukluklar gibi olumsuz etkilere sahip olduğu bilinmektedir. Anne yaşı 20'nin altında ise gebeliğin düşükle sonuçlanması, bebeğin ölü doğma olasılığı ya da ilk bir hafta içerisinde ölme olasılığı %50 daha fazladır. Anneleri ergenlik dönemi gebelik yaşayan çocukların ilk bir yılda ölüm riski 19 yaşından büyük annelerin çocuklarına nazaran %60 daha fazladır. Anne ölüm riski de 18 yaş ve altındaki gebeliklerde, 18-25 yaşa göre 2-5 kat daha fazladır. Ergenlik dönemi gebelik sıklığı, ülkeler arasında ve ülke içinde bölgeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Eğitim düzeyi düşük veya ekonomik durumu düşük olan aileler arasında daha yaygın olarak görülmektedir.[3-6]

Ergenlik doğurganlık hızı, 15-19 yaş grubunda bin kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısını ifade etmektedir. Ergen doğurganlık hızı, 2001 yılında binde 49 iken 2013'de binde 29'a ve 2024'de binde 10'a düşmüştür (**Şekil 2** ve **Tablo 2**).[23]

Toplam doğumların 2020'de %4,14'ü, 2021'de %3,65'i, 2022'de %3,59'u, 2023'de %3,50'si ve 2024'de %3,32'si 19 yaş altında gerçekleşmiştir. Bölgelere ve yıllara göre farklılık gösteren bu oran %0,51 ile %11,10 arasında değişmektedir (**Tablo 3**).[23]

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından ulusal boyutta ergenlere özel istatistikler aşağıda sunulmuştur:



Şekil 2. Yıllara göre ergen doğurganlık hızları[23]

Tablo 2. Yıllara Göre Ergen Doğurganlık Hızları, 2020-2024[23]

Yıl	Doğurganlık hızı	En düşük	En yüksek	En yüksek olan il	En düşük olan il
2020	15	4	47	Trabzon	Ağrı
2021	13	3	40	Rize	Ağrı
2022	12	3	38	Trabzon	Şanlıurfa
2023	11	2	36	Tunceli	Şanlıurfa
2024	10	1	36	Gümüşhane	Şanlıurfa

Tablo 3. Doğumların yaş gruplarına göre dağılımı

Yıl	Toplam doğum sayısı	15 yaş altı doğum sayısı	% (en düşük-en yüksek)	15 yaş altı doğum olan il sayısı	15-19 yaş arası doğum sayısı	% (en düşük-en yüksek)
2020	1.119.755	145	0,01 (0-0,10)	46	46.369	4,14(1,30-11,10)
2021	1.085.450	125	0,01 (0-0,07)	39	39.662	3,65(0,86-9,68)
2022	1.040.860	161	0,02 (0-0,09)	45	37.333	3,59(0,84-8,81)
2023	961.566	146	0,02 (0-0,06)	41	33.667	3,50(0,51-8,08)
2024	937.559	122	0,01 (0-0,06)	39	31.095	3,32(0,52-7,55)

- Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 01 Ocak 2024 – 07 Kasım 2024 tarihlerinde 1527 HIV pozitif kişi ve 40 AIDS vakası olmak üzere toplam 1567 vaka doğrulama testi pozitif tespit edilerek bildirilmiştir. HIV pozitif kişilerin 47'si (40 erkek, 7 kadın), AIDS vakalarından 1'i (erkek) 10- 19 yaş grubunda yer almaktadır. 2023 yılında ise 10-19 yaş grubunda HIV pozitif 140 kişi (123 erkek,17 kadın), AIDS 2 (1erkek, 1 kadın) kişi yer almaktadır.
- Cinsel Yolla bulaşan hastalıklardan Gonore için Sağlık Bakanlığı verilerinde 2020'de 77, 2021'de 57, 2022'de 136 ve 2023'de 84 kişi olarak görülmektedir. 2023 yılında tespit edilen vakaların 3'ü 15-19 yaş grubundadır. Diğer yıllar için yaş grubuna göre veriler yer almamaktadır.
- Klamidya vaka sayıları 2020'de 547, 2021'de 62, 2022'de 31 ve 2023'de 32 olarak verilmiştir. 2023 yılında tespit edilen vakaların 1'i 15-19 yaş grubundadır. Diğer yıllar için yaş grubuna göre veriler yer almamaktadır. 2019 yılında yönetmeliğin değişmesi ve Bildirime Esas Bulaşıcı Hastalıklar Listesi'nin yayınlanmasıyla sadece laboratuvar bildirimi (D grubu) olan *Chlamydia trachomatis* enfeksiyonu bildirimi değişmiştir. Bu nedenle 2020 yılındaki vaka artışı geçmiş yılları içine alan kümülatif bildirim kaynaklı olabileceği ifade edilmektedir.
- Sfiliz vaka sayıları 2020'de 2.160, 2021'de 2.785, 2022'de 3.542, 2023'de 3.646 olarak verilmiştir. 2023 yılında tespit edilen vakaların 98'i (62 erkek, 36 kadın) 15-19 yaş grubundadır. Diğer yıllar için yaş grubuna göre veriler yer almamaktadır. Vaka sayısı ve insidans hızında son üç yılda artış gözlenmiştir. [24]

Sağlık Bakanlığı açıklamalarında kişilerin sosyal damgalanma ve ayrımcılığa uğrama endişesi ile HIV/AIDS başta olmak üzere CYBE'lerin tanı ve tedavi hizmetleri almaktan kaçınmakta, başvurdukları hastanelerde ise beyan ettikleri adres ile ikamet adresleri uyuşmamakta olduğu bilgisi yer almaktadır. Bu yüzden de enfeksiyona yönelik coğrafi bölge ya da il dağılımı verilerinin gerçeği yansıtmayabileceği ve ülke verileri üzerinden değerlendirme yapıldığı ifade edilmektedir.[24]

Ergenlerde cinsel sağlık ve üreme sağlığı 2020-2025 yılları arası durum değerlendirilirken 2020 yılında başlayan ve neredeyse üç yıl süren pandemi ve 2023 yılında meydana gelen ve 11 ili kapsayan deprem felaketi ve bu olağanüstü durumların etkileri de göz önünde bulundurulmalıdır. Bir insan hakkı olan cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri, afet ve acil durumlarda da ertelenemez hizmetlerdir. Afet ve acil durumların, sosyal istikrarsızlık, yetersiz barınma ve beslenme, salgın hastalıklar, doğum kontrolü ve acil doğum hizmetlerine erişim eksiklikleri gibi sebeplerle cinsel sağlık ve üreme sağlığı ihtiyaçlarını artırdığı bilinmektedir.[17]

Pandemi döneminde ergenlerin üreme ve cinsel sağlık hizmetlerine erişiminde yaşanan zorluklar daha da artmıştır. Pandeminin uzun dönem olumsuz etkilerinden olarak ergen gebelikler artmıştır.[25]

Deprem nedeniyle yaşam alanlarının kaybı, ebeveyn kaybı, güvenli yetişkin desteğinin olmaması, gençleri risklere daha açık hale getirmiştir. Kapsamlı Cinsellik

Eğitimi programının afet ve kriz durumlarında ergenlerin iyi oluşuna hizmet edeceği çok açıktır. Çocuk yaşta, erken ve zorla evliliklerin önlenmesi amacıyla deprem bölgesinde pek çok sivil toplum kuruluşu tarafından, konteyner kentlerde yaşayan ve kırılgan durumda olan ergenlik çağındaki kızların refahını artırmak ve çocuk yaşta evlilikleri önlemek için çalışmalar yürütülmüştür. Sahada yürütülen çalışmalar göstermektedir ki, afet ve krizler döneminde ergenler için tüm kamu, özel ve sivil toplum kuruluşları tarafından ortak programlar yürütülmelidir.[26]

Sonuç olarak; ergenlikte cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında eğitim ve farkındalık eksikliği önemli bir sorun olarak devam etmektedir. MEB müfredatında bu konuların yeterince yer almadığı görülmektedir. TÜİK verilerine göre erken evlilik oranları yıllar içinde azalmakla birlikte 2024'de %6,6 olarak gerçekleşmiştir. Ancak bu oran bazı çalışmalarda %27'ye kadar çıkmaktadır. Yine TÜİK verilerine göre ilk evlenme yaşı 25'in üzerinde olsa da bölgesel farklılıklar sürmekte ve bazı bölgelerde hala 17 olarak saptanmaktadır. Ülkemizde nüfusun yaklaşık %12'sini oluşturan 10 milyondan fazla kişi olan ergenin cinsel sağlık ve üreme sağlığı durumunu tam ve doğru olarak saptayabilmek öncelikli hedefimiz olmalıdır. Çeşitli nedenlerle resmi kayıtların yetersizliği, araştırmaların sınırlılığı temel sorunlardan birisi olmaya devam etmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Adolescent health. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=-tab_1 Erişim tarihi: 09.09.2025
2. World Health Organization. Adolescent sexual and reproductive health and rights. https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(s-rh)/areas-of-work/adolescent-and-sexual-and-reproductive-health-and-rights. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1 Erişim tarihi: 09.09.2025
3. World Health Organization. Adolescent pregnancy. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy. (Erişim tarihi: 09.09.2025)
4. Mıhçıkokur S ve Esin A. Ergen / Genç Üreme Sağlığı / Cinsel Sağlık Sorunları ve Bu Alandaki Gelişmeler. Türkiye Sağlık Raporu 2020 (Editörler: Prof. Dr. Sarp Üner, Prof. Dr. Pınar Okyay) Yayıncı: Hipokrat Yayınevi. 2020. ss. 165-178.
5. Karaçama Z, Kizilca Çakaloz D, and Demir R. The impact of adolescent pregnancy on maternal and infant health in Turkey: Systematic review and meta-analysis. J Gynecol Obstet Hum Reprod 50 (2021) 102093
6. Suveren Y ve Turan Z. Erken Evlilik Sorunu ve Kadın Sağlığı: Güncel Bir Değerlendirme. Universal Journal of History and Culture 2022; 4 (1):78-99,
7. Savaş E ve Özcebe H. Gençler, Üreme ve Cinsel Haklar: Okulların Önemi ve Öğretmenlerin Rolü. Youths, Reproductive and Sexual Rights: The Importance of Schools and the Role of Teachers. Sağlık ve Toplum 2023;33 (1) 15-23
8. Aksoy H, Ayhan Başer D, Cankurtaran M. Hemşirelik fakültesi'ne yeni başlayan öğrencilerin üreme sağlığı konusundaki bilgi düzeyleri ve eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi. Ankara Med J, 2021;(1):72-82.
9. Karatana Ö. Sağlıklı gençler programının kız üniversite öğrencilerinin üreme sağlığı bilgi ve davranışlarına etkisi. Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Doktora Tezi. 2021.
10. Kuruç HS. Ortaöğretim Çağındaki Kız Öğrencilerinin Genital Hijyen Davranışlarının Değerlendirilmesi**:** Vize Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul. 2022.
11. Karabela SN, Yekeler Kahraman B, Simsekoglu N. Protection of adolescent girls from sexually transmitted diseases: Results of awareness training. Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi 2025;30(2):268-277
12. Tatoğlu N, Kuzlu Ayyıldız T. Risk Grubu Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Benlik Saygısı Üzerine Bir Değerlendirme. YIU Sağlık Bil Derg 2022;3:53–61
13. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). International technical guidanceon sexuality education: An evidence-informed approac. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770. Erişim Tarihi: 15.09.2025
14. Bıkmaz F, Demirhan İşcan C, Koçer E ve Kartal M. Yaşa uygun kapsamlı cinsellik eğitimi bağlamında okulöncesinden ortaöğretime öğretim programlarının ve ders kitaplarının analizi. UNFPA, TAPV. Haziran 2022
15. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlanması Vakfı, Cinsel Sağlık Eğitim Programı. https://www.tapv.org.tr/cinsel-saglik-egitim-programi/. Erişim Tarihi: 1.11.2025
16. UNFPA. Sağlıkta Genç Yaklaşımlar Derneği ile Yürüttüğümüz Savunuculuk Akademisi. https://turkiye.unfpa.org/tr/video/sa%C4%9Fl%C4%B1k-ta-gen%C3%A7-yakla%C5%9F%C4%B1mlar-derne%C4%9Fi-ile-y%C3%BCr%C3%BCtt%C3%BC%-C4%9F%C3%BCm%C3%BCz-savunuculuk-akademisi. Erişim Tarihi: 1.11.2025
17. HASUDER: 6 Şubat Depremleri ve Ergenler için Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitim ve Hizmetleri HASUDER Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Değerlendirmesi, 04.07.2024
18. Hacettepe Üniversitesi ve UNFPA 2023 Türkiye Gençlik Araştırması, Cinsel Sağlık ve Ureme Sağlığı ve Cocuk Yaşta, Erken ve Zorla Evlilikler Nicel Araştırması. YAYIN NO: NEE-HU.24.01. 2024
19. TÜİK. İstatistiklerle Çocuk, 2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2024-54197 Erişim Tarihi: 10.09.2025
20. Çelik M, Durmuş E, Acar Ağar B. Çocuk Evliliklerin Görünmeyen Tarafı: Çocuk Damatlar. Akdeniz Kadın Çalışmaları ve Toplumsal Cinsiyet Dergisi, 2024;7(2):654-681. https://doi.org/10.33708/ktc.1512483

21. Acar Ağar B, Durmuş E ve Çelik M. Eğitsel, Sosyal ve Psikolojik Bir Sorun: Çocuk Evliliklerde "Gelin" ve "Damat" Olmak. AJER - Academia Eğitim Araştırmaları Dergisi 2024;9(1):34-46.
22. TÜİK. Türkiye Aile Yapısı Araştırması 2021. https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/turkiye_aile_yapisi_ara%C5%9Ftirmasi_2021.pdf Erişim Tarihi: 15.09.2025)
23. TÜİK. Doğum İstatistikleri, 2024.https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2024-54196 Erişim Tarihi: 10.09.2025
24. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi. Gonore, HIV/AIDS, Klamidya, Sifiliz İstatistikleri. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı İstatistik Dokümanları. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-bulasicihastaliklar/bulasici-istatistikler.html. Erişim Tarihi: 15.09.2025
25. Post Pandemi Döneminde Ergenlik. Editörler: Orhan Derman, Zehra Aycan, Sinem Akgül. Melis Pehlivantürk Kızılkan. Akademisyen Yayınevi Kitabevi, 2023.
26. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı. 6 Şubat Depremlerinin Ardından Ergenler; Afet ve Kriz Durumlarında Ergenlerin Desteklenmesi. Temmuz 2024.

Türkiye'de Okul Sağlığı Hizmetleri: 2020-2025

Deniz Odabaş

Bu bölümde, bir önceki beş yıllık dönemle karşılaştırıldığında 2020-2025 yılları arasında pek çok kritik, politik, yönetsel ve uygulama düzeyinde değişikliğin yaşandığı Okul Sağlığı Hizmetlerinin gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi, halk sağlığı profesyonellerinin okul sağlığı pratiklerini geliştirmeye yönelik önerilerin sunulması amaçlanmıştır.

Bu amaçla;

- Önceki yıllarda hazırlanan Türkiye Sağlık Raporlarında konu başlığı olarak yer almamış olması nedeniyle Okul Sağlığı hizmetleri bağlamında kısa bir tarihsel çerçeve ile konuya giriş yapılması,
- Okul toplumu olarak tanımlanan grubun okul-öğrenci-öğretmen sayılarının beş yıllık dönemdeki değişimi ile hizmetin boyutunun belirlenmesi,
- Kalkınma Planları ve Okul Sağlığı ile ilgili bakanlıkların (Sağlık ve Milli Eğitim Bakanlıklarının) bu dönemlere ilişkin stratejik planları ve imzaladıkları protokoller doğrultusunda politik ve yönetsel değişikliklerin ortaya konması,
- 2025 yılı itibari ile Türkiye'de Okul Sağlığı Hizmetlerinde halen devam eden ve/veya öne çıkan Okul Sağlığı Uygulamaları/Programlarına yer verilmesi,
- Son beş yılda okul sağlığı bağlamında üretilen tez ve yayınların değerlendirilmesi,
- COVID-19 ve 06 Şubat 2023 tarihinde yaşanan Kahramanmaraş merkezli deprem bağlamında Okul Sağlığı Hizmetlerinde yaşanan zorlukları da göz önünde bulundurarak,
- Elde edilen sonuçlara/sorunlara yönelik halk sağlığı ve okul sağlığı profesyonelleri açısından önerilerde bulunulması hedeflenmiştir.

1. Okul Sağlığı Hizmetleri

Okul Sağlığı, öğrencilerin ve okul çalışanlarının sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilmesi için yapılan çalışmaların tümü olarak tanımlanmaktadır.[1] Okul sağlığı yaklaşımı erken çocukluk döneminden başlayan ve üniversite öğretiminin sonuna kadar olan süreci kapsamaktadır. Ancak genel yaklaşım içinde, okul sağlığı kapsamında daha çok okul öncesi, ilk, orta ve lise eğitimini içine alan birçok ülkede zorunlu olan temel ve orta öğretim süreçleri öne çıkmaktadır. Okul sağlığı hizmetleri; büyüme-gelişmenin izlenmesi, ağız-diş sağlığı, beslenme, ruh sağlığının korunması ve şiddetin önlenmesi, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, sağlık eğitimi, çevre sağlığı, okul mimari standartları, okul ergonomisi konularını içeren geniş bir alandır. Çağdaş okul sağlığı hizmetlerinin öğrenci sağlığı (sağlık kontrolleri, bulaşıcı hastalıklardan korunma, yaralanmaları önleme ve ilk yardım, ruh sağlığı çalışmaları, beden eğitimi/okul sporları), okul çevresi, sağlık eğitimi ve okul çalışanlarının sağlığı gibi dört temel boyutu vardır.[2]

Bugün okul sağlığı kuramsal çerçevesinde öne çıkan dört temel yaklaşım öne çıkmaktadır. Bunlar; Dünya Sağlık Örgütü'nün "Sağlığı Geliştiren Okullar", UNICEF'in "Çocuk Dostu Okullar", UNICEF ve UNESCO'nun "Etkili Okul Sağlığında Kaynaklara Odaklanılması" ve Amerika Birleşik Devletlerinde Hastalık Önleme Merkezi tarafından "Tüm Okul Tüm Toplum Tüm Çocuk Bütüncül Yaklaşımı'dır.[3,4]

Türkiye'de ise Okul Sağlığı Hizmetleri Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) ve Sağlık Bakanlığı (SB) arasında yapılan protokoller aracılığı ile yürütülmektedir, ilk "Okul Sağlığı İşbirliği Protokolü" 1996 yılında imzalanmıştır, güncel ihtiyaçları karşılamadığı gerekçesi ve okul sağlığına daha kapsamlı ve bütüncül yaklaşabilmek amacıy-

la 2006, 2016 ve 2025 yılında yenilenmiştir.[5–7] Protokol kapsamında okul sağlığı programları/hizmetleri SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, MEB Destek Hizmetleri Genel Müdürlüğü İşyeri Sağlık Güvenlik Birimi Daire Başkanlığı tarafından planlanmaktadır. Okul sağlığı hizmetleri kapsamında iş ve işlemler ise, il/ilçe sağlık ve il/ilçe milli eğitim müdürlükleri işbirliği ile yürütülmektedir. Okul sağlığı hizmetleri bağlamında MEB 2022 yılında "Okul Sağlığı Hemşirelerinin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge yayımlamıştır, Mart 2023'te merkez ve taşra teşkilatı için 500 okul sağlığı hemşiresi alımı yapılmıştır, halen 900 civarında okul hemşiresi bulunmaktadır [8,9]

2. Milli Eğitim Bakanlığı İstatistiklerinde 2020-2021 ve 2024-2025 Eğitim-Öğretim Yıllarında Okul Topluluğunda Değişimler[10]

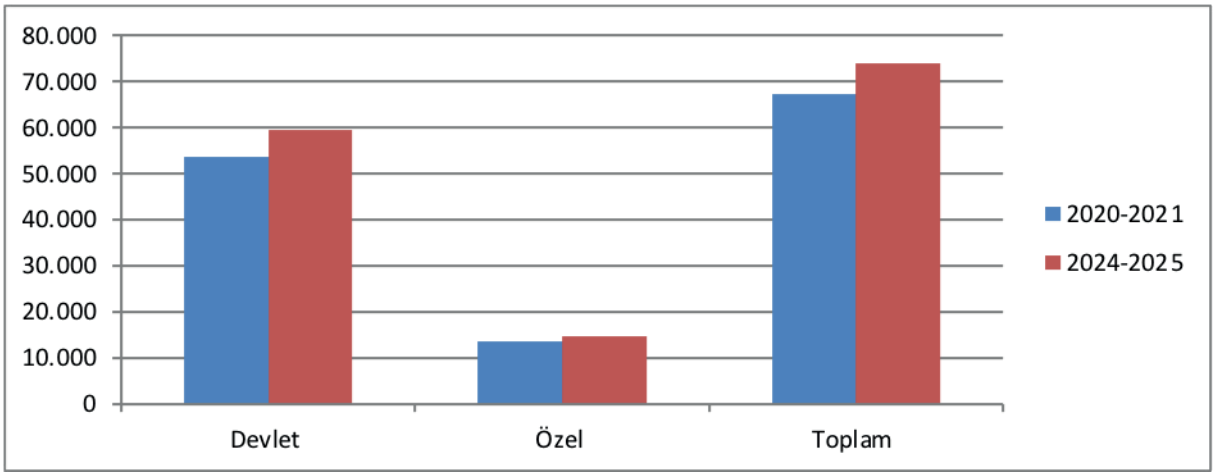
Bu başlıkta Okul Sağlığı Hizmetleri kapsamında yer alan okul topluluğu Milli Eğitim Bakanlığı İstatistiklerinde verilen sayılar ışığında karşılaştırılmış şekil ve tablolar ile sunulmuştur.

Okul sayısının 2020-2021 ve 2024-2025 eğitim-öğretim yıllarında hem devlet (Değişim %10,3) hem özelde (Değişim %8,9) arttığı **Şekil 1** ve **Tablo 1**'de görülmektedir. 2024-2025 Eğitim döneminde 14.700'ü özel (%19,8) olmak üzere toplam 74.036 okul bulunmaktadır.

Okul sayısındaki artışın temel nedeninin okul öncesi kademeden kaynaklandığı **Şekil 2** ve **Tablo 2**'de görülmektedir. Okul öncesi kademede okul sayısı 2024-2025 eğitim-öğretim yılında %67,2 artarak 17.640'a ulaşmıştır, diğer kademelerde ilkokul hariç okul sayılarında azalma olduğu görülmektedir. Bu durum 06 Şubat 2023 yılında yaşanan büyük depremde etkilenen 11 ilde bulunan 119.200 derslikten 12.119'unun orta ya da ağır hasarlı olmasından kaynaklanmaktadır.[11]

Orta okul ve lise de okul sayısındaki azalmaya paralel olarak öğrenci sayısının da 2020-2021 ve 2024-2025 eğitim-öğretim yıllarında binde yedi azalarak 18.085.943'ten 17.956.523'e düştüğü azalmanın erkek öğrenciler arasında olduğu **Şekil 3** ve **Tablo 3**'te görülmektedir.[10]

Okul sayısındaki artışa paralel olarak 2020-2021 ve 2024-2025 eğitim-öğretim yıllarında öğretmen sayısının (Değişim %6,7) arttığı **Şekil 4** ve **Tablo 4**'te görülmektedir. 2024-2025 eğitim-öğretim yılında 64.509'u

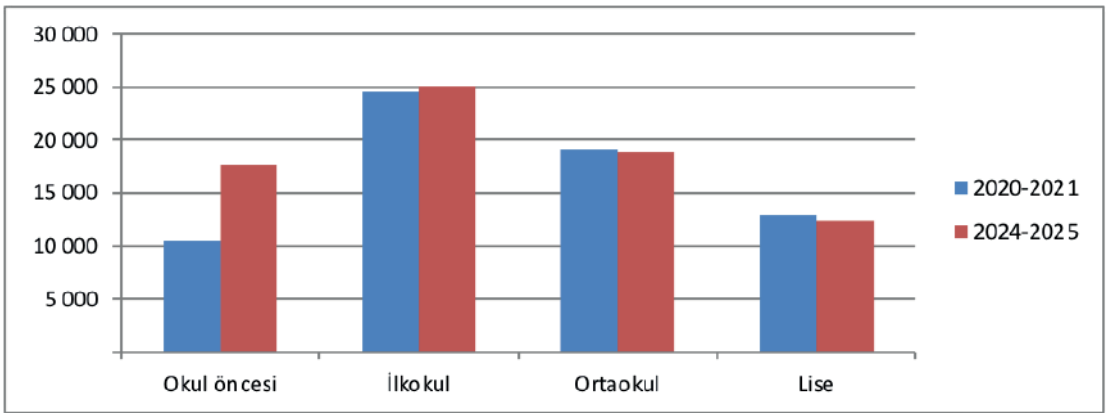


Şekil 1. Milli Eğitim Bakanlığı istatistiklerinde 2020-2021 ve 2024-2025 eğitim-öğretim yıllarında okul türüne göre kurum sayılarının değişimi[10]

Tablo 1. Milli Eğitim Bakanlığı istatistiklerinde 2020-2021 ve 2024-2025 eğitim-öğretim yıllarında okul türüne göre kurum sayılarının değişimi[10]

Okul Türü	Eğitim-Öğretim Yılı			
	2020-2021	2024-2025	Fark	Değişim %
Devlet	53.620	59.336	5.716	10,7
Özel	13.501	14.700	1.199	8,9
Toplam *	67.121	74.036	6.915	10,3

*Açık öğretim yapan 4 kurum hariç tutulmuştur.

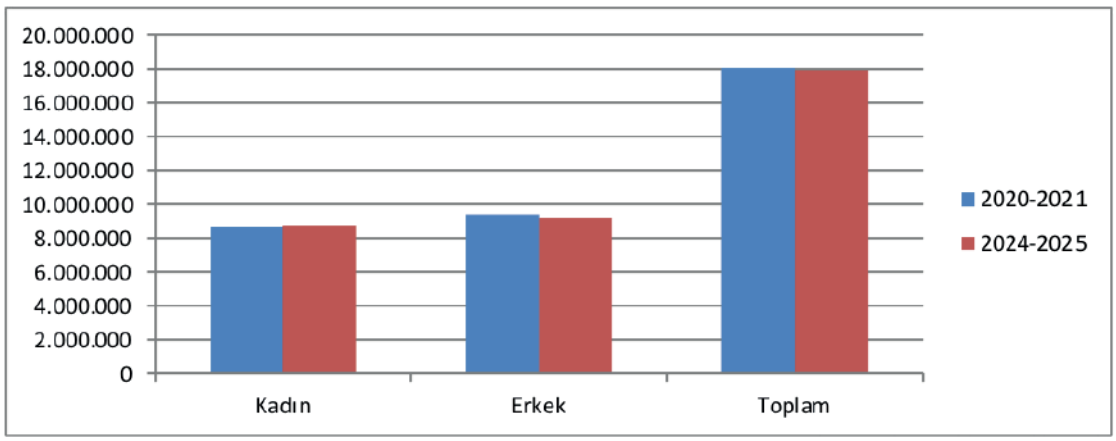


Şekil 2. Milli Eğitim Bakanlığı istatistiklerinde 2020-2021 ve 2024-2025 eğitim-öğretim yıllarında kurumların kademelere göre değişimi[10]

Tablo 2. Milli Eğitim Bakanlığı istatistiklerinde 2020-2021 ve 2024-2025 2020-2021 ve 2024-2025 eğitim-öğretim yıllarında kurumların kademelere göre değişimi[10]

	Eğitim-Öğretim Yılı			
Okul Sayısı	2020-2021	2024-2025	Fark	% Değişim
Okul öncesi	10.552	17.640	7.088	67,2
İlkokul	24.576	25.099	523	2,1
Ortaokul	19.024	18.877	-147	-0,8
Lise	12.969	12.420	-549	-4,2
Toplam *	67.121	74.036	6.915	10,3

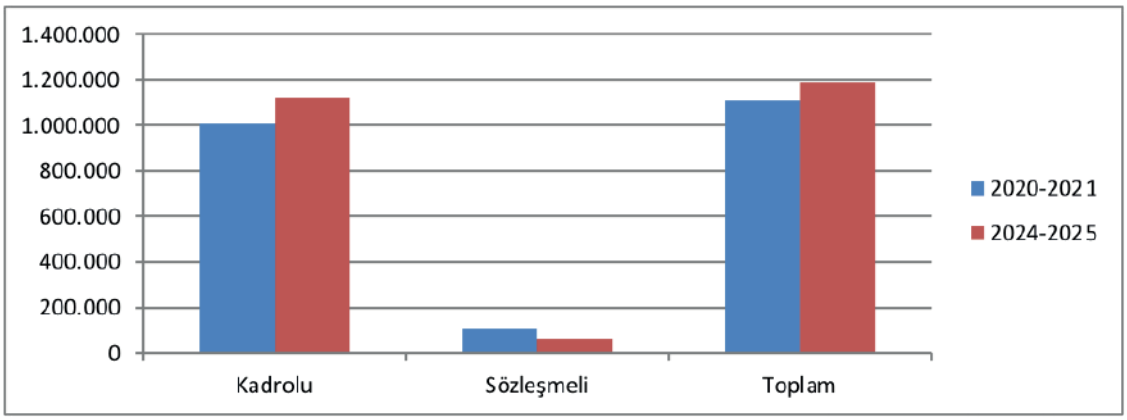
*Açık öğretim yapan 1 Ortaokul ve 3 Lise hariç tutulmuştur.



Şekil 3. Milli Eğitim Bakanlığı istatistiklerinde 2020-2021 ve 2024-2025 eğitim-öğretim yıllarında cinsiyete göre öğrenci sayılarının değişimi[10]

Tablo 3. Milli Eğitim Bakanlığı istatistiklerinde 2020-2021 ve 2024-2025 eğitim-öğretim yıllarında cinsiyete göre öğrenci sayılarının değişimi[10]

	Eğitim-Öğretim Yılı			
Öğrenci Sayısı	2020-2021	2024-2025	Fark	% Değişim
Kadın	8.733.338	8.743.690	10.352	0,1
Erkek	9.362.606	9.212.833	-149.773	-1,6
Toplam	18.085.943	17.956.523	-129.420	-0,7



Şekil 4. Milli Eğitim Bakanlığı istatistiklerinde 2020-2021 ve 2024-2025 eğitim-öğretim yıllarında kadro durumuna göre öğretmen sayılarının değişimi[10]

Tablo 4. Milli Eğitim Bakanlığı istatistiklerinde 2020-2021 ve 2024-2025 eğitim-öğretim yıllarında kadro durumuna göre öğretmen sayılarının değişimi[10]

Öğretmen Sayısı	Eğitim-Öğretim Yılı			
	2020-2021	2024-2025	Fark	% Değişim
Kadrolu	1.008.344	1.122.900	114.556	11,4
Sözleşmeli	103.961	64.509	-39.452	-38,0
TOPLAM	1.112.305	1.187.409	75.104	6,7

sözleşmeli (%5,4) olmak üzere toplam 1.187.409 öğretmen bulunmaktadır.[10]

Okul topluluğu, 2024-2025 Eğitim Döneminde 74.036 okulda 17.956.523 öğrenci ve 1.187.409 öğretmen olmak üzere toplam 19.143.932 kişiden oluşmaktadır. Yaklaşık olarak Türkiye'de her dört kişiden birinin okul sağlığı hizmetleri kapsamında olduğu görülmektedir.

3. Politika Metinlerinde Okul Sağlığı Hizmetleri

Ulusal politikalara yön vermesi nedeniyle 2019-2023 yıllarını kapsayan 11. ve 2024-2028 yıllarını kapsayan 12. Kalkınma Planı, Sağlık Bakanlığı 2019-2023 ve 2023-2028 Stratejik Planları okul sağlığı hizmetleri bağlamında gözden geçirilmiştir.

Öncelikle okul sağlığı hizmetlerinde önemli bir bileşen olan okul yemeği uygulaması 11. Kalkınma Planında (2019-2023) "550.2. Dezavantajlı bölgelerden başlayarak okul yemeği uygulamasına geçilecektir" şeklinde yer almıştır. 12 Ancak 12. Kalkınma Planında (2024-2028) bu hedefe yer verilmemiştir.[13]

12.Kalkınma Planında okul sağlığı hizmetleri ile ilişkilendirilebilecek hedefler incelendiğinde; Eğitim Hedeflerinde "662. Çocukların ruhsal ve bedensel gelişimlerini gözeten, çocuk güvenliğini ve çocuğun iyi olma halini destekleyen eğitim ortamları sağlanacak,", "662.2. Çocuğun iyi olma halini destekleyecek mekanizmalar ve standartlar oluşturularak okullar bu standartlar çerçevesinde izlenecektir".[13]

Tablo 5. 12.Kalkınma Planında yer alan eğitim hedefleri[13]

	2022	2023	2028
4-5 yaş net okullaşma oranı (%)	56.71	64.72	85.0
14-17 yaış kız çocukların net okullaşma oranı (%)	91.61	94.22	100

Sağlık hedeflerinde "706.1. Sağlıklı yaşam tarzının teşvik edilmesine yönelik sağlıklı beslenme, fiziksel aktivitenin artırılması gibi alışkanlıkların toplumsal tutuma dönüşmesi sağlanacak, bilinçlendirme faaliyetleri yürütülecek, sağlık okuryazarlığı teşvik edilerek birey sorumluluğunun geliştirilmesi sağlanacaktır.", "706.3. Sağlık sorumluluğunun geliştirilmesine yönelik çok paydaşlı sağlık sorumluluğu modeli güçlendirilecek, sektörler ve kurumlar arası işbirliği ve koordinasyon sağlanacaktır."[13]

Çocuk hedeflerinde "739.4. Okullarda ve sosyal hizmet merkezlerinde sağlık, ilk yardım, beslenme, finansal okuryazarlık, teknoloji, hukuk ve sosyal medya okur-

yazarlığı becerilerini güçlendirecek programlar yürütülecektir" gibi hedefler dikkati çekmektedir.

Kalkınma Planlarına paralel olarak geliştirilen SB Stratejik Planları 2019-2023[14] ve 2023-2028[15] gözden geçirilmiştir.

SB 2019-2023 Stratejik Planının Durum Analizinde Stratejik Amaç 1'de *sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, bunun içinde sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumun korunması için her türlü tedbirin alınması ve sağlıklı davranışların geliştirilmesi* hedeflenmiştir. Amacın kapsamı içinde sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirmek, fiziksel aktivite düzeyini artırmak, obeziteyi azaltmak ve tütün ve diğer bağımlılık yapıcı maddeler, bulaşıcı hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele yer almıştır. Ayrıca, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, üreme sağlığı farkındalığının artırılması, acil durum ve afetlerin etkilerinin azaltılması, iş sağlığının iyileştirilmesi, çevresel tehlikelerin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması da amacın bileşenleri arasında yer almıştır.

Stratejik Amaç 1'e yönelik olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmalar;

- Obezite önlenmesi ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi için 2011 yılında yayımlanan Kantin Genelgesi güncellenerek 2016-2017 öğretim yılında yürürlüğe girmiş ve kantinlerde kızartma, cips, çikolata, gofret, şeker, kek gibi yiyeceklerin ve tatlandırıcılı içeceklerin satılması yasaklanmıştır.
- MEB'e bağlı örgün ve yaygın eğitim kurumlarının temizlik ve hijyen konusunda teşvik edilmesi, okul sağlığının daha iyi düzeye çıkarılması amacıyla 03.08.2006 tarihinde, MEB ile "Beyaz Bayrak İş Birliği Protokolü" imzalanmıştır. Süresi dolan "Beyaz Bayrak İş Birliği Protokolü" 03.08.2010 tarihinde ve 2015 tarihlerinde yeniden güncellenmiş ve 4 yıl süreyle uygulanması kararlaştırılmıştır.
- Okul Sütü ve Kuru Üzüm Dağıtım Programı bu dönemde devam etmiştir.
- Fiziksel aktivite düzeyinin artırılması amacıyla 2017 yılında okullara, üniversitelere ve Sivil Toplum Kuruluşlarına (STK) 15 Temmuz şehit aileleri ve gazileri başta olmak üzere 330.000 adet bisiklet dağıtımı yapılmıştır.
- Ortaokul ve liseler için asıl karneden bağımsız bir "Fiziksel Aktivite Uygunluk Karnesi" ve eğitim videoları hazırlanmıştır.

Üst Politika Metni olarak da 11. Kalkınma Planında yer alan "550.2. Dezavantajlı bölgelerden başlayarak okul yemeği uygulamasına geçilecektir" hedefiyle ilişkili olarak Stratejik Planda "Hedef 1.1. Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını kazandırmak ve geliştirmek" hedefi yer almıştır, bu hedefin ihtiyaç analizinde "Beslenme Dostu Okullar Programı'nın yaygınlaştırılması, Okul Programı'nın başlatılması ve reklam, teşhir, pazarlama gibi faaliyetlerin kısıtlanarak çocuklarda obeziteyle mücadeleye yönelik uygulamaların hayata geçirilmesi." yer almıştır. Stratejik Planda yapılan Political, Economic, Social, Technological, Legal and Environmental (Politik, Ekonomik, Sosyal, Teknolojik, Yasal ve Çevresel) PESTLE analizinde sosyo-kültürel boyutunda bazı tespitler yer almaktadır. Bu tespitlerden okul sağlığına vurgu yapılan, "sağlık okuryazarlığının toplumdaki öneminin artmasıdır". Bu tespit, sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve verimliliğinin artması ve gereksiz sağlık harcamalarının önüne geçilmesi için fırsat sunmaktadır. Bu fırsatın hayata geçirilebilmesi için atılacak başlıca adımlar, kamu spotları ve sosyal medya ile vatandaşların bilgilendirilmesi, "okullarda sağlık eğitiminin artırılması" ve bir sağlık iletişim rehberinin hazırlanmasıdır.[14]

SB'nin son yayımlanan 2024-2028 yıllarını kapsayan Stratejik Planında 12. Kalkınma Planına paralel olarak okul sağlığına özel bir yer ayrılmamıştır. Bir önceki stratejik plana ilişkin yapılan değerlendirmede 2020-2023 yılları arasında yaşanan COVID-19 Pandemisi ve 06 Şubat 2023'te yaşanan büyük depremin olumsuz etkilerinin giderilmesine yönelik vurgu yapılmıştır. Okul Sağlığı Hizmetleri bağlamında "1.1.3 Sağlıklı beslenme konusunda çocukların bilinçlendirilmesi ve eğitimi için ilgili paydaşlarla (MEB, yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları) müfredat ve mevzuata yönelik iyileştirme çalışmaları yürütülecektir." Hedefine yer verilmiştir. 15

4. Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı Arasında İmzalanan Okul Sağlığı İle İlgili Protokoller

SB ve MEB tarafından ilki 1996 yılında imzalanan "Okul Sağlığı Hizmetleri İş Birliği Protokolü" 2016 yılında güncellenmiş 2017 yılında "Okulda Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi Programı Uygulama Kılavuzu" yayınlanmıştır.[16] Bu kılavuz da Sağlık Hizmetleri, Sağlıklı ve Güvenli Okul Çevresi, Sağlıklı Beslenme, Sağlık Eğitimi, Fiziksel Aktivite ve Aile/Toplum Katılımı olmak üzere 6 modülde Okul Sağlığı Hizmetleri tasarlanmıştır. Kılavuz kapsamında ilçe milli eğitim ve ilçe sağlık müdürlükleri tarafından okul değerlen-

dirmeleri yapılmıştır. Aile Hekimliği Birimleri tarafından Form 1. Öğrenci Muayene/İzlem Bildirim Formu ile yapılan değerlendirmeler, okul ziyaretlerinde ilçe sağlık müdürlükleri tarafından incelenmesi ve diğer bileşenler açısından okulun uygunluğunun değerlendirilmesi yapılmıştır. SB Okullarda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı kapsamında Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Daire Başkanlığı, Sağlıklı Beslenme Hareketli Hayat Daire Başkanlığı, Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı ve Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından çeşitli programlar yürütülmüştür. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen programlar arasında Beslenme Dostu Okul, Beyaz Bayrak, Fiziksel Aktivite Uygunluk Karnesi, Okul çağı Çocuklarının Aşılamaları, Okul Çağı Çocuklarında İşitme Tarama Programı, Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi ve Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Çalışmaları, Okullarda Diyabet Eğitimi ve Programı, Okul Sütü Programı/Kuru Üzüm Dağıtımı Programı, Okul Kantinlerinde Satışı Uygun Olan Gıdalar (Kantin Genelgesi), Okul Gıdası Logosu uygulanan program ve uygulamalardır.[16]

MEB ile yapılan "Okul Sağlığı Hizmetleri İş Birliği Protokolü"nün süresi 2024 yılında son bulmuştur. Bu süreçte SB ile MEB işbirliğinde yürütülen bazı programları kaldırmış, bazı programlarında paydaşlarını ve içeriklerini değiştirmiştir.

Son olarak SB ile MEB arasında 18.04.2025 tarihinde üç yıl süreli "Sağlıklı Çocuk, Sağlıklı Gelecek-Okul Sağlığı Hizmetleri İş birliği Protokolü" imzalanmıştır.[6,7]

Bu Protokol kapsamında MADDE 6-1'de yapılacak çalışmalar

a) Öğrencilerin ve okul/kurum çalışanlarının bedensel, ruhsal ve sosyal olarak sağlığının korunması ve geliştirilmesi.

b) İl sağlık müdürlüğü ve il milli eğitim müdürlüklerinin eşgüdümüyle öğrenciler, okul/kurum çalışanları ve aileler için sağlık farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesi.

c) Okul/kurum çalışanlarının ve öğrencilerin yaş grubuna uygun ve düzenli sağlık izlemlerinin yapılması.

d) Öğrenci pansiyonunda barınan öğrencilerin, veli onayı ile aile hekimliğinde düzenli muayene/ izlemlerinin refakatçi eşliğinde yapılması, gerekli durumlarda ilgili uzmanlara yönlendirilmesi ve takibinin sağlanması.

e) Eğitim ve öğretim programlarında yer alan sağlıkla ilgili kazanım ve açıklamalar doğrultusunda, öğretmen ve öğrencilerin kullanımına yönelik materyallerin geliştirilmesi.

f) Okul/kurumlarda görülen salgınların erken dönemde saptanması ve gerekli müdahale ve kontrol önlemlerinin alınabilmesi amacıyla bilgi/veri paylaşılması.

g) Çocuklarda ağız ve diş sağlığı konusunda farkındalık, tarama ve yönlendirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi.

h) Okul/kurumlarda sağlıklı içme suyunun öneminin ve kullanımının geliştirilmesi.

i) Okul/kurumlarda ilk yardım ve acil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi.

j) Çalışan sağlığı hizmetlerinin okul/kurumlarda çalışanlara etkin ve sürdürülebilir şekilde sağlanmasına yönelik kapasitenin geliştirilmesi olarak belirtilmiştir.

Sağlık Bakanlığının yükümlülükleri MADDE 7-1'de

a) Bu Protokol kapsamında yürütülecek çalışmalara ilişkin gerekli düzenlemelerin yapılması, il sağlık müdürlüklerine duyurulması ve ilgili talimatların iletilmesi.

b) Okul sağlığı hizmetleri kapsamında; okula kayıt muayenesi, periyodik muayeneler, sağlık taramaları ve bağışıklama hizmetlerinin aile hekimliği birimleri veya ilçe sağlık müdürlükleri/toplum sağlığı merkezleri tarafından eksiksiz ve kesintisiz şekilde yürütülmesinin sağlanması.

c) Öğrencilere ve okul/kurum çalışanlarına yönelik olarak sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla; sağlık taramaları yapılması, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin sunulması, aşılama/bağışıklama hizmetlerinin sağlanması ve farkındalık faaliyetlerinin yürütülmesi.

d) Sağlık taramalarında olası sağlık sorunu saptanan öğrencilerin sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesinin, takibi ile izleme ve değerlendirmesinin ve aile hekiminin bilgilendirilmesinin sağlanması.

e) Erken Uyarı-Cevap Sistemi kapsamında olası salgınlar ya da acil müdahale edilmesi gereken sorunların okul idaresi/il İSGB/ilçe İSGBR'lerce bildirilmesine müteakip gereken çalışmaların yapılması, önlemlerin alınması ve sağlık hizmetinin sunulması.

f) Temel eğitim kademesine yönelik pratik ağırlıklı olan, şenlik havasında koruyucu sağlığa yönelik etkinliklerin gerçekleştirilmesi.

g) Okul/kurumların sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite çalışmalarının geliştirilmesi için destek sağlanması.

h) Milli Eğitim Bakanlığı tarafından hazırlanan öğretim programları içeriğine sağlıkla ilgili konularda katkı sağlanması.

i) Okul/kurumlarda sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik olarak Milli Eğitim Bakanlığı iş birliğinde saha araştırmalarının planlanması ve yürütülmesi.

j) İzleme ve değerlendirmede tespit edilen sorunların giderilmesi için il ve ilçe düzeyinde milli eğitim müdürlükleri ile iş birliği yapılması.

k) Çocuklarda ağız ve diş sağlığı konusunda farkındalık, tarama ve yönlendirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi.

l) Okul/kurumlarda sağlıklı içme suyuna erişimin geliştirilmesi için düzenleme yapılması.

m) İl İSGB/ilçe İSGBR ve okul/kurumlarda, çalışan sağlığı hizmetlerinin etkin ve sürdürülebilir şeklinde sağlanması için işyeri hekimi hizmetlerinin sunulmasına yönelik çalışmaların yapılması olarak belirtilmiştir.

Yeni işbirliği protokol çerçevesinde Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM) tarafından 14.08.2025 tarihinde Ankara'da "Okul Sağlığının Geliştirilmesi Çalıştayı" düzenlenmiştir. Çalıştayda Okul Sağlığı Hizmetleri, yeni eklenen Psiko-Sosyal Destek bileşeni ile Sağlık Hizmetleri, Sağlıklı ve Güvenli Okul Çevresi, Sağlıklı Beslenme, Fiziksel Aktivite, Sağlık Eğitimi, Aile ve Toplum Katılımı olmak üzere toplam yedi başlıkta altında ele alınmıştır. Çalıştay raporuna katılımcıların son eklemelerinin ardından SGGM web sayfasından ulaşılabileceği belirtilmiştir.[17] SGGM tarafından "Sağlıklı Çocuk Sağlıklı Gelecek Programı Uygulama Kılavuzu" yayınlanmıştır.[18]

5. Okullarda Yürütülen Mevcut Programlar

5.1.Okulda Diyabet Programı[19]

Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği tarafından, Milli Eğitim ve Sağlık Bakanlığı ile iş birliği yapılarak Kasım 2010'da Okulda Diyabet Programı başlatılmıştır. Bu programın amaçları, diyabetli çocukların okuldaki bakımlarını güçlendirmek, öğretmen ve öğrencilere çocuklarda diyabet bulgularını öğreterek erken tanı konmasına yardımcı olmaktır.

5.2."Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi" Programı[20]

Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi, beden eğitimi dersi müfredatında fiziksel etkinliklere katılım için gerekli fiziksel becerileri oluşturmak, öğrencilerde fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırmak, sağlıklı bir yaşam tarzı sağlayan bireysel farkındalık için bilgi, beceri ve tutum geliştirmek amacı ile 2017 yılında hazırlanmıştır.

Fiziksel aktivite uygunluk karne uygulaması, alınan Onay kapsamında Türkiye genelinde (resmi-özel) ortaokul ve liselerde eğitim ve öğretim yılının birinci ve ikinci dönemlerinde olmak üzere yılda 2 kez düzenlenmektedir. Uygulamada öğrencilerin mekik, şınav, otur-uzan esneklik ölçümü, vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümü yapılarak değerlendirilmektedir.

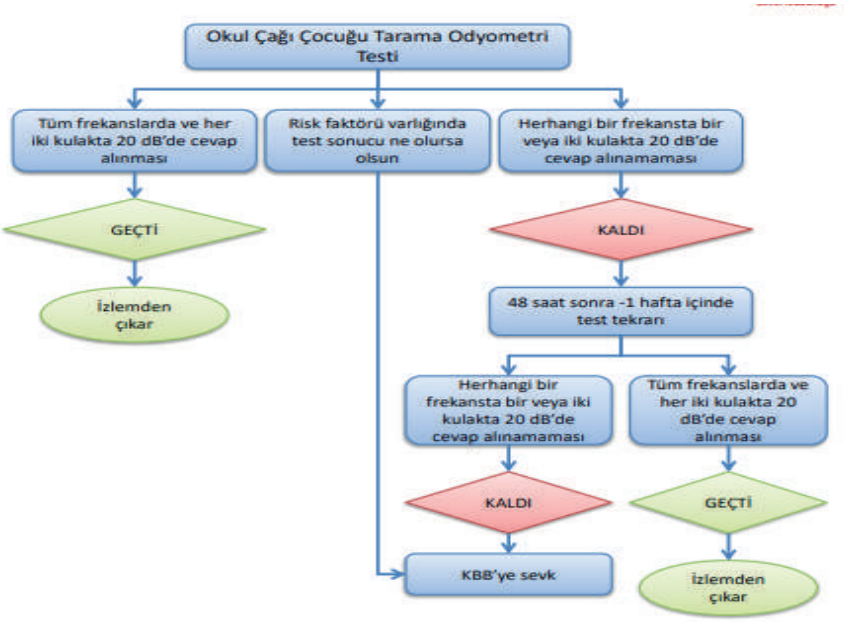
Fiziksel aktivite uygunluk karnesi öğrenci karnesindeki beden eğitimi ve spor ders notunu etkilememesi ve çocuklara ait bilgiler gizli tutularak her çocuğun kendi ailesiyle paylaşılmaktadır. E-Okul veri tabanından velilerin diğer karne notlarına erişimleri gibi sağlıkla ilgili fiziksel uygunluk karnesine de ulaşımları sağlanmaktadır. Bu kapsamda, Türkiye genelinde 12 bölgede 81 il'den 7.413 beden eğitimi ve spor dersi öğretmenine sağlıkla ilgili fiziksel uygunluk karnesi eğitimi verilmiştir.

5.3.Okul Çağı Çocuklarda İşitme Taraması Programı[21]

2015 yılından bu yana yürütülmekte olan programda iş akış şeması **Şekil 5**'te verilmiştir.

5.4. Gıda İşletmeleri Denetimi[22]

2020/8 sayılı "Okul Kantinlerinde Satılacak Gıdalar ve Eğitim Kurumlarındaki Gıda İşletmelerinin Hijyen Yönünden Denetlenmesi" Genelgesi doğrultusunda MEB'e bağlı resmî ve özel okul/kurumlardaki yemekhane, kantin/kooperatif, kafeterya, büfe, çay ocağı gibi gıda işletmelerinde satılacak gıdalar ve hijyen yönünden denetimler yapılmaktadır. Öğrenci, kursiyer ve çalışanlara (kantin/kooperatif yemekhane, kafeterya, büfe, çay ocağı gibi gıda işletmelerinde) doğru beslenme alışkanlıkları kazandırılması, sağlıklı beslenme ortamları oluşturulması ve bunların güvenilir gıdaya erişimleri konusunda güvenilir gıda üretimi için gerekli olan hijyen şartlarının (personel, ekipman, ham madde, ortam hijyeni vb.) oluşturulması, üretim ve servis aşaması da dâhil olmak üzere öğrencilerin sağlığı açısından risk oluşturabilecek nedenlerin ortadan



Şekil 5. Okul çağı çocuklarda işitme taraması programı iş akışı[21]

kaldırılmasını amaçlanmaktadır. Bu kapsamda, eğitim kurumlarındaki gıda işletmelerinde "Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu" tavsiye kararlarına uygun olarak belirlenen okul gıdası kriterlerine uyum sağlanması, güvenilir gıda üretimi için gerekli olan hijyen şartlarının (personel, ekipman, ham madde, ortam hijyeni vb.) sağlanması amaçlanmaktadır. Gıda işletmelerinde, üretim ve servis aşaması da dâhil olmak üzere öğrencilerin sağlığı açısından risk oluşturabilecek nedenlerin ortadan kaldırılması için "Okul Kantinlerinde Satılacak Gıdalar ve Eğitim Kurumlarındaki Gıda İşletmelerinin Hijyen Yönünden Denetlenmesi" konulu Bakanlığımız 2020/8 sayılı Genelge hükümleri doğrultusunda yönetilmektedir.

5.5.Okulum Temiz Programı[23]

MEB ve Türk Standartları Enstitüsü (TSE) arasında, 2020'de imzalanan Protokol ile Beyaz Bayrak yerine yürütülmeye başlanmıştır. Programla birlikte, MEB'e bağlı okul ve kurumlarda 14001 Çevre Yönetim Sistemleri'nin uygulanması ile dünyaca tanınan uluslararası standartlara uygun bir çevre yönetimi sağlanması, ortaya çıkan atıkların uygun şekilde bertarafından ziyade kaynakların daha verimli kullanımı ile atık miktarının en az seviyeye indirilmesi amaçlanıyor. "Okulum Temiz" belgelendirme programı kapsamında 2020-2021 eğitim öğretim yılında 50 bin 869 resmî okul ve kurumun belgelendirme başvurusu alınarak yaklaşık %98'i belgelendirilmiştir. 2023 yılı sonu itibariyle toplam 34 bin 863 okul kurumda belge yenileme denetimleri tamamlanmıştır.

5.6.Okulumda Sağlıklı Besleniyorum Programı[24]

Okulumda Sağlıklı Besleniyorum Programı, MEB okul öncesinden ortaöğretime kadar çocuklarımızın geleceğe güvenle adım atmaları, fiziksel, bilişsel ve sosyal yönden gelişimlerinin en iyi şekilde sağlanması için Beslenme Dostu Okul Programının yerine başlatılmıştır. Ulusal ve uluslararası standart ve şartlara göre güvenilir gıdaya erişim süreçlerinin yönetilmesi amacı ile çocuklarımıza güvenilir ve kaliteli gıda servis edilen ortamların geliştirilmesi, öğrenci, öğretmen, veli ve diğer paydaşların katılımı ile programın etkinliğinin artırılması, sunulan şartların sürekliğinin sağlanması ve geliştirilmesi, sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırılmasının teşvik edilmesi, obezite ile mücadele, gıda güvenliği, gıda güvencesi ve sunulan gıdanın kalitesi konularında farkındalığın artırılması yönünde faaliyetler planlanmıştır. Milli Eğitim Bakanlığına bağlı resmi ve özel eğitim kurumları bünyesinde faaliyet gösteren yemekhane, kantin/kooperatif, kafeterya, büfe, çay ocağı gibi gıda işletmelerinde öğrencilere servis edilen yiyeceklerin, öğrencilerin fiziksel gelişimlerine ve öğrenme süreçlerinde etkisi olduğu bilindiği programda vurgulanmaktadır. Bu kapsamda okul ve kurumlarda, gıda güvenliği ile yeterli ve dengeli beslenme konularında farkındalık oluşturmak hedeflenmektedir. Programın amaçları;

- Öğrenci, veli ve öğretmenlerle sağlıklı beslenme kültürü oluşmasını sağlamak,
- Öğrencileri fiziksel aktivite yapmaya teşvik etmek,



Şekil 6. Sayılarla Okulumda Sağlıklı Besleniyorum Programı[24]

- Öğrenciler ve velileri gıda okuryazarlığı konusunda bilinçlendirmek,
- Eğitim kurumlarında gıda güvenliği ve kalitesinin artırılmasını sağlamak, beslenmeve fiziksel aktivite ortamlarını iyileştirmek,
- Okullarda öğrencileri geleneksel tatlarla buluşturmak,
- Gıda israfına yönelik bilinçlendirme sağlamaktır.

6. Son Beş Yılda Okul Sağlığı Bağlamında Üretilen Tez ve Yayınlar

Bu başlıkta Türkiye'de okul sağlığıyla ilgili yayımlanan makale ve lisansüstü tezler incelendiği Kurt ve arkadaşları tarafından Arşiv Kaynak Tarama Dergisinde 2024 yılında yayımlanan "Türkiye'de Okul Sağlığı Araştırmaları" başlıklı sistematik derleme makalesi temel alınmıştır. Derlemede, herhangi bir tarih aralığı belirtmeden 01.01.2024 tarihine kadar Yükseköğretim Kurulu ulusal tez merkezi veri tabanındaki lisansüstü tezler ile Dergipark veri tabanındaki dergilerde yayımlanan Türkiye adresli yayınlar "okul sağlığı" anahtar sözcükleriyle taranmış, araştırma kapsamına dahil edilen 240 çalışma araştırma yılı, türü, yöntemi, çalışma grubu ve konusuna göre incelenmiştir. Türkiye'de okul sağlığına yönelik makalelerin 1985 yılında başlamış olup, sonraki 20 yılda (1985- 2005) sadece 18 araştırma yapılmıştır. 2006 yılından itibaren araştırmaların artmaya başladığı, 2017 yılından itibaren yoğunlaştığı, 2021 yılında ise en fazla araştırmanın (n=30) yapıldığı tespit edilmiştir. Makalelerde en çok nicel yöntemin kullanıldığı ve çalışma grubu olarak en fazla ortaokul ve lise öğrencilerinin alındığı görülmüştür. Okul sağlığı tezlerinde ise en fazla yüksek lisans tezi yapıldığı (n=123), onu sırasıyla doktora tezi (n=24) ve tıpta uzmanlık tezi (n=13) izlemektedir. Mevcut makale ve tezlerde ele alınan konu başlıkları içinde ise eğitim programı geliştirme, beslenme, obezite, hemşirelik yer alırken daha az sayıda çalışılan konular arasında diyabet, sağlık okuryazarlığı, bulaşıcı hastalık, cinsel sağlık, ağız diş sağlığı, ihmal, istismar, sürdürülebilir sağlık, kas iskelet sistemi, uyku, mülteci öğrenciler, şiddet, ilk yardım, afet, akran zorbalığı, ekran bağımlılığı, temizlik, antidepresan, kalp sağlığı, cilt kanseri gibi önemli konular yer almıştır.[25]

Derlemenin kapsamı dışında kalan 2025 yılı Ekim ayına kadar geçen sürede ise YÖKTEZ'de dokuzu yüksek lisans, dördü doktora, biri uzmanlık olmak üzere okul sağlığı ile ilgili 14 tez bulunmaktadır, tez konularını üçte ikisinin davranışsal bağımlılıklar ve ruh sağlığı konularında olduğu görülmüştür.

7. COVID-19 ve 06 Şubat 2023 Tarihinde Yaşanan Kahramanmaraş Depremi Bağlamında Okul Sağlığı Hizmetlerinde Yaşanan Zorluklar

COVID-19 pandemisi, ortaya çıkardığı devasa hastalık yükünün yanı sıra yüz yüze eğitimde önemli aksamalara yol açmıştır. Virüsün yayılmasını engellemek için, Şubat 2020'den itibaren dünya genelindeki ülkelerde okullar kapatılmıştır. Türkiye, diğer ülkelere göre okulların daha uzun süre kapalı kaldığı ülkelerden biri olmuştur. Türkiye'de okullar 2020 ve 2021 yıllarında 49 hafta boyunca tamamen veya kısmen kapalı kalmıştır. Türkiye'de okulların "tamamen kapalı" veya "kısmen açık" olduğu eğitim günü sayısı, OECD ortalamalarına göre tüm eğitim kademelerinde çok daha yüksektir. Yüz yüze eğitimdeki kesinti, 2021-2022 eğitim-öğretim yılının ilk dönemiyle sona ermiş, çok katmanlı stratejiler ile enfektivite azaltılmaya çalışılmıştır. MEB yüz yüze eğitimin kesintiye uğradığı bu dönemde uzaktan eğitime geçerek ve EBA TV ve EBA Çevrimiçi Platformu aracılığıyla ders ve eğitim içerikleri sunarak hızlı yanıt vermesine karşın özellik kırsal kesimde yaşayan

çocuklar, dezavantajlı hanelerden gelen çocuklar ve mülteci çocuklar İnternete, dijital cihazlara ve eğitim platformlarına erişimde ciddi engellerle karşılaştılar. COVID-19 olumsuz eğitim sonuçlarının yanı sıra birçok çocuğun eğitim yaşamından kopmasına ve çocuk işçiliğinin artmasına yol açmıştır.[26]

COVID-19 pandemi sürecinde evde kalma, çocuk ve aile için hareketsizlik, beslenme ve uyku düzeninde değişim nedeniyle yeni birtakım fiziksel ve psikososyal sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. Kronik hastalığı olanların takip, tedavi ve bakımlarının sürdürülmesinde aksaklıklar meydana gelmiştir. Ayrıca okul aracılığıyla çocuk ve ailelere verilen sağlıklı beslenme, aşılama, sağlık izlem ve kontrollerinin sürdürülmesi gibi hizmetlere erişim ortadan kalkmıştır. Pandemi sürecinde çocukların evlerde kısıtlama altında olması, okullardaki grup aktiviteleri ve takım sporları yapmalarına veya oyun alanlarına ulaşımlarına engel olmuştur. Ergenlerin bu süreçte, ekran başında kalma süresinin artması, sedanter yaşam, beslenme ve uyku dengesizlikleri gibi riskli davranışlarında artış olduğu bildirilmiştir.[27]

Pandeminin ardından 06 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş'ın Pazarcık ve Elbistan ilçelerinde meydana gelen depremler 10 ili de etkileyerek bölgede büyük yıkıma, çok sayıda ölüme, ciddi yaralanmalara ve hasarlara neden olmuştur. Bölgede elektrik, su ve doğalgaz kesintisi yaşanmış olup, temel ihtiyaçlar devlet ve gönüllü kuruluşlar tarafından sağlanmaya çalışılmıştır. Bununla birlikte afetzedelerin bir kısmı konteynerde yaşamaya veya başka yerlere göç etmeye mecbur kalmıştır. Bu durumlardan gelişim dönemleri itibariyle en fazla etkilenen grubun çocuklar olduğu düşünülmektedir. Bu tür büyükafetlerin, özellikle de depremlerin çocuklar üzerinde çeşitli biyolojik, psikolojik ve bağlamsal etkileri bulunmaktadır. Depreme maruz kalan çocuklarda kısa ve uzun vadede ciddi problemler görülebilmektedir.[28]

Eğitim açısından bakıldığında; toplam 72 okul binası yıkılmış, 504 okul ağır hasar, 331'i ise orta hasar almıştır.[29] Belirli bir süre tüm ülke genelinde eğitime ara verilmiş, deprem bölgesindeki okulların hasar tespit raporlarına göre kademeli olarak eğitim ve öğretim faaliyetlerine başlanmıştır. Öğrencilerin ve öğretmenlerin eğitime erişiminin sağlanması ve bu yöndeki politikaların belirlenmesi amacıyla MEB bünyesinde kriz masası kurulmuş ve stratejik planlamalar yapılmıştır. Psikososyal destek eylem planı uygulamaya konularak ülke genelindeki tüm öğretmenlere deprem sonrası kriz yönetimi ve ruh sağlığı gibi konularda bilgilendirme programları başlatılmıştır. MEB bünyesindeki tüm pansiyonlar, öğretmenevleri, misafirhane ve uygulama otelleri barınma ihtiyacı için hizmet vermiş, mobil mutfaklar kurulmuş, meslek liseleri acil ihtiyaç olan konteyner, çadır, uyku tulumu, gıda üretimi yapmaları için seferber edilmiştir. Bölgede bulunan çadır, konteyner ve prefabrik alanlar taşımalı eğitim kapsamına alınmış, öğretmenler ve diğer eğitim personeline eğitime ara verilen zaman dilimindeki ek ders ücretlerinin alınması, izin ve tayin hakkı kullanmaları yönünde düzenlemeler yapılmıştır.[29]

HASUDER hem COVID-19 Pandemi sürecinde hem de 06 Şubat Depremi sonrasında pek çok konu yanı sıra okul sağlığı ve okul çağı çocuklarının sağlığı konusunda da toplumsal farkındalığı artırmaya yönelik içerik üretmiş, açıklamalarda ve etkinliklerde bulunmuştur.[30,31]

8. Sonuç ve Öneriler

Okul sağlığı hizmetleri kapsamında sunulan hizmetlerden yararlanacak okul topluluğu, 2024-2025 eğitim-öğretim yılında 19 milyon kişiden oluşmaktadır. Türkiye'de yaklaşık olarak her dört kişiden birinin okul sağlığı hizmetleri kapsamında olduğu görülmektedir. HASUDER tarafından önceki yıllarda hazırlanan Türkiye Sağlık Raporu'nda "Okul Sağlığı" başlığının yer almamış olmasının halk sağlığı uzmanları açısından konuya verilen önemin de bir yansıması olarak düşünülmüştür. Kalkınma ve stratejik planlarda okul sağlığı konu başlığına doğrudan yer verilmemesi de ulusal ölçekte sağlık ve eğitim hizmetlerinde okul sağlığı kavramının benimsenmediğinin bir göstergesidir.

Türkiye'de Okul Sağlığı Hizmetleri MEB ve SB arasında yapılan protokoller aracılığı ile yürütülmektedir, 2025 yılında güncellenen protokolle okul sağlığı hizmetleri kapsamı; okula kayıt muayenesi, periyodik muayeneler, sağlık taramaları ve bağışıklama hizmetlerinin aile hekimliği birimleri veya ilçe sağlık müdürlükleri/toplum sağlığı merkezleri tarafından yürütülmesi olarak tanımlanmıştır. Bu dönemde MEB tarafından Okul Hemşiresi istihdamı konusunda bir yönergenin hazırlanmış olması olumlu bir gelişme olarak değerlendirilirken istihdam edilen okul hemşiresi sayısı okul sayısı ile karşılaştırıldığında yok denecek kadar azdır. Bu yaklaşım mevcut sağlık örgütlenmesi ile okul sağlığı hizmetlerinin entegre bir şekilde yürütülmesine devam edileceği, okullarda "okul sağlığı ve güvenliği" birimlerinin oluşturulmasına yönelik bir yaklaşım içinde olunmadığını göstermektedir. Halen SB ve MEB ile işbirliği içinde Okulda Diyabet, Fiziksel Uygunluk Karnesi, Okul çağı çocuklarda işitme taraması ve Gıda

işletmeleri denetimi programları yürütülmektedir. Önceki işbirliği protokolü döneminde uygulanan Beyaz Bayrak, Beslenme Dostu Okul, Okul Sütü, Okulda Kuru Üzüm vb uygulamaların/programların sonlandırılmış olmasının kanıta dayalı herhangi bir gerekçesi bulunmamaktadır. Okul Sağlığı ile ilgili bir yasal düzenlemenin olmaması, bütüncül bir okul sağlığı hizmeti sunulamamasının da Okul Yemeği Programının başlatılamamasının da en önemli nedenlerinden birisidir. Sağlığı geliştirme yaklaşımının en önemli bileşeni sağlığı önceleyen geliştiren kamu politikalarının oluşturulmasıdır. Ülkemizde her dört bireyden birinin neredeyse günlerinin üçte biri hatta yarısının geçtiği okul ortamlarının, okul topluluğunun sağlığının korunması ve geliştirilmesindeki bu önemli fırsatı kaçırmamak noktasında en kritik adım okul sağlığı bağlamında yasal çerçevenin çizilmesi olacaktır.

Son beş yılda önceki yıllara göre okul sağlığı konusunda üretilen tez ve araştırmaların sayısının artmakla birlikte kapsamının okul çağı dönemindeki sağlık sorunlarına özelleştiği okul sağlığı hizmetlerinin mevcut durumu, yönetimi ve geliştirilmesine yönelik çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Yüksek lisans, doktora ve tıpta uzmanlık gibi farklı düzlemlerde akademik çalışmalar yapılması, sağlık bilimleri enstitülerinde okul hemşireliği yüksek lisans programlarının açılması, üniversitelerde okul sosyal hizmeti alanında merkezlerin bulunması, lisans eğitiminde psikolojik danışmanlık ve rehberlik öğretmenliği bölümlerinin olması gibi okul sağlığı profesyonellerinin nicelik ve niteliğinin artmasına yönelik olumlu gelişmeler olmakla birlikte multidisipliner okul sağlığı ekiplerinin yetişmesine yönelik disiplinler arası işbirlikleri sınırlı kalmaktadır. Oysaki Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nda okul sağlığı hizmetleri halk sağlığı uzmanının temel yetkinlikleri arasında ekip çalışması yaparak sürece halk sağlığı yönünden katkı sağlama düzeyinde ele alınmaktadır. Halk sağlığı uzmanlarının okul sağlığı hizmetleri konusunda donanımlı olması, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerde konuya daha fazla yer ve önem verilmesi, okul sağlığı hizmetlerinin bütüncül bir bakış açısı ile topluma dayalı bir ekip hizmeti olarak sunulmasında en az okul sağlığını destekleyen kamu politikaları kadar etkili olacaktır.

Son olarak COVID-19 ve 06 Şubat Depremleri tüm temel hizmetlerde olduğu gibi okul sağlığı hizmetlerinde de ciddi olumsuzluklara yol açmıştır. Olağan dışı durumlarda olabildiğince kısa sürede gündelik yaşama, rutine dönüş amaçlanmaktadır bu bağlamda okulların bir an önce açılması eğitime devam edilmesi buna bağlı olarak da okul sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi esastır. Okul sağlığı ve güvenliğinin tesisi ve sürdürülmesinde olağan dışı durumlara hazırlıklı ve dayanıklı olmak içinde bulunduğumuz coğrafyanın gereği olmakla birlikte son beş yılda yaşanılan süreçte hazırlık ve dayanıklılık yönünde geliştirilmesi gereken pek çok konu bulunmaktadır. Çocuk ve gençlerin neredeyse tamamının içinde olduğu okullara ve okul sağlığına yapılan yatırım, tüm toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin koruması ve geliştirmesine katkı sunacak, çocuk ve gençlerimizin beşeri sermayesini ve refahını artıracaktır.

Önümüzdeki beş yıllık süreç için öngörüm, halk sağlığı profesyonellerinin okul sağlığı alanına daha fazla odaklanacakları ve daha güçlü savunuculuk yapacakları yönündedir. Okulda sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik bütüncül okul sağlığı hizmetleri tüm toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesine de önemli katkılar sağlayacaktır.

Bu derlemede okul sağlığı ve güvenliği açısından en tehlikeli birimler olan mesleki teknik eğitime, MESEM'lere (Mesleki Eğitim Merkezi) ve halk eğitim merkezlerine yer verilmemiştir, 2025-2030 dönemini kapsayacak Türkiye Sağlık Raporu'nda bu konu başlığın yer alması, halk sağlığı profesyonellerinin önümüzdeki beş yıllık dönemde MESEM'ler başta olmak üzere farklı örgün ve yaygın eğitim kurumlarını kapsayan okul sağlığı ve güvenliği çalışmalarının artırması HASUDER ve ilgili uzmanlık dernekleri, kamu ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliği ile ortak sorun ve çözümlerin üretilmesi kritik öneme sahiptir. Ulusal ve uluslararası alan yazında büyük bir gereksinimi karşılayacak ve boşluğu dolduracaktır.

KAYNAKLAR

1. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı HMMTCSB. Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı. 2008.
2. Akdur R, Piyal B, Çalışkan D, Ocaktan ME. Halk Sağlığı . Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları; 2011.
3. Turunen H, Sormunen M, Jourdan D, von Seelen J, Buijs G. Health Promoting Schools—a complex approach and a major means to health improvement. Health Promot Int. 2017 Apr;32(2):177–84.
4. Lewallen TC, Hunt H, Potts-Datema W, Zaza S, Giles W. The Whole School, Whole Community, Whole Child Model: A New Approach for Improving Educational Attainment and Healthy Development for Students. Journal of School Health. 2015 Nov 6;85(11):729–39.
5. HASUDER Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı. 2018.
6. SB SGGM. Sağlıklı Çocuk Sağlıklı Gelecek Programı [Internet]. Available from: https://sggm.saglik.gov.tr/TR-108378/saglikli-cocuk-saglikli-gelecek-programi.html

7. SB SGGM. "Sağlıklı Çocuk Sağlıklı Gelecek" Okul Sağlığı Hizmetleri İş Birliği Protokolü [Internet]. Available from: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/50880/0/saglikli-cocuk-saglikli-gelecek-okul-sagligi-hizmetleri-is-birligi-protokolupdf.pdf
8. MEB. Okul Sağlığı Hemşirelerinin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge [Internet]. Available from: http://mevzuat.meb.gov.tr/dosyalar/2121.pdf,
9. Akgül E, Ergün A, Gür K. Güncel Yasal Düzenlemeler Doğrultusunda Okul Sağlığı Hemşireliği. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2024 Jun 28;11(2):321–7.
10. Millî Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim [Internet]. 2021. Available from: https://sgb.meb.gov.tr/www/icerik_goruntule.php?KNO=424
11. Deprem Bölgesindeki Toplam Derslik Sayısı 6 Şubat Öncesine Göre Artacak [Internet]. Available from: https://www.meb.gov.tr/deprem-bolgesindeki-toplam-derslik-sayisi-6-subat-oncesine-gore-artacak/haber/32430/tr
12. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) [Internet]. Available from: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/On_Birinci_Kalkinma_Plani-2019-2023.pdf
13. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028) [Internet]. Available from: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_11122023.pdf
14. T.C. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı [Internet]. Available from: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/35748/0/tc-saglik-bakanligi-2019-2023-stratejik-plani-guncellenmis-versiyonupdf.pdf
15. T.C. Sağlık Bakanlığı 2024-2028 Stratejik Planı [Internet]. Available from: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/47452/0/saglik-bakanligi-stratejik-plan-2024-2028pdf.pdf?_tag1=7B2A9834832BF7DCF36F2C7E5607D8543752A372
16. SB HSGM. Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı Uygulama Kılavuzu [Internet]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi-db/Programlar/Uygulama_Klavuzu.pdf
17. SB SGGM. Okul Sağlığının Geliştirilmesi Çalıştayı Ankara'da Gerçekleşti [Internet]. Available from: https://sggm.saglik.gov.tr/TR-110324/okul-sagliginin-gelistirilmesi-calistayi-ankarada-gerceklesti.html
18. SB SGGM. Sağlıklı Çocuk Sağlıklı Gelecek Programı Uygulama Kılavuzu [Internet]. Available from: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/50882/0/saglikli-cocuk-saglikli-gelecek-programi-uygulama-kilavuzupdf.pdf.pdf
19. MEB. Okulda Diyabet Programı Eğitim Platformu [Internet]. Available from: https://okuldadiyabet.meb.gov.tr/anasayfa
20. MEB. Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenleri İçin Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi Uygulama Rehberi [Internet]. Available from: https://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_04/06161358_BEDEN_EYYTYMY_YYRETMENLERY_YYYN_FYZ._AKT._UYGUNLUK_KARNESY_UYGULAMA_REHBERY_06.04.2017.pdf
21. SB.Okul Çağı Çocuklarda İşitme Taraması Programı [Internet]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/okul-cagi-cocuklarda- isitme-taramasi-programi.html
22. MEB. Gıda İşletmeleri Denetimi [Internet]. Available from: https://merkezisgb.meb.gov.tr/www/gida-isletmeleri-denetimi/dosya/40
23. MEB "Okulum Temiz" Belgelendirme Programı Devam Ediyor [Internet]. Available from: https://www.meb.gov.tr/okulum-temiz-belgelendirme-programi-devam-ediyor/haber/34550/tr
24. MEB. Okulumda Sağlıklı Besleniyorum Programı [Internet]. Available from: https://sagliklibesleniyorum.meb.gov.tr/program-tanitimi/
25. Kurt G, Serdaroğlu HU, Özcan C. Türkiye'de Okul Sağlığı Araştırmaları. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2024 Sep 30;33(3):198–209.
26. UNICEF Documentation of Education Response in Türkiye during the COVID-19 Pandemic and its Effect on Children ' s Access to and Retention in Education [Internet]. Available from: https://www.unicef.org/turkiye/media/15956/file/Documentation%20of%20Education%20Response%20in%20T%C3%BCrkiye%20during%20the%20COVID-19%20Pandemic%20and%20its%20Effect%20on%20Children's%20Access%20to%20and%20Retention%20in%20Education%20-%20Executive%20Summary%20.pdf
27. Aydin B ve Ekici E, COVID-19 pandemisinde okul sağlığı hemşirelerinin rol ve sorumlulukları, İKÇÜSBFD 2021 6:193-198
28. Özer S, Bakır V, Şaşmaz İ. Depremin Çocuklar Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Nitel Bir Araştırma. MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2024 Jul 8;13(3):1075–87.
29. Özkan N. 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremi Sonrası Eğitimde Dayanıklılık: Tehditler ve Zorluklar .Education &Youth Research -EYOR . 2024;4(2):88–110.
30. HASUDER 2020. Okullarda Yüz Yüze Eğitim [Internet]. 2020. Available from: https://www.hasuder.org.tr/duyurular-hasuder-cat/detay/okullarda-yuz-yuze-egitime-baslanmasina-iliskin-rapor-9B268F6E-74B9-05F2-13BC-3A02E31285FC
31. HASUDER 2023. Halk Sağlığı Bakışıyla Afetlerde Çocuk Sağlığı [Internet]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=cIILm--2SvQ

Türkiye'de Suça Sürüklenen Çocuklar

Mehtap Türkay

"Çocuk suçluluğu, bireysel sapmadan ziyade yapısal eşitsizliklerin ve sosyal dışlanmanın erken bir göstergesidir."

UNICEF, çocuk adaleti yaklaşımı temel söylemi

Çocukların bakımı, onların gelişimleri için yaşamsal bir bileşendir ve uygun bakım, sevilme, değer verme davranışı, topluma faydalı bireyler olarak olgunlaşmalarını sağlamaktadır. Çocuklar, çevreleri onları teşvik edip desteklediğinde başarılı olurlar. Çevrelerinde var olan dayanışma, sevilme, ait olma gibi destek sistemi, çocukların fiziksel, psikolojik, ahlaki ve manevi gelişimini, yeteneklerini fark etmelerini sağlamaktadır. Öte yandan düşmanca çevre, temel ihtiyaçlardan yoksun kalma, yetersiz ebeveyn denetimi gibi faktörler bir çocuğu çocuk suçluya dönüştürebilmektedir.[1] Çocukların suçluya dönüşmelerinin temelinde toplumsal eşitsizlik, yoksulluk, eğitim sistemi, yaşanılan çevre, parçalanmış aileler, sosyal hizmetlere erişim sınırlıkları gibi birçok sosyal ve hukuki yapısal sorunları içeren faktör bulunmaktadır.[2,3]

Çocuklar adalet sistemiyle, sadece kanunla ihtilaf oldukları (suç işledikleri) zaman değil aynı zamanda mağdur olarak, tanık olarak ya da alternatif bakım düzenlemeleri veya iltica duruşmaları gibi pek çok nedenden dolayı temas kurmaktadır. UNICEF (*İng. United Nation Children's Fund*, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu), "kanun ile ihtilaf halindeki çocuklar" (*İng. children in conflict with the law*) için basit ve anlaşılır olması nedeniyle 1gözaltındaki çocuk" (*İng. children in detention*) terimini kullanmaktadır. Gözaltındaki çocukların yani suç işlediği iddia edilen, suçlanan veya hüküm giyen çocukların, çocuk adaletiyle ilgili Çocuk Haklarına Dair Sözleşme başta olmak üzere çeşitli uluslararası ve bölgesel belgeler aracılığıyla koruma ve temel insan hakları güvence altına alınmıştır. Bununla birlikte, bu çocuklar çoğu zaman antlaşmalar, normlar ve standartlar ihlal edilerek polis gözetiminde, gözaltı merkezlerinde, hapishanelerde ve diğer gözetim ortamlarında tutulmaktadır. UNICEF (2025) tahminlerine göre; dünya genelinde 2024 yılında en az 259.000 çocuk gözaltına alınmıştır. Bunun anlamı yaşları 5 ile 17 arasında olan 100.000 çocuktan 15'i gözaltına alınmaktadır. Mevcut verilere göre, Kuzey Amerika, 100.000 çocukta 34 çocukla en yüksek bölgesel gözaltı çocuk oranına sahiptir. Latin Amerika ve Karayipler, 100.000 çocukta 26 çocukla ikinci, Güney Asya 100.000 çocukta 24 çocukla üçüncü bölgesel gözaltı çocuk oranına sahiptir. Bu oranlar bazı ülkelere göre değerlendirildiğinde örneğin Dominik Cumhuriyeti 100.000 çocukta 130, Uruguay 100.000 çocukta 54, Tayland 100.000 çocukta 36 ve Türkiye 100.000 çocukta 22 çocuk ile gözaltı oranına sahiptir.[4] Türkiye bu konuda ayrı bir öneme sahiptir çünkü diğer ülkelerin aksine Türkiye'de hem suça sürüklenen çocukların hem de mağdur olan çocukların sayıları her yıl bir önceki yıla oranla artmaktadır.[5] Ayrıca Türkiye'de çocuk suçluluğu, giderek artan bir şekilde bireysel bir davranış sorunundan, yoksulluk, ailevi işlevsizlik, eğitimsel dışlanma, kentsel yoksunluk, dijital maruziyet, siyasi şiddet ve kurumsal yetersizlik gibi etkenlerin şekillendirdiği yapısal bir toplumsal soruna dönüşmektedir. Bu nedenle de ayrıca incelenmesi, değerlendirilmesi ve koruyucu önlemlerin alınması zorunluluğu bulunmaktadır.

Bu yazının amacı Türkiye'deki suça sürüklenen çocukların tüm boyutlarıyla analizini yapmak ve değerlendirmektir. Bu metin üç ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, temel tanımlamalara, ikinci bölümde, suça sürüklenen çocuk ve çocuk suçluluğu ile ilgili temel hukuki, sosyolojik, psikolojik yaklaşımlara ve son bölümde ise Türkiye'de suça sürüklenen çocukların güncel verilerine ve tartışmalarına yer verilmiştir.

1. Tanımlamalar

Ülkemiz akademik metinlerinde bazen "*suça sürüklenen çocuk*" bazen de "*suça itilen çocuk*" terimleri kullanılmaktadır. Aynı kavramlar gibi görünse de "*suça itilen çocuk*" kavramı aynı suça sürüklenen çocuk gibi suç davranışının çevresel, yapısal, ailevi veya toplumsal nedenlerle ortaya çıkmış olabileceğini vurgular ancak daha çok sosyolojik metinlerde kullanılmakta ve normatif bir yorum taşımaktadır. Bu metinde suça sürüklenen çocuk (children in conflict with the law) terimi kullanılmıştır. Çünkü 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu'nda tanımlanmış karşılığı vardır, uluslararası terminoloji ile uyumludur ve aynı zamanda tarafsız ve bilimseldir.

5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu 3. maddesi[6] *a) Çocuk: Daha erken yaşta ergin olsa bile, onsekiz yaşını doldurmamış kişiyi; bu kapsamda,*

1. *Korunma ihtiyacı olan çocuk: Bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuğu,*
2. *Suça sürüklenen çocuk (İng. children in conflict with the law): Kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile hakkında soruşturma veya kovuşturma yapılan ya da işlediği fiilden dolayı hakkında güvenlik tedbirine karar verilen çocuğu ifade eder, şeklinde tanımlamaktadır.*[6]

2. Çocuk Suçluluğu İle İlgili Yaklaşımlar

2.1. Hukuki Yaklaşım: Adalet Sistemi ve Çocuğun Yüksek Yararı İlkesi

Çocuk suçluluğuna yönelik hukuki yaklaşım, Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme üzerine geliştirilmiş uluslararası belgelerde ve Türk ulusal mevzuatında temel standart olarak kabul edilen *çocuğun üstün yararı ilkesi* üzerine kuruludur. Bu ilke, çocuklarla ilgili tüm adli ve idari kararların onların fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hallerinin öncelik haline getirilmesini gerektirmektedir.[7,8]

Türkiye'deki çocuk adalet sistemi, cezalandırıcı olmaktan çok koruyucu olacak şekilde tasarlanmıştır. Kanunla ihtilafa düşen çocuklar genellikle özel prosedürlere, alternatif yaptırımlara, denetimli serbestlik, danışmanlık ve eğitim programları gibi rehabilitasyon tedbirlerine tabi olmaktadır. Ancak bu yasal güvenceye rağmen, uygulamada sınırlı kurumsal kapasite, sosyal hizmetlere erişememe ya da erişimde bölgesel eşitsizlik, kurumlar arası koordinasyon yetersizlikleri gibi sorunlar halen devam etmektedir.[7,9]

2.2. Sosyolojik Yaklaşım

İlk suç teorisyenleri arasında bulunan Beccaria'ya göre "ceza, toplumun devamını (bekasını) temin ve bireyin ulvi hürriyetini muhafaza ve siyaset esaslarına dayanmaktadır." Bu nedenle suç bireysel eylem olmayıp toplumu ilgilendiren kolektif bir süreçtir.[9] Ancak sosyolojik açıdan suç olgusu, toplumdan topluma farklılık gösterebileceği gibi aynı toplum içindeki tarihi değişimlerden de etkilenmektedir. Bu nedenle sosyolojik teoriler, çocuk suçluluğunun ortaya çıkmasında sosyal yapıyı, çevreyi ve eşitsizliklerin rolünü vurgulamaktadır.[3]

Sosyolojik teoriler bağlamında sapkınlık ve suçun açıklanabilmesi için işlevselci, çatışmacı ve sembolik etkileşimcilik olmak üzere temelde üç ana teorik yaklaşım mevcuttur. İşlevselcilik genellikle Durkheim'in yaklaşımına göre açıklanmaktadır. Durkheim'in görüşüne göre; sapmanın çeşitli işlevleri bulunmaktadır. Bu işlevler, normları açıklığa kavuşturmakta ve uyumluluğu arttırmaktadır. Sapıklara karşı tepki gösteren insanlar arasındaki sosyal bağları güçlendirmekte ve olumlu toplumsal değişime yol açmaktadır. Sosyal çevre, gerilme teorisi, sapkın alt-kültürler gibi teoriler işlevselci yaklaşım örnekleri arasında sayılmaktadır. Çatışmacı teori ise; "gücü elinde bulunduranlar, yasaları çıkarır ve yasal sistemi toplumdaki konumlarını güvence altına almak ve güçsüzleri en altta tutmak için kullanırlar, yoksulların ve azınlıkların tutuklanma, hüküm giyme ve hapsedilme olasılığı daha yüksektir" görüşüne dayanmaktadır. [10]

Son olarak sembolik etkileşimcilik ise gerçekte çatışmacı teorilerin sosyal sınıflar üzerinden açıklanmasıdır. Örneğin "etiketleme teorisi", bu teori toplumsal tepkilerin suçlu kimliklerini nasıl şekillendirdiğine odaklanmaktadır. Çocuklar resmen suçlu olarak etiketlendiklerinde, bu kimliği içselleştirebilirler ve bu da suça tekrar karışma riskini arttırmaktadır. Bu teorik yaklaşımlardan hareketle çocuk ve suç arasındaki ilişki değerlendirildiğinde gücü elinde bulunduranların neyin suç olarak tanımlanacağına karar verdiği ve çoğu zaman ekonomik anlamda dezavantajlı ailelerden gelen çocukların toplum tarafından hoş karşılanmayan eylemlerinin daha yüksek oranda suç olarak adlandırıldığı sonucuna varılabilmektedir. Ayrıca unutmamak gerekir ki; ayrıcalıklı gruplar, suçu gizleyebilecek mekanizmaların da sahibidirler ve daha fazla kaynağa sahip olma özellikleri de bulunmaktadır.[3]

2.3. Psikolojik Yaklaşım

Çocuk suçluluğuna yönelik psikolojik yaklaşımlar bireysel gelişim, duygusal düzenleme ve bilişsel süreçlere odaklanır. *Bağlanma Kuramı,* erken çocukluk döneminde, özellikle birincil bakım verenlerle kurulan güvensiz veya bozulmuş bağlanma ilişkilerinin, yaşamın ilerleyen dönemlerinde davranış sorunlarına, saldırganlığa ve anti-sosyal eğilimlere yol açabileceğini savunur. İhmalkâr ve/veya istismarcı ailelerde büyüyen çocuklar, suç işleme riski önemli ölçüde daha yüksektir.

Bilişsel Gelişimsel Eksiklik Teorileri, ahlaki muhakeme, dürtü kontrolü ve problem çözme becerilerinde gecikme gösteren çocukların suç işlemeye daha yatkın olduğunu öne sürmektedir. Bu çocuklar, sonuçları değerlendirmede, başkalarıyla empati kurmada veya duygularını etkili bir şekilde düzenlemede zorluk çekebilir ve bu da riskli davranışlara ve akran etkisine karşı savunmasızlıklarını artırabilir.[10,11]

3. Türkiye'de Mevcut Durum

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), güvenlik birimine gelen ya da getirilen çocuk istatistiklerini her yıl ağustos ayında ilan etmektedir. Bu verilerine göre, 2024 yılında güvenlik birimleriyle temas kuran çocuk sayısı 612.651'e ulaşmıştır. **Şekil 1**'den de izlendiği gibi 2023 yılına göre 2024 yılı artış oranı %9,8'dir. Güvenlik birimine gelen ya da getirilen bu çocukların 202.785'inin suça sürüklendiği, 279.620'sinin ise suç mağduru olduğu belirtmiştir.[5]

Tablo 1'de çocuklara yöneltilen suçların yıllara ve cinsiyete göre sayıları verilmiştir. Bu verilere göre 2020–2024 arasında suça sürüklenen çocuk sayısında yaklaşık %80,8 oranında artış bulunmaktadır. Hırsızlık olayları hariç, toplumsal olaylar %579,4, uyuşturucu suçları 191,7, yaralama olayları %128,6, öldürme olaylarında %119,3, cinsel suçlar %116,7 ve tehdit olayları %86,5 oranında artış göstermiştir. Bir çarpıcı bulgu da kız çocuklarının yıllar içinde suça sürüklenme oranlarının 2 kat artmış olmasıdır. TÜİK 2024 yılı suça sürüklenen çocuklara isnat edilen suç dağılımları **Şekil 2**'de gösterilmiştir.

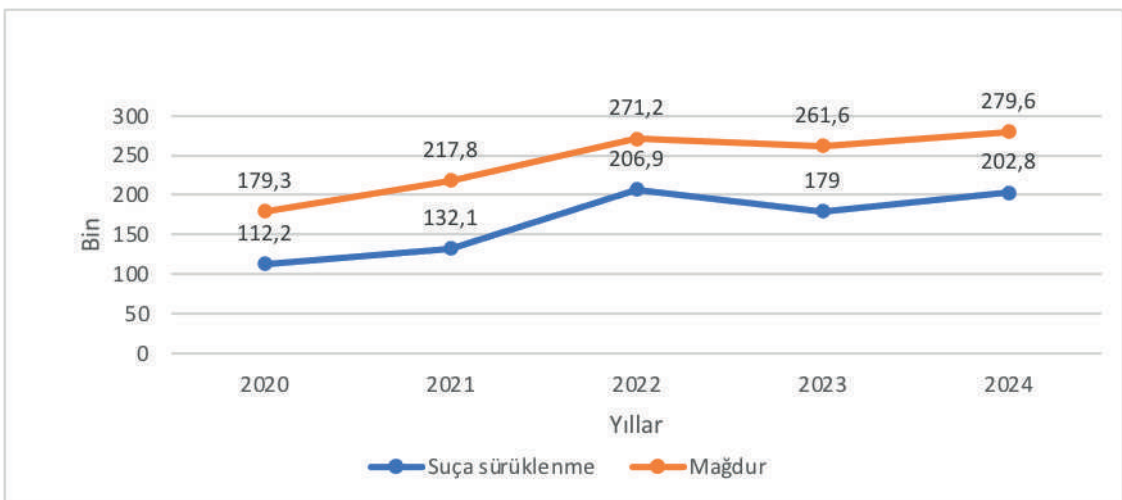
Şekilden de anlaşıldığı gibi çocukların %39'unun yaralama ile ilgili olaylara karıştığını, bunu %16 ile hırsızlık, %8 ile uyuşturucu ile ilgili suçlar ve %4 ile tehdit suçlarının izlediğini ortaya koymaktadır.[5]

Adalet Bakanlığı 2025 yılı Adalet İstatistikleri Raporunda, 2024 yılında toplam suça sürüklenen çocuk sayısının 483.016 olduğu ve toplamda 665.241 suça yönelik dosya açıldığı, bu çocukların 320.588'inin dosyalarının karara bağlandığı belirtilmiştir.[12]

TÜİK verileri kullanılarak Orta Karadeniz Bölgesinde yapılmış bir çalışmada, erkek çocuklarının kız çocuklarına göre suça sürüklenme olasılığının anlamlı derecede daha yüksek olduğu ve en yüksek risk grubunun 15-17 yaş arası olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada çocukların üçte birinin, özellikle sigara ve uyuşturucu gibi bağımlılık yapan maddeler kullandığı, bunun da suç işlemeye devam etme ve sosyal dışlanma riskini daha da arttırdığı bildirilmiştir.[13]

4. Türkiye'de Suça Sürüklenme Nedenleri

Araştırmalar, Türkiye'de çocuk suçluluğunun bireysel patolojilerden ziyade, öncelikle aile temelli, sosyal, ekonomik ve çevresel risk faktörleri tarafından şekillendiğini tutarlı bir şekilde göstermektedir. 1980 ile 2020 yılları arasında yayınlanan çalışmaları kapsayan

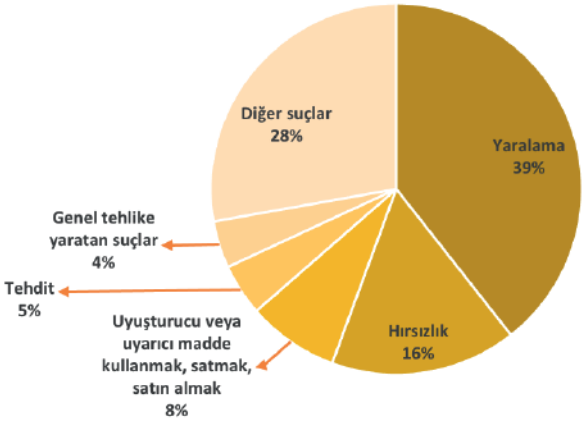


Şekil 1. Güvenlik birimine gelen çocukların seçilmiş geliş nedenleri (2020-2024)[(5)]

Tablo 1. İsnat edilen suç türü ve cinsiyete göre güvenlik birimine gelen veya getirilen çocukların karıştığı olay sayısı (2020-2024)[5]

İsnat edilen suç türü	2020			2021			2022			2023			2024		
	Toplam*	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
Toplam	112.162	94.234	17.928	132.104	110.266	21.838	206.943	170.348	36.595	179.019	143.075	35.944	202.785	166.175	36.610
Öldürme	579	514	65	646	605	41	902	858	44	1.110	1.008	102	1.270	1.174	96
Yaralama	35.808	29.066	6.742	48.621	39.433	9.188	78.268	62.067	16.201	71.244	55.800	15.444	81.875	64.780	17.095
Cinsel suçlar	3.208	2.935	273	4.998	4.571	427	7.874	7.345	529	6.258	5.737	521	6.953	6.401	552
Tehdit	5.029	3.888	1.141	5.693	4.333	1.360	8.421	6.404	2.017	7.127	5.124	2.003	9.378	7.115	2.263
Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma	1.810	1.295	515	2.296	1.672	624	3.758	2.680	1.078	3.459	2.482	977	4.137	2.954	1.183
Hakaret	1.867	1.291	576	1.964	1.325	639	2.805	1.854	951	2.271	1.460	811	2.714	1.694	1.020
Hırsızlık	34.809	31.085	3.724	36.134	31.761	4.373	52.084	45.217	6.867	37.233	31.567	5.666	33.688	28.366	5.322
Yağma (Gasp)	2.184	2.088	96	2.418	2.318	100	5.064	4.817	247	4.375	4.121	254	4.682	4.386	296
Mala zarar verme	3.830	3.396	434	4.318	3.833	485	7.171	6.317	854	5.420	4.779	641	7.270	6.344	926
Genel ahlaka karşı suçlar	175	137	38	249	186	63	384	264	120	298	204	94	388	273	115
Görevli memura mukavemet	911	804	107	844	727	117	1.333	1.198	135	950	839	111	1.283	1.105	178
Adliyeye karşı suçlar	416	246	170	475	271	204	792	486	306	545	340	205	903	541	362
Sahtecilik	1.746	1.597	149	1.963	1.820	143	2.701	2.537	164	2.026	1.898	128	3.026	2.857	169
Uyuşturucu/ uyarıcı madde kullanmak, satmak, satın. almak	5.678	4.525	1 153	6.668	5.322	1.346	9.209	7.207	2.002	8.617	6.786	1.831	16.563	14.150	2.413
Toplumsal olaylar	499	427	72	683	592	91	1.372	1.239	133	1.192	1.071	121	3.389	3.118	271

* Tablodan görece sayıları küçük olan bazı suç türleri yazar tarafından çıkarılmıştır.



Şekil 2. Suça sürüklenen çocuklara isnat edilen suç türü dağılımları (%), 2024[5]

ulusal bir çalışma, suça sürüklenen çocukların büyük bir bölümünün düşük gelirli ve düşük eğitimli ailelerden geldiğini, ihmal, istismar, yoksulluk ve ebeveyn boşanmasının suça sürüklenmenin en güçlü belirleyicileri arasında olduğunu ortaya koymuştur.[14]

Aile içi işlev bozukluğu, en belirleyici faktör olarak vurgulanmaktadır. Ebeveyn denetimi zayıf olduğunda, aile içi şiddet varlığında veya evde madde bağımlılığı yaşandığında, çocuklar suçlu akran gruplarına ve yasadışı faaliyetlere karşı oldukça savunmasız hale gelmektedir.[15–17]

Yapısal kırgınlık, sosyal kontrol mekanizmalarının çöktüğü ve suç şebekelerinin aktif olarak faaliyet gösterdiği kentsel gecekondu bölgelerinde daha da yoğunlaşmaktadır. Zorunlu göç, kentsel yoksulluk ve organize suçlara maruz kalma gibi çevresel koşullar da belirleyici rol oynamaktadır. Çatışma ve terörizm nedeniyle yerinden edilen çocuklar, özellikle de ebeveynlerinden birini veya her ikisini kaybetmiş olanlar, suç ve terör örgütlerine dahil olma konusunda aşırı risk altında olmaktadır. Bu çocuklar çoğu zaman ağır psikolojik travma koşulları altında şiddette, uyuşturucu kaçakçılığına ve silahlı faaliyetlere zorlanmaktadır.[18]

Eğitimden kopma da önemli bir belirleyicidir. Okulu erken bırakan, düşük akademik başarı gösteren veya akranları tarafından dışlanan çocukların suça bulaşma olasılığı daha da yüksektir. Araştırmalar ayrıca, erken yaşta madde kullanımına maruz kalmanın küçük suçlardan şiddet suçlarına geçişi önemli ölçüde hızlandırdığını göstermektedir.[15]

Türkiye'deki hızlı toplumsal dönüşüm, çocuk suçluluğunun doğasını, görünürlüğünü ve itici güçlerini önemli ölçüde yeniden şekillendirmiştir. Kentleşme, dijitalleşme, ekonomik istikrarsızlık ve değişen aile yapıları gibi süreçler hem çocukluk koşullarını hem de suç örüntülerini değiştirmiştir. Son zamanlarda yapılan uzunlamasına değerlendirmeler, geleneksel sosyal kontrol mekanizmaları zayıfladıkça, çocuk suçluluğunun giderek bireysel sapmadan yapısal olarak üretilen kırılganlığa doğru kaydığını göstermektedir.[9]

Kitle iletişim araçları, dijital platformlar ve özellikle sosyal medya, çocukları suça sürükleyen en güçlü çağdaş risk ortamları haline gelmiştir. Şiddet içerikli içeriklere, çevrimiçi kumara, siber tacize, cinsel istismara ve çete bağlantılı dijital ağlara sürekli maruz kalmak, duyarsızlaştırma ve taklit mekanizmaları aracılığıyla çocuklarda şiddeti ve sapkın davranışları da normalleştirmiştir. Ayrıca bu ortamlar çocuklar arasında hem mağduriyet hem de suçluluk riskini arttırmaktadır. Geleneksel suç üreten ortamların aksine, dijital platformlar riski özel alana taşıyarak ebeveyn denetimini giderek etkisiz hale getirmektedir.[19]

Kentsel yoksulluk, çocuk suçlarının en kalıcı yapısal etkenlerinden biri olmaya devam etmektedir. Büyük şehirlerin gecekondu bölgelerinde yaşayan çocuklar, barınma güvencesizliği, kayıt dışı çalışma, okuldan kopukluk ve organize suça maruz kalma gibi çok katmanlı yoksunluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Sosyal hizmet müdahalelerinin varlığına rağmen, kurumsal parçalanma ve uzun vadeli takip eksikliği, sürdürülebilir rehabilitasyon hizmetlerini zayıflatmaktadır.[3]

Covid-19 pandemisi, çocuk suçluluğu için benzersiz bir hızlanma mekanizması yaratmıştır. Karantina uygulamaları okullaşmayı aksatmış, aile içi şiddete maruziyeti artırmış, ekonomik sorunları ve yoksulluğu derinleştirmiş ve kurumsal izleme kapasitelerini azaltmıştır. Silivri'de yapılan Covid-19 pandemisi üzerine bir incelemede, pandemi döneminde pandemi öncesi yıllara kıyasla çocuk suç soruşturmalarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğunu gösterilmiştir.[7] Ayrıca pandemi, aile işsizliğine ve sosyal izolasyona neden olarak ergenler arasında hem madde kullanımını hem de şiddet içeren davranışları yoğunlaştırmıştır.[20]

Türkiye'de 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu kapsamında Çocuk Destek Merkezleri (ÇODEM) suça sürüklenen çocuklar için birincil kurumsal rehabilitasyon hizmetini temsil etmektedir. Bu merkezler, psikolojik terapi, eğitime yeniden uyum, madde bağımlılığı tedavisi ve aile rehabilitasyon süreçlerini koordine etmektedir. Ancak bölgesel kapasite farklılıkları, işgücü eksiklikleri ve disiplinler arası koordinasyon eksiklikleri bu hizmetlerin etkisini sınırlandırmaktadır. Çocukların uzun süreli yeniden topluma entegrasyon başarı-

sı, taburculuk sonrasında büyük ölçüde aile ortamları ile ilişkili olmaktadır.[8]

Çocuk suçluluğu, çocuk hakları ihlallerinden ayrı tutulamaz. Hukuka aykırı gözaltılar, uzun süren yargı süreçleri ve aşırı zorlayıcı müdahaleler çocuklar için ikincil mağduriyetlere yol açmaktadır. Özellikle aile üyelerinin veya çocukların yaşadıkları zorla polis müdahaleleri sırasında hissettikleri hukuki güvensizlik, sapkınlık, güvensizlik ve kurumsal yabancılaşma döngülerini besleyen kalıcı psikolojik travmalara yol açmaktadır.[2]

Sonuç olarak;

Çocukların suça sürüklenmesi, yalnızca adli bir konu değildir; erken yaşam risklerinin, sosyal kırılganlıkların ve sistemsel yetersizliklerin bir sonucu olarak ele alınması gereken önemli bir halk sağlığı göstergesidir. Bu bölüm, Türkiye'de çocuk suçluluğunun bireysel ahlaki başarısızlığın bir sonucu olmadığını, yoksulluk, ailevi işlev bozukluğu, eğitimden mahrum kalma ya da kopma, kentsel yoksunluk, dijital ortama maruz kalma, siyasi şiddet ve sosyal hizmetlerin kurumsal yetersizlikleri gibi kesişen yapısal zaafların ürünü olduğunu göstermiştir.

Ulusal istatistiki veriler, her yıl yüzbinlerce çocuğun ceza adalet sistemiyle temasa geçtiğini doğrularken, bu konuda yapılan araştırmalar, çocukların bireysel, özerk tercihleri yerine kolektif, kümülatif risk mekanizmaları aracılığıyla sistematik olarak suça sürüklendiklerini göstermektedir.

Kanıtlar; ihmal, istismar, şiddet, kopuk bağlanma ve ebeveynin madde bağımlılığı gibi aile temelli risk faktörlerinin çocuk suçluluğunun en güçlü belirleyicileri olmaya devam ettiğini açıkça göstermektedir. Bu faktörler, özellikle suç yoğunluğu yüksek mahalle, kayıt dışı çalışma, okuldan kopma ve suçlu akran grupları varlığı gibi çevresel risklerle daha da güçlenmektedir. Kentsel yoksulluk bölgeleri, yapısal suç üretim ortamları olarak işlev görürken, terör mağduriyeti, zorla yerinden edilme, suç işleme riskini önemli ölçüde arttıran aşırı psikolojik ve sosyal kırılganlık biçimleri yaratmaktadır.

Çocuk Destek Merkezlerinin bölgesel kurumsal kapasite farklılıkları rehabilitasyon hizmetlerini sınırlandırmakta, kurumsal uygulamaların önleyici olmaktan çok tepkisel kalmasına, olay olduktan sonra müdahalesine neden olmaktadır. Bu durum, çocuklar üzerinde sokaklar ve adalet sistemi arasında dönen bir kapı etkisi yaratmaktadır.

Çalışmalar, dijitalleşmenin çocuk suçluluğunun doğasını değiştirdiğini, dönüştürdüğünü ve sosyal medya, siber suç, çevrimiçi istismar ve dijital çete ağları aracılığıyla suç oluşturan etkenlere maruz kalmanın özel alanlara yayıldığını doğrulamaktadır.

Covid-19 pandemisinin çocuk suçluluğu üzerine etkilerinin geçici olmadığı, yapısal bir hızlandırıcı görevi üstlendiği vurgusu da sonuç bölümünde yer alması gereken önemli bir konudur.

Tüm bu saptamalar, Türkiye'de çocuk suçluluğunun yalnızca cezalandırıcı adalet mekanizmalarıyla etkili bir şekilde ele alınamayacak kadar birçok katmanın iç içe geçtiği yapısal bir olgu olduğunu doğrulamaktadır. Ayrıca bu saptamalar, çocuk koruma başarısızlığımızı da açıkça ortaya koymaktadır. Çocuk suçlarında sürdürülebilir bir azalma, yalnızca ceza, gözetim veya kurumsal izolasyonla sağlanamaz. Çocukları suça iten bu döngüyü etkili bir şekilde kırmak için erken, önleyici, çok disiplinli, hak temelli ve toplumsal olarak bütünleşik bir çocuk koruma modelinin kullanılması gerekmektedir. Bu müdahaleler olmadan çocuklar sosyal dışlanma ve suça sürüklenme/suçlulaştırma arasında dönen bir döngüde sıkışıp kalmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Maharishi B, Kumar S, Dheeman S. Children In Conflict With Laws. Int J Early Childh Spec Educ, 2022;14(03).
2. Ateşçi Kardelen. Çocuk ve Ceza Sorumluluğu: Neoliberal Söylemlerin Çocuk Suçluluğu Üzerine Etkisi. İstanbul. İstanbul Barosu. Çocuk Hakları Merkezi 23 Nisan Özel Yayını. Nisan 2025.
3. Akkuş P. Kentte Suça İtilen Çocuklar Sorunu ve Sosyal Hizmet Müdahalesinin Çıkmazları [Internet]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/353235685
4. UNICEF. Children in detention database [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct. 6]. Available from: https://data.unicef.org/topic/child-protection/justice-for-children/#-data
5. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri, 2024. 01. Ağustos 2025
6. TBMM. 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu. Ankara. Resmî Gazete 3.7.2005
7. Sarıbey AY, Değirmenci A. Çocukların Suça İtilmesi ve COVID-19 Pandemisi Üzerine bir İnceleme: Silivri ÖrneğiTürkiye Adalet Akademisi Dergisi, 2023;(56):287–314.
8. Batman H, Demirel AC. Suça Sürüklenen Çocuklarda Çocuk Destek Merkezlerinin Yeri ve Önemi. Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 2023;5(2):1–10.

9. Özalp A. Toplumsal Değişim Sürecinde Çocuk Suçluluğu: Eğilimler ve Etkiler. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi 2024;13(1):446–66.
10. Özalp A. Çocuk Suçluluğunun Toplumsal Nedenlerine Sosyolojik Bir Bakış (Antalya Örneği). 21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum, 2018, 7 (21): 739-769
11. Tarihi B, Çabuk G, Çocuk Suçluluğu Bağlamında Çocuğu Suça İten Nedenler. Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet Çalışmaları Dergisi, 2022, 3(1):129-142.
12. T.C. Adalet Bakanlığı Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü. Adalet İstatistikleri 2024. [Internet]. 2025. Available from: https://adlisicil.adalet.gov.tr/Home/SayfaDetay/adalet-istatistikleri-yayin-arsivi
13. Pelit K, Alkan MF. Suça Sürüklenen Çocukların Sosyo-Demografik ve Suç Özelliklerinin İncelenmesi. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi 2022;6(1):51–65.
14. Aslan Y. Suça sürüklenen çocuklarla ilgili yapılan yayınların incelenmesi. Anatolian Journal of Health Research 2021;2 (3):79–86.
15. Vural T, Yıldızlar K. Suça Sürüklenen Çocuk ve Risk Faktörleri. Sosyal ve Beşeri Bilimlerde Araştırma ve Değerlendirmeler. Aralık 2023.
16. Özbek MM, Atay E, Özbek TC, Sevinçok D, Cansız MA, Aydemir Ö. Factors Affecting Recidivism in Children Drawn into Crime. Turk Psikiyatri Dergisi 2025; 36:309–17.
17. Öngören H, Katılmış A. Çocukları Suça İten Nedenler ve Alınması Gereken Önlemler: İstanbul Emniyet Müdürlüğü Çocuk Şube Müdürlüğü Görevlilerinin Görüş ve Değerlendirmeleri. Çocuk ve Medeniyet Dergisi 2021;6(11).
18. Ataç İ. Suça Sürüklenen Terör Mağduru Çocuklar. Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi 2021;10(26):118–31.
19. Lokmanoğlu E, Çakmakkaya BY, Altun Z, Yıldırım F. Sosyal medya bağlamında suça sürüklenen çocukların İncelemesi. International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR), 2024, 11(112):2149-2157.
20. Kara B, Özcan AF. Polisin Pandemi Öncesi, Pandemi Dönemi ve Sonrasında Müdahale Ettiği Suç İçeren Olayların Analizi. Uluslararası Türk Dünyası Araştırmaları Dergisi 2025;8(3):359–82.

Türkiye'de Çocuk ve Ergen Sağlığı Alanında Geleceğe Yönelik Değerlendirme

L. Hilal Özcebe

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği tarafından hazırlanan 2020-2025 Türkiye Sağlık Raporunda çocukların sağlığına ilişkin olan bölüm bulguları; gelecekte karşılaşılabilecek sağlık sorunlarına ilişkin önemli veri kaynağı olacağı öngörülmektedir.

Bu bölümde yer alan alt bölümlerin sonuçları aşağıda özetlenmiştir:

- **Türkiye genç bir nüfusa sahiptir.** Türkiye'de "0-17" yaş grubu nüfus 21.817.061 olup toplam nüfusun %25,5'idir. Rapor döneminde iki büyük kriz yaşanmıştır. COVID-19 pandemisi genellikle dolaylı ve sistemik etkilerle çocuk sağlığını zorlarken, 2023 depremleri doğrudan can kayıplarına ve deprem bölgesinde bebek/çocuk ölüm hızlarında çarpıcı artışlara neden olan akut bir kriz olarak öne çıkmıştır.
- **Halen ülkemizde yaşama hakkına ulaşamayan bebek ve çocuklar bulunmaktadır**. Bebek ölüm hızı %09 ve beş yaş altı ölüm hızı %011,1'dir. Neonatal ölüm hızı %06 ve postneonatal ölüm hızı %03,8'dir. İller ve bölgeler arası farklılıklar bulunmaktadır. Beş yaş altı ölüm nedenleri düzenli olarak yayınlanmamakta olup; 2021 yılında konjenital anomaliler (%31,9), prematürite (%26,1), doğum asfiksisi ve doğum travmaları (%5,4), sepsis ve diğer enfeksiyonlar (%4,9), yaralanmalar (%4,7), alt solunum yolu enfeksiyonları (%4,5) ve diğer nedenler (%21,7)'dir. **Ölüm hızları ve nedenlerinde yenidoğan ve doğumla ilişkili nedenlerin ilk sıralarda olması gebelik bakımı, doğum koşulları ve yenidoğan bakım programlarının güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bölgeler ve iller arası farklılık, sağlıkta eşitsizliği göstermektedir.**
- Türkiye'de çocuk ve ergenlerde özellikle fazla kilololuk ve şişmanlık sorununa ve bodurluk sorunlarını öne çıkmaktadır. Çocuklar arasında beslenme sorunlarının olması, fiziksel aktivitenin yeterli düzeyde olmaması sağlıklı büyüme ve gelişme önünde bir engel olarak tanımlanmaktadır. **Her çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişme hakkı olduğu yaklaşımının tüm sektörler tarafından benimsenmeli ve uygulamalıdır**.
- Türkiye'de çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında sık karşılaşılan sorunlar sağlık hizmetleri açısından önemli bir yük oluşturmaktadır; gelecekte de oluşturacaktır. Özellikle 2020-2025 dönemi itibarıyla pandemi ve sosyal değişimlerin ruh sağlığı yükünü artırmıştır. **Koruyucu ruhsal sağlık hizmetleri, çocuk sağlığı hizmetleri kapsamı altında birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamına alınmalı; ikinci basamak ile işbirliği içinde olunmalıdır.**
- Türkiye'de çocuk ve ergenlerde hem madde hem de davranışsal bağımlılıklarda dikkat çekici bir artış olduğu gözlenmiştir. Bağımlılıkla mücadele politikalarının yalnızca madde kullanımını değil, teknoloji ve kumar gibi davranışsal bağımlılıkları da kapsayacak şekilde bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. **Bölgesel ya da yerel olarak bağımlılıktan koruyucu faktörlerin güçlendirilmesi, çevresel faktörlerinin kontrol altına almayı amaçlayan önleme programlarının daha etkin olduğu kanıtlanmıştır. Okul temelli önleme programlarının bu yönde revize edilmesi gerekmektedir.**
- Çocukluk ve ergenlik dönemi ölümlerin önemli bir kısmı dışsal yaralanmalar ve zehirlenmelerden kaynaklanmaktadır. 2020–2023 yılları arasında trafik kazaları, yüksekten düşmeler ve zehirlenmeler

en sık karşılaşılan ölüm nedenleri arasında yer almıştır. Aynı dönemde, 15–19 yaş grubunda intihar oranlarının belirgin bir şekilde arttığı dikkat çekmektedir. **Yaralanmaların önlenebilir bir sağlık sorunu olarak ele alınması, öncelik verilmesi, güvenli çevrenin oluşturulması ve güvenli davranışlar kazandırılmasına ilişkin müdahalelerin uygulanması gerekmektedir.**

- Yapılan araştırmalar çocuğa yönelik istismarın tüm türlerinde 2020-2024 yılları arasında artış olduğunu göstermektedir. Özellikle bu zaman aralığında yaşanan pandemi ve deprem gözlenen artışı etkileyen önemli faktörlerdir. **Çocuk istismarı ve çocuğa yönelik şiddetin önlenmesinde yasaların uygulanması, toplumsal normlar ve değerlerin geliştirilmesi, çevrenin güvenli hale getirilmesi, ailenin bilgilendirilmesi ve desteklenmesi, ekonomik destek programlarının sürdürülmesi, mağdurların tedavi ve rehabilitasyonu kanıtlanmış başarılı müdahalelerdir.**
- Ülkenin kalkınma ve stratejik planlarda okul sağlığı konu başlığına doğrudan yer verilmemesi de ulusal ölçekte sağlık ve eğitim hizmetlerinde okul sağlığı kavramının benimsenmediğinin bir göstergesidir. **Halk sağlığı profesyonellerinin okul sağlığı alanına daha fazla odaklanılması ve daha güçlü savunuculuk yaparak "okul sağlığı hizmet"lerinin uygulamaya geçmesi sağlanmalıdır.**
- Çocuk ve ailesinin incinebilir koşullarda olması ve çocuğun gelişme ve korunma hakkını yeterince gözetemeyen politika ve hizmetler çocukların suça sürüklenmesinin altında yatan temel nedenlerin başında gelmektedir. Ülkemizde giderek daha da önemli bir sorun haline gelen bu sorunun önlenmesine ilişkin müdahalelerin ivedilikle uygulanmaya başlaması önemlidir. **Çocuğun cezalandırılması bir çözüm önerisi olmayıp, çocuğun suça sürüklenmesine neden olan faktörlerin ortadan kaldırılması gerekmektedir.**

Ülkemizde ulusal politika belgelerinde en fazla vurgulanan konu "çocukların yaşama hakları" olduğu görülmektedir. Çocukların sağlığının korunması ve geliştirilmesine ilişkin hedef ve stratejiler farklı kurum/kuruluşların hizmet alanlarında yer almaktadır. Bu bölüm kapsamında çocuk sağlığında sınırlı konu başlıklarıyla yapılan değerlendirmede; çocukların büyüme ve gelişme sürecinde "beslenme", "fiziksel aktivite", "ruhsal sağlık", "bağımlılıklar", "şiddet, istismar ve ihmal" ve "yaralanma" sorunlarını yaşadıkları, yaşama haklarının yanı sıra gelişme haklarına da erişemedikleri gözlenmektedir. Bu bölümde sadece "suça sürüklenen çocuklar"la ilgili bir bölüm olmakla beraber, kitabın diğer bölümlerinde yer alan "incinebilir ortamda olan çocuk ve ergenlerin" pek çok haklarının ihlal edildiği bilinmektedir. **Çocuğun yaşama, gelişme, katılım ve gelişme haklarını kapsayan, bütüncül bakış açısıyla aile, okul başta olmak üzere tüm yaşam alanlarında "çocuğun üstün yararını gözeten", transdisipliner bir çocuk politikasına gereksinim vardır. Bu politikanın kamu, özel ve sivil toplum tarafından benimsemesinin sağlanması ve "0" tolerans ile uygulamaya geçirilmesi gerekmektedir. Politika belgesinde özellikle kırılgan grupların tanımlanması ve özel hedefler belirlenmesi önemlidir.**

BÖLÜM 5

KADIN SAĞLIĞI/ÜREME SAĞLIĞI

Bölüm Editörleri: *Ayşe Akın, Şevkat Bahar Özvarış*

Sunuş

Ayşe Akın, Şevkat Bahar Özvarış

Sağlık alanında gelişmelerin izlenebildiği, bilimsel yöntemlerle tespit edilmiş güvenilir, sürekliliği olan verilere dayalı bilgi, özellikle tıp alanının olmazsa olmazıdır. Türkiye'de her ne kadar konu bağlamında alınan mesafeler varsa da hala eksiklerin, boşlukların olduğu bilinmektedir.

İşte bu eksiği gidermek amacı ile Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 2012 yılından beri beş yıl aralıklarla "Türkiye Sağlık Raporu'nu" (TSR) tüm üyelerinin katkıları ile büyük bir özenle hazırlamakta ve yayınlamaktadır.

Bu raporların içinde 2025 - Türkiye Sağlık Raporunda da (TSR-2025) Kadın Sağlığının özellikle toplumsal cinsiyet ve üreme sağlığı bağlamındaki konularına ayrı bir bölüm ayrılarak hazırlanmıştır. Bu bağlamda bizler kadın sağlığına yıllarını vermiş bu nedenle de Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı konularının bazen fazla dile getirilmeyen yönlerini de iyi bilenler olarak tüm bölüm yazarlarımızla birlikte sınırlı süre ve kapsam bağlamında konuları ele aldık.

Sık duyulan cümleler vardır "Kadın sağlığına ayrı yer ayrılması yerine, pek çok yönü diğer sağlık bölümleri içinde zaten ele alınıyor oralarda vurgu yapılması yetmez mi?" denilir; ya da kadın hakları denildiğinde sadece insan hakları ele alınsa kadın hakları zaten onun bir bölümü yetmez mi? Bu soruların kısa yanıtı "YETMEZ" olmalıdır. Çünkü bu argüman bile, kadın sağlığı konusunda sadece görüş ayrılığını değil, bazı gerçeklerin gözden kaçırıldığına işaret etmektedir. Şöyle ki?; Sağlık bağlamında fizyolojik farklılıklar nedeni ile başlık aynı olsa bile her iki cinsiyet biyolojik olarak farklı etkilendiğinden ve ayrıca, toplumsal cinsiyet rolleri kadın ve kız çocuklarının sağlığını farklı etkilediğinden kadın sağlığının ayrı ele alınmasını gerektirir. Yine öyle sağlık sonuçları var ki "sadece kadına özgü/özeldir", burada genel olarak üreme ve cinsel sağlık; bazı kanserleri, cinsiyet temelli şiddeti, isteyerek düşükleri, gebelik komplikasyonlarını, anne ölümlerini sayabiliriz. Yine bilinmektedir ki enfeksiyonların bulaşma sıklığı (cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi) seyri ve prognozu kadının sadece fizyolojik özelliğinden değil toplumsal cinsiyet ayırımcılığı gibi kadını güçsüz konuma düşüren faktörlerden de kaynaklanır. Benzer şekilde kadınların eğitim ve sağlık hizmetlerine ulaşımı, karar mekanizmalarında yer alma durumları, yoksulluk ve sonuçları, kadınlar bağlamında daha olumsuzdur. Tüm bu sözü edilenler, sadece Türkiye'de değil tüm dünya genelinde gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere daha da olumsuzdur.

Türkiye Sağlık Raporu 2025 kapsamında yukarıda belirtilenlerin pek çoğu "Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı Bölümü'nde" konunun uzmanları tarafından özellikle son beş yılı kapsayan bilgilere değinilerek ele alınarak geleceğe yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Bazı bölümler ise Kadın Sağlığı bölümünde kısaca ele alınmakta ancak raporun diğer bölümlerine atıf yapılmaktadır.

Diğer dikkat çekmek istediğimiz bir husus ise;

2025 yılı TSR'nun öncesinde, yani son beş yılda ülkemizde yaşanmış olan, öncelikle 2020 yılında başlayan toplam 100 binden fazla ölüme yola açan Covid-19 pandemisidir. Daha sonra yaşanan 6 Şubat 2023'te Kahramanmaraş merkezli, resmi verilere göre 53 binden fazla kişinin hayatını kaybettiği, 11 ilde ağır yıkıma neden olmuş olan ve 13 milyon kişinin hayatını doğrudan etkileyen iki büyük depremdir. Tüm bu yaşananlara ek olarak Orman Genel Müdürlüğü'nün resmi verilerine göre; son beş yılda yıllık ortalama 2.771 yangın vakasında 11.819 hektar orman alanının yandığını buna bağlı yaşanan sağlık ve sosyal olaylardır. Bu bilgilere boyutu daha az olan diğer felaketler de eklenebilir.

Bu "büyük felaket" diye nitelenebilecek olaylar kuşkusuz ülkeleri, sosyoekonomik ve diğer pek çok yönü ile olumsuz etkilemektedir. Somut örnek ise, geleneksel

olarak Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri tarafında düzenli olarak yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının (TNSA) sonuncusunun 2023 yılında yapılması planlanmış, ancak 2023 yılı Kahramanmaraş depreminin etkili olduğu çok büyük nüfus nedeni ile uygulama aşamasına zamanında geçilememiş olması temel gerekçe olarak belirtilmektedir. Bu durum esasen bu raporda ele aldığımız kadın sağlığı/üreme sağlığı konularında bölüm yazarlarının, son beş yılın "üreme sağlığı/kadın sağlığı" konularında güvenilir ulusal bilgiye ulaşılabilmesinde, trendlerin gösterilmesinde ciddi bir boşluk yaratmıştır. Bu hususa "Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı" bölümünün girişinde dikkat çekmek isteriz.

Bölüm yazarlarımızın büyük emekle hazırladıkları "özellikle son beş yılı ele alan mevcut durum, sorunlar ve çözüm önerilerini okurken – incelerken, atılan olumlu adımları kadın sağlığı adına kendinizi iyi hissederek okuyacak; bazen de özellikle sağlık alanında büyük deneyimleri, birikimleri, insan gücü ve potansiyeli olan bir ülke de neden hala yapılmaması/olmaması gereken yanlışlar yapılıyor diye düşüneceksiniz. Her ne kadar yazarlarımız özellikle 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ni dikkate alarak en önemli çözüm önerilerini belertmişlerse de bunlara sizlerin de ekleyecekleri olduğuna inanmaktayız.

Türkiye'de teorik bağlamda çok iyi hazırlanmış yasalarımız, yönetmeliklerimiz uygulama rehberlerimizin vb. olduğunu, bizim ülkemizin de katkıları ile hazırlanmış "uluslararası yasa ve belgelerin" olduğunu hatta bunları anayasamızın 90. Maddesi gereği imza ve onay aşamalarını tamamladığımız için bizim yasalarımızın üzerinde güçleri olduğunu da biliyoruz. Kanımızca sorun Politik iradenin tüm bu zorunlu olduğumuz yasaların, tüzük ve yönetmeliklerin ya tüm ile göz ardı edilmesi ya da tam olarak uygulanmamasıdır. Bu belirtilenlerin pek çok kanıtını Kadın Sağlığı bölümünü okurken/değerlendirirken özellikle "koruyucu sağlık hizmetleri bağlamında" göreceksiniz.

İnceleyeceğiniz Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı bölümünden birkaç örnek vermek gerekirse; Bir ülkenin gelişmişlik düzeyini de gösteren anne ölümleri gelişmiş ülkelerde yüz bin canlı doğumda 4-5 civarında olduğu halde Türkiye'de bu oran gelişmiş ülkelerin 3 misli yüksek olarak son 10 -15 yıldır aynı düzeyde, azalmadan devam etmektedir. Bu ölümlerin en az %44,8'i önlenebilir nedenlere bağlı meydana gelmektedir. 2023 ve 2014 yılları arasında bu ölümlerde meydana gelen yüz bin canlı doğumda 13,5 tan 11.5' a olan düşüş ümit verici olsa da tüm anne ölümlerinin yaklaşık % 45'i hala önlenebilir nedenlere bağlı meydana gelmektedir. Anne ölümlerinde kırsal-kentsel oranlar ya da bölgelere göre farklı olan sonuçlar, halen eşitsizliklerin devam ettiğinin göstergesidir. Uygulamalar değerlendirildiğinde önlenebilir anne ölümlerinin fazla olmasına karşın Türkiye'de mevcut liberal yasaya rağmen Aile Planlaması hizmetlerinde bir gerileme mevcut olup hala her üç aileden birinin karşılanmayan hizmet gereksinim mevcuttur. Sadece bu örnek bile sağlık sisteminin Temel Sağlık Hizmetleri bölümünün, özellikle koruyucu önleyici hizmet bileşenlerinin güçlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Daha öz bir ifade ile mevcut sağlık sistemi ve yönetiminin gözden geçirilmesi gereğini vurgulamaktadır.

Kadın Sağlığı bölümünde yer alan her bir yazıda mevcut durum yansıtılmaya çalışılmış ve konunun özellikle Halk Sağlığı yönü ile önemli olan hususları vurgulanmıştır.

Kadın Sağlığı bölümünün "Bitiriliş-Sonuç" bölümünde ise bu bölümde yer alan yazıların içerik ve kanıtları ışığında Türkiye 2030 yılına dek "Küresel Sürdürülebilir Kalkınma Amaç ve hedeflerine" ne ölçüde ulaşabilir olduğu, ulaşabilmek için en azından yapılması gereken temel strateji, yaklaşım ve uygulamalar neler olmalıdır konuları irdelenmiştir.

Bölüm editörleri olarak bizler HASUDER'in 2025 Türkiye Sağlık Raporu'nun hazırlanmasındaki kararı ve düzenlemeleri için, HASUDER Yönetim Kurulu'na, Merkezde görev alan TSR-2025 Rapor Editörlerine, Rapor bölümleri editörlerine teşekkür ediyoruz.

En büyük teşekkürümüz ise, Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı bölümüne özenle emek veren yazarlarımızadır, onlara çok teşekkür ediyoruz.

Türkiye'de, Ergen/Genç Üreme Sağlığı/Cinsel Sağlık Sorunları ve Bu Alandaki Gelişmeler

Sare Mıhçıokur, Ayşegül Esin

1. Genç, Ergen ve Genç İnsanlar—Kimdir Bunlar?

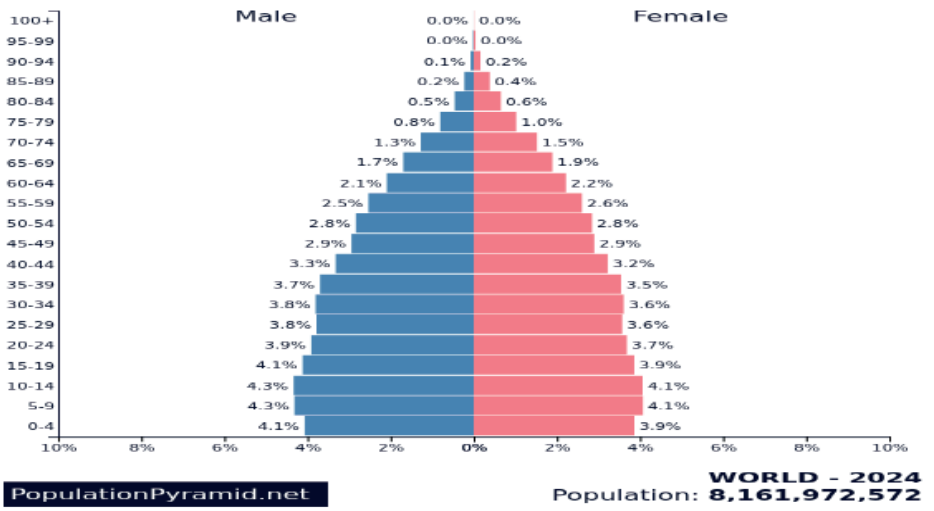
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaş aralığını ergenlik, 15-24 yaş aralığını ise gençlik olarak tanımlamaktadır.[1] Gençlik, sağlık alışkanlıklarının ve cinsel davranışların şekillenmeye başladığı bir dönemdir ve cinsel ve üreme sağlığı (CSÜS) ile ilgili konular öncelikli olarak ele alınmalıdır.[2,3] %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan ergenler, dünya nüfusunun 1/6'sını, yani yaklaşık 1,2 milyarı oluşturmaktadır.[2] Günümüzde 8,2 milyara ulaşan dünya nüfusunun %16,2'si 10-19 yaş grubu ergen, %15,3'ü 15-24 yaş grubu gençlerden oluşmaktadır.[4,5]

Birleşmiş Milletler ve DSÖ verilerine göre dünya nüfusu ~8,254 milyar olup, bunun yaklaşık %16'sını (≈1,3 milyar) 10–19 yaş ergenler ve yaklaşık %16'sını (≈1,2–1,3 milyar) 15–24 yaş gençler oluşturmaktadır.[6-8]

Şekil 1'de dünyadaki adölesan yaş grubunun 1950-2100 arası projeksiyonu yer almaktadır. 2030 yılında adolesan yaş grubu ortalamasının pik yaparak hafif bir eğim ile azalmaya başlaması beklenmektedir.[9]

2. Ergen/Genç Sağlığı ve Üreme/Cinsel Sağlığı

Çocukluktan ergenliğe geçiş, büyük fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal değişimlerle ilişkili, yaşamın olağanüstü bir dönemidir ve çevreyle ilişkilerin refah ve sağlıktan sorumlu bireysel kaynakları düzenlediği dinamik bir gelişimle karakterize edilir.[10] Sağlık açısından



Şekil 1. Dünya Nüfusunun Yaş gruplarına göre nüfus piramidi (1950-2100), 2024

Kaynak: UN, 2024

- 2019 itibarıyla, Düşük ve Orta Gelirli Ülkelerde (DMOÜ) 15-19 yaş arası ergen gebelikler her yıl tahmini 21 milyon iken; bunların yaklaşık %50'si istenmeyen gebelik ve tahmini 12 milyon doğumla sonuçlanmaktadır.[13]
- Küresel olarak, ergen doğumları, 2000 yılında 1000 kadın (15-19 yaş) başına 64,5 doğumdan 2023 yılında 1000 kadın başına 41,3 doğuma düşmüştür.[13]
- 15-19 yaşlarındaki kız çocuklarında ise **adolesan doğurganlık hızı** binde 38'dir.[14]
- Ergen anneler (10-19 yaş arası), 20-24 yaş arası kadınlara kıyasla eklampsi, lohusalık endometriti ve sistemik enfeksiyon riskleri daha yüksektir ve ergen annelerin bebekleri düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve ciddi neonatal hastalık riskleriyle daha fazla karşı karşıyadır.[13]
- Küresel olarak, 2023 yılında 10-14 yaş arası kız çocukları için ergenlik çağındaki doğum oranı binde 1,5 olduğu tahmin edilmektedir; bu oranlar Sahra Altı Afrika'da 4,4 ve Latin Amerika ve Karayipler'de daha yüksektir.[13]
- 15-19 yaş arası ergenler arasında her yıl görülen yeni CYBE sayısı, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne ulaşmak için yeterince hızlı bir düşüş göstermemektedir. 2023 yılında, 15-24 yaş arası tahmini 1,9 milyon ergen kız ve genç kadın HIV ile yaşarken, bu sayı 1,2 milyon ergen erkek ve genç erkektir.[15]
- Gençler (15-24 yaş), küresel olarak tüm yeni HIV enfeksiyonlarının yaklaşık %30'unu taşımaktadır ve bu yaş grubundaki yeni enfeksiyonların yaklaşık %60'ını kızlar ve genç kadınlar (15-24) oluşturmaktadır.[15]

Şekil 2. Dünyada ergenlerde üreme sağlığı ve cinsel sağlık yükleri

Kaynak: WHO, 2024; SWOP 2025; WHO, 2023

ergenlik, yaşamın en iyi dönemlerinden biri olarak kabul edilse de kısa ve uzun vadede sağlık durumunu ve refahı tehlikeye atan olası risk faktörlerini küçümseme eğilimi, hastalıkların başlangıcına yatkınlık yaratır.[10] Cinsel etkinlik dönemi daha erken yaşta başlarken, ergenler, cinsellik, gebelikten korunma yöntemleri (GKY) ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla (CYBE) ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları için istenmeyen gebelik ve HIV dahil CYBE, sigara ve alkol alışkanlığı, uyuşturucu madde kullanımı, yanlış beslenme alışkanlıkları, kazalar, intiharlar ve psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır.[3,11,12]

3. Ergen ve Gençlerin Cinsel/Üreme Sağlığı: ICPD'den Günümüze Politik Çerçeve, Eğilimler ve Kanıtlar

3.1. Politik Dönüm Noktaları ve Hak Temelli Yaklaşım

Ergenlere/gençlere yönelik CSÜS uzun süre nüfus politikalarının dışında kalmışken, 1994 ICPD (Kahire) ve 1995 Pekin 4. Dünya Kadın Konferansı ile birlikte cinsellik, cinsel sağlık ve üreme sağlığı temel insan haklarının parçası olarak tanınmış; ülkelerin sağlık programlarında ergen/genç gereksinimlerinin sistematik biçimde ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. Bu yaklaşım, ICPD Eylem Programı'nda açıkça çerçevelenmiştir.[16]

ICPD25 Nairobi Zirvesi (2019) bu hak-temelli çizgiyi yenileyerek; kapsamlı cinsellik eğitimi (CSE), istenmeyen gebeliklerin ve CYBE'lerin önlenmesi, cinsel/toplumsal cinsiyete dayalı şiddetten korunma ve genç-dostu hizmetlerin yaygınlaştırılması gibi somut taahhütleri öne çıkarmıştır.[17,18]

3.2. Küresel Teknik Rehberlik ve Programlama

Ülkelerin ergen sağlığına yaklaşımını dönüştürmek için World Health Organization'un (WHO) Ergenlerin Sağlığı İçin Hızlandırılmış Eylem (ES-HE!) Ülke Uygulamasını Destekleme Kılavuzu (2017; güncellenmiş ES-HE! 2.0, 2023) planlama-uygulama-izleme döngüsünde kanıta dayalı stratejiler sunmaktadır; genç-dostu, erişilebilir ve mahremiyeti gözeten hizmet modellerini, eğitim ve topluluk temelli platformlarla birlikte önermektedir.[19-21]

3.3. Eğilimler: Erken Evlilik, Doğurganlık ve Yöntem Kullanımı

- Evlilik ve eğitim: Gençlerin eğitimde daha uzun süre kalması, evliliği ertelemeyi ve yöntem kullanımını artırmaktadır. Guttmacher–Lancet Komisyonu 20–24 yaş kadınlarda 18 yaş altı evlilik oranının 25 yılda yaklaşık %25'ten %20'ye gerilediğini rapor etmektedir.[22]
- Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı: Küresel ölçekte evli/birliktelik içindeki ergenlerin ~%21'i modern yöntem kullanmaktadır; karşılanmamış ihtiyaç ~%23 civarında seyretmektedir.[22]
- Ergen doğurganlığı: 1990–1995'e kıyasla 2015–2020 döneminde 15–19 yaş doğumları üçte bir azalmıştır; yine de dezavantajlı gruplarda erken doğum sosyo-ekonomik eşitsizlikleri kalıcılaştırmaktadır.[22]

3.4. Sağlık Riskleri: Anne ve Yenidoğan

WHO verilerine göre ergen anneler (10–19) preeklampsi/eklampsi, puerperal endometrit ve sistemik enfeksiyon açısından 20–24 yaşa göre daha yüksek risk taşır; bebeklerde düşük doğum ağırlığı, prematürite ve ciddi neonatal durum riski artar. Hamilelik ve doğum komplikasyonları, 15–19 yaş kız ergen ölümlerinin başlıca nedenlerindendir.[1,13]

3.5. Türkiye'de Durum

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Çocuk İstatistikleri 2024 göre:

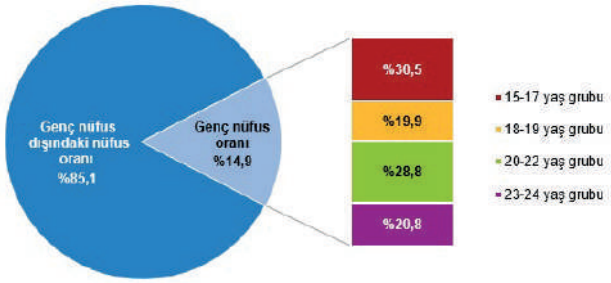
- Ergen doğurganlık hızı (15–19): 2001: ‰49 → 2012: ‰31 → 2018: ‰19 → 2024: ‰10
- 2024'te 18 yaşaltı annelere ait canlı doğum sayısı: 6.074 Bu düşüş, genç yaşta doğurganlığın son yirmi yılda belirgin biçimde azaldığını göstermektedir.[23]
- 16-17 yaşındaki kız çocukların %0,7'si 16-17 yaşındaki erkek çocukların %0,05'i evlenmiştir.[24]

Bu yazıda daha önce Türkiye Sağlık Raporu 2020'de yayımlanmış olan yazının güncellenmesi ile Türkiye'de günümüze kadar gerçekleştirilen araştırmalar, projelerin sonuçları doğrultusunda ergen / geçlerin üreme sağlığı / cinsel sağlık ile ilgili sorunlar ve bu alandaki gelişmeler ile ilgili profilin çıkarılması amaçlanmıştır. 1963'den bu yana her beş yılda bir gerçekleştirilen Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) ülkemizde nüfusun özellikle doğurganlık ve gebelikten korunma yöntemleri konusunda durumunu ortaya koymaktadır. 2023 TNSA sonuçları henüz açıklanmadığından dolayı 2018 TNSA sonuçları yazının ilgili bölümlerinde değiştirilmemiştir.

4. Türkiye'de Ergenlerin/Gençlerin Profili

Nüfus

Genç nüfus ve genç nüfusun toplam nüfus içindeki payı yıllar itibariyle incelendiğinde, 1935 yılında genç nüfusun payının %15,1 iken 1950'lere dek hızla artarak %20,8'lere çıktığı ve 1950 yılından 2000 yılına kadar dalgalanmalarla birlikte bir azalma ve artış olduğu, 2007-2019 yılları arasında ise doğrusal bir artış olduğu belirlenmiştir. Nüfus projeksiyonlarına bakıldığında 2019-2080 yılları için genç nüfusta hızlı bir azalma olacağı öngörülmektedir. Özetle, genç nüfusun toplam nüfus içindeki oranının 2024 yılında %14,9, 2030 yılında %14,8, 2040 yılında %12,4, 2040 yılında %12,2, 2060 yılında %10,3 ve 2080 yılında %8,8'e düşeceği tahmin edilmektedir.[25]



Şekil 3. Yaş grubuna göre genç nüfus oranı, 2024.

Kaynak: TÜİK, 2024

Genç nüfus yaş grubuna göre incelendiğinde, 2024 yılında genç nüfusun %30,5'inin 15-17 yaş grubunda, %19,9'unun 18-19 yaş grubunda, %28,8'inin 20-22 yaş grubunda ve %20,8'inin ise 23-24 yaş grubunda yer aldığı görülmektedir (**Şekil 3**).[25]

Genç nüfusun toplam nüfus içindeki payının yıllar itibariyle azalmasında Türkiye'de yaşanan doğurganlık hızındaki değişimlerin ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artmasının bir etkisi olduğu yadsınamaz. Toplam doğurganlık hızı, 2001 yılında 2,38 çocuk iken 2014 yılından itibaren aralıksız düşüş eğilimine girerek 2024 yılında 1,48 çocuk olarak gerçekleşmiştir.[26]

Türkiye'de doğurganlığın düşüş eğilimine etki eden faktörlerin başında kadının ilk evlenme yaşı, eğitim düzeyi, yaşadığı bölge, ikame ettiği yer (kent-kır), çalışma hayatı, yıllara göre sosyo-ekonomik yapıdaki değişim, kırdan kente göç, sağlık hizmetlerine ulaşmadaki kolaylıklar ve aile planlaması konusunda yaygın bilgilendirme ve yöntem uygulama aktiviteleri yer almaktadır.[27] Tüm bunların bir sonucu olarak da toplam nüfus içinde genç (15-24 yaşarası) nüfusun payı yıllar itibarıyla azalmıştır.

TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) kayıtlarına göre 2024 yılında 85 milyon 664 bin 944 olup %50,1'i (42853110) erkeklerden, %49,9'u de (42811834) kadınlardan oluşmaktadır. Yıllık nüfus artış hızı 2023 yılında binde 1,1 iken, 2024 yılında binde 3,4 olmuştur.[28]

2024 yılında toplam nüfusun %23,3'ünü (19 222 253) ergen / gençler (10 – 24 yaş grubu) oluşturmakta olup, %11,5'i (9 848 763) genç erkeklerden, %10,9'u (9 373 490) genç kadınlardan oluşmaktadır. Türkiye nüfusunun %15,6'sını (12 763 159) 15-24 yaş grubu gençler, erkek nüfusun %22,9'unu erkek ergen / gençler, kadın nüfusunun da %21,9'unu kadın ergen / gençler oluşturmaktadır (**Tablo 1**, **Şekil 4**).[29]

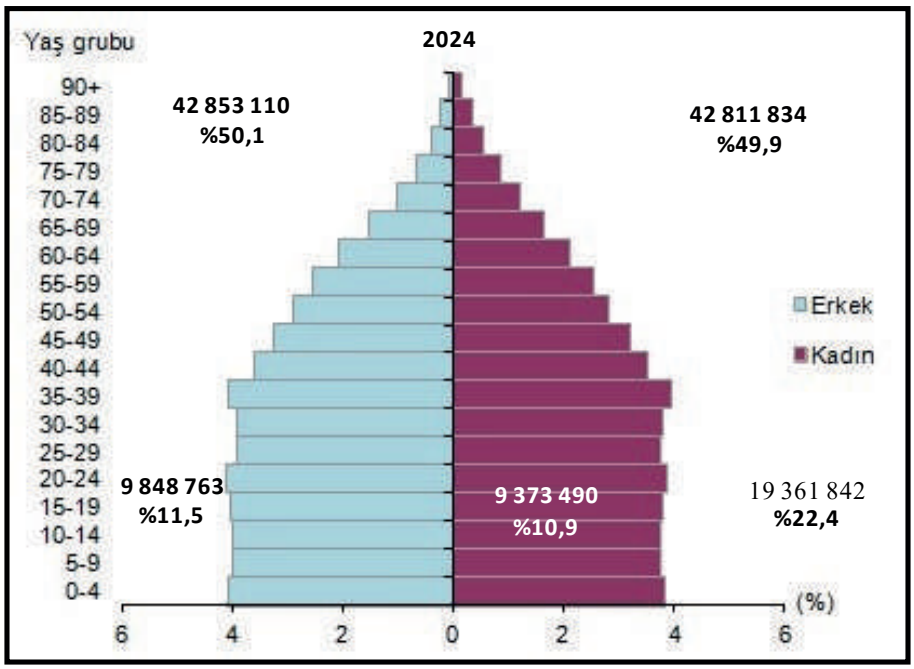
Tablo 1. Türkiye'de Ergenlerin/Gençlerin Yaş Gruplarına Dağılımı, 2024.

	Toplam		Erkek		Kadın	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Toplam Nüfus	85 664 944	100,0	42 853 110	50, 1	42 811 834	49,9
Ergenlerin /Gençlerin Toplam Nüfus ve Cinsiyetler İçindeki (%) Payları (2013)						
Yaş Grupları						
10 – 14	6 459 094	7,3	3 314 979	7,7*	3 144 115	7,4**
15 – 19	6 428 530	7,6	3 298 654	7,6*	3 129 876	7,3**
20 - 24	6 334 629	7,5	3 235 130	7,6*	3 099 499	7,2**
Toplam	19 222 253	22,4	9 848 763	22,9*	9 373 490	21,9**

* Ergenlerin /Gençlerin erkek nüfus içindeki payı

** Ergenlerin /Gençlerin kadın nüfus içindeki payı

Kaynak: TÜİK, 2024



Şekil 4. 2024 Nüfus piramidi

Kaynak: TÜİK, 2024

Türkiye Gençlik Araştırması (TGA) 2023 sonuçlarına göre; gençlerin %70'i yoğun kentsel alanlarda, %15'i kırsal alanlarda, %17'si en düşük refah düzeyine sahip hanelerde, %43'ü ise yüksek ve en yüksel refah düzeyindeki hanelerde yaşamaktadır. Gençlerin %44'ünün evde kendilerine ait bir odası bulunmamaktadır.[30]

5. Ergen Sağlığında Okul ve Sosyal Medya

Okuryazarlık, Okullaşma Durumu

TGA 2023 yılı sonuçlarına göre; gençlerin %17'si ortaokul mezunu ya da daha az eğitimli, %37'si lise öğrencisi, %23'ü lise mezunu, %23'ü üniversite öğrencisi ya da mezunudur. Üniversite öğrencisi veya mezunu olan gençlerin oranı, TGA-2023 ile TGA-2007 karşılaştırıldığında, genç erkekler için %2'den %22'ye ve genç kadınlar için %4'ten %24'e yükselerek önemli ölçüde artmıştır. Lise düzeyindeki gençlerin %31'i ailesinin maddi durumu iyi olmadığı ya da çalışması gerektiği için okulu bırakmıştır.[30]

Türkiye'de 2022/'23 öğretim yılında %46,0 olan yükseköğretim net okullaşma oranı, 2023/'24 öğretim yılında %42,7 olmuştur. Yükseköğretim net okullaşma oranı cinsiyete göre incelendiğinde, erkeklerde bu oran %41,1 iken %36,7, kadınlarda ise %51,2 iken %49,0 olmuştur.[25]

İnternet ve Sosyal Medya

Dijital teknoloji, ergenlerin yaşam biçimlerini, öğrenme süreçlerini ve sosyal ilişkilerini kökten değiştirmiştir. WHO ve UNICEF'in 2024 verilerine göre, dijital ortam artık ergenlerin hem bilgiye erişim hem de kimlik gelişiminde temel bir alan haline gelmiştir. Dijital teknoloji dünyayı dönüştürmüş durumdadır. Dünyada her geçen yıl çocuklar ve ergenler bilgisayarı, akıllı telefonu ve interneti daha yoğun biçimde kullanmaktadır. Özellikle 15-24 yaş grubundaki gençler, interneti kullanan en yüksek oranlı yaş grubudur. Örneğin, International Telecommunication Union (ITU) verilerine göre, dünya genelinde 15–24 yaş aralığındaki bireylerin yaklaşık %79'u internet kullanıcısıdır; bu oran, küresel ortalama olan %65'in belirgin biçimde üzerindedir. 10–19 yaş grubunun ise tahminen %70'inin çevrimiçi olduğu, yani her 10 ergenden 7'sinin düzenli internet kullanıcısı olduğu bildirilmiştir. Dünya genelindeki internet kullanıcılarının üçte birinden fazlası 18 yaşın altındaki çocuk ve ergenlerden oluşmaktadır.[31]

Bu durum, dijital ortamın artık "ergenlerin doğal yaşam alanı" haline geldiğini göstermektedir. Akıllı telefonların yaygınlaşmasıyla birlikte, özellikle düşük gelirli ülkelerde bile mobil internet erişimi hızla artmış, UNICEF (2024) verilerine göre ergenlerin %88'i internete akıllı telefon aracılığıyla bağlanır hale gelmiştir. Dijital ortamlar, bilgi edinme, sağlık okuryazarlığı ve sosyal destek açısından fırsatlar sunsa da aynı zamanda siber zorbalık, yanlış sağlık bilgileri, dijital şiddet ve mahremiyet ihlalleri gibi risk alanlarını da beraberinde getirmektedir.[32]

Ancak bu yüksek erişim oranı, beraberinde yeni riskleri de getirmektedir. WHO Avrupa Bölge Ofisi'nin 2024 "*Teens, Screens and Mental Health*" raporuna göre:

- 10–19 yaş arası ergenlerin %11'i sorunlu sosyal medya kullanımı göstermektedir.
- %12'si dijital oyun bağımlılığı riski taşımaktadır.
- Ortalama günlük ekran süresi 2018'de 3,1 saatken 2022'de 4,7 saate çıkmıştır.[33]

Türkiye genelinde 2025 itibarıyla:

- Toplam internet kullanıcı sayısı 77,3 milyon
- İnternet penetrasyonu %88,3
- 10–19 yaş grubunun yaklaşık %92'sinin internete düzenli erişimi bulunmaktadır.[33]

Bu göstergeler, Türkiye'de dijital teknolojilerin çocukluk ve ergenlik dönemine çok erken yaşta girdiğini ortaya koymaktadır. Dijital teknolojilerin 10–19 yaş ergen ve genç nüfus arasında hızla yaygınlaşması, bilgiye erişim, sağlık okuryazarlığı ve davranış biçimlerini dönüştürerek halk sağlığının yeni öncelik alanlarından biri haline gelmiştir.

Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması sonuçlarına göre 16-24 yaş grubundaki gençlerin internet aracılığı ile yürüttüğü faaliyetlerde, mesajlaşma %98,5 ilk sırayı alırken, %95,7 ile sosyal medya üzerinden profil oluşturma ve içerik paylaşma ikinci sırada yer almaktadır. Bunu %95,3 ile internet üzerinden sesli ve görüntülü arama yapma, %89,8 ile paylaşım sitelerinden video izleme takip etmektedir. Gençlerin internette en az yürüttüğü faaliyet ise %6,2 ile toplumsal veya siyasal konuda online tartışma/oylamaya katılma olmuştur.[25]

TGA 2023 yılı sonuçlarına göre gençlerin %92'si sosyal medya kullanmaktadır. Genç erkeklerin sadece %2'si herhangi bir sosyal medya kullanmazken, bu oran genç kadınlarda %14'tür. En çok tercih edilen platform ise Instagram (%88), ardından 15-19 yaş grubu İçin Tiktok (%31) ve 20-24 yaş grubu için Twitter'dır. Gençlerin %88'i kadına yönelik şiddet, %69'u cinsel sağlık ve üreme sağlığı, %64'ü çocuk yaşta evlilikler, %61'i gençlik ve şiddet ile ilgili bilgileri sosyal medyadan almaktadır.[30]

6. Çalışma Yaşamına Katılma Durumu

Hanehalkı İşgücü Araştırması 2023 yılı sonuçlarına göre 15-17 yaş grubundaki çocukların işgücüne katılma oranı %22,1 olmuştur. İşgücüne katılma oranı cinsiyete göre incelendiğinde, bu oranın erkek çocuklar için %32,2 kız çocuklar için %11,5 olduğu belirlenmiştir.[23]

TGA 2023 yılı sonuçlarına göre gençlerin yarısına yakını çalışıyor (%42). Çalışan gençlerin neredeyse tamamı (%98) ücretli bir işte çalışıyor olsa da ancak bunların sadece %46'sı sigortalıdır. Çalışmayan gençlerin %14'ü ise iş arıyor. Çalışma oranı genç erkeklerde %61, genç kadınlarda %24. Gençlerin %23'ü hem eğitimde hem de istihdamda yer almaktadır. Buna karşın ise %20'si ne eğitimde ne istihdamda ne de bunlara yönelik yetiştirme programlarına dahil değildir. Bu oran, kadınlarda %29 iken, erkeklerde %10'dur. Yani, genç kadınlar için bu oran 3 kat daha fazladır.[30]

7. Ergen ve Gençlerin Sağlığı

TGA 2023 yılı sonuçlarına göre genç erkeklerin %25'i kendi sağlık durumlarını "çok iyi", %50'si ise "iyi" ola-

rak tanımlamaktadır. Bu sonuçlar kadınlar için sırasıyla %13 ve %50'dir.[30]

8. Ergenlerin / Gençlerin Üreme Sağlığı Davranışları

İlk Evlilik Yaşı ve Medeni Durumu

Türkiye'de 6.9.2003 tarih ve 25221 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Evlendirme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğe göre toplumsal cinsiyet temelinde Medeni Kanun'da yapılan düzenlemeler ile 18 yaşını doldurmuş, mahkemece vesayet altına alınmamış olan erkek ve kadın başka bir kimsenin rızası veya iznine bağlı olmaksızın evlenebilmektedir. Ayrıca; 17 yaşını tamamlayan erkek ve kadın velinin izni, veli yoksa vasi veya vesayet makamının izni ile 16 yaşını dolduran kadın ve erkek ise hakimin izni ile evlenebilir şeklinde değiştirilmiştir.34

TÜİK'in 2024 yılı Evlenme ve Boşanma İstatistiklerinde yıllara göre ortalama ilk evlenme yaşının her iki cinsiyette de yükseldiği görülmektedir. Ortalama ilk evlenme yaşı 2024 yılında erkeklerde 28,3 iken kadınlarda 25,8 olmuştur. Erkek ile kadın arasındaki ortalama ilk evlenme yaş farkı ise 2,5'dur.[35] TÜİK'in İstatistiklerle Çocuk 2024 raporunda evlenme istatistiklerine göre 16-17 yaş grubunda olan kız çocuklarının resmi evlenmelerinin toplam resmi evlenmeler içindeki oranı 2002 yılında %7,3 iken bu oran 2024 yılında %1,6'ya düşmüştür. Diğer taraftan, aynı yaş grubunda olan erkek çocukların resmi evlenmelerinin toplam resmi evlenmeler içindeki oranı 2002 yılında %0,5 iken bu oran 2024 yılında %0,1 olmuştur.[23] TÜİK, İstatistiklerle Gençlik 2024 raporuna göre genç nüfus yasal medeni duruma göre incelendiğinde, cinsiyetler arasında önemli farklılıklar olduğu görülmüştür. Genç erkek nüfusun 2024 yılında %96,6'sının, %3,3'ünün evli, %0,1'inin boşanmış olduğu görülürken genç kadın nüfusun %87,8'inin hiç evlenmemiş, %11,7'sinin evli, %0,4'ünün ise boşanmış olduğu görülmüştür.[25]

TGA 2023 yılı sonuçlarına göre, gençlerin %90'ı hiç evlenmemiş, %1'i ise boşanmış ya da ayrı yaşıyor. Evli olmayan gençlerin yaklaşık %9'unun evlilik hazırlığı içinde olduğu görülmektedir. Gençlerin %10'u evli, bu oran kadınlar arasında %18, erkekler arasında ise sadece %2'dir. 15-24 yaş arası evlenmiş genç kadınların 4'te 1'i çocuk yaşta evlendirilmiştir (%27). Ortalama ilk evlenme yaşı kadınlarda 19, erkeklerde 25. 2007-2023 döneminde ortalama ideal ilk evlilik yaşının erkekler için 23,4'ten 24,6'ya; kadınlar için 22,2'den 24,3'e yükseldiği görülmektedir. Gençlerin %5'i, 'kadın ve erkeğin kendi kararıyla evlenmek için 18 yaşını doldurması gerektiğini', %28'i ise 'erkeklerin birden fazla kadınla evlenmesinin suç olduğunu' bilmiyor. Gençlerin %8'i 'Kadının ergenliğe girmiş olması evliliğe hazır olduğu anlamına gelir' ifadesine, %10'u 'Kadının bir flörtü olduysa flört ettiği kişi ile evlenmeli' ifadesine, %62'si ise 'Kadınların evlilik öncesi cinsel deneyimi olmamalı" ifadesine katıldığını belirtmiştir.[30]

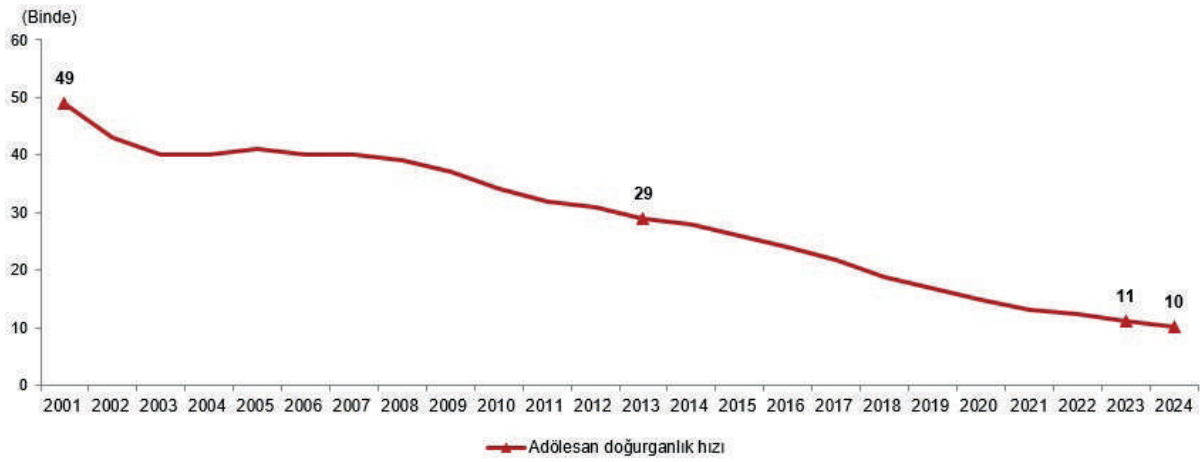
Evliliklerin %85'i resmi ve dini; %14'ü sadece dini; sadece %1'i resmi evliliktir. Evliliklerin %82'sinde evlilik kararı çiftlerin kendileri tarafından alınmakta; %12'sinde karar aileler tarafından verilmekte; %5'inde ise evlilikler kaçma yoluyla gerçekleşmektedir. Evliliklerin yaklaşık üçte birinde (%31) başlık parası verilmiştir. Evliliklerin %33'ü akrabalar arasında gerçekleşmiştir. Bu evliliklerin %52'si kuruluşlarında çekirdek aile olarak gerçekleşmiştir.[30]

9. Doğurganlık ve Aile Planlaması

UNFPA 2024 yılı verilerine göre, bugün hayatta olan 640 milyondan fazla kadın ve kız çocuğu 18 yaşına gelmeden evlendirilmiştir. Dünya genelinde 20-24 yaş arası kadınların yüzde 19'u çocuk gelin, düşük ve orta gelirli ülkelerde her yıl yaklaşık 12 milyon kız çocuğu 18 yaşından önce evlenmekte, bunların önemli bir kısmı gebelikle sonuçlanmaktadır. İstenmeyen ergen gebelikleri, okuldan erken ayrılma, yoksulluk döngüsünün derinleşmesi, ruh sağlığı bozuklukları ve anne-bebek ölümlerinde artışla yakından.[36]

Adölesan doğurganlık hızı, 15-19 yaş grubunda bin kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısını ifade etmektedir. Adölesan doğurganlık hızı, 2001 yılında binde 49 iken 2013 yılında binde 29, 2018 yılında binde 19'a, 2019'da binde 17'e, 2024 yılında ise binde 10'a düşmüştür. Diğer bir ifadeyle, 2024 yılında 15-19 yaş grubundaki her bin kadın başına 10 doğum düşmektedir (**Şekil 5**).[26]

TÜİK, Doğum İstatistikleri, 2024'e göre 2001 yılında en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı binde 144 ile 20-24 yaş grubunda iken 2024 yılında binde 100 ile 25-29 yaş grubunda görülmüştür. Bu durum, doğurganlığın kadının daha ileri yaşlarında gerçekleştiğini göstermektedir.[26] İlk doğumdaki ortalama anne yaşının en düşük olduğu iller ise 24,4 ile Şanlıurfa ve Muş olmuştur. Bu illeri 24,5 yaş ile Ağrı, 25,2 yaş ile Gaziantep izlemektedir.[26]



Şekil 5. Adölesan doğurganlık hızı, 2001-2024

Kaynak: TÜİK, 2024

10. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (2013 ve 2018)

TNSA 2023 yılı sonuçları henüz açıklanmadığından dolayı, TNSA 2018 sonuçlarına göre 15-19 yaş grubu adolesan ve 20-24 yaş grubu gençlerde doğurganlık azalmış olup geleneksel olarak yaşa özel doğurganlık hızının en yüksek olduğu yaş grubunun 25-29 olması, yani doğumların ileri yaşlara ertelenmesi Türkiye'deki doğurganlık dönüşümünün en çarpıcı sonuçlarından birisi olarak dikkati çekmektedir. 15-19 yaş grubunda doğurganlık hızının binde 30, 20-24 yaş grubunda ise binde 124 olduğu saptanmıştır.[37]

- TNSA 2018 sonuçlarına göre, 15-19 yaş grubundaki ergenlerin %4,8'inin, 20-24 yaş grubundakilerin ise %39,7'sinin evlenmiş olduğu saptanmıştır. Yani 15-24 yaş grubunda gençlerin %21,5'inin evli olduğu saptanmıştır.[37]
- TNSA 2018 sonuçlarına göre; 15-17 yaş grubunda ergen kadınların %1,3'ü çocuk doğurmaya başlamış olup 17 yaşındakilerin %2,0 canlı doğum yapmıştır. 18 yaşındakilerin %3,8'i, 19 yaşındakilerin ise %10,0'u canlı doğum yapmış veya ilk çocuğuna gebedir. Çocuk sahibi olmaya başlayan adolesanların payı, 2013 TNSA'dan bu yana %5,0'ten %4,0'e gerilemiştir. Adolesan dönemde çocuk sahibi olmaya başlayan ergenlerin payı bölgesel farklılıklar göstermektedir. Batı'da %2,0 olan bu oran Güney'de %7,0'dir. İlkokul mezunu ergenlerin %18,3'ü, ortaokul mezunlarının %2,9'u, lise ve üzeri mezun olanların %0,8'i, gelir düzeyi çok düşük veya düşük olan ergenlerin %10,8'i, yüksek ve en yüksek olanların %1,5'i canlı doğum yapmıştır. Ayrıca, 15 yaşından önce evlenenlerin yüzdesi 1,1 iken yüzde 0,2'si de doğum yapmışlardır. 15-19 yaş grubundaki ergenlerin ileride istedikleri çocuk sayısı ortalama 2,3 iken 20-24 yaş grubundaki gençler 2,8 çocuk sahibi olmak istemektedirler.[37]
- TNSA 2018 sonuçlarına göre; 20 yaşın altında olan kadınların %92,2'si bir doktordan, %1,9'u bir ebe/hemşireden doğum öncesi bakım hizmeti almıştır. %78, 5'inin doğumu bir doktor tarafından ve %20 ,4'ünün bir ebe / hemşire yardımıyla gerçekleştirilmiştir. %97,9'u hastanede, %1,6'sı evde doğum yapmıştır. 20 yaşın altında olup doğum yapan kadınların %97,0'si doğum sonu bakım hizmeti almıştır.[37]
- TNSA 2013 ile TNSA 2018 kıyaslandığında 15-24 yaş grubunda tüm kadınların herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma durumunda azalma olduğu saptanmıştır. 2013'de herhangi bir yöntem kullanımı %29,8 iken 2018'de %23,7'e düşmüştür.[36, 37] . 2013 TNSA raporuna kıyasla 2018 TNSA'da geleneksel aile planlaması yöntemi kullanımı ve modern yöntem kullanımını azalmıştır. 2013'de herhangi bir modern yöntem kullanımı %15,9 iken 2018'de %15,2'e, geleneksel yöntem kullanımı ise %13,9'dan %8,5'e düşmüştür. Hatta modern yöntemlerden hap kullanımı 2013'de %2,0'den 2018'de %4,0'e yükselirken RİA (Rahim İçi Araç), iğne ve kondom kullanımı 2018'de azalmıştır. 2018 TNSA sonuçlarına göre halen evli kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumu; 15-19 yaş grubunda kadınların %19,0'u herhangi bir modern yöntem (%15,3 kondom, %1,2 RİA, %2,5 iğne), %17,2'i herhangi bir geleneksel yöntem olarak geri çekme uygulamakta, %63,8'i hiçbir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır. 15-19 yaş grubundaki

kadınların %14,0'ü dört farklı kitle iletişim aracının (radyo, televizyon, gazete/dergi ve cep telefonu) herhangi birinden aile planlaması hakkında bir şey duyduğunu belirtmiştir.[37]

- TNSA 2018 yılı sonuçlarına göre; 20-24 yaş grubunda halen evli kadınların %33,7'si herhangi bir modern yöntem (%16,2 kondom, %10,1 RİA, %4,8 hap, %2,4'ü iğne ve %0,1 tüp ligasyonu), %18,9'u herhangi bir geleneksel yöntem (%18,6 geri çekme, %0,2 diğer geleneksel yöntemler) kullanmakta; %47,4'ü hiçbir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır. Doğumların arasını açmak istemesine rağmen karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının 20-24 yaş grubunda %12,0 olduğu belirlenmiştir.[37]

11. Ergen / Gençlerin Üreme/Cinsel Sağlık Bilgisi

TGA 2023 yılı sonuçlarına göre; cinsel ilişki, hamilelik ve doğum, cinsel istismar/tecavüz ve doğum kontrolü hakkında herhangi bir kaynaktan bilgi aldığını belirten gençlerin oranı sırasıyla %60, %55, %54 ve %52'dir. Gençlerin %69'unun cinsellikle ilgili bilgi aldıkları başlıca kaynağın yeni medya, %24'ünün ise öğretmen olduğu belirlenmiştir. Gençlerin CSÜS hakkında bilgi almak istedikleri ana kaynak ise %47 ile doktordur.[30]

Kadın üreme organlarını bilmeyen gençlerin oranı ile erkek üreme organlarını bilmeyen gençlerin oranı aynıdır %20. Erkeklerin %23'ü ve kadınların %17'si kadın organlarını, erkeklerin %15'i ve kadınların %26'sı erkek organlarını bilmemektedir. Kentsel alanlarda ve Batı bölgelerinde ikamet eden gençlerin kadın ve erkek üreme organlarına ilişkin bilgi düzeyi kırsal alanlarda ve doğu illerinde ikamet eden gençlerden daha yüksektir. Kadın ve erkek üreme organlarını hiç bilmeyen gençlerin oranı eğitim seviyesi arttıkça önemli ölçüde azalmaktadır.[30]

Gençlerin %68'i tek bir cinsel ilişkiden gebe kalınabileceğini kabul etmektedir. TGA 2007-2023 döneminde, tek bir cinsel ilişki ile gebeliğin mümkün olduğunu beyan eden gençlerin oranında bir düşüş (%74'ten %68'e) görülmektedir. TGA-2023 sonuçları, gençlerin sadece %3'ünün gebeliği önleyici veya cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları önleyici bir yöntem almak için bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu göstermektedir. Bilgi ve hizmet talebi yüksektir. Gençlerin %73'ü evli olmayan bireyler için gebeliği önleyici yöntemlerin ve isteyerek düşük hizmetlerinin sağlanmasını/uygulanmasını önermektedir. Evli olmayan bireylere gebelik ve doğum hizmetlerinin sağlanmasını onaylayan gençlerin oranı TGA-2007-2023 döneminde %76'dan %81'e yükselmiştir.[30]

Gençlerin %64'ünün üreme sağlığı, cinsel sağlık ve aile planlaması ile ilgili bilgilere internet üzerinden ulaştığı görülmektedir. Gençlerin sadece %19'u üreme sağlığı, cinsel sağlık ve aile planlaması hakkında bir yakını veya başka bir kişi ile konuşmuştur. Hem genç kadınlar hem de erkekler bu konuları çoğunlukla akranlarıyla konuşmaktadır. Bulgular, gençlerin %92'sinin genç erkeklerin ve %94'ünün genç kadınların partnerlerinin cinsel isteklerine "hayır" diyebilecekleri konusunda ciddi anlamda bir fikir birliği içinde olduğunu göstermektedir. 2007'den bu yana, genç kadınların partnerlerinin cinsel isteklerine hayır diyebileceği ifadesine katılan gençlerin oranı %86'dan %94'e yükselmiştir. "Genç kadınlar kendi cinsellikleri hakkında karar verebilir" ifadesine katılan gençlerin oranı TGA 2007-2023 döneminde %73'ten %85'e yükselmiştir.[30]

TGA-2007 ve TGA-2023 döneminde, erkekler ve kadınlar için ilk cinsel deneyim yaşının 18-24 ve 25 yaş ve üzerinde olabileceğini belirten gençlerin oranında kayda değer bir artış görülmektedir. İlk doğumunu 18 yaşından önce yapan genç kadınların oranı %6 iken, ilk doğumunu 20 yaşından önce yapanların oranı %19'dur. TGA-2023 sonuçları, genç kadınlar için ortalama annelik yaşının 20,2 olduğunu göstermektedir.[30]

Kontraseptif Yöntem Bilgisi ve Kullanımı

Gençlerin modern gebeliği önleyici yöntemlere yüksek düzeyde aşina oldukları görülmekle beraber, TGA 2007-2023 döneminde bu oran %99'dan %95'e düşmüştür. Bu oran kadınlar da (%97) erkeklere göre (%92) daha yüksektir. Geleneksel gebeliği önleyici yöntemler hakkındaki bilgi düzeyi (%66), modern gebeliği önleyici yöntemler hakkındaki bilgi düzeyinden (%95) önemli ölçüde daha düşüktür. Erkekler arasında bilinen en yaygın yöntemler kondom (%91) ve geri çekme (%66); kadınlar arasında ise hap (%92), kondom (%84) ve RİA'dır (%69).[30]

Acil korunma hapları hakkındaki bilgi düzeyi 2007-2023 döneminde hem genç erkekler (%31'den %59'a) hem de genç kadınlar (%23'ten %68'e) arasında önemli ölçüde artmıştır. Gençlerin %21'i herhangi bir yöntem; %18'i modern bir yöntem; %16'sı geleneksel bir yöntem kullanmıştır. Bir yöntem kullanma oranı erkeklerde %27, kadınlarda ise %16'dır. Hiç yöntem kullanmamış veya şu anda yöntem kullanmayan gençlerin yöntem kullanmama nedeni %75'inin hiç cinsel ilişkiye girmemiş olması, %13'ünün ise araştırma sırasında aktif bir cinsel ilişkileri olmamasıdır. Gebe kalma olasılığının en yüksek olduğu dönemi doğru bilen gençlerin oranı

TGA 2007-2023 döneminde %29'dan %20'ye düşmüştür.[30]

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS Bilgileri

TGA 2007-2023 arasında, CYBE'leri bilmeyenlerin oranı %6'dan %30'a yükselmiştir; mantar ve HPV hariç tüm CYBE'lere ilişkin bilgi sahibi olma oranında bir düşüş gözlenmektedir. CYBE'lerden haberdar olduğunu belirten katılımcıların yarısından fazlası, CYBE'den muzdarip bir erkek (%52) veya bir kadın (%53) için enfeksiyon belirtileri bilmediklerini belirtmiştir. TGA 2007-2023 döneminde CYBE belirtilerini sayabilme oranı kadınlarda %28'den %48'e, erkeklerde ise %35'ten %47'ye yükselmiştir. Gençlerin %85'i CYBE'lere karşı önleyici tedbirleri belirtebilmiş; %10'u ise CYBE önleme yöntemleri konusunda farkındalık eksikliği olduğunu beyan etmiştir. Bu açıdan genç erkekler ve genç kadınlar arasında önemli bir fark yoktur. TGA 2007-2023 karşılaştırıldığında, CYBE'lerden korunma yöntemlerine ilişkin olarak, genç erkeklerin cevaplarında kondom kullanımı %75'ten %87'ye yükselirken, güvenilir tek bir cinsel partnere sahip olma oranı düşmüştür (%21'den %9,4'e). Benzer şekilde, kadınların cevaplarında da kondom kullanımı %39'dan %51'e yükselirken, cinsel ilişkiye girmeme ve güvenilir tek bir cinsel partnere sahip olma cevaplarında düşüş görülmektedir.[30]

TGA 2007-2023 karşılaştırıldığında, aşı ile önlenebilecek CYBE'lere ilişkin bilgi düzeyinin kadınlar arasında %15'ten %23'e yükseldiği, erkekler arasında ise %13'ten %3'e düştüğü görülmektedir. CYBE'lerden aşı ile korunulabileceğini söyleyenlerin %18'i bu kapsamda Hepatit B, %43'ü ise HPV'yi belirtmiştir. TGA 2007'de Hepatit B için bu oranın %55 olması, Hepatit B'nin aşı ile önlenebileceğine dair bilgi düzeyinde bir düşüş olduğunu göstermektedir.

Gençlerin (hem genç kadınlar hem de erkekler) sadece %2'si HPV aşısı yaptırmış görünmektedir. Gençlerin %53'ü ücretsiz olması halinde HPV aşısı yaptıracaklarını belirtmiştir. HIV/AIDS'in aşı ile önlenebileceğini düşünen gençlerin oranı 2007 yılında %31 iken 2023 yılında %48'e yükselmiştir.[30]

Gençlerin yaklaşık %60'ı CYBE'ler hakkında sosyal/yeni medya aracılığıyla bilgi edinmiştir. Gençlerin çoğunluğu (%66) HIV/AIDS hakkında sosyal/yeni medya aracılığıyla bilgi almaktadır. Sağlık personelinden bilgi edinme genç kadınlar arasında (%5) genç erkeklere (%1) kıyasla daha yaygındır.[30]

TGA-2023 sırasında katılımcıların sadece %30'u HIV/AIDS'i herhangi bir hatırlatma olmaksızın CYBE'ler arasında saymıştır. TGA-2007'de bu oran %80'dir. Genç erkeklerin %47'si ve genç kadınların %62'si HIV/AIDS hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmiştir. TGA 2007-2023 döneminde HIV/AIDS'ten korunmak için kondom kullanılması gerektiğini düşünenlerin oranı %47'den %61'e yükselirken, güvenilir tek bir cinsel partnerle cinsel ilişkiye girdiğini beyan edenlerin oranı %29'dan %19'a düşmüştür. HIV/AIDS'e karşı herhangi bir korunma yöntemi bilmediğini beyan edenlerin oranı ise bu dönemde %8'den %18'e yükselmiştir.[30]

TGA 2007-2023 döneminde sağlıklı bir insanın HIV taşıyabileceğini belirten gençlerin oranının özellikle genç kadınlar arasında arttığı görülmektedir (%77'den %89'a). TGA-2007 sonuçları ile karşılaştırıldığında, HIV/AIDS hastaları ile aynı odada bulunmaktan (%58'den %3'e) ve sarılmaktan rahatsız olacağını beyan edenlerin oranında (%61'den %41'e) önemli bir düşüş olduğu görülmektedir.[30]

12. Sonuç

Adolesanlara yapılan yatırımlar toplum sağlığı ve eğitim sistemi açısından en karlı ve dönüştürücü yatırımlardır. Bu nedenle ulusal adolesan sağlığı girişimleri başlatılmalıdır. Bu çerçevede okulun ve teknolojik gelişimin özellikle de internet ve akıllı telefonların adolesanların sağlıklı gelişimindeki rolü dikkate alınarak bilişim okuryazarlığı adolesanlara öğretilmelidir. Okula bağlanmalarını artırıcı önlemler alınmalıdır. Akran ve siber zorbalık ile mücadele edilmelidir. En kırılgan adolesanların okulda erkenden fark edileceği en uygun yardım almalarının sağlanabileceği sistemler kurulmalıdır.

Bu yüzyılda, cinsel yönelim değişmiş; ilk cinsel deneyim yaşı düşmüş, riskli cinsel davranışlar ve evlilik öncesi çok eşli cinsel yaşam ve boşanma oranları artmış, evlilik ve doğum oranları düşmüştür. Sonuçta CYBE'lar ve yaşlanan nüfus ciddi halk sağlığı sorunları haline gelmiştir. Şiddet, HIV enfeksiyonu, CYBE ve istenmeyen gebelik gibi risklere karşı okul temelli bilinçlendirme eğitimlerinin güçlendirilmesi gibi dengeli bir politikaya geçilmelidir. Üreme hayatının planlaması kariyer planlama eğitimi ile eşgüdümlü gitmelidir. Erken yaşta cinselliğin üreme sağlığı ve psikoloji üzerine olumsuz etkileri ve neden olacağı sosyal riskler öğretilmelidir. İlk cinsel deneyimini erteleme ve CYBE'leri ve istenmeyen gebeliği önleme becerilerinin kazandırılması amacıyla gebelikten korunma yöntemleri ve CY-

BE'den korunma yolları konularında danışmanlık ve eğitim verilerek sorumlu kararlar almak için gerekli olgunluk seviyesine ulaşmalarına yardımcı olunmalıdır. Adolesanlarda karşılanmamış ihtiyacı azaltmak için danışmanlık, cinsel sağlık eğitimi ve genç dostu sağlık hizmetlerinin varlığı, ulaşılabilirliği, karşılanabilirliği ve kalitesi ön plana çıkarılmalıdır.

Özetle, ergen / gençlerin, sağlık ve üreme / cinsel sağlığı konularında karşı karşıya kaldıkları risk faktörlerinden korunabilmeleri için bilgi düzeylerinin, davranışlarının ve gereksinimlerinin belirlenmesine ve eğitim, istihdam, genç dostu sağlık hizmeti gereksinimlerinin karşılanması için yapılan çalışmaların ülke çapında yaygınlaştırılması, izlenmesi ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasına önem verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (2022). Adolescent Health, https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab_1 (Erişim tarihi: 10.09.2025)
2. Balkan B., Balçık Çolak M. (2025). Sexual and Reproductive Health Problem in Young People: Stigma, Journal of Selcuk Health, Volume 6/Issue 1/.
3. ICC (2003). Adolescence and Adolescent Reproductive Health, International Children's Center (ICC), "Teaching Materials for the Training Courses"
4. TÜİK (2025). Dünya Nüfus Günü 09 Temmuz 2025. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2025-54078 (Erişim tarihi: 10.09.2025).
5. TÜIK, UNFPA (2025). World Population Day. https://turkiye.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2025-07/UNFPA-TurkStat_World%20Population%20Day.pdf (Erişim tarihi: 10.09.2025)
6. UN (2024). UN projects world population to peak within this century. https://www.un.org/en/UN-projects-world-population-to-peak-within-this-century (Erişim tarihi: 24.10.2025)
7. Worldmater (2025). https://www.worldometers.info/tr/dunya-nufusu/ (Erişim tarihi: 24.10.2025)
8. UN, Youth (2025). https://www.un.org/en/global-issues/youth? (Erişim tarihi: 24.10.2025). UN, World Population Prospects (2024), https://ourworldindata.org/grapher/population-by-five-year-age-group (Erişim tarihi: 10.09.2025)
9. United Nations (2024). Population Pyramid, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Population Prospects: The 2024 Revision, https://www.populationpyramid.net/ (Erişim tarihi: 10.10.2025)
10. Mastorci, F., Lazzeri, M.F.L., Vassalle, C., Pingitore, A. (2024). The Transition from Childhood to Adolescence: Between Health and Vulnerability. Children https://doi.org/10.3390/children11080989 (Erişim tarihi: 12.09.2025)
11. "Adolesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler" Projesi (2003). Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Dünya Sağlık Örgütü. https://huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/adolesan.pdf (Erişim tarihi: 12.09.2025)
12. Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. (2016). Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher Institute
13. WHO (10 April 2024). Adolescent pregnancy, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy (Erişim tarihi: 12.09.2025)
14. SWOP Data (2025). https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard (Erişim tarihi: 10.09.2025)
15. WHO (2023). Six actions to improve adolescent health, https://www.who.int/news-room/spotlight/six-actions-to-improve-adolescent-health (Erişim tarihi: 10.09.2025)
16. UN (1994). Population and Development, Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September, Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet), Kahire, 5–13 Eylül 1994,TC., Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, (Ed.: A. Akın), Ankara, 1994.
17. UN (2019). Nairobi Summit (ICPD+25), 12-14 November 2019, Nairobi, Kenya, https://www.un.org/en/conferences/population/nairobi2019 (Erişim tarihi: 26.10.2025)
18. UNFPA, From ICPD25 to ICPD30: Keeping the Cairo and Nairobi commitments Alive - An engagement guide by young people, for young people. https://www.unfpa.org/resources/icpd25-icpd30-keeping-cairo-and-nairobi-commitments-alive-engagement-guide-young-people (Erişim tarihi: 26.10.2025).
19. WHO, UNAIDS, UNICEF, UNESCO, UN WOMEN, UNFPA, WB (2017). Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf?sequence=1 (Erişim tarihi: 26.10.2025)
20. WHO, UNAIDS, UN WOMEN, UNFPA (2017). Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Annexes 1–6 and Appendices I–IV. ISBN 978-92-4-151234-3, https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/global-accelerated-action-health-adolescents-annexes-2017.pdf (Erişim tarihi: 26.10.2025)
21. WHO (2023). Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) - Second edition. https://www.who.int/publications/i/item/9789240081765 (Erişim tarihi: 26.10.2025)
22. Starrs, Ann M. et al. (2018). Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *The Lancet*, Volume 391, Issue 10140, 2642–2692, https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2818%2930293-9/fulltext (Erişim tarihi: 26.10.2025)
23. TÜİK Çocuk İstatistikleri (2024). https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2024-54197 (Erişim tarihi: 10.09.2025)

24. TÜİK, UNICEF, Türkiye'deki Çocuklar (2024). İstatistiklere Bakış. https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/Turkiye_Cocuk_2024TR.pdf (Erişim tarihi: 26.10.2025)
25. TÜİK, İstatistiklerle Gençlik (2024). https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Genclik-2024-54077 (Erişim tarihi: 10.09.2025)
26. TÜİK (2024). Doğum İstatistikleri, Haber Bülteni, 13 Mayıs 2025. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2024-54196 (Erişim tarihi: 10.09.2025)
27. Mıhçıokur S., Özcan C., Bilgili Aykut ÜN. (2015). 1978-2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Sonuçlarına Göre Doğurganlık Eğilimlerinin Değişimi. 1.Uluslararası Çukurova Kadın Çalışmaları Kongresi, (Adana, 09-11 Nisan 2015)
28. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları (2024). Haber Bülteni, 06 Şubat 2025, https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2024-53783 (Erişim tarihi: 10.09.2025)
29. TÜİK (2024). Yaş grubu ve cinsiyete göre il/ilçe merkezi ve belde/köy nüfusu. Haber Bülteni 06 Şubat 2025, https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2024-53783 (Erişim tarihi: 10.09.2025)
30. İsveç, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, UNFPA (2023). Türkiye Gençlik Araştırması. Özet Bulgular. https://turkiye.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2024-12/Türkiye%20Gençlik%20Araştırması%20Özet%20Bulgular.pdf (Erişim tarihi: 12.09.2025)
31. International Telecommunication Union (2024). Measuring digital development: Facts and Figures 2024 https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/facts/default.aspx (Erişim tarihi: 12.09.2025)
32. UNICEF (2024). The State of the World's Children 2024: Children in the Digital World. New York. https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children/2024#-downloads (Erişim tarihi: 12.09.2025)
33. World Health Organization Europe (2024). Teens, Screens and Mental Health. Copenhagen. https://www.who.int/europe/news/item/25-09-2024-teens--screens-and-mental-health (Erişim tarihi: 12.09.2025).
34. Yeni Medeni Kanuna Göre Evlenme Yaş Sınırı (2009). http://www.hukuki.net/showthread.php?54206-Yeni-Medeni-Kanuna-gore-Evlenme-yas-siniri (Erişim tarihi: 08.06.2025)
35. TÜİK, Evlenme ve Boşanma İstatistikleri (2024). https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evlenme-ve-Bosanma-Istatistikleri-2024-54194 (Erişim tarihi: 12.09.2025)
36. UNFPA (2024). Çocuk yaşta evlilikler https://www.unfpa.org/child-marriage-frequently-asked-questions#how%20common%20is%20child%20marriage (Erişim tarihi: 26.10. 2025)
37. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, TNSA (2018). https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TNSA2018_ana_Rapor_compressed.pdf (Erişim tarihi: 12.09.2025)

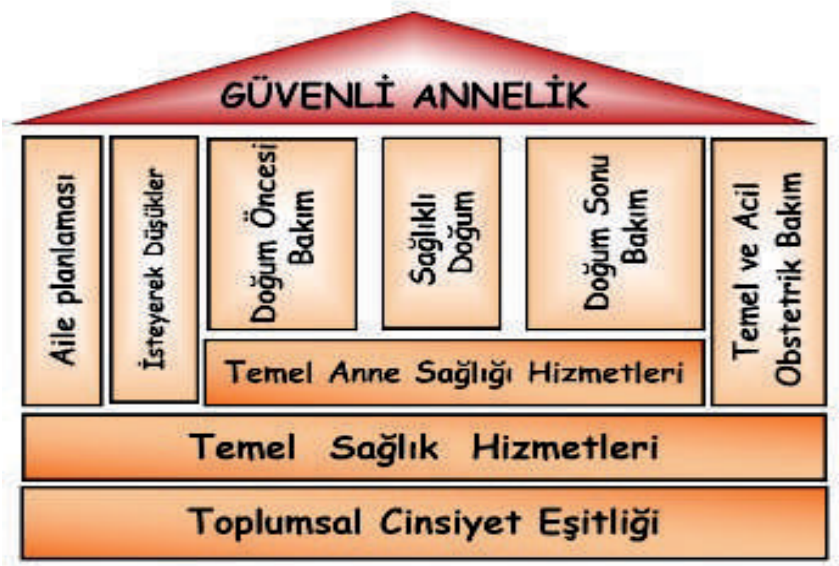
Anne Ölümleri

Ayşe Akın, Ecenur Yağcı

1. Giriş

Anne ölümlerinin kapsamı; gebelik döneminde, doğum sırasında ve gebelikten sonraki 42 gün içinde gebelikle ilgili ya da gebeliğin ağırlaştırdığı herhangi bir neden sonucu gerçekleşen; kaza veya diğer tesadüfi olan ölümler dışındaki ölümlerdir. Halk sağlığı profesyonellerinin epidemiyolojik ölçütler içerisinde kadın ve üreme sağlığını değerlendirmede kullandığı en temel ölçütlerden biri *anne ölüm oranıdır;* yüz bin canlı doğumda olarak ifade edilir.[1]

Dünyada anne ölümlerinin %80-90'nının önlenebilir olduğu düşünüldüğünde; anne ölümlerini, kadının en temel insan hakkı olan yaşama hakkının ihlali olarak ifade etmek yanlış olmaz.[2] Anne ölümlerinin önlenmesi konusundan söz edebilmek için öncelikle; dünyada 1987 yılında gündeme gelen ve DSÖ öncülüğünde küresel bir girişim halinde başlatılan; Türkiye'de ise 1990'lı yıllardan beri sağlık politikalarında yer alan "Güvenli Annelik Küresel Girişimine- *Safe Motherhood Initiative*" kısaca değinmek gerekmektedir.[3] Güvenli Annelik Girişimi "kadın-erkek eşitliği temelinde temel sağlık hizmetinin entegre bir bölümü olarak temel anne sağlığı hizmetlerinin verilmesiyle anne ölümlerinin önlenmesi, gebelikle ilişkili morbiditenin azaltılması, tüm kadınların gebelik ve doğum sürecinde sağlık hizmetlerine güvenli ve eşit şekilde erişiminin sağlanması" olarak önerilmiştir. Temelde toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ile gerçekleştirilebilecek "Güvenli Annelik" yaklaşımı ile anne ölümlerinin önlenmesi mümkün olmaktadır. Güvenli



Şekil 1. Güvenli Annelik Modeli, 1987.

Kaynak: Akın A, Bahar-Özvarış Ş. Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2018. sayfa 37–39.

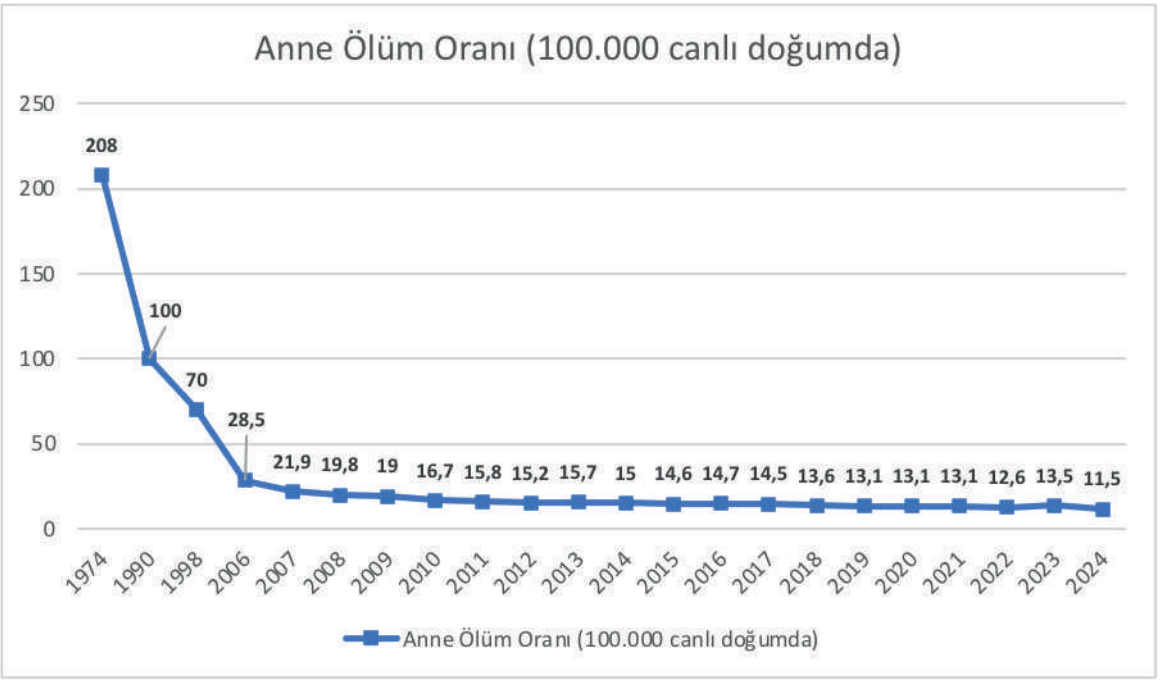
Annelik yaklaşımında anne ölümünün önlenebilirlik durumunun incelenmesinde değerlendirilen "anne ölümlerinin üç gecikme modelinin" her birine etki edebilecek temel sağlık hizmetleri yer almaktadır (**Şekil 1**).[4]

O tarihten bu yana gerçekleştirilen pek çok uluslararası toplantı ve birçok ülke tarafından imza altına alınarak yasaların üstünde geçerliliği ile sağlık politikalarında yürürlüğe konulan sağlık belgelerinin[5] yanı sıra; 2019'da kadın sağlığı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) konusunda UNFPA (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu) tarafından gerçekleştirilen ve uluslar arası hedeflerin gündeme alındığı Nairobi Zirvesine (ICPD+25), Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansının (ICPD) 25. yıl dönümünü anmak ve ICPD-1994'ün Taahhüdü olan "Bitmemiş Gündemi" irdelemek ve gereğini yapmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.[6] Konferansta belirtilen üç sıfır hedefinden biri, "*Önlenebilir anne ölümlerinin 2030 yılına kadar sıfıra indirilmesi*" olup, bu hedef toplantıya katılan ve aralarında Türkiye'nin de bulunduğu ülkeler; sağlık hizmetlerinin sunumunda önlenebilir anne ölümlerini önlenmesi, kadınların yaşama hakkı ve cinsel/üreme sağlığı haklarının korunması kapsamında adımlar atılmasının gerektiğine işaret etmektedir.[6]

Türkiye Sağlık Raporu 2025 kapsamında yer alan bu bölümde amaç; "önlenebilir anne ölümlerinin 2030'a kadar sıfıra indirilmesi" hedefini gözeterek; "Güvenli Annelik" çerçevesinde, Türkiye'de anne ölümlerinin mevcut durumuna ilişkin göstergelerin sunulmasıdır.

2. Türkiye'de Yıllara Göre Anne Ölümleri

Türkiye'de mevcut anne ölümü verilerinin gösterdiği ölçüde, son 50 yıl içinde yıllar içindeki eğilim aşağıdaki grafikte gösterilmiştir (**Şekil 2**).[7–11] Türkiye'de son 15 yılda anne ölüm oranının yüz bin canlı doğumda 13-15 olarak plato çizdiği, bununla birlikte 2023-2024 arası yüz bin canlı doğumda 13,5'ten 11,5'e düştüğü görülmektedir.[8,11] UNICEF verilerine göre 2000-2016 yılları arasında anne ölümleri dünyada birçok bölgede azalmasına rağmen, gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkenin anne ölümlerinin azalmasında ciddi gerilemeler meydana gelmiştir.[12] Gelişmiş ülkelerde, örneğin İtalya'da son 15 yıl içinde yüz bin canlı doğumda 6-10 civarında durağanlaşan anne ölüm oranı, Finlandiya'da aynı zaman diliminde 7-8; Almanya'da 4-5 civarında seyretmektedir.[13–15] Bu durum göstermektedir ki Türkiye'de anne ölümlerinin azaltılması için yapılmakta olan müdahaleler mevcuttur ve olması gereken hedefe ulaşmak için hala yapılması gerekenler vardır.



Şekil 2. Türkiye'de Yıllara göre anne ölüm oranı (1974-2024)

Kaynak: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005.; T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber Bülteni 2024.; Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023- 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Anne Ölümleri Raporu (2015-2019.

3. Türkiye'de Bölgelere ve Yerleşim Yerlerine Göre Anne Ölümlerinde Farklılıklar

Ülke içindeki eşitsizlikler kadın sağlığının birçok sosyal belirleyicisine (kadının eğitim, istihdam, ekonomik bağımsızlığı durumları, karar almalara katılım, sağlık hizmetlerine erişim ve politik-hukuki çevre) yansıdığı gibi doğrudan kadın sağlığı göstergelerine de yansımaktadır. Aynı zamanda ülkelerin gelişmişlik durumunu da gösteren, anne ölüm oranı da Türkiye'de yerleşim yerinin özelliği ve bölgelere göre farklılıklar göstermektedir.[7,10]

Türkiye'de anne ölümlerinin kentsel ve kırsal alanlara göre dağılımı incelendiğinde mevcut kaynaklar sağlığın birçok alanında olduğu gibi kadın sağlığı alanındaki eşitsizlikleri de gözler önüne sermektedir. *Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005'te* anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 28,5 olarak saptanmış olup, kentsel ve kırsal alanda sırasıyla 20,7 ve 40,3 olarak belirtilmiştir.[7] Sağlık Bakanlığı Türkiye Anne Ölümleri Raporu (2015-2019) raporunda NUTS-1 (Nomenclature of Units for Territorial Statistics-1; İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması-1) bölgelerinde anne ölüm oranları aşağıdaki şekilde belirtilmiştir (**Şekil 3**).[10]

Ortadoğu, Kuzeydoğu ve Doğu Karadeniz bölgelerinde Türkiye ortalamasının neredeyse iki katı olan anne ölüm oranları dikkat çekmektedir.

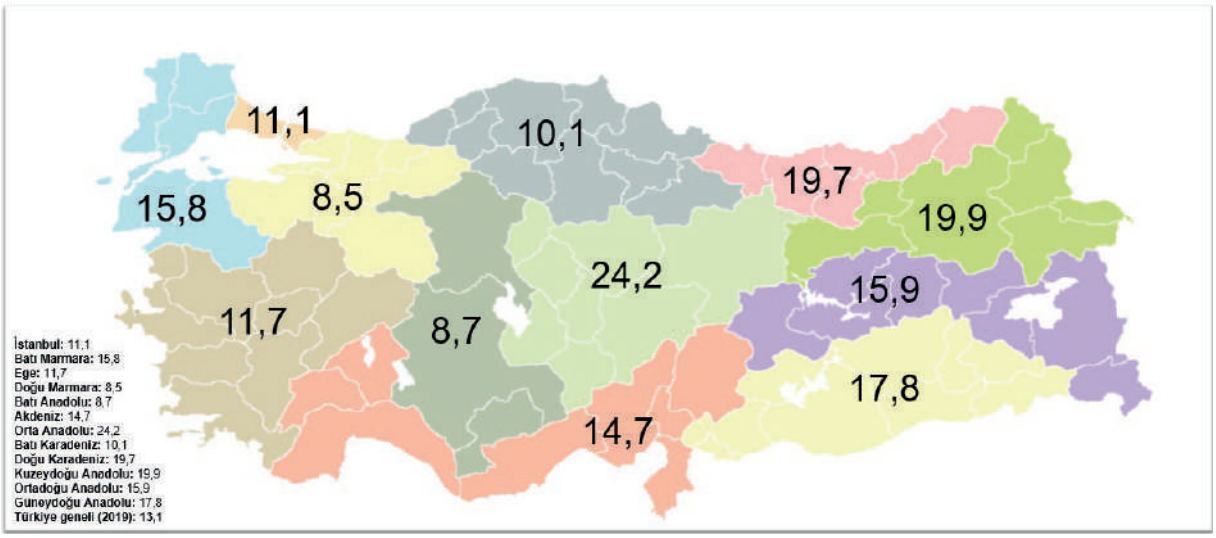
4. Türkiye'de Önlenebilir ve Önlenemez Anne Ölümleri

Türkiye'de 2005 Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasında, anne ölümlerinin %61,6'sının önlenebilir olduğu belirtilmiştir.[7] Güncel durumda Türkiye Anne Ölümleri Raporu 2015-2019 raporuna göre Türkiye'de anne ölümlerinin %55,2'sinin önlenemez olması[10] (**Şekil 4**), sağlık hizmetlerinin gelişmesi olarak açıklanabileceği gibi; önlenebilirlik *kararlarının verilmesinde etkili olan faktörler* ile gecikme modeli kapsamında değerlendirilen *anne ölümleri inceleme raporları*'nın inceleme bağlamında ekipler arasında standardizasyonun olup olmaması konusu üzerinde durulması gereken bir hususdur. Yine yapılan bilgilendirme ve yönlendirmenin amacına ulaşması, bölgede kadının statüsünün düzeyine bağlı olarak, kadının ve ailesinin eğitim ve sosyokültürel düzeyi ile doğrudan ilgili olduğu gerçeği de göz önünde bulundurulması gereken bir husustur.

5. Anne Ölümleri ve Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği

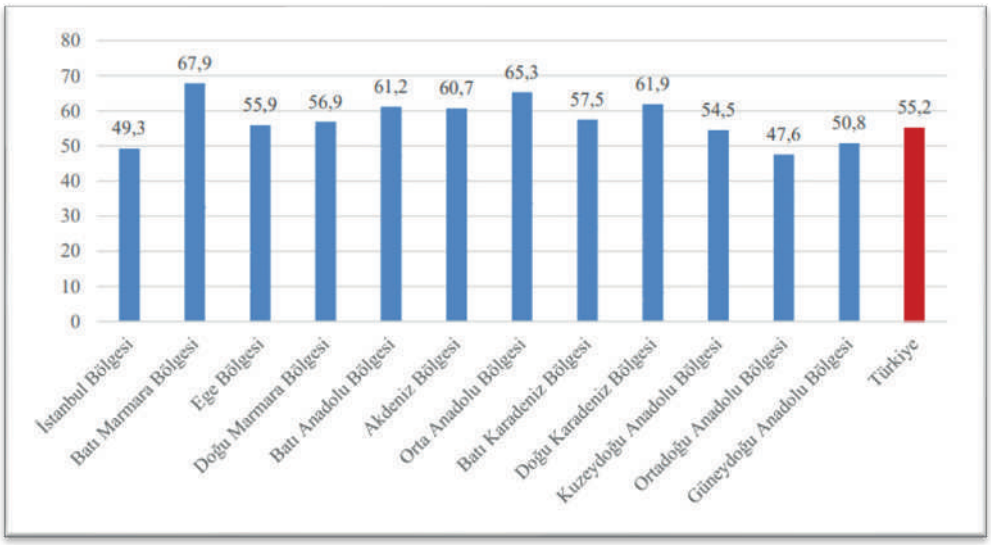
Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, cinsiyetleri farklı alanlarda farklı boyutlarda etkilemekle birlikte; kadınlara yönelik toplumsal cinsiyet ayrımcılığı; kadın sağlığını olumsuz etkileyen en temel faktördür.[16] Türkiye'de yıllar içinde toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksi artış gösteriyor gibi görülebilse de, ülke sıralamasında gitgide geri sıralara düşüldüğü de dikkat çekmektedir (**Şekil 5**).[17] Ülkelerin de sıralamada yükselmesi, böylelikle gelişmiş ülkelerin endeks değerleriyle Türkiye'nin endeks değeri arasındaki uçurumun kapanmaması ile geride kalınması durumu açıklanabilmektedir.

Güvenli annelik temelinde yer alan kavram; toplumsal cinsiyet eşitliği, birinci gecikme modeli ile ilgili olarak gözden geçirilmektedir. Birinci gecikme modeli; Temel



Şekil 3. 2019 Türkiye NUTS-1 Bölgelerinde Anne Ölüm Oranları (Yüz bin canlı doğumda).

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Anne Ölümleri Raporu (2015-2019). Ankara 2021.

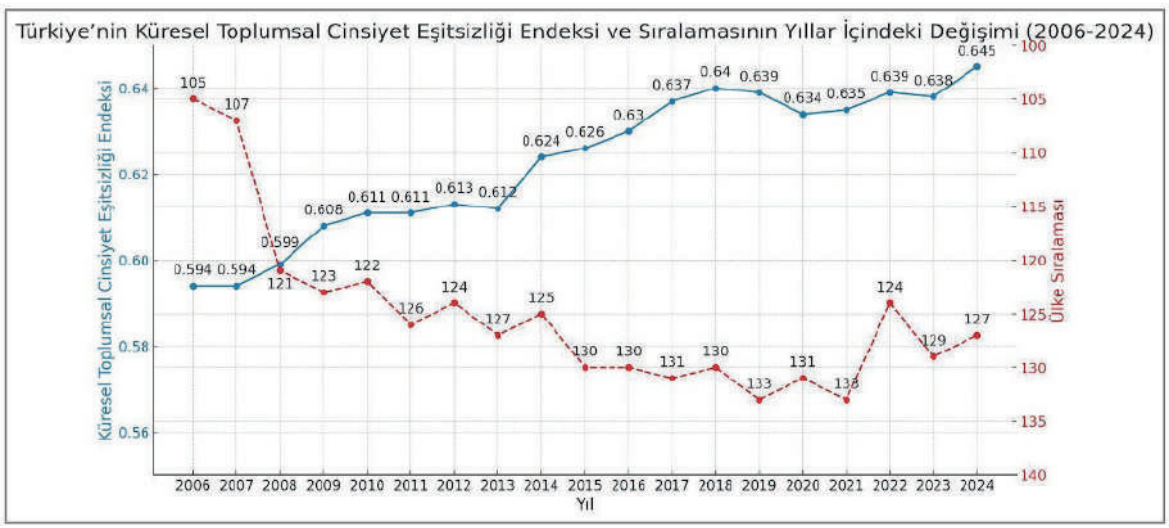


Şekil 4. 2015-2019 Yılları Arasında NUTS-1 İstatistiki Bölgelerine Göre Önlenemez Anne Ölümlerinin Dağılımı (%)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Anne Ölümleri Raporu (2015-2019). Ankara 2021.

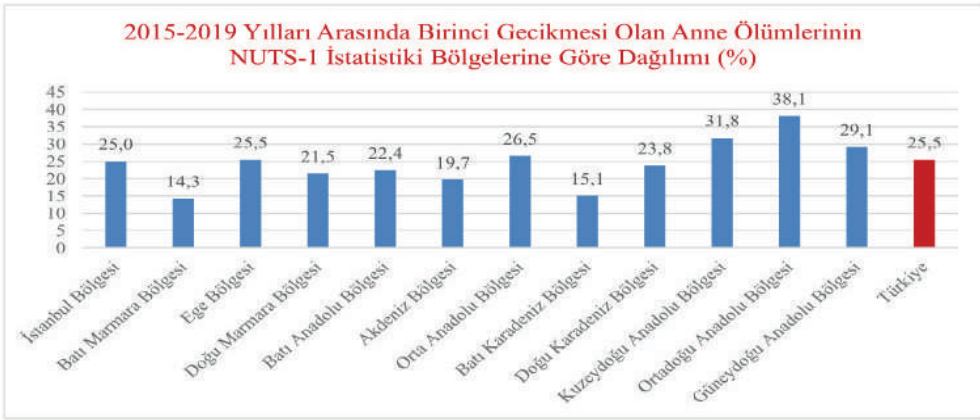
kadın sağlığı hizmetlerini almaya *karar vermede* yaşanan gecikme olmakla beraber, kadınların ya da ailenin sağlık hizmeti alma kararını vermelerinde özerklikleri, sağlık bilinçleri, ekonomik bağımsızlıkları, toplumdaki statüleri büyük bir yer tutmaktadır.[18] Türkiye'de 2015-2019'da anne ölümleri arasında birinci aşama gecikmesi olan anne ölümleri %25,5 olup, bölgelere göre farklılık göstermektedir (**Şekil 6**).[10]

Kadınların CSÜS haklarında özerkliğinin ölçülmesi Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından Nüfus ve Sağlık Araştırması kapsamında Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA) 5.6.1 üç bileşeni olan "kadınların sağlığı hakkında karar alabilmesi, gebeliği önleyici yöntem kullanımında karar alabilmesi ve cinsel ilişkiye hayır diyebilmesi" ile belirlenmiştir. Bu gösterge ile üreme sağlığı bakımı konusunda kendi kararını verebilen, gebeliği önleyici yöntem kullanıp kullanmayacağına kendi başına veya partneri ile ortak karar verebilen ve cinsel ilişkiye girmek istemiyorsa partnerine hayır diyebilen 15-49 yaş arası kadınlar CSÜS konusunda özerk olarak kabul edilmektedir.18 Türkiye'de Türkiye Nüfus



Şekil 5. Türkiye'nin küresel toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksi ve sıralamasının yıllar içindeki değişimi (2006-2024)

Kaynak: Şavlı Emiroğlu, P., Süner, A. F., Yağcı, E., Çiçek, E., Soğanda, Şeyma Y., Çınar Tanrıverdi, E., Davas, A., Günay, T., Özvarış, Şevkat B., & Akın, A. (2025). Küresel Düzeyde Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu 2024 Özeti: Global Gender Gap. Halk Sağlığı Araştırma ve Uygulamaları Dergisi, 3(1), 47–54. https://doi.org/10.5281/zenodo.15312948



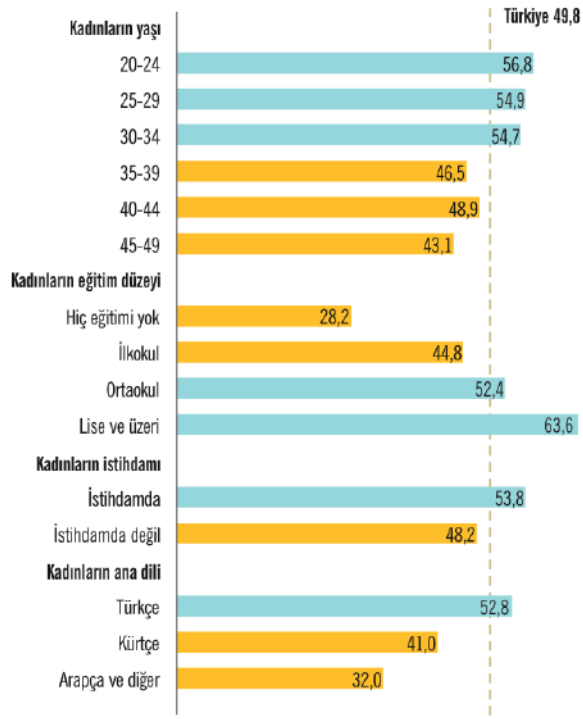
Şekil 6. 2015-2019 Yılları Arasında Birinci Aşama Gecikmesi Olan Anne Ölümlerinin NUTS-1 İstatistiki Bölgelerine Göre Dağılımı (%).

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Anne Ölümleri Raporu (2015-2019). Ankara 2021.

ve Sağlık Araştırması 2018'e göre 15-49 yaşları arasındaki evli kadınların %50'si CSÜS konusunda özerktir (**Şekil 7**).19 Demografik özelliklere göre farklılıklar aşağıdaki şekilde gösterilmiştir (**Şekil 8**). Eğitim düzeyi, yaş grubu, istihdam durumu ve anadile göre kadınların özerklik durumu, sadece anne ölümlerinde birinci gecikme bağlamında değil; kadın sağlığını ilgilendiren birçok alana ışık tutmakta ve sağlıkla ilgili karar verici grubu bu alanları gözden geçirmeye yöneltmektedir.

Kadınların çalışma durumu, ekonomik bağımsızlıklarını doğrudan ilgilendirmektedir. Ekonomik bağımsızlık; kadınların çalışma durumu, çalışmalarından ücret alma durumu, tek başına veya partneriyle ortak ev/toprak/arsa sahipliği gibi göstergelerle değerlendirilebilmektedir. Yaş ilerledikçe 40'lı yaşlara kadar kadınların çalışma yüzdesi artmakta; ancak eşlerine göre oldukça düşük yüzdelerde seyretmektedir.[20]

Kadınların eğitim durumu; toplumdaki statülerini değerlendirmek bakımından ihtiyaç duyulan göstergelerdendir. TÜİK 2024 verilerine göre; 25 yaş ve üzeri nüfusta okuryazar olmayan kadın yüzdesinin (%5,4) Türkiye'de hala erkeklere (%0,8) göre fazla olması, benzer şekilde, okuryazar olan ancak ilkokul bitirmeyen kadın yüzdesinin (%6,1), erkek yüzdesinden (%1,7) fazla olması dikkat çekicidir.[21] Türkiye'de mevcut ölçütler, alınacak mesafenin çok olduğunu göstermektedir.



Şekil 7. Demografik özelliklere göre kadınların cinsel ve üreme sağlığında özerkliği, TNSA 2018.

Kaynak:Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1993-2018 Üreme Sağlığı Konularında Tematik Analizler 1993-2018, Aralık 2022.

6. Anne Ölümleri ve Temel Sağlık Hizmetleri

Güvenli Annelik yaklaşımının temel bileşenleri olan "aile planlaması, doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonu bakım, temel ve acil obstetrik bakım" başlıkları altında incelenen temel anne sağlığı hizmetlerine *ulaşmada* gecikme (ikinci gecikme) ve sağlık *hizmeti alma sırasındaki* gecikme (üçüncü gecikme) kısaca irdelenecektir.

6.1. Aile Planlaması ve İsteyerek Düşükler

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmet sunumunda aile planlaması (AP) ve istenmeyen gebeliklerin sonlandırıl-

ması/isteyerek düşük hizmetlerine erişim anne ölümlerinin önlenmesinin en temel uygulamalarındandır. Halen Türkiye'de doğurganlığın düzenlenmesi ile ilgili gebeliği önleyici tüm yöntemlerin kullanımı ve gebeliğin istek üzerine 10 hafta dahil sonlandırılması (kürtaj) ile ilgili yasal bir engel yoktur. Daha da önemlisi politika-hizmet uyumu sonucunda modern kontraseptif kullanımının geleneksel yöntemleri aşması ve anne ölümleri içinde sağlıksız düşük payının dramatik biçimde azalması sağlanmış; böylece uygulamaya yansıtılan sağlık politikası ile kadın sağlığında önlenebilir mortalite ve morbiditede düşüşü mümkün olmuştur.[5] Türkiye'de herhangi bir yasal kısıtlama olmamasına rağmen isteyerek düşük hizmetinin sunulmadığı, Kadir Has Üniversitesi'nin yaptığı araştırmada "isteğe bağlı kürtaj yapmıyoruz" diyen hastanelerin dört yılda %12'den %54'e çıktığı görülmüştür.[22, 23] Aile planlaması yöntemleri ve isteyerek düşük hizmet sunumuna erişim sorunu; günümüzde olanaklar ve hukuki dayanak bağlamında değil; doğurganlığa teşvik politikaları ve söylemleri ile ne yazık ki devam etmektedir.[5]

6.2. Doğum Öncesi Bakım

Sağlık Bakanlığı'nın Doğum Öncesi Bakım Rehberi'ne göre her gebenin gebeliği boyunca belirlenmiş zaman dilimlerinde en az dört kez izlenmesi önerilmektedir.[25] Riskli gebeliklerde ise izlem sayısı ve sıklığı risk durumuna göre belirlenir. 2005 Ulusal Anne Ölümleri Çalışması sonuçlarına göre; gebeliğe bağlı nedenlerden ölen kadınların %78,8'i en az 1 kez, %31,9'u ise dört veya daha fazla kez son gebeliklerinde doğum öncesi bakım hizmeti almıştır.[7] 2015 yılında ise ölen annelerin en az bir kez doğum öncesi bakım hizmeti alma oranı %92,3 iken 2019 yılında %93,5'e yükselmiştir. 2015-2019 yılları arasında ölen annelerden gebelikleri boyunca dört ve üzeri doğum öncesi bakım hizmeti alanların oranı 2015'te %73,3 iken 2019 yılında %80'e yükselmiştir.[10] Belirtilmesi gereken bir husus Aile Hekimliği Sisteminde bazı hizmetler performans puanı verilmektedir; gebelik kontrolü, doğum ve doğum sonrası bakım performans kapsamında olup kadın sağlığında çok önemli koruyucu bir hizmet olan AP hizmetleri "performansa dahil edilmeyen hizmetlerdir".

Doğum öncesi bakım hizmeti kapsamına yer verilen "Doğum Öncesi Bakım Rehberi"ne göre riskli gebeliklerin "gebelikte risk değerlendirmesi" ile tespit edilerek yönlendirilmesi belirtilmiştir. Bununla birlikte riskli gebeliklerin önlenmesine yönelik çalışmalar; 1961 yılında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile birlikte temel kadın sağlığı hizmetlerinin bölge temelli olarak, ekip çalışması şeklinde sunulması, ev ziyaretleri ile kırsal alana ulaşabilen koruyucu sağlık hizmetlerinin toplumun en periferine kadar götürülmesi mümkün olmuştur. 2010 yılından sonra Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği Sistemine geçiş ile birlikte koruyucu sağlık hizmetleri fragmante olarak mevzuata göre Sağlıklı Hayat Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri ve diğer birinci basamak sağlık kuruluşlarının görev ve sorumluluğu olarak belirtilmiş; sistemin performansa yönlendirmesinden ötürü, gezici sağlık hizmetleri gibi bazı hizmetler geri planda kalmıştır. Anne ölümlerini önlemeye yönelik gerçekleştirilen çalışmalar ve toplantılar sonucunda, 2025 yılında, yüksek riskli gebelerin takibine yönelik gebelerin telefonla aranması ve sağlık eğitimi ile gerekiyorsa üst merkezlere yönlendirme amacıyla planlanan ev ziyaretleri, ilçe sağlık müdürlüklerinde çalışan ebe ve hekimlerin sorumluluğuna verilerek olumlu adım atılmıştır.[26]

Ev ziyaretleri uygulamasının yanı sıra, Sağlık Bakanlığı, birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarının entegrasyonu konusunda çalışmalar yapmakta ve kullanılan bilgi işlem sistemlerinin (HSYS, MBYS vb) ve hasta bilgilendirme sistemlerinin geliştirmesi konularında çalışmalar yürütmektedir[27]. Yüksek riskli gebelerin ilgili uzmanlık alanına yönlendirilmesi konusunda; doğum öncesi bakım rehberine göre Aile Sağlığı Merkezleri'nde gebelerin risk durumlarının değerlendirilmesi ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarına Kadın Hastalıkları ve Doğuma ve ilgili polikliniğe yönlendirilmesi uygulaması mevcuttur.[27] Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne randevusuz yönlendirme yapılmaktadır. Ayrıca risk durumuna, kronik hastalığına göre riskli gebeler ilgili uzmanlık dallarına randevusuz ve öncelikli yönlendirilmektedir. Böylelikle riskli gebeler ilgili uzmanlık dalında muayenelerini *ilgili sağlık tesislerine başvurdukları gün içinde gerçekleştirilebilme olanağına sahip olmaktadırlar.*[27]

TÜİK Türkiye'de "İstatistiklerle Kadın 2024" verilerine göre doğum öncesi bakım olarak adlandırılan en az dört kez yapılması gereken gebe izlemlerinin %99,6 kapsayıcılık oranında olması, yapılan izlemlerin içeriği ve niteliği hakkında bilgi vermemektedir.[21] Veriler birinci basamakta bilgi sistemine girilen-doldurulan formlar üzerinden bilgi sağladığı için pasif sürveyans olarak raporlara yansımaktadır. Pasif sürveyansın avantajı gelişmiş veri sistemleriyle ülke bazında geniş bir toplum özelinde nicelik yönünden kapsamlı veri sağlayabilmektedir. Veri toplama uygulaması aktif olarak yapılmadığından sürveyans için insan gücü bağlamında avantajlıdır. Dezavantajı ise; verilerin niteliği hakkında yeterli bilgi sahibi olamama durumudur. TNSA-2018 verilerine göre nitelikli sağlık personeli yardımıyla gerçekleşen

doğumlar %99 oranındadır. Ancak, kent-kır ve bölgeler arasında farklılıklar vardır.[20] Türkiye'de literatür taraması ve çeşitli saha gözlem ve kilit kişi görüşmeleri kapsamında yapılan bir çalışmada özellikle gebelere danışmanlık ve bilgilendirme konularında eksiklikler olduğu ifade edilmiştir.[28] Gebe okullarında verilen eğitimlerin bilgi içeriğinin yetersiz olduğu, sadece kamuda değil, özel sektörde de benzer sorunların olduğu aynı araştırmada belirtilmiştir.[28] Gebe izlemlerinde aşılar, taramalar, bilgilendirmeler gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin nitelikli olarak verilmesi için birinci basamak sağlık kuruluşlarında personellerin sayı ve nitelik yönünden yeterli olması, düzenli aralıklarla sürekli olarak hizmet içi eğitimlerinin tekrarlanması ve birimlerin yıllık olağan değerlendirilmelerinin tarafsız ve alanında uzman, yetkilendirilmiş personel tarafından gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

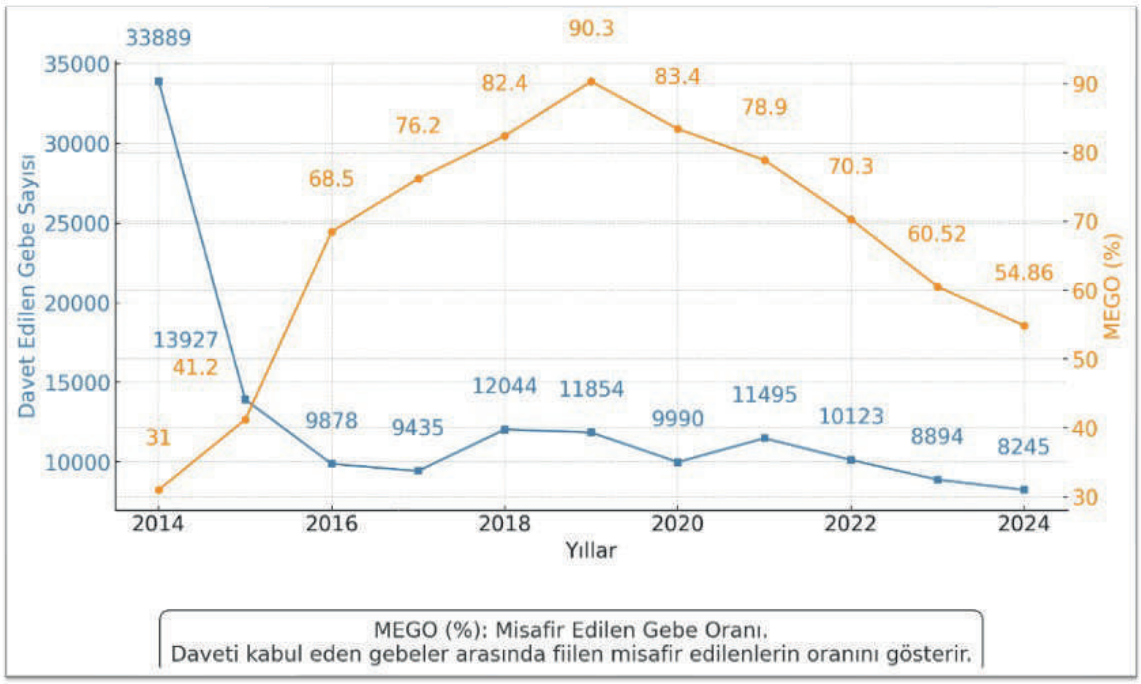
6.3. Sağlıklı Doğum

Türkiye'de yapılan doğumların %99'u sağlık kuruluşunda, %1'i evde gerçekleşmektedir. Ancak kent-kır ve bölgeler arasında farklılıklar vardır.[20]

Türkiye'de yıllar içinde evde doğumların sıklığı giderek azalmıştır bunda uzun yıllar ev ziyaretleri ile verilen ebelik hizmetlerinin olumlu etkisi yadsınamaz. Yine de bölgeler kırsal-kentsel farklılıklar, eşitsizlikler dikkate alınarak evde doğumların önlenmesi için başlatılan Misafir Anne Uygulaması, konu ile ilgili olumlu bir adımdır.

Misafir Anne Uygulaması, iklim, ulaşım güçlüğü veya sosyoekonomik nedenlerle evde doğum yapma riski taşıyan gebelerin hastanede doğum yapmasını sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı'nın 16/04/2008 tarih ve 12245 sayılı (2008/29) genelgesiyle düzenlenmiştir.[29] Doğum Öncesi Bakım Rehberi'ne göre, evde doğum riski bulunan gebelerde üçüncü izlem (28.-32. gebelik haftası) sırasında doğumun yapılacağı yer planlanmaktadır.[25] Bu gebeler ve yakınları, ulaşım riskleri konusunda bilgilendirilmekte, uygun merkezlere yönlendirilmekte ve gebeliğin son ayında hastanede misafir edilmektedir. Son ayına giren gebelerin bilgileri 112 Komuta Kontrol Merkezleri ile paylaşılmakta ve ambulans aracılığıyla hastaneye nakilleri sağlanmaktadır.[30] Genelgeye göre, uygulamanın yürütülmesinde sağlık kurum ve kuruluşlarının sorumlulukları il sağlık müdürlüklerince alınan kararlar ve hazırlanan eylem planlarıyla belirlenmektedir.

Misafir Anne Uygulamasına 2014-2024 yılları arasında davet edilen gebe ve misafir edilen gebe oranı aşağıdaki grafikte gösterilmiştir (**Şekil 9**).[31] Daveti kabul etmeyen gebelerin ilgili tutanakta belirtilen sebepler: misafir edilen sürenin uzun olması, refakat edecek kimsesinin olmayışı, eşinin izin vermemesi, diğer çocuklarına bakacak kimse olmaması, evde doğum yapma alışkanlığı, ev ortamının hastaneye göre daha rahat ve mahrem olması,



Şekil 9. Türkiye'de Misafir Anne Uygulamasına davet edilen gebe sayısı ve misafir edilen gebe oranı (2014-2024).

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2024 Birim Faaliyet Raporu. Ocak 2025. Sayfa: 86.

sağlık personelinin yaklaşımının olumsuz olması, sosyal güvencesinin olmaması nedeniyle tereddüt yaşaması, kararın kendisine ait olmaması, konaklama ve doğum sürecinin uzun olabilmesi gibi ifadeleridir.[32] Ancak, 2019 yılından itibaren misafir edilen gebe oranının azalması ve benzer şekilde davet edilen gebe sayısının da azalması, dikkat çekicidir.

6.4. Doğum Sonu Bakım

Türkiye'de hazırlayıcı sebepleri çoğunlukla gebelikten önce olmakla beraber, anne ölümlerinin çoğu doğum sonrası dönemde gerçekleşmektedir (**Şekil 10**).[10] Doğum sonu bakım hizmetleri, Sağlık Bakanlığının Doğum Sonu Bakım yönetim rehberine göre gerçekleşmekte; hastanede taburculuk öncesi 3 izlem; taburculuk sonrası Aile Sağlığı Merkezlerinde 3 izlem olmak üzere yapılması gereken en az 6 izlem mevcuttur.[33] TNSA 2018'e göre araştırmadan önceki 2 yıl içinde doğum yapan kadınların %71'inin son canlı doğumlarında, doğumu takip eden ilk 24 saat içinde doğum sonrası kontrolleri yapılırken, %66'sı ilk kontrollerinin doğumdan sonraki ilk 4 saat içinde yapıldığını beyan etmiştir. Kadınların %79'u ilk 2 gün içerisinde, %96'sı ilk 41 gün içinde doğum sonrası bakım hizmeti almış iken, %5'i doğum sonrasında hiç bakım hizmetinden faydalanmadığını beyan etmiştir.[20]

6.5. Temel ve Acil Obstetrik Bakım

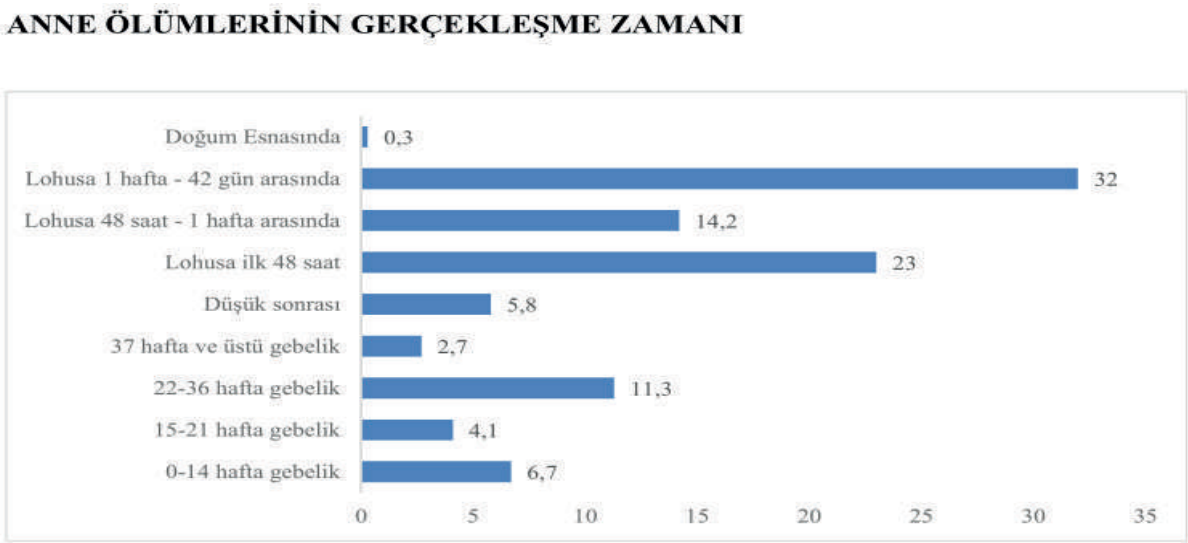
Temel ve Acil Obstetrik Bakım, anne ölümlerini önlemede gebelik, doğum ve lohusalık döneminde üçüncül koruma (risk faktörü maruziyeti sonucu sağlık olayının gerçekleşmesinden sonra sakatlık ve ölümlerin önlenmesi) seviyesinde olması yönüyle öne çıkmaktadır.

Acil Obstetrik Bakım kuruluşları, Dünya Sağlık Örgütüne göre 500 000 nüfusa en az 5 adet olmalı ve bunlardan biri kapsamlı acil obstetrik bakım kuruluşu olmalıdır.[34] Nüfusun ulaşabilirliği açısından coğrafi olarak bulunduğu yerleşim yerlerine eşit dağılmalı, en geç 2 saatte ulaşılmalıdır.[34]

Acil Obstetrik Bakım; anne ölümleri yaşandığında, genellikle postpartum dönemde, en "*gözle görülebilen* ve özellikle sağlık çalışanlarına yönelik *hata atfedilen, bazen hekime yönelik şiddet/şiddet teşebbüsüne yol açabilen*" aşama olmasına rağmen, önlenebilirlik durumu incelendiğinde, yapılabilecek müdahaleler arasında en son aşamadadır. Her gebelik risk potansiyeli olan gebeliktir, acil obstetrik bakım gereksinimi her gebelikte olabilir. Ancak, yazımızın önceki bölümlerinde belirtilen husus, güvenli annelik yaklaşımı; diğer tüm basamakları ile bir bütündür. Aile planlaması, isteyerek düşük hizmetlerinin sağlık ve güven içinde sunulması, doğum öncesi bakım ve riskli gebeliklerin takibi, sağlıklı doğum, doğum sonu bakım hizmetlerinin kaliteli ve yeterli şekilde verilmesi, daha da önemlisi, toplumsal cinsiyet eşitliği ile kadının güçlenmesi ve sağlık hizmetlerine erişim-cinsel hak ve özgürlüklerine sahip olmasının sağlanması anne ölümlerini önlemede esas teşkil etmektedir.

7. Sonuç ve Öneriler

Kadın sağlığının düzeyi kadar bir ülkenin gelişmişlik göstergesi de olan anne ölümleri ile ilgili mevcut du-



Şekil 10. 2015-2019 yılları arasında ölüm zamanına göre anne ölümlerinin dağılımı (%).

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Anne Ölümleri Raporu (2015-2019). Ankara 2021.

rum; gelişmeler ulusal ve uluslararası güncel kaynaklar ışığında irdelenmiştir. En sağlıklı yaş grubu olan 15-49 yaş grubu kadınlarda meydana gelen bu ölümlerin bazı ülkelerde %90'ı önlenebilir ölümlerdir. Türkiye'de ise son değerlendirmelere göre önlenemez ölümler ön plana çıkmış ve anne ölümlerinin %55'inin bu grupta olduğu belirtilmektedir. 2030 yılı Küresel Sürdürülebilir Kalkınma hedeflerine göre Türkiye'de önlenebilir anne ölümlerinin sıfıra indirilmesi için yapılması gerekenler vardır. Bunun yanı sıra Türkiye'de son 10-15 yıldır anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 13-14 arasında seyretmektedir. 2024 yılı için ilk kez yüz bin canlı doğumda 11,5 olarak azalan bir trend meydana gelmiştir; *azalma trendinin devam etmesi ve önlenebilir anne ölümlerinin önlenebilmesi için*;

İncelenen veriler ışığında ileriye yönelik yapılması gerekenler özetle:

- Anne ölümlerinde bölgeler, yerleşim yeri özellikleri, kadının statüsü gibi faktörlere bağlı ciddi eşitsizlikler mevcuttur bu eşitsizlikler sağlık sistemi, hizmet sunum biçimi, toplumun sağlık okuryazarlığı dahil mutlaka dikkate alınarak kök nedenleri bilimsel yöntemlerle değerlendirilmeli ve anne ölümlerini etkileyen, üç gecikme modelindeki tüm faktörler kapsamlı olarak ortaya konularak irdelenmeli, bilimsel kanıtları esas alan müdahale stratejileri geliştirilmelidir.
- Türkiye'de anne ölümlerinin önlenmesinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti sunumunun mutlaka Temel Sağlık Hizmeti yaklaşımı ve ekip hizmeti anlayışı ile; AP gibi önemli koruyucu sağlık hizmetleri geri plana atılmaksızın yapılandırılması ve yapılmasının sağlanması gerekir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı, İl, İlçe Sağlık Müdürlükleri tarafından Aile Sağlığı Merkezleri'ndeki mevcut Aile Hekimliği Birimleri'nin ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının hizmet sunumunun hizmet verilen toplumun gereksinimleri de dikkate alınarak objektif-bilimsel yöntemlerle hizmetlerin değerlendirilmesi, tespit edilen bulgulara göre her bir basamaktaki alt yapılar dahil eksiklerin tamamlanarak hizmet niteliğinin artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması sağlanmalıdır.
- Uygulamaların daha yararlı olabilmesi için sağlık hizmet basamakları arası iletişim, koordinasyon ve destek mekanizmalarının oluşturulması "hizmetlerin yönetimi" bağlamında gerçekleştirilmelidir.
- Toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin varlığı bir ülkede kadın ve anne morbidite ve mortalitelerinin gözardı edilmemesi gereken temel faktörüdür. Bu temel faktör merkeze alınarak etki ettiği *sağlık* ve *sağlığın belirleyicileri* olan eğitim, yoksulluk vb. *her alana yönelik*; halk sağlığı profesyonelleri, sağlıkla ilgili karar vericiler, eğitim, sosyal politikalar, ve ekonomi başta olmak üzere farklı sektörlerde kadın sağlığı ve toplumsal cinsiyet ilişkisi konusunda farkındalığın artırılarak liyakatli tüm profesyonellerin iş birliği içinde çalışmasının anne ölümlerinin azaltılmasındaki önemi eğitim ve uygulamalarda vurgulanmalı, gerçekleştirilmelidir.
- Türkiye'de giderek yaygınlaşan doğum öncesi bakım ve giderek azalan kendi kendine doğumların anne ölümleri bağlamında daha etkili olması beklenmesine karşın aksi yöndeki bulgular bu hizmetlerin niteliği ve basamaklar arasındaki iletişim ve işbirliğinin yeterli olmadığına işaret etmektedir; bu bağlamda yapılacak saha araştırmalarının ve risk değerlendirme gibi uygulamaların gerçekleştirilme durumları hakkında yapılacak nitel araştırmalar ile temel nedenler ve gerekli olan müdahaleler ile ilgili kapsamlı bilgi sağlanabilir.
- Türkiye gibi iletişim ve ulaşımın bölgelere göre farklılık gösterdiği bir ülkede "Misafir Anne" uygulamasının başlatılmış olması olumlu bir adım olmakla beraber yıllar içinde özellikle, 2019 yılından itibaren misafir edilen gebe oranının azalması ve benzer şekilde davet edilen gebe sayısının azalması, dikkat çekicidir. Sürecin yönetimi ve uygulamanın ne kadar etkili olabildiği konularında araştırmalar yapılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.
- Doğum sonrası dönem, 2015-2019-Türkiye Anne Ölümleri Raporu'na göre anne ölümlerinin çoğunlukla yaşandığı dönemdir. Kanamaya bağlı anne ölümleri en sık ilk 48 saatte (%39,9) ve 37. gebelik haftası sonrasında (%22,7) görülmektedir. Bu nedenle kanamanın erken fark edilip tedaviye gecikmeden başlanması hayati önem taşımaktadır; Gebelik, doğum veya lohusalık döneminde ortaya çıkan hayatı tehdit eden acil durumlara müdahale etmek amacıyla sağlık kuruluşlarında verilen tıbbi hizmetlerin bütünü olarak tanımlanan "Acil Obstetrik Bakım", doğum sonu komplikasyonların yönetimi, yeterli donanım ve eğitim, kan ürünlerine erişimin sağlanması, anne ölümlerini önlemede üçüncül korunma çerçevesinde temel bir uygulama alanı olarak dikkate alınmalı ve ülke genelinde doğumla ilgili her vakanın bu hizmetlerden yararlanması garanti edilmelidir. Şöyle ki; Acil Obstetrik Bakım hizmetlerinin başarısı için, özellikle toplam doğurganlık hızı yüksek /ulaşımı-erişimi güç olan bölgelerde; acil obstetrik bakım kuruluşlarının nitelik ve nicelik yönünden yeterliliğinin sağlanması, ilgili sağlık kuruluşlarında

çalışan sağlık çalışanlarına acil obstetrik bakım eğitimlerinin yaygınlaştırılması, anne oteli ve maternal yoğun bakım imkanlarının/kullanımlarının artırılması, 112 acil sağlık hizmetlerinde sevk sisteminin güçlendirilerek ulaşım açısından riskli bölgeler için helikopter ambulans gibi olanakların planlanması, misafir anne uygulamasının kullanımının artırılmasına yönelik uygulamalar yapılması, kan ürünlerine erişimin düzenlenmesi ve ürünlerin güvenliğinin sağlanması ile mümkün olabilmektedir.

- **Son olarak**, sağlığın, sağlık hizmetinin,doğurganlığın, doğurganlık konusuna karar vermenin birer insan hakkı olduğu unutulmadan ülke çapında hizmetler "Hak temelli" yaklaşıma ve buna ugun sağlık sistemi ile verilmelidir. Bu bağlamda kilit unsur toplumun/halkın belirtilenler konusunda yeterli farkındalığının olmasıdır. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimini geliştirmek adına "Sağlıklı Hayat Akademisi (SAHA)" ve "Sağlık Elçileri" uygulamaları son yıllarda başlatılan olumlu uygulamalardır ve bu uygulamalar bağlamında ilçe sağlık müdürlükleri veya Sağlıklı Hayat Merkezleri'nde çalışan sağlık personelleri topluma yönelik yapılandırılmış ve interaktif yöntemler içeren sağlık eğitimleri vermektedir. Bu eğitimlerin daha etkili olabilmesi için Sağlık Bakanlığı düzeyinde ilgili sağlık personellerine "eğitim becerileri eğitimleri" yaygınlaştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Maternal mortality ratio (per 100 000 live births) (Internet). Available from: https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/26 (Erişim tarihi: 07.03.2025)
2. Centers for Disease Control and Prevention. Maternal Mortality Prevention- Preventing Pregnancy-Related Deaths (Internet). 2024 Available from: https://www.cdc.gov/maternal-mortality/preventing-pregnancy-related-deaths/ (Erişim tarihi: 22.09.2025)
3. World Health Organization. Safe motherhood : an information kit. In: Division of Family Health & International Safe Motherhood Conference. Nairobi, Kenya: 1987.
4. Akın A, Bahar-Özvarış Ş. Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması. In: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2018. page 37–39.
5. Akın A. Cumhuriyetimizin 100. Yılında Kadın ve Üreme Sağlığı; Geçmişten Günümüze ve Geleceğe Bakış. In: Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği. 2023.
6. UNFPA, Hacettepe Üniversitesi, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. Nairobi taahhütleri: Türkiyede üç sıfıra doğru (Internet). Available from: https://turkiye.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd-_tr_-_pdf_1.pdf (Erişim tarihi: 07.03.2025).
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005 (Internet). Ankara: 2006 Available from: https://openaccess.hacettepe.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11655/23370/UAOC2005-AnaRapor.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Erişim tarihi: 25.08.2025)
8. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber Bülteni 2024, 2025.
9. Republic of Türkiye Ministry of Health GD of HIS. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 (Internet). 2025 Available from: https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html (Erişim tarihi: 12.05.2025)
10. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Anne Ölümleri Raporu (2015-2019) (Internet). Ankara: 2021 Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Raporlar/Turkiye_Anne_Olumleri_Raporu_2015-2019.pdf (Erişim tarihi: 25.08.2025)
11. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009, 2011.
12. UNICEF. Trends in maternal mortality 2000 to 2020 (Internet). 2023 Available from: https://data.unicef.org/resources/trends-in-maternal-mortality-2000-to-2020/ (Erişim tarihi: 28.09.2025).
13. World Bank. Gender Data Portal, Germany (Internet). 2025 Available from: https://genderdata.worldbank.org/en/economies/germany (Erişim tarihi: 28.09.2025)
14. World Bank. Gender Data Portal, Italy (Internet). 2025 Available from: https://genderdata.worldbank.org/en/economies/italy (Erişim tarihi: 28.09.2025)
15. World Bank. Gender Data Portal, Finland (Internet). 2025 Available from: https://genderdata.worldbank.org/en/economies/finland (Erişim tarihi: 28.09.2025)
16. Ecevit Y. Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Temel Kavramları. CEİD; 2021.
17. Şavlı Emiroğlu P, Süner AF, Yağcı E, Çiçek E, Soğanda ŞY, Tanrıverdi EÇ, et al. Küresel Düzeyde Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu 2024 Özeti: Global Gender Gap. Halk Sağlığı Araştırma ve Uygulamaları Dergisi 2025;3(1):47–54.
18. Actis Danna V, Bedwell C, Wakasiaka S, Lavender T. Utility of the three-delays model and its potential for supporting a solution-based approach to accessing intrapartum care in low- and middle-income countries. A qualitative evidence synthesis. Glob Health Action 2020;13(1).
19. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Üreme Sağlığı Konularında Tematik Analizler 1993-2018. Ankara: 2022.
20. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. 2019.
21. TÜİK. Türkiye'de İstatistiklerle Kadın 2024. 2024.
22. O'Neil M Lou. The availability of abortion at state hospitals in Turkey: A national study. Contraception 2017;95(2):148–53.
23. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Platformu. Türkiye'de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi Raporu (Internet). İstanbul: 2021. Available from: https://cisuplatform.org.tr/cisu-rapor-tasarimi-dijital-2021/ (Erişim tarihi: 25.08.2025)

24. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi (Internet). 2005 Available from: https://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/ulusaile_plan_hizmet_rehberi2_cilt.pdf (Erişim tarihi: 06.08.2025).
25. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (Internet). 2018. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/dogum_oncesi_bakim_08-01-2019_1.pdf (Erişim tarihi: 02.03.2025)
26. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Riskli Gebeler Daha Sıkı Takip Edilecek (Internet). 2025 Available from: https://www.youtube.com/watch?v=-GQ-ZDSlT1mU (Erişim tarihi: 09.10.2025)
27. T.C. Sağlık Bakanlığı. Riskli Gebelik Çalışması Hk. (Internet). Available from: https://e-saglik.gov.tr/TR,50936/riskli-gebelik-calismasi-hk.html (Erişim tarihi: 09.10.2025)
28. UNFPA, Hacettepe Üniversitesi, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. Anne ölümlerine yeniden bakmak, nitel araştırmanın söyledikleri Final raporu (Internet). 2023 Available from: https://www.halksagligiokulu.org/Kitap/Detay/anne-olumlerine-yeniden-bakmak-nitel-arastirmanin-soyledikleri/b1358844-3522-cc75-7c7e-3a0b1d0ee6f7 (Erişim tarihi: 10.03. 2025)
29. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Anne Ölümleri Konulu genelge (Internet). 2008 Available from: https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/175747/0/16042008-misafir-anne-genelgesipdf.pdf (Erişim tarihi: 05.04.2025)
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Misafir anne uygulaması (Internet). Sağlığım: Halk Sağlığına Yönelik Bilgiler Available from: https://tektiklabilgielinde.saglik.gov.tr/kadin-sagligi/misafir-anne-uygulamasi.html#:~:text=Son%20ay%C4%B1na%20girmi%C5%9F%20olan%20t%C3%BCm,geldi%C4%9Finde%20do%C4%9Fumlar%C4%B1%20hastane%20ortam%C4%B1nda%20ger%C3%A7ekle%C5%9Ftirilmektedir. (Erişim tarihi: 03.03.2025)
31. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2024 Birim Faaliyet Raporu. Ankara: 2025.
32. T.C. Sağlık Bakanlığı. Misafir Anne Projesi Alınan Kararlar ve Formlar. Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü2018
33. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi (Internet). Ankara: 2009 Available from: https://share.google/WXU73kQRQ6LaRl9Le (Erişim tarihi: 06.09.2025)
34. World Health Organization (WHO) / United Nations Population Fund (UNFPA). Emergency Obstetric and Newborn Care (EmONC) Assessment Guidelines. 2023.

İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler

Özlem Terzi, Ayşe Akın

İstenmeyen gebelik, küresel bir halk sağlığı sorunudur ve cinsel olarak aktif her kadını etkileyebilir. UNFPA (United Nations Population Fund:Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)'nın 2022'de yayımladığı Dünya Nüfus Raporu (State of World Population -*Seeing the Unseen*), istenmeyen gebelikleri küresel ölçekte göz ardı edilen bir kriz olarak tanımlamaktadır. Rapora göre 2015–2019 yılları arasında dünya genelinde her yıl ortalama 121 milyon istenmeyen gebelik meydana gelmiş olup bu da tüm gebeliklerin yaklaşık %48'ine karşılık gelmektedir. Bir başka ifadeyle günde ortalama 331.000 istenmeyen gebelik oluşmaktadır. Bu gebeliklerin %61'i isteyerek düşükle sonlanmış ve yılda yaklaşık 73 milyon düşük gerçekleşmiştir. Dünya genelinde 15–49 yaş arasındaki kadınlar için isteyerek düşük oranı 1000 kadın başına 39 düzeyinde sabit kalırken, bölgesel farklılıklar dikkat çekicidir: Batı Asya ve Kuzey Afrika'da oran 53/1000'e kadar çıkarken, Avrupa ve Kuzey Amerika'da 17/1000 ile en düşük seviyededir. ABD'de ise oran 2020'de 14,4/1000 iken, 2023'te 15,9/1000'e yükselmiştir. Bununla birlikte, güvenli olmayan kürtaj küresel ölçekte ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir; 2010–2014 verilerine göre yılda gerçekleşen yaklaşık 55,7 milyon kürtajın %45'i güvenli olmayan koşullarda yapılmıştır ve çoğunlukla kürtajın yasa dışı veya kısıtlı olduğu ya da güvenli olmayan ortamlarda yapılan ülkelerde gerçekleşmiştir. Raporda ayrıca güvenli olmayan bir şekilde gerçekleştirilen düşüklerin, dünya çapında yılda yaklaşık 7 milyon kadında ciddi sağlık sorunlarına yol açtığı ve anne ölümlerinin de temel nedenlerinden biri olduğu vurgulanmaktadır.[1]

Rapora göre istenmeyen gebelikler yalnızca bireysel değil, toplumsal düzeyde de önemli sonuçlar doğurmakta, kadınların eğitim ve iş yaşamları kesintiye uğratmakta, ekonomik bağımsızlıklarını zayıflatmakta ve hem ruhsal hem de bedensel sağlıklarını olumsuz etkilemektedir. Bu durum aynı zamanda güvenli olmayan düşüklerin artışına, okul bırakma oranlarının yükselmesine ve yoksulluk döngüsünün devamına da yol açmaktadır. UNFPA'nın raporunda da vurguladığı gibi, bu tabloyu değiştirebilmek için modern kontraseptif yöntemlere erişimin artırılması, kapsamlı cinsel sağlık eğitiminin yaygınlaştırılması, güvenli ve yasal kürtaj hizmetlerinin garanti altına alınması ve özellikle gençler, yoksullar ve kriz bölgelerinde yaşayan kadınlara yönelik özel politikaların geliştirilmesi bir gerekliliktir.[1] **Bu yaklaşım, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri 3.7 maddesinde de vurgulandığı üzere, 2030 yılına kadar aile planlaması (AP) ve eğitim hizmetleri de dahil olmak üzere cinsel ve üreme sağlığına yönelik hizmetlerin herkes için erişilebilir hale getirilmesini ve bu hizmetlerin ulusal strateji ve programlara tam olarak entegre edilmesini zorunlu kılmaktadır.[2]**

1. Ülkemizdeki İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler Konusundaki Güncel Durum

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan en güncel veri seti "Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2023"'te "yıllara göre isteyerek düşük yapma oranı (100 gebelikte)" verisi olarak Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verileri kullanılmış olup, daha güncel bir veriye veya ek bir bilgiye yer verilmemiş olması dikkat çekici bulunmuştur. Bir önceki 2022 yıllığında da yine aynı TNSA 2018 verisinin kullanıldığı görülmüştür.[3]

Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı'nda üreme sağlığı farkındalığının artırılması ve anne sağlığına yönelik koruyucu tedbir ve destek sağlayacak sistem geliştirerek anne ölümlerini en aza indirmek hedefleri yer almakta ve strateji olarak da sadece eğitim faaliyetleriyle sağlık çalışanlarının anne sağlığı ve üreme sağlığı ile ilgili bilgi seviyesi yükseltileceği belirtilmektedir. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı 2019–2023 Stratejik Planı ayrıntılı olarak incelendiğinde, üreme sağlığının temel bileşenleri arasında yer alan doğurganlığın

düzenlenmesi ile ilgili kavramların plan metninde herhangi bir biçimde yer almadığı hususu dikkat çekicidir.[4] Dünya Sağlık örgütü (DSÖ) ve UNFPA gibi kuruluşlar, modern kontraseptif yöntemlere erişim ve AP hizmetlerini "Temel Sağlık Hizmetleri" kapsamında değerlendirmektedir. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı'nın stratejik vizyonunda söz konusu kavramlara yer verilmemesi hem toplum sağlığı hem de toplumsal cinsiyet eşitliği açısından olumsuz bir durum olarak değerlendirilebilir. Stratejik Planın koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerine verdiği genel önem dikkate alındığında, kontrasepsiyon ve AP hizmetlerinin özellikle dışarıda bırakılması, önemli bir koruyucu/ önleyici sağlık hizmetinin göz ardı edilmesine ilaveten üreme sağlığının bütüncül olarak ele alınmadığını da göstermektedir. Ayrıca, isteyerek düşük/kürtaj konularının görmezden gelinmesi, yasal olarak tanımlı hakların bile sağlık politikaları bağlamında desteklenmediğini düşündürmektedir.[5]

Türkiye'de kadın sağlığı ve hakları ile ilişkilendirilecek bir diğer bakanlık Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'dır. İlk kez 2011 yılında kurulan ve daha önce çeşitli bakanlık ve genel müdürlükler bünyesinde yürütülen Bakanlık'ta "sosyal hizmetler, aile, kadın, çocuk, engelli, yaşlı" gibi alanları tek çatı altında toplanmıştır. Bakanlığa bağlı olan hizmet birimlerinden biri de "Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü" (KSGM)'dür. KSGM tarafından yayınlanan "Kadının Güçlenmesi Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023"de ülkemizdeki durum tespitinin yapıldığı bölümde, incelediğimiz konuyla alakalı olarak şu bilgilere yer verilmiştir: "Üreme sağlığı hizmetlerine ihtiyaç duyan tüm bireylerin ulaşması, bireylerin üreme hakları kapsamında değerlendirilmektedir ve her gebeliğin istenen gebelik olmasının sağlanması da bu yolla mümkün olmaktadır. Üreme ve sağlık hakları çerçevesinde, her gebeliğin istenen gebelik olmasının sağlanması; bunun için gerekli üreme sağlığı yöntemleri hizmetleri ile üremeye ilişkin tedavi hizmetlerinin sunulması ve bunun bir tamamlayıcısı olarak istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması için güvenli düşük hizmetlerinin mevcut ve erişilebilir olması gerekmektedir. İsteyerek düşüğün yasallaşmasının ardından bu hizmetin bir AP yöntemi gibi kullanılacağına ilişkin endişeler yaşanmış olsa da böyle bir durumun verilere yansımadığı ve yıllar itibariyle isteyerek düşük oranlarında azalma olduğu TNSA sonuçlarından görülmektedir. Anne ölümlerindeki ve isteyerek düşük oranlarındaki azalmanın sürdürülebilir olması tüm üreme sağlığı hizmetlerinin ulaşılabilir olması ile mümkün olabilecektir." Söz konusu durum tespiti bölümünde ayrıca dezavantajlı grup olarak mevsimlik tarım işçisi kadınlara dikkat çekilmiş ve bu kadınlarda genele kıyasla ortalama canlı doğum sayısının daha fazla, üreme sağlığı hizmetlerine erişim olanaklarının daha düşük, anne ve bebek ölümlerinin ise yüksek olduğuna dikkat çekilmiştir.[6]

KSGM Kadının Güçlenmesi Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018–2023'te konumuzla ilgili olarak "üreme sağlığı hizmetlerinin nicelik ve niteliğinin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesine yönelik projeler geliştirilmesi, Sağlık Bakanlığı öncülüğünde afet ve acil durumlarda sunulacak üreme sağlığı hizmetleri için asgari hizmet sunum paketi geliştirilmesi ve uygulamaya konulması, ayrıca kadınlarda sağlık okuryazarlığının artırılması için farkındalık çalışmaları ve üreme sağlığı/üreme hakları konusunda bilgilendirme materyallerinin yaygınlaştırılması" gibi hedefler belirtilmiştir.[6] Ancak ilgili kurumun faaliyet raporlarında, yayınlarında veya resmi internet sayfasında bu stratejilere yönelik faaliyetlerle ilgili herhangi bir veriye ulaşılamamıştır. Burada ilginç olan kadına verilecek koruyucu önleyici sağlık hizmetlerinin konu bağlamında esas uygulayıcısı olan Sağlık Bakanlığı stratejik belgesinde yer almamasıdır.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) resmi yayınlarında ya da veri tabanlarında da "istenmeyen gebelik", "isteyerek düşük" ya da "kürtaj" gibi başlıklarla düzenlenmiş istatistiksel göstergeler yer almamaktadır.[7]

Yukarıdaki bilgilere dayanarak mevcut durumda, 2023 de yapılması beklenen TNSA'nın sonuçlarının henüz yayınlanmamış olması nedeni ile geniş tabanlı ve en güncel resmi verilere TNSA 2018 raporundan ulaşılabildiği görülmektedir. Bununla birlikte TNSA 2018'de "istenmeyen gebelik" konusuna dair özgün ve doğrudan verilmiş kapsamlı istatistiksel bilgiler yerine, ilgili dönemde (2013-2018 yılları arası) 15-49 yaş evli kadınlarda gerçekleşen doğumların %14,8'inin hiç istenmeyen ve %10,6'sının ise daha sonra olması tercih edilen olmak üzere toplamda %25,4 oranında istenmeyen gebelik olduğu belirtilmektedir.[8]

Ülkemizde 2019-2024 yılları arasında yürütülen ve bölüm sonunda kısaca özetlenen bazı çalışmalar ise, istenmeyen gebelik sıklığının %16 ile %50 arasında oldukça geniş bir aralıkta seyrettiğini göstermektedir.[9-21] Bu çalışmalar arasında gözlemlenen tutarsız sonuçlar muhtemelen çalışma popülasyonundaki ve bağlamındaki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Bazı çalışmalar sadece gebelere odaklanırken, bazı çalışmalar doğurganlık çağındaki kadınlara veya daha dar bir yaş grubu olarak gençleri hedef almaktadır. Ayrıca yalnızca evli kadınlarla yapılan araştırmaların yanı sıra medeni durum gözetmeksizin yürütülen çalışmalar da

bulunmaktadır. İstenmeyen gebelikler ilgili çalışmaları değerlendirirken, hem kavramsal farklılıklar (planlanmayan/ hiç istenmeyen/ şu an istenmeyen ama sonradan istenilen gebelikler gibi) hem de kadının yaşadığı yer (kent/kır), araştırmanın yapıldığı yer (saha/hastane), kadınların sağlık hizmetlerine erişim imkanları, sağlık okuryazarlığı ve sosyoekonomik koşullardaki farklılıklar gibi sosyal belirleyici faktörler de dikkate alınarak sonuçlar yorumlanmalıdır.

İsteyerek düşük konusu TNSA 2018'de oldukça kapsamlı ele alınmıştır. Rapora göre evli kadınlarda yaşam boyu ortalama düşük sayısı 0,21 iken, 100 gebelikte isteyerek düşük sayısı ise 5,9 olarak belirtilmiştir. Raporda göze çarpan bir bulgu da kadının yaşı ve yaşayan çocuk sayısı arttıkça, isteyerek düşük yapma oranının doğrusal olarak artış göstermesidir. Hayat boyu en az bir isteyerek düşük oranı 15-19 yaş arası evli kadınlarda %3'den, 45-49 yaş grubunda %27'ye yükselmekte iken hiç yaşayan çocuğu olmayan kadınlardaki %7'lik oran beş ya da daha fazla sayıda çocuğu olan kadınlarda, %19'a çıkmaktadır.[8]

Ülkemizde son 25 yılda isteyerek düşüklerde ciddi bir azalma olduğu belirtilmekle birlikte kentlerde ve eğitim düzeyi yüksek kadınlarda isteyerek düşüklerin daha yüksek sayıda görüldüğü de ifade edilmektedir. [9] TNSA 2018'de de isteyerek düşük yapmış kadınların oranı kentlerde ve batı bölgelerinde kısmen daha yüksek olup batıda 100 gebelikten 6,8'inin, doğuda 6,1'inin ve kuzeyde ise 2,8'inin isteyerek düşükle sonlandığı belirtilmektedir.[8]

Gebeliklerin isteyerek düşükle sonuçlanması genellikle gebeliği önleyici yöntemlerin yetersiz ya da hatalı kullanılması, etkisiz bir yöntem tercih edilmesi veya hiç yöntem kullanılmaması sonucunda gerçekleşmektedir.[22] Tahminlere göre, istenmeyen gebeliklerin beşte biri ve plansız gebeliklerin altıda biri, gebelik arzusu dışında kontraseptif kullanımın bırakılmasından kaynaklanmaktadır. Otuz dört ülkeden elde edilen Demografik ve Sağlık Araştırması verileri, kontraseptif başarısızlık veya bırakılma durumlarının yaşanmaması halinde istenmeyen gebeliklerin %44 ile %81'inin önlenebileceğini göstermektedir.[23] TNSA 2018'de de isteyerek düşükten önceki ayda kadınların %64,3'ü bir yöntem kullanmazken, %19,6'sının geri çekme yöntemine başvurdukları belirlenmiştir. İsteyerek düşük sonrası ise kontraseptif kullanmayanların oranı yine %60 gibi yüksek düzeylerde seyretmektedir.[8]

Türkiye'de son 10 yılda isteyerek düşüğün gerçekleştiği yerlerin sıklıklarında da değişim olduğu göze çarpmaktadır. TNSA 2013'de son isteyerek düşüğü olan kadınların %62'sinin özel doktor muayenehanesinde veya özel hastanede/klinikte düşük yapmayı tercih ederken, TNSA 2018'de bu oran %49'a gerilemiştir.[8] İsteyerek düşüğün gerçekleştirildiği yerlerle ilgili 2022'de yapılan nitel bir çalışmaya göre istenmeyen gebeliklerini sonlandırmak için kürtaja başvuran kadınlar, sosyal ve ekonomik güçlükler nedeniyle resmi sağlık kuruluşlarına başvurmakta zorlandıklarını, AP hizmetlerinden yeterince yararlanamadıklarını ve edinmiş oldukları bilgilerin yetersiz olduğunu vurgulamışlardır.[24] Bu nedenle çoğu, gebeliklerini sonlandırma yöntemlerini arkadaş çevresi ya da internet gibi güvenilir olmayan kaynaklardan öğrenmiş, bitkisel karışımlar, ilaçlar veya darbelere başvurmuştur. Sağlık hizmetlerine erişimde gizlilik, eş onayı ve ücret engelleri ön plana çıktığı çalışmada, pek çok kadın yaşadığı komplikasyonlara rağmen damgalanma korkusu nedeniyle hastaneye gitmekten kaçındığını ifade etmiştir. Kadınların önemli bir bölümü, kürtajın Türkiye'de yasal olduğunu bilse de yasal sürenin kaç hafta olduğunu bilmediğini, AP yöntemleri konusunda ciddi bilgi eksikliği olduğunu ifade etmiştir. Bazıları kullandıkları yöntemlerin başarısız olmasından şikâyet ederken, bir kısmı hiç korunmadığını ve kürtaj sonrası da eşinin istememesi, bekâr olma ya da eşinden ayrı yaşama gibi nedenlerle yöntem kullanmaya başlamamışlardır. Damgalanma korkusu kadınların kararlarını doğrudan etkilemiş; çoğu gizliliğin daha iyi sağlandığını düşündükleri için özel klinikleri tercih etmiş veya evde kendi yöntemlerini denediklerini ifade etmiştir.[24]

Türkiye'de 2023 yılında yayınlanan önemli bir nitel araştırmada anne ölümlerine ilişkin çalışmalar yürüten kamu kurum temsilcileri, akademisyenler ve sivil toplum kuruluşları temsilcilerinden oluşan uzman görüşmecilerle yürütülmüştür.[25] Araştırmada anne ölümlerini azaltma konusunda Türkiye'de önemli ilerlemeler kaydedilmesine rağmen, halen yaşam boyu cinsel sağlığın bütüncül bir yaklaşım ile ele alınmadığı, çocuklardan başlayarak yaşa uygun cinsel sağlık eğitimi verilmediği, AP hizmetleri ve gebeliği önleyici yöntemlere erişimde zorluklar olduğu ve istenmeyen gebeliklerin yasalarla belirlendiği çerçevede sonlandırılmasında sorunlarla karşılaşıldığına dikkat çekilmiştir. Kadın sağlığı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanlarını derinden etkileyen defacto- pro-natalist bir nüfus politikası yürütüldüğü görüşmelerde sık sık dile getirilmiştir. Bununla birlikte, 1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı kanuna göre belirlenmiş ve sağlık kuruluşlarına başvuran kişilere sunulması gereken AP hizmetlerinin ya hiç sağlanmadığı ya da belirli yerlerde kısıtlı imkânlarla sağlandığına da dikkat çekilmiştir. Birinci basamak

sağlık kuruluşlarında ya da AP kliniklerinde ücretsiz olarak verilmesi gereken gebeliği önleyici yöntem hizmetlerinin son yıllarda aksadığı, kadınların rahim içi araç taktırmak için üçüncü basamak ya da özel sağlık kuruluşlarına yönelmek zorunda kaldıkları, bu yöntemlere dair danışmanlık hizmetlerine de artık kamu sektöründe öncelik verilmediği belirtilmiştir. Üreme sağlığı ve kadın sağlığı alanlarında çalışan bir akademisyen, anne ölümleri alanında Türkiye'deki gelişmeleri değerlendirirken 1978 yılında hazırlanan Alma-Ata Bildirisi'ne atıfta bulunarak tüm hizmetlere eşit erişimin sağlandığı politikalara ihtiyaç duyulduğunun, AP hizmetlerinin temel bir sağlık hizmeti ve yasal hak olmasına rağmen, isteyerek düşükler konusunda uygulamalarda sıkıntılar çıkarıldığının altını çizmiştir. Bir başka uzman görüşü istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasının yasal hak olduğu ve bu hizmetin olması gerektiği şekilde sağlanmadığı takdirde halk arasında "merdiven altı" diye tabir edilen yöntemlerle gebelik sonlandırma işlemlerinin giderek artacağını, bunun da kaçınılmaz olarak anne ölümlerini yeniden yüksek seviyelere getireceğini belirtmiştir. Yine çalışmada gebeliği önleyici yöntemler konusunda birinci basamak sağlık kuruluşlarının işlevsiz hale gelmesiyle kadınların mecburen üçüncü basamağa ya da özel hastanelere yönelmek zorunda kaldıkları ve bu nedenle de yoksul ya da kırsal bölgelerde yaşayan kadınların bu sağlık hizmetlerine ulaşamadığı belirtilmektedir. Bu durumun halen anne ölümlerinin daha sık gözlemlendiği dezavantajlı gruplarda (göçmenler, tarım işçileri gibi) anne ölüm oranlarının yükselmesine neden olacak ve var olan ekonomik ve sosyal eşitsizlikler daha da derinleşecektir.[25]

2. Türkiye ve Dünyada Kürtaj Yasalarındaki Güncel Eğilimler

Ülkeden ülkeye kürtaja yönelik mevzuat, gebeliğin hangi aşamalarında ve hangi koşullarda yasal olarak sonlandırılabileceğine ilişkin önemli farklılıklar göstermektedir. Türkiye'de 1983 tarihli Nüfus Planlaması Kanunu, evli kadınlar için eş rızası ve 18 yaş altı için ebeveyn izni şartıyla, gebeliğin 10. haftası dahil isteğe bağlı kürtaja izin vermektedir. Birleşik Krallık'ta (İngiltere, Galler ve İskoçya) kürtaj hâlen 1967 Yasası uyarınca 24. haftaya kadar iki hekim onayıyla, kamu hastaneleri veya onaylı merkezlerde yapılmaktadır. Ayrıca 2022'de getirilen düzenlemeyle, gebeliğin 9 hafta 6 gününe kadar olan ilaçlı kürtajlar (medikal abortus) tele-danışma ile evde yapılabilmekte ve doktorların gebelik süresinin 10 haftayı aşmadığını "iyi niyetle" onaylaması gerekmektedir.[26] Fransa'da ise 2024'te kabul edilen anayasa değişikliği kürtajı "garanti altındaki bir özgürlük" olarak tanımlamış, daha önce 10 hafta olan sınır 14 haftaya çıkarılmış, bu hizmetlerin ulusal sağlık sistemi tarafından karşılanması ve erişimin engellenmesinin suç sayılması sağlanmıştır.[27] Almanya'da kürtaj hâlen ceza yasası kapsamında suçtur; yaşamı tehdit eden durumlar veya tecavüz gibi istisnalar dışında yasak olup, bu hallerde de işlemin 12. haftadan önce ve devlet onaylı bir danışmanlık sonrası gerçekleştirilmesi gerekir. Bununla birlikte 2024'te Alman hükümetinin onayıyla kurulan uzman komisyonu ilk 12 hafta içinde isteğe bağlı kürtajın yasallaştırılması yönünde tavsiyede bulunmuştur.[28] Meksika'da Yüksek Mahkeme 2023 yılında federal ceza kanunundaki kürtaj suçunu tamamen iptal etmiş; kararda federal makamların hiçbir kadını kürtaj nedeniyle cezalandıramayacağı ve federal sağlık kuruluşlarının hizmet sunması gerektiği vurgulanmıştır. Arjantin'de 2020'de kabul edilen yasa, gebeliğin 14. haftasına kadar herhangi bir gerekçe aranmaksızın ve 14. haftadan sonra hayatı, fiziksel ya da ruhsal sağlığı tehdit eden veya tecavüz kaynaklı gebeliklerde kürtaja izin vermektedir.[29] İspanya'da 2023'de kabul edilen cinsel ve üreme sağlık yasası, 16–17 yaşındaki gençlerin ebeveyn onayı olmaksızın kürtaja erişimini ve zorunlu "üç günlük düşünme süresinin" kaldırılmasını sağlamış, ayrıca menstrüel sağlık ve doğurganlık hizmetlerinin kamu kaynaklarıyla karşılanmasını öngörmüştür.[30] Yukarıdaki örneklerden anlaşılacağı gibi kimi ülkelerde üreme haklarının genişletilmiş ve erişimi kolaylaştırıcı uygulamaların benimsenmişken (Fransa, Arjantin, İspanya, Meksika gibi), kimi ülkelerde ise halen kısıtlayıcı yasal düzenlemeler ve prosedürlerin sürdürülmektedir (Türkiye, Almanya gibi).

3. Güvenli Olmayan Kürtaj Sorununa Genel Bakış

DSÖ Genel Direktörü'nün Nisan 2021'de "Global Safe Abortion Dialogue" kapanış oturumunda yaptığı konuşmada, her yıl dünya genelinde yaklaşık 121 milyon istenmeyen gebelik meydana geldiği ve bu gebeliklerin yaklaşık %60'ının kürtaj ile sonlandığı ifade edilmiştir. Ancak gerçekleştirilen kürtajların yaklaşık yarısının güvenli olmayan koşullarda uygulandığı, bunun da kadınlarda ciddi morbidite ve mortalite risklerini artırdığı vurgulanmıştır. Güvenli olmayan kürtajların önlenmesi için üç temel müdahale alanı öne çıkarılmıştır: etkili kontraseptif yöntemlere erişimin yaygınlaştırılması, güvenli kürtaj hizmetlerinin sunulması ve düşük sonrası bakım hizmetlerinin etkin bir biçimde sağlanması. COVID-19 pandemisinin bu süreçler üzerinde olumsuz etkiler yarattığı; kontraseptif hizmetler-

de %44, güvenli kürtaj ve düşük sonrası bakımda ise %28 oranında aksama yaşandığı bildirilmiştir. Pandemi koşullarında tele-tıp uygulamaları ve öz bakım yaklaşımlarının güvenli hizmet sunumuna katkı sağladığına dikkat çekilmiştir. Ayrıca, dünya genelinde 50'den fazla ülkenin talep üzerine kürtaj hizmetini yasallaştırdığı, 70'ten fazla ülkenin ise düşük sonrası bakım rehberlerine sahip olduğu belirtilmiştir. DSÖ'nün "temel ilaç listesine" güvenli kürtaj için kullanılan ilaçların eklenmesi, küresel düzeyde standartların güçlendirilmesi açısından önemli bir gelişme olarak değerlendirilmiştir.[31]

DSÖ'nün 2022 yılında yayımladığı güncel kürtaj kılavuzu, güvenli kürtaj bakımına ilişkin kanıta dayalı kapsamlı öneriler sunmuştur. Kılavuz, 1000'in üzerinde bilimsel kanıtı değerlendirerek, güvenli kürtajın yalnızca tıbbi bir prosedür değil, aynı zamanda temel bir insan hakkı ve üreme sağlığı hizmetlerinin ayrılmaz bir bileşeni olduğunu vurgulamaktadır. Bu kapsamda, ilaçla ve cerrahi yöntemlerle kürtajın güvenli uygulama standartları, öz-bakım (self-care) yaklaşımları, tele-sağlık uygulamalarının entegrasyonu ve sağlık sistemlerinde engellerin (zorunlu bekleme süreleri, üçüncü taraf onayları vb.) kaldırılmasına yönelik tavsiyeler yer almaktadır.[32]

Ülkemizde halen cerrahi gebelik sonlandırmaya en uygun alternatif olan ilaçla kürtajın (mifepriston ve misoprostol kombinasyonu veya yalnızca misoprostol) uygulanabilirliği çok çok sınırlıdır. Bunun temel nedenleri arasında, mifepriston'un Türkiye'de ruhsatlı olmaması, misoprostol'ün ise yalnızca ülser tedavisi endikasyonu ile piyasada bulunması ve bu nedenle çoğunlukla "endikasyon dışı kullanım" kapsamında değerlendirilmesi yer almaktadır. Klinik pratiğe bakıldığında, kamu hastanelerinde cerrahi yöntemler (özellikle vakum aspirasyonu) ön planda iken, ilaçla kürtaj daha çok özel kliniklerde ve sınırlı merkezlerde uygulanmaktadır. İlaç teminindeki kısıtlılık, mifepriston'un ruhsatsız olması ve misoprostol'ün ise kullanım endikasyonunun farklı olması, sağlık personelinin bilgi ve eğitim eksiklikleri, yasal sorunlar ve kurumsal belirsizlikler bu medikal abortusun yaygınlaşmasını engelleyen faktörlerdir.[33] Oysa DSÖ'nün güncel kürtaj kılavuzunda ilaçla kürtajın ilk trimesterde güvenli, etkili ve kadınların mahremiyetini gözeten bir yöntem olduğu açıkça belirtilmiş ve ülkelerin bu uygulamayı sağlık hizmetlerine entegre etmesi gerektiği vurgulanmıştır.[32]

Uluslararası tıbbi kürtaj hizmeti veren bir kuruluş olan Women on Web (WoW) Türkiye'de çevrimiçi danışma anketi yöntemiyle yürüttüğü bir çalışma sonuçlarına göre, tıbbi kürtaj talebi olan 620 gebeden %58,4'ünün mevcut gebeliklerinden önce herhangi bir AP yöntemi kullanmadığı, %36,0'sında AP yönteminin başarısız olduğu %5,6'sının (n:34) ise istenmeyen gebelik nedeninin tecavüz olduğu belirlenmiştir. Resmî kürtaj hizmetlerine erişimde bildirilen başlıca engeller arasında maliyet (%48,3), kürtajı partner veya aileden gizleme ihtiyacı (%42,7) ve kürtaj haplarının temin edilememesi (%44,9) sayılmaktadır. Çalışmada resmi kuruluşlarda kürtaj hizmetlerinin bulunmaması güvenli kürtaja erişimde önemli bir engel olduğu vurgulanarak, içerik analizlerine göre maliyet, mahremiyet ve gizlilik endişeleri, yanlış bilgilendirme ve sansür, kadınların resmi kürtaj hizmetlerine erişimini, sözde mevcut olduğu yerlerde bile engelliyor gibi görünmekte olduğu belirtilmektedir. Çalışma ayrıca evli kadınlar için eş onayı zorunluluğunun kadınların özerkliğini ihlal ettiği ve özellikle yakın partner şiddeti durumlarında daha da sorunlu hale geldiğini ortaya koymaktadır.[34]

4. COVID-19 Pandemisinin İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşüklere Etkisi

COVID-19 pandemisinin ortaya çıkışıyla birlikte üreme sağlığı göstergelerinin nasıl etkileneceği çok tartışılır bir konu olmuş ve pek çok tahmin analizleri yapılmıştır. Örneğin UNFPA'nın yayımladığı tahminlerde COVID-19 salgının karantina tedbirinin 6 ay sürmesi ve sağlık hizmetlerinde ciddi aksaklıklar yaşanması durumunda, 114 düşük ve orta gelirli ülkede fazladan 7 milyon istenmeyen gebelik vakası ve karantinanın devam ettiği her 3 ay için ek olarak 2 milyon kadının modern gebeliği önleyici yöntemlere erişim engeli olacağı tahmin edilmiştir.[35] Yayınlanan bir başka çalışmada düşük ve orta gelirli ülkelerde geri dönüşümlü kontrasepsiyon yöntemi kullanımında %10'luk bir düşüşün, 49 milyon karşılanmamış AP gereksinimine ve 15 milyondan fazla istenmeyen gebeliğe yol açacağı tahmini yapılmıştır.[36] Ancak pandeminin 1. yılında (Mart 2021) gerçek dünyadan gelen verilerle güncellenen UNFPA değerlendirmesi, COVID-19'un neden olduğu aksamaların daha kısa ve sınırlı kaldığını, 115 ülkede yaklaşık 12 milyon kadının AP erişimde kesinti yaşadığını ve bunun yaklaşık 1,4 milyon ek istenmeyen gebelikle sonuçlandığını bildirdi.[35]

Türkiye'de pandemide yürütülen bir tez çalışmasında üreme çağındaki katılımcıların %84,4'ü pandemi sürecinde gelecek altı ay içinde gebe kalmayı planlamadığı, %5,4'ünün ise pandemi sürecinde en az bir defa planlanmamış gebelik yaşadığı tespit edilmiştir.[37] Yine pandemi döneminde yapılan bir başka çalışmada ise katılımcıların %32,7'sinin pandemiden önce gebe kalmayı planlarken bu oranın pandemi sürecinde %5,1'e

düştüğünü bildirilmektedir.[38] Bu çalışmalarda pandemi döneminde AP hizmetlerin hiç kesintiye uğratılmadan sürdürülmesi gerektiğine özellikle vurgu yapılmıştır.

Türkiye'de 2019-2024 yılları arasında yayınlanmış bazı bilimsel çalışmalardaki istenmeyen gebelik ve isteyerek düşük sıklıkları ve ilişkili faktörlerle ilgili bazı veriler aşağıda özetlenmiştir.

- Türkiye'de, Kadir Has Üniversitesi- Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Merkezi tarafından ilki 2016 yılında, sonuncusu da 2020 yılında, "Türkiye'deki Kamu Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri Araştırma (2020)" sonuçlarına göre; Çeşitli illeri kapsayan Kadın-Doğum bölümü olan ve görüşülen toplam 295 hastanenin sadece 10'unda kürtaj hizmeti verildiği, 185'inde ise verilmediği saptanmıştır. Ayrıca 2016 yılından 2020'ye dek yani 4 yıl içinde isteğe bağlı kürtaj hizmeti verilmeme oranı %12'den %54'e çıkmış, istek üzerine hizmetin veriliyor olması da %8'den %3'e düşmüştür.[39] Sadece bu bulgular bile "**Türkiye'de yasal olmasına rağmen kamu kuruluşlarında hizmetin ulaşılmaz olduğunu"** çok açık olarak göstermektedir.
- Kars'ta 2022 yılında ikinci basamak bir hastaneye başvuran gebeler üzerinde yürütülen bir araştırmada, istenmeyen gebeliklerin yaygınlığı %36,5 olup %17,2'si hiç istemeyen ve %19,3'ü ise başlangıçta istenmeyip sonradan kabullenilen olarak saptanmıştır. Çalışmada resmi nikâhı olan gebelere göre nikâhsız birliktelik yaşayanlarda 4,9 kat, modern yöntem kullananlara göre geleneksel yöntem kullananlarda 3,3 kat, herhangi bir yöntem kullanmayanlarda ise 4 kat daha yüksek istenmeyen gebelik görülme olasılığı bulunmuştur. Ayrıca hane büyüklüğü ve çocuk sayısı da bu risk üzerinde önemli diğer etkenlerdir.[10]
- Aydın ilinde 2022'de ikinci basamak bir hastaneye başvuran 428 gebeyle yapılan çalışmada, gebelerin %25,0'inde (%10,7'si hiç istemeyen ve %14,3'ü planlama zamanından önce olan) istenmeyen gebelik olduğunu ve %3,0'ünde kürtaj öyküsü bulunduğu belirtmiştir. Kürtajların tamamının uzman doktor tarafından gerçekleştirildiği ancak sadece %15,4'ünün bir devlet hastanesinde diğerlerinin ise özel sağlık kuruluşları/muayenelerde gerçekleştiği anlaşılmaktadır. Kürtaj öncesi ya da sonrasında kürtajın yapıldığı sağlık kuruluşunda gebeliği önleyici yöntemler hakkında kadınların sadece %38,5'ine bilgi verildiği belirlenmiştir.[11]
- Ankara'da 2023 yılında üçüncü basamak bir hastaneye başvuran 412 gebe veya lohusa kadınla yapılan bir çalışmada, istenmeyen gebelik sıklığının %21,4 olduğu, ayrıca %6,2'sinde istenmeyen gebelik nedeniyle kürtaj olma öyküsü olduğu saptanmıştır.[12]
- Bingöl ilinde, 2019 yılında rastgele seçilen üç ASM'ye kayıtlı 15- 49 yaş arası 323 evli kadınla yapılan çalışmada kadınların %16,4'ünün istenmeyen gebelik yaşadığı ve %6,5'inde isteyerek düşük öyküsü olduğu belirlenmiştir. AP danışmanlığını kadınların %34,7'sinin aldığı, %56'sının herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmadığı, %31,7'sinin halen gebe olduğu için herhangi bir yöntem kullanmadığı saptanmıştır. Kadınların %36,2'si rahim içi araç kullanmanın, %17,0'si oral kontraseptif kullanmanın günah olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.[13]
- Denizli ilinde 2022 yılında üçüncü basamak bir hastaneye başvuran 15-49 yaş arası 361 evli kadınla yürütülen çalışmada, kadınların %18,3'ünde istenmeyen/plansız gebelik öyküsü ve %5,8'inde isteyerek düşük öyküsü vardır. Araştırma grubunun eşlerinin eğitim düzeyi azaldıkça, kadınlarda gebelik sayısı ve düşük sayısı arttıkça istenmeyen/plansız gebelik öyküsü olma oranı arttığı belirlenmiştir. Araştırmada istenmeyen gebelik öyküsü olan kadınların %39,4'ü acil kontrasepsiyonu hiç duymadıklarını belirtmiştir.[14]
- Edirne ilinde üçüncü basamak bir hastanenin doğum polikliniği ve servisine başvuran 16–49 yaş arasındaki 342 evli kadınla yapılan bir çalışmada %27,8 sıklığında istenmeyen gebelik öyküsü olduğu ve bu gebeliklerin %44,7'sinin kürtajla sonlandırıldığı belirlenmiştir.[15]
- İstanbul'da bir aile sağlığı merkezine başvuran 16-49 yaş arası 407 evli kadınla yürütülen çalışmada kadınların %17,3'ünde istenmeyen gebelik öyküsü ve %5,2'sinin kürtaj öyküsü olduğu belirlenmiştir. İstenmeyen gebeliği olan bireylerdeki kontrasepsiyon hataları sıralandığında geri çekmede başarısızlık (%54,6), prezervatifin yırtılması (%27,2) ve hapın unutulması (%18,2) ön sırada gelmektedir. Düşük eğitim seviyesinin ve sahip olunan çocuk sayısının iki ve üzerinde olmasının istemli düşük yapma eğilimini artırdığı görülmüştür.[16]
- Samsun ilinde bir aile sağlığı merkezine başvuran 18-49 yaş arası 231 evli kadınla yapılan bir araştırmada istenmeyen gebelik sıklığı %33,3'dür ve istenmeyen gebelik yaşayanların %61,0'ı bu sırada herhangi bir korunma yöntemi kullanmaktadır. En sık kullanılan yöntem ise %62,3 ile geri çekmedir. Bu istemsiz gebeliklerin %14,3'ü kürtaj ile sonuçlan-

mıştır. Kadınların %35,9'sinin son gebeliği planlı değildir. Çalışmada yaş, gebelik sayısı, doğum sayısı ve çocuk sayısı istenmeyen gebelik sıklığını artıran faktörler iken çalışma durumu, yüksek eğitim ve gelir düzeyi ise azaltan faktörler olarak bulunmuştur.[17]

- İstanbul'da üçüncü basamak bir hastaneye başvuran 300 kadınla yürütülen çalışmada, kadınların %50'sinin istenmeyen gebelik öyküsü olduğu ve istenmeyen gebeliği olan kadınlarda gebelik sayısının ve çocuk ölümünün daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yaşayan çocuk sayısının 4 ve üstü olduğu durumlarda ise istenmeyen gebelikler anlamlı olarak fazladır. İstenmeyen gebeliği olan olguların, %61,0'i 1 kez, %8,0'i ise 4 kez ve üzerinde kürtaj yaptırdığını belirtmiştir.[18]
- Doğum öncesi bakım için hastaneye başvuran evli 409 gebe kadın üzerinde yürütülen bir çalışmada istenmeyen gebelik oranı %23,2 bulunmuş ve kadının yaşı ile eğitim düzeyiyle ters orantılı olduğu belirlenmiştir. Çalışmada istenmeyen gebelik oranının yüksekliği, AP yöntemi kullanılmaması veya geleneksel AP yöntemleri tercih etmesiyle ilişkilendirilmiştir.[19]
- 2022 yılında 313 gebe kadınla yapılan bir çalışmada gebelerin %25,2'sinde istenmeyen gebelik söz konusu olduğu ve %3,2'sinin isteyerek kürtaj yaptırdıkları belirlenmiştir.[20]
- 2022 yılında Ankara'da, yeti yitimi olan 144 kadınla yürütülen bir çalışmaya göre kadınların %31,5'inde istenmeyen gebelik öyküsü olduğu ve bu kadınların %52,9 unun isteyerek düşük yaptığı belirlenmiştir.[21]
- Gaziantep'te isteyerek düşük hizmeti veren tek kamu kuruluşuna isteyerek düşük için başvuran 210 kadınla 2022'de yürütülen bir çalışmada kadınların %61,9'u ilk kez, %28,1'i ikinci ve %2,9'u 4 ve üzerinde isteyerek düşük için başvurduğu belirlenmiştir. Kadınların %41,4 maddi yetersizlik nedeniyle ve %34,8'i yeterli sayıda çocuğu olduğu için bu hizmete başvurmuşlardır. Tekrar gebe kalırlarsa kadınların %66,7'si yine isteyerek düşük yapacağını ve %21,4'ü ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir.[40]
- 2025 yılında yayınlanan ve istenmeyen gebelik sonucu dünyaya gelen bireylerin çocukluk ve yetişkinlik dönemlerindeki yaşam deneyimlerinin araştırıldığı nitel bir çalışmanın sonuçları çoğunun çocukluk dönemindeki anneleri ile ilişkilerinde problem yaşadıklarını ve bu sorunların arkadaşlık ilişkilerini de etkilediğini, yetişkinlik dönemine gelindiğinde ise çocukluk döneminde anne ile kurulamayan güvenli bağı nedeniyle özellikle eş/partner ile olan ilişkilerinde sağlıksız ilişkiye yol açabildiğini göstermektedir.[41]

5. Sonuç ve Öneriler

Bu yazı kapsamında istenmeyen gebelikler ve isteyerek düşükler konularının Dünya'daki durumuna kısaca değinilmiş olup, Türkiye'deki güncel durum mevcut kısıtlı sayıdaki ulusal ve yerel bilimsel çalışma sonuçları ışığında ayrıntılı olarak irdelenmiştir. Ülkemizin de imza altına alarak taahhüt etiği Birleşmiş Milletler 2030 yılı Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine (SKH) ulaşılmasına çok az zaman kalmasına rağmen bir insan hakkı olan sağlığın bazı diğer konularında da olduğu gibi "cinsel ve üreme sağlığı" hak ve gereksinim olan koruyucu hizmetlerin en önemlilerini içermektedir. Örneğin gebeliğin önlenmesi, AP ve isteyerek düşük hizmetlerine ulaşmada Türkiye'de özellikle son 10 yılda ilerleme değil ciddi gerilemeler olduğuna araştırma sonuçları işaret etmektedir. Oysa tarihsel süreçte kadın sağlığının iyileşmesinde kadına verilen koruyucu sağlık hizmetlerinin etki ve katkısı çok iyi incelenmiş ve kanıtlanmıştır. [2,8,39,42-46] Konunun irdelenmesinde kadına verilecek koruyucu önleyici sağlık hizmetlerinin "aile planlaması, kontrasepsiyon, istenmeyen gebelik, isteyerek düşük ve kürtaj gibi kavramların, esas sorumlu ve uygulayıcı olan Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik plan metninde herhangi bir biçimde yer almadığı hususu dikkat çekicidir. Bilinmektedir ki bu kavramlar yalnızca bireysel sağlıkla değil; aynı zamanda toplum sağlığı, kadınların yaşam hakkı, sağlık hakkı, toplumsal cinsiyet eşitliği ve sürdürülebilir kalkınma hedefleriyle doğrudan ilişkilidir.

Kanıtlar göstermektedir ki kadın sağlığında koruyucu / önleyici hizmetlerin geri plana atıldığı durumlarda kadın sağlığında mutlaka olumsuz gelişmeler olacaktır. Sağlıkta "hak temelli hizmet yaklaşımı esas alınarak özellikle kadın sağlığında "doğurganlığın düzenlenmesinin kadının kararı ile olacağı, kamunun (devletin) ise bu hizmetleri vermesinin anayasal görevi olduğu unutulmamalıdır;

Son olarak Türkiye'de bu alandaki yasal ve prosedürel boşlukların devam etmesi kadınların tıbbi düşük gibi güvenli, dünyada giderek yaygın kullanılan atravmatik düşük yöntemlerine ulaşmalarının önünde ciddi bir engel olup erişilebilirliğin sağlanması da konu bağlamında atılması gereken önemli bir adım olacaktır.

KAYNAKLAR

1. UNFPA. State of World Population 2022 - Seeing the Unseen: The Case for Action in the Neglected Crisis of Unintended Pregnancy. https://www.unfpa.org/publications/seeing-the-unseen (Erişim Tarihi 02.10.2025)
2. Transforming Our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development |Department of Economic and Social Affairs. Erişim: https://sdgs.un.org/goals/goal3 (Erişim tarihi: 02.10.2025)
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. Ankara. Erişim: https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html (Erişim tarihi: 02.10.2025
4. T.C. Sağlık Bakanlığı (2022). 2019-2023 Stratejik Planı (Güncellenmiş versiyon-2022). Ankara. Erişim:
5. https://sgb.saglik.gov.tr/TR,61665/tc-saglik-bakanligi-2019-2023--stratejik-plani.html (Erişim tarihi: 02.10.2025)
6. Türkçelik, E., Akın, A. Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Haritalama ve İzleme Çalışması: 2021-2023 Güncellemesi. ISBN: 978-625-7666-26-8 Erişim: www.ceid.org.tr veya www.ceidizler.ceid.org.tr (Erişim tarihi 02.10.2025)
7. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı-Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM), Kadının Güçlenmesi Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2018-2023), Ankara. Erişim: http://www.sp.gov.tr/upload/xSPTemelBelge/files/RySPo+KADININ_GUCLENMESI_STRATEJI_BELGESI_VE_EYLEM_PLANI_2018-2023_.pdf (Erişim tarihi: 02.10.2025)
8. Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim: https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Saglik-ve-Sosyal-Koruma-101 (Erişim tarihi: 02.10.2025)
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, TÜBİTAK.
10. Erişim: https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_turkiye_nufus_ve_saglik_arastirmasi-56 (Erişim tarihi: 02.10.2025)
11. Soysal, G., Özcan, C., & Akın, A. (2022). Dünyada ve Türkiye'de Kadın, Anne ve Çocuk Sağlığının Güncel Durumu. Sağlık ve Toplum, 32(1), 3-13.
12. Karahan, H. (2023). Kars'ta İkinci Basamak Bir Hastaneye Başvuran Gebelerde İstenmeyen Gebelik Sıklığı ve İstenmeyen Gebelikleri Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Kafkas Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kars.
13. Gün, A. S. (2023). İkinci Basamak Bir Sağlık Kurumuna Başvuran Gebe Kadınların Üreme Sağlığı Öyküsü ve Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi, Aydın.
14. Yağmahan, A. (2023). Gebe ve Lohusaların Aile Planlaması Yöntemlerine Bakış Açılarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara
15. Nazik, F., Mumcu, Ş., Sönmez, M., Yılmaz, A. N., Yüksekol, Ö. D. (2021). 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 4(3), 326-336.
16. Bayındır, S. (2022). Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Acil Kontrasepsiyon Yöntemleri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Davranışları. Pamukkale Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Denizli.
17. Muhtaroğlu, P. (2019). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları-Doğum Polikliniği ve Servisine Başvuran 16–49 Yaş Aralığındaki Evli Kadınların Aile Planlamasına Karşı Tutumlarının Karşılaştırılması. Trakya Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
18. Arslancan, M. (2019). Acil Kontraseptif Yöntemlerin 15-49 Yaş Kadınlar Tarafından Bilinme ve Uygulanma Durumu ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıpta uzmanlık tezi, İstanbul.
19. Türk, A. (2022) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Evli Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Samsun.
20. Türk, T., Orbay, E. (2023) İstenmeyen Gebelik Öyküsü Durumuna Göre Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihlerinin İncelenmesi.J. One Health Res, 1(1):15-20.
21. Ulubaşoğlu, H., Şahinöz, S., Şahinöz, T., & Ulubaşoğlu, P. (2022). Hala Önlenemeyen Önemli Bir Halk Sağlığı Sorunu: İstenmeyen Gebelikler ve Epidemiyolojisi. Jinekoloji-Obstetrik & Neonatoloji Tip Dergisi, 19(3).
22. Koç, E., Bal, S., & Edis, E. K. (2024). Gebeliğin İstenme Durumu ile Aile planlaması Tutumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Journal of Academic Research in Nursing (JAREN), 10(1):40-47.
23. Kavaklı, D. (2022).18-49 Yaş Yeti Kaybı Olan Kadınların Aile Planlaması Hizmetine Erişim Durumları ve İlişkili Faktörlerin Saptanması, Hacettepe Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.
24. Sarder, M.A., Islam, S.M.S., Maniruzzaman, M., Talukder, A., Ahammed, B. (2021) Correction: Prevalence of Unintended Pregnancy and its Associated Factors: Evidence from Six South Asian Countries. PLOS One 16(10): e0259360. Erişim: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259360 (Erişim tarihi: 02.10.2025)
25. Danna, K., Angel, A., Kuznicki, J., Lemoine, L., Lerma, K., & Kalamar, A. (2021). Leveraging the Client-Provider İnteraction to Address Contraceptive Discontinuation: A Scoping Review of the Evidence that Links Them. Global Health: Science and Practice, 9(4), 948-963. Erişim: https://doi.org/10.9745/ghsp-d-21-00235 (Erişim tarihi: 02.10.2025)
26. Bilecen, A. P., & Filiz, E. (2023). Kadınların İstenmeyen Gebeliklerini Resmi Sağlık Kuruluşu Dışında Sonlandırma Deneyimi: Nitel Bir Çalışma. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 17(2), 296-303.
27. Yüksel-Kaptanoğlu, İ., Keskin, F., Yayla Enfiyeci, Z., Barkçin, M., Güneş, K., Koyuncu, Y. ve Koç, İ. (2023). Anne Ölümlerine Yeniden Bakmak: Nitel Araştırmanın Söyledikleri. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri

Enstitüsü. Erişim: https://dspace.ceid.org.tr/handle/1/2588 (Erişim tarihi: 02.10.2025)

28. Sally Sheldon and Kaye Wellings (eds), Decriminalising Abortion in the UK: What Would It Mean?, Policy Press, 2020, 176 pp., Open Access, ISBN 9781447354024.
29. Bottini, Eleonora, Bouaziz, Margaux; Hennette-Vauchez, Stéphanie: *Enshrining Abortion Rights in the French Constitution: A Global Statement with Little Domestic Substance?, VerfBlog,* 2024/3/09, https://verfassungsblog.de/enshrining-abortion-rights-in-the-french-constitution/, *DOI: 10.59704/cb4c6f83ad0b5367*.
30. Hempeler, C., Bowman-Smart, H., Nov-Klaiman, T., & Horn, R. (2025). Reproductive Self-Determination and Regulation of Termination of Pregnancy in Germany: Current Controversies and Developments. J Med Ethics. *0:1–6. DOI:10.1136/jme-2024-110457*
31. Center for Reproductive Rights: Historic Decision: Mexico's Supreme Court Decriminalizes Abortion (in Abortion) Erişim: https://reproductiverights.org/our-issues/abortion/ (Erişim tarihi: 02.10.2025)
32. Oliver-Lalana, A.D. (2024). Was It Really 'To No Avail'? The Legislative Deliberations on Underage Girls' Access to Abortion in Spain. In*: Oliver-Lalana, A.D. (eds) Debating Laws. Legisprudence Library, vol 10. Springer, Cham*. https://doi.org/10.1007/978-3-031-46727-1_2 (Erişim tarihi: 02.10.2025)
33. World Health Organization (WHO). Director-General's opening remarks at the closing event – Global Safe Abortion Dialogue. 29 April 2021. Erişim: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-closing-event---global-safe-abortion-dialogue Erişim tarihi: 02.10.2025
34. World Health Organization (WHO). Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022.Erişim: https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483 (Erişim tarihi: 02.10.2025)
35. Akin, A., Doğan, B. G., Özvaris, Ş. B., & Mihçiokur, S. (2012). Introducing medical abortion in Turkey: Perspectives of physicians. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118:57-61.
36. Atay, H., Dedeoglu, B. E., Balkanci, U. B., Sadak, E., & Gomperts, R. (2022). Access to Formal Abortion Services and Demand for Medical Abortion in Turkey: A Mixed-Method Study. Authorea Preprints.
37. UNFPA, Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage Erişim: https://www.unfpa.org/resources/impact-covid-19-pandemic-family-planning-and-ending-gender-based-violence-female-genital (Erişim tarihi: 02.10.2025)
38. Riley, T., Sully, E., Zara A., and Biddlecom, A. (2020). Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries, International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 46:73-76
39. Tamaddon M. (2021) Pandemi sürecinde, üreme çağındaki kadınlarda aile planlaması tutumu ile COVID-19 korkusu ve algılanan COVID-19 riski arasındaki ilişki. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek Lisans tezi, İstanbul
40. Yuksel, B., & Ozgor, F. (2020). Effect of the COVID-19 pandemic on female sexual behavior. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 150(1), 98-102.
41. O'Neil, M.L., Altuntaş, D., Keskin, A.Ş. (2020) Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil Türkiye'deki Kamu Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri – 2020. Kadir Has Üniversitesi, Toplumsal cinsiyet ve Kadın Araştırmaları Merkezi, Rapor. Erişim: https://gender.khas.edu.tr/sites/gender.khas.edu.tr/files/docs/2020-12/2020-kurtaj-arastirmasi-raporu.pdf (Erişim tarihi: 02.10.2025)
42. Koçak, H. S., Sohbet, R. (2022). Kadınların İsteyerek Düşük Yapma Nedeni ve Düşük Sonrası Aile Planlaması Kullanma Durumları Social Science Development J. 7(33): 476-487.
43. Güngör, F. Ç., Özbayrak, G., Yaman, Ö. M. (2025). Gebelik Süreçlerinde Anneleri Tarafından İstenmeyen Yetişkin Evlatların Yaşam Deneyimlerinin Araştırılması. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 34(1), 590-613.
44. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı, TÜBİTAK. Erişim:https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2013%20tnsa/TNSA_2013_ana_rapor (Erişim tarihi: 02.10.2025)
45. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri. (2015). BM. Erişim: https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld (Erişim tarihi: 02.10.2025)
46. Akın, A. (2010). From Research to Practice: Use of Non-Physicians in family Planning Services in Turkey. Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales, 50(4), 445-461.
47. Esin, A., Mıhçıokur, S., Demir, C., Kanal, G. (2021). Türkiye'de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi Raporu (Ed: Türmen, T. ve Akın, A.) İstanbul: Cinsel Sağlık & Üreme Sağlığı Hakları Platformu. ISBN 978-605-70326-3-8
48. Akın, A. "Emergence of the Family Planning Program in Turkey", The Global Family Planning Revolution, Three Decades of Population Policies and Programs kitabı içerisinde, Ed. Robinson, W. C., Ross, J. A., The World Bank, Washington DC, 2007

Aile Planlaması

Beyhan Cengiz Özyurt, Berna Bilgin Şahin

1. Türkiye'de Aile Planlaması Hizmetlerinin Değişimi

Türkiye'de 1965 yılından bu yana aile planlaması (AP) hizmetlerinde önemli adımlar atılmış ve bu alanda önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Ancak son yıllarda, Sağlık Bakanlığı'nın kontraseptif malzeme tedarikinde yaşanan kesintiler ve nüfusun azalmasını gerekçe göstererek uygulamaya koyduğu politikalar, bu hizmetlerin gelişmesinin önünde büyük bir engel oluşturmuştur. Sağlık Bakanlığı, gerekli malzemelerin düzenli temini sağlamadığı gibi, aynı zamanda nüfusun azalacağına dair endişelerle, AP hizmetlerini sınırlayıcı ve kısıtlayıcı politikalar izlemeye başlamıştır.[1] Bu nedenle 2020-2025 yılları arasında Türkiye'de AP ile ilgili bir gelişmeden değil gerilemeden bahsetmek daha doğru olacaktır.

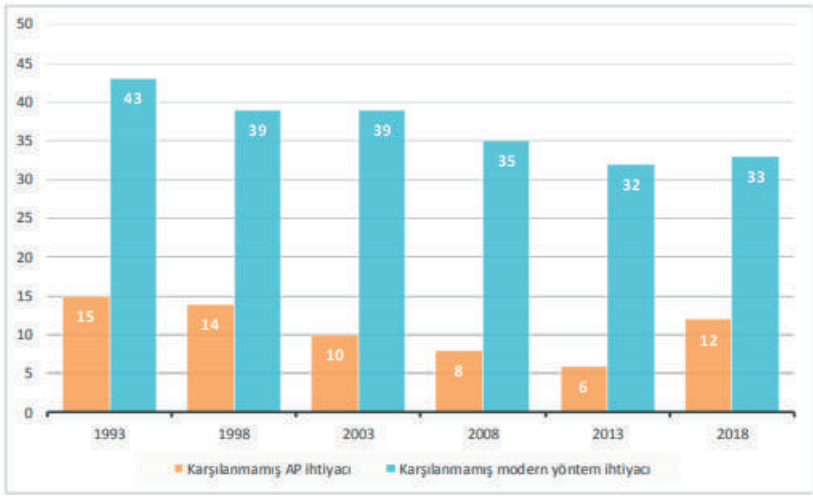
1.1. Sisteme Değil İsteğe Bağlı Hizmet

Türkiye'de birinci basamak hizmet birimi olarak mevcut Aile Hekimliği sistemi, evli kadınlar dışında kalan evli olmayan kişiler, gençler, erkekler gibi gruplara özel bir hizmet tanımlamadığı için bu potansiyelinden yararlanılamamaktadır.[2] Birinci basamakta performans sisteminde hekimler için hali hazırda hem pozitif hem de negatif performans söz konusudur. Aile hekimleri arasında daha çok hastası olanlara daha yüksek ödeme yapılması pozitif performansa örnek olarak verilebilir. Negatif performansta ise belirlenen/beklenen başarı düzeylerinin altında kalınması durumunda ücretten kesinti yapılması söz konusudur. Performans hesaplamalarında gebe izlemleri, bebek izlemleri ve aşılar yer alırken üreme sağlığı hizmetlerine yönelik başka herhangi bir kriter bulunmamaktadır; örneğin Aile Planlaması gibi koruyucu hizmetlerin performansı bulunmamaktadır.[3]

Türkiye'de kontraseptif yöntemlerin temini 1965-2000 dönemi boyunca, özellikle Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Ajansı (USAID) tarafından olmak üzere, uluslararası kaynaklarca hibe olarak sağlanmıştır. USAID 1995-1999 dönemi arasında kademeli olarak hibeyi kesmiş, böylece kontraseptifler Sağlık Bakanlığı'nca finanse edilmeye başlanmıştır.[4] Bu dönem de kendi içinde bir yeniden yapılanma gerektirdiği için uygulamadaki bazı aksaklıklar kamuoyuna yansımıştır.[2] Bakanlık bu sorunların üstesinden gelmek için kontraseptiflerin yerel düzeyde temin edilmesini tavsiye eden bir genelge yayınlamıştır.[5]

Aile planlaması ve kontrasepsiyon hizmetlerinde birinci basamakta yaşanan en önemli sorunlardan biri, Sağlık Bakanlığı'nın merkezden kontraseptif malzeme temini 2012 yılında durdurmuş olmasıdır.[2] Bakanlığın bu sorumluluğu bırakması, kontraseptif malzemelerin toplumun geniş kesimleri açısından erişilemez hale gelmesine yol açmıştır. Aynı zamanda 2017 yılında Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ndeki değişiklik ile Aile Sağlığı Merkezlerinin A ve B gruplarında önceden zorunlu olan rahim içi araç (RİA) uygulaması ve buna bağlı gruplandırma için RİA sertifikalı olma şartı kaldırılmıştır.[6] Bunun sonucunda aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları mevcut sertifikalarını güncellemeyi talep etmekten ve RİA takma sertifikası almaktan vazgeçmişlerdir. Zaten uzun süredir Sağlık Bakanlığı tarafından "RİA Uygulama ve AP Danışmanlığı" konusundaki hizmet içi eğitimlerin yürütülmediği bilinmektedir. Böylece birinci basamakta RİA uygulama işlemi sekteye uğramıştır.

Tüm bunlar Türkiye'de gelir dağılımındaki adaletsizliğin OECD ülkeleri arasında en yükseklerden biri olduğu göz önüne alındığında, özellikle düşük gelirli hanelerde karşılanamayan AP ihtiyacını daha da artırmıştır.[7] Nitekim 2018 TNSA sonuçlarına göre yüz kadından 12'si gebelik istemediği halde gebeliği önleyici yöntem ile korunamamaktadır ve önceki beş yıla göre bu oran iki katına çıkmıştır (**Şekil 1**).[8]



Şekil 1. Karşılanmamış AP ve Modern Yöntem İhtiyacının Zaman İçindeki Değişimi (1993-2018)

Kaynak: Türkiye Sağlık Raporu 2020[9].

Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının mevcut malzeme eksikliğini giderebilmek için yöneticilerine başvurdukları, ancak kendilerine yalnızca il düzeyinde alım yapılabileceği yanıtının verildiği ifade edilmiştir. Ancak illerin kendi imkânlarıyla kontraseptif temini, bütçe yetersizliği ve uygulamada görülen farklılıklar nedeniyle kalıcı bir çözüm olmamıştır.[10] Dolayısıyla, kontraseptif temin sorumluluğunun merkezi idare tarafından üstlenilmemesi, iller arası hizmet sunumunda ciddi dengesizlikler yaratmış ve AP hizmetlerinde standartların bozulmasına yol açmıştır.

Dolayısıyla, ülkede doğum kontrol yöntemlerine erişimde bölgesel, gelire, eğitime ve göçmenlik statülerine bağlı eşitsizlikler mevcuttur. Bu da eşitsizliklerden olumsuz etkilenen kadınların doğurganlıklarını kontrol edememesine, istenmeyen gebeliklerin bu gruplarda artmasına neden olmaktadır. Yasal olarak zorunlu olmasına rağmen kamu kurumlarında düzenli olarak ücretsiz doğum kontrol yöntemlerine erişimde güçlüklerin son yıllarda artması; gelir düzeyi daha iyi olan kadınların, yoksullaşma pahasına yöntemleri özel sektörden temin etmesine, dezavantajlı grupların ise yöntemlere erişiminin büyük ölçüde azalmasına sebep olmuştur. Geçmiş tecrübelere dayanarak bu durumun anne ve bebek ölümleri riskini arttırabileceği olasılığı da göz önünde bulundurulmalıdır.[11]

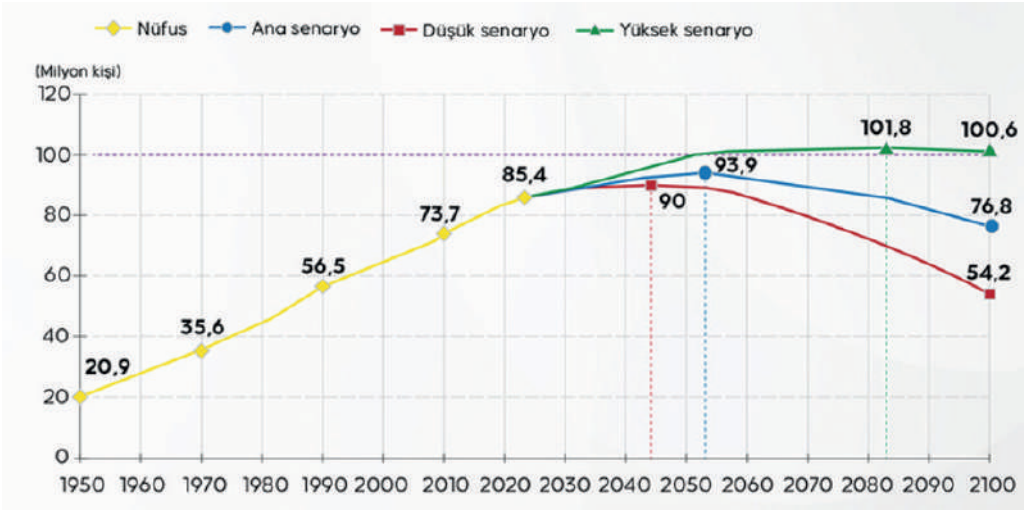
Ülkemiz adına başka bir veri kaynağından sağlanamayan doğum, ölüm ve göç göstergelerinin zaman içindeki değişimini gösteren, bu değişimde etkili olan faktörleri ortaya koyan ve bu alanlarda geliştirilecek politika ve stratejilere yön veren 1968 yılından bu yana her beş yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) en son 2018 yılında yapılmış ve 2023 yılında yapılmaması nedeniyle seri bozulmuştur. Bu nedenle AP hizmetleri ile ilgili en güncel veriler 2018 yılına aittir. **Tablo 1** yıllara göre kontraseptif yöntem kullanım oranlarını göstermektedir.

TÜİK tarafından Toplam Doğurganlık Hızı'nın 1,48 olarak ortaya konması ve yıllar içinde toplam doğurganlık hızının azalması, nüfusun azalacağı yönünde bir

Tablo 1. Türkiye'de 1963-2018 yılları arasında kontraseptif yöntem kullanımı

Yöntem	1963	1978	1983	1993	1998	2003	2008	2013	2018
Herhangi bir yöntem	22,0	50,0	61,5	62,6	63,9	71,0	73,0	73,3	69,8
Geleneksel Yöntemler	22,4	32,0	34,2	28,1	25,5	28,5	27,0	26,2	20,9
Modern Yöntemler	5,3	18,0	27,2	34,5	37,7	42,5	46,0	47,1	48,9
RİA	0,0	4,0	8,9	18,8	19,8	20,2	16,9	16,6	13,7
KOK	1,0	8,0	9,0	4,9	4,4	4,7	5,3	4,7	4,8
İğne	--	--	0,1	0,1	0,5	0,4	0,9	0,4	0,6
Kondom	4,3	4,0	4,9	6,6	8,2	10,8	14,3	15,8	19,1
Tüp ligasyonu	0,0	0,0	0,1	2,9	4,2	5,8	8,3	9,3	10,4
Geri çekme	10,4	22,0	31,1	26,2	24,4	26,4	26,0	25,6	20,4
Diğer	12,0	12,1	8,6	3,2	2,8	4,1	1,1	1,2	1,2

Kaynak: Kaynak: Türkiye Sağlık Raporu 2020 [9]

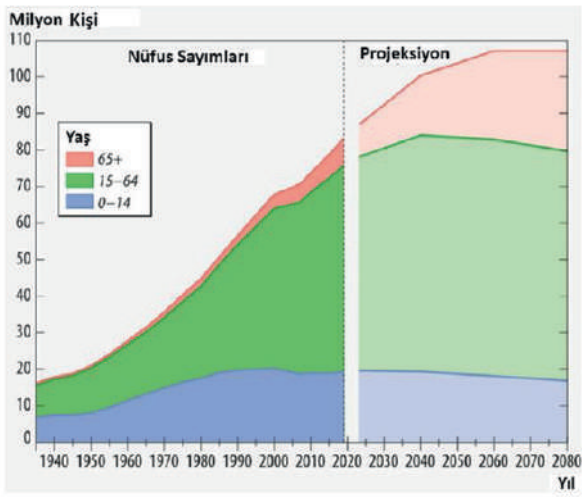


Şekil 2. Yıllara göre nüfus ve nüfus projeksiyonları, 1950-2100

Kaynak: TÜİK, Nüfus Projeksiyonları 2023-2100 [12]

yanılgıya ve doğurganlığı teşvik eden söylemlere yol açmamalıdır. Bu yorum konuya bakış açısının yanlışlığını göstermektedir. Şu an ülkemizin içerisinde olduğu durum nüfus artış hızının azaldığı ancak sayısal olarak toplam nüfusumuzun artmaya devam ettiği bir süreç olup Türkiye'nin nüfusu 2050 yılına kadar azalmayacaktır (**Şekil 2**).[11]

Tahminlere göre Türkiye'nin nüfusu günümüzden yaklaşık 50 yıl kadar sonra 100 milyon dolayına erişecek; yaşlı nüfus artacak ve çocuk nüfus azalacak. Ancak, gelecekte çalışan nüfusun (15-64 yaş) toplam nüfus içindeki yüzdesi değişmeyecektir (**Şekil 3**).



Şekil 3. Türkiye'nin 1940 – 2080 Yılları Arasındaki Nüfus Yapısı

Kaynak: Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı ve HASUDER Raporu, 2025[13]

Tüm bunların yanında; doğurganlığın düzenlenmesine yönelik hizmetlerin yaygın olarak verilmemesi nedeniyle ortaya çıkan istenmeyen gebeliklerin ve riskli gebeliklerin kamusal güvence ile bir destek hizmet olarak sağlıklı ve güvenli koşullarda isteyerek düşük (halk arasındaki adıyla "kürtaj") hizmetleriyle karşılanmaması üzerinde durulması gereken bir konudur. Bu hizmetlerin kamusal alanda değil, özel sektörde veriliyor olması, yoksul kadın grubu için eşitsizlik yaratmaktadır.[11] Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Araştırma Merkezi'nin 'Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil: Türkiye'deki Kamu Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri-2020' raporuna göre kadın hastalıkları ve doğum bölümüne sahip 295 kamu hastanesinin yalnızca %3'ü isteğe bağlı kürtaj hizmeti verdiğini söylemiş, isteğe bağlı kürtaj yapmıyoruz diyen hastanelerin sayısı dört yılda %12'den %54'e çıkmıştır.[14] İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında, özellikle son yıllarda toplumda çekince ile bakılan, yasal olduğu konusunda sağlık çalışanlarının bile kafa karışıklığı yaşadığı isteyerek düşükler temel bir sağlık hizmeti olarak verilmeli, 10 haftaya kadar yasal olduğu bilgisi sağlık kurum/kuruluşları başta olmak üzere topluma verilmeli ve yayılmalıdır.[11]

Türkiye'de üreme hakları feminist mücadelenin değil, daha çok nüfus politikalarının ürünü olmuştur. Mevcut hükümetin pronatalist yaklaşımı, neoliberal mekanizmalarla birleşerek kadınların doğum kontrol ve kürtaja erişimini fiilen sınırlandırmıştır. Kadınların cepten ödeme yapması, sağlık çalışanlarının performans baskısıyla yıpranması, hizmet kalitesinin düşmesi ve ücretsiz yöntemlere erişimin azalması en önemli

sonuçlardır. Uluslararası belgeler (ICPD, CEDAW, SDG 5.6) Türkiye'nin kadınların üreme haklarını güvence altına almasını gerektirirken, mevcut uygulamalar bu yükümlülüklerle çelişmektedir.[15] Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı hizmeti alma ve sağlığın korunması bir insan hakkıdır ve bu çerçevede bireylerin doğurganlığın düzenlenmesine yönelik danışmanlık hizmetleri alması ve doğum kontrol yöntemi tedariki erişilebilir olmalı, toplum bilgilendirmeleri yapılmalı, bakanlık düzeyinde yeterli bütçe ayrılarak birinci basamak sağlık kuruluşları başta olmak üzere ilgili tüm sağlık kuruluşlarında gebeliği önleyici yöntemlerin temini ve dağıtımı sağlanmalı, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanlarının da bilgilendirilmesi yapılmalıdır.[11]

2. Türkiye'de Son Beş Yılda (2020-2025) Yürütülen Aile Planlaması Alan Çalışmaları

Bu bölümde ülkemizde yürütülen AP çalışmaları sistematik olarak incelenmiştir. Türkiye'de yaşayan doğurgan çağdaki kadınları (15-49 yaş) kapsayan çalışmaların incelenmesi ulusal ve uluslararası bilimsel hakemli dergilerde yayınlanan araştırmalar, ulusal tez merkezinde tam metnine ulaşılabilen yüksek lisans ve doktora/tıpta uzmanlık tezleri ile ulusal/uluslararası halk sağlığı kongre kitabında yer alan bildirilerden oluşmuştur.

Toplam 17 çalışma araştırmanın tarihi, yazarı, yöntemi, çalışmanın yeri, örneklem büyüklüğü ve araştırma sonuçları şeklinde **Tablo 2**'de sunulmuştur. Son beş yıldaki yayınlar değerlendirildiğinde son yıllarda nüfus ve üreme sağlığı ile ilgili politik söylemler ve tartışmaların artmasına rağmen halk sağlığının önemli uygulama alanlarından olan ana sağlığı AP konusundaki yayınların sayısının daha önceki yıllarla ve daha önceki Türkiye Sağlık Raporlarına göre oldukça azaldığı görülmüştür. Halk sağlığı saha çalışmalarında AP çalışmalarına olan ilginin azalması ve bu konuda yürütülen tez, öğrenci çalışması ve diğer bilimsel çalışmaların neredeyse yok denecek kadar az olması üzerinde tartışılması gereken önemli bir konu olarak düşünülmektedir.

İncelenen çalışmaların tamamının tanımlayıcı ve kesitsel çalışmalar olduğu, araştırma örnekleminin genellikle doğurgan çağdaki ve aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan kadınlardan seçildiği, çalışmalara katılan kişi sayısının çoğunda 500'ün altında ve herhangi bir yöntem kullanım oranının %41,2 ile %89,6 arasında değiştiği saptanmıştır. Modern-etkili yöntem kullanım oranları %32,2-%79,1, geleneksel-etkisiz yöntem kullanımı oranları ise %11,6-%32,2 arasında değişmektedir. Çalışmalarda kullanılan AP yöntemlerinin dağılımı incelendiğinde, araştırmaya göre oldukça değişen oranlarda farklı AP yöntemlerinin tercih edildiği belirlenmiştir. Geleneksel bir yöntem olan geri çekme yönteminin araştırmalara göre değişmekle birlikte TNSA 2018 sonuçlarına benzer şekilde (TNSA 2018 geleneksel yöntem-geri çekme kullanımı %20,4) ilk sıralarda tercih edilen yöntemlerden biri olduğu görülmüştür. Kondom ve RİA sıralaması değişmekle birlikte en sık kullanılan modern yöntemler olarak bulunmuştur. Kondom kullanım oranı çalışmalarda en düşük %13,3 en yüksek %45,2 olarak belirtilmiştir. RİA kullanım oranı ise en düşük %10,0, en yüksek %28,3 olarak saptanmıştır. RİA kullanımı TNSA verilerine benzer şekilde bir önceki Türkiye Sağlık Raporu 2020'de sunulan oranların altında gözlenmiştir. Birinci basamakta RİA sertifikasına sahip hekim ve aile sağlığı elemanlarının sayısının artışına rağmen RİA kullanım oranının azalmasını özellikle halk sağlığı stajlarındaki saha deneyimlerimizle 15-49 yaş kadın izlemlerinin performans sistemine dahil olmaması nedeniyle AP çalışmalarının da nicelik ve nitelik bakımından yeterli düzeyde yapılmamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmalarda görüldüğü üzere, AP yöntemleri kullanım oranları farklılık göstermekle birlikte, araştırmalardan elde edilen ortak sonuç, modern AP yöntemleri kullanımının istenilen düzeyde olmadığı, buna karşın geleneksel yöntemlerden geri çekme yönteminin halen yaygın olarak kullanımının devam ettiği görülmektedir. Son 5 yılda yöntem kullanımını etkileyen bir diğer konuda pandemi sırasında sağlık hizmet kullanımındaki azalma ve üreme sağlığı hizmetlerine ulaşımdaki engeller olarak görülmektedir. Bu bulguyu destekler şekilde İzmir'de yapılan bir çalışmada pandemi sırasında kadınların yaklaşık beşte birinin kullandığı yöntemi terk ettiği, en çok terk edilen yöntemlerin de hormonal yöntemler olduğu saptanmıştır.[16] Bir diğer çarpıcı bulgu da göçmen kadınlar üzerinde yapılan iki çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak oral kontraseptif (OKS) kullanımının (%31,9-%25,4) yüksek olmasıdır. Çalışmalarda yöntem kullanımının sosyoekonomik düzey, eğitim seviyesi, sahip olunan çocuk sayısı, hane gelir düzeyi, kadının çalışma durumu ve AP danışmanlığı alma gibi birçok faktörden etkilendiği ve eğitim düzeyi yüksek olan, sosyal güvencesi olan ve çalışan kadınların AP yöntemlerine ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır.

Çalışmalarda birinci basamak sağlık çalışanlarından AP danışmanlığı hizmetleri alan kadınların alamayanlara göre modern AP yöntemlerini daha fazla kullandıkları, yöntem bırakmanın daha az olduğu ve AP

Tablo 2. Türkiye'de AP konusunda son beş yılda (2020-2025) yürütülen ve AP kullanım oranlarını içeren çalışmalar ve özellikleri

Yazarın soyadı, yayınlanma yılı	Yapıldığı yer/Örnek	Araştırma tipi	AP yöntemi kullanım sıklığı
Peker S, 2025[16]	İzmir, bir ASM bölgesindeki, 1100 15-49 yaş kadın	Retrospektif	Kadınlarda pandemi öncesinde modern AP yöntem kullanımı %52,9 iken pandemi döneminde %37,2'ye düştüğü saptanmıştır. Pandemi sırasında en çok terk edilen yöntemlerin oral, enjekte edilebilir kontraseptifler ve kondom olduğu belirlenmiştir
Avcı S, 2021[17]	Osmaniye, bir ASM'ne kayıtlı 598 evli kadın	Tanımlayıcı	Kadınların %79,6'sının AP yöntemi kullandıkları belirlenmiştir. Kadınların kullanılan AP yöntemlerinde ilk sırada (%34,9) kondom, ikinci sırada (%25,4) geri çekme ve üçüncü sırada (%10) rahim içi araç (RİA) olduğu tespit edilmiştir.
Bilgin N, 2020[18]	Batı Karadeniz Bölgesi'nde bir işyerindeki, 15-49 yaş 305 kadın	Kesitsel	Kadınların %71,1'inin AP yöntemi kullandığı, en fazla kullanılan yöntemin geri çekme olduğu (%32,2), bunu sırasıyla RİA (%23,6) ve kondomun (%18,6) izlediği saptanmıştır.
Bulut S, 2023[19]	Kırklareli Pınarhisar ilçesinde bulunan bir ASM bölgesindeki 318 evli kadın	Kesitsel	Kadınları %41,2'si AP kullandığını, %58,8'i AP yöntemlerinden herhangi birini kullanmadığını ifade etmiştir. Yöntem kullanmama nedenleri sorgulandığında ise kadınların %32,4'ünün hiç yöntem kullanmadığı saptanmıştır.
Uğurlu M, 2020[20]	Türkiye, olasılıksız örneklemle 510 kadın	Tanımlayıcı	Kadınların %81,6'sının herhangi bir AP yöntemi kullandığı saptanmıştır. Kadınların%62,5'inin modern yöntemleri, %19,2'sinin ise geleneksel yöntemleri kullandığı belirlenmiştir. Kadınların en yüksek oranda kullandıkları modern kontraseptif yöntemlerin kondom (%32) ve RİA (%23,1), geleneksel yöntemin ise geri çekme (%20,9) olduğu saptanmıştır.
Arslancan M, 2020[21]	İstanbul'da bir ASM'ye kayıtlı 15-49 yaş 407 kadın	Kesitsel	Kadınların %65,4'ünün herhangi bir AP yöntemi kullandığı, en sık kullanılan ilk üç modern yöntem erkek kondomu (%39,5), RİA (%19,2) ve doğum kontrol hapları (%11,3) olduğu saptanmıştır. Geleneksel yöntem kullanımı tüm yöntem kullananlar arasında %18,8 olarak belirtilmiştir.
Aksu H, 2021[22]	Aydın İli'nin en çok iç göç alan bölgelerine bağlı üç ayrı ASM'ye kayıtlı 15-49 yaş 331 kadın	Kesitsel	Göçmen kadınların %60,2'sinin AP yöntemi kullandığı, yöntem kullananların %25,4'ü hap, %21,8'i kondom ve %20 ,7'si RİA kullandıkları saptanmıştır.
Ahsun S,2025[23]	Ege Bölgesi'nde bir üniversite hastanesinin kadın sağlığı polikliniklerine başvuran 420 kadın	Kesitsel	Kadınların %45,5'inin herhangi bir AP yöntemi kullandığı saptanmıştır.
Akar N, 2023[24]	Kars Digor ASM kayıtlı, 15-49 yaş, 60 evli kadın	Yarı deneysel	Kadınların %70'nin herhangi bir AP yöntemi kullandığı, en sık kullanılan AP yönteminin; %28,3 RİA, %13,3 kondom, %11,7 tüp ligasyonu olduğu saptanmıştır.
Ağaoğlu P, 2022[25]	Kahramanmaraş Suriyeli göçmen kampı, 15-49 yaş 323 Suriyeli kadın	Kesitsel	Kadınların %44,6'sı kendileri ya da eşlerinin herhangi bir yöntem kullandığını belirtirken, kadınların %32,2'si modern yöntem kullandığını belirtmiştir. Modern veya geleneksel yöntem kullanan kadınlar arasında OKS %31,9 RİA %25,7 ve geri çekme %22,9 ile en sık tercih edilen yöntemler olarak saptanmıştır.
Avcı Ş, 2024[26]	İstanbul Esenyurt bir ASM bölgesindeki, 15-49 yaş evli 400 kadın	Kesitsel	Kadınların %65,5'i herhangi bir AP yöntemi kullandığı, %23,0'u geri çekme, %22,0'si kondom ve %19,5'i RİA kullandığını belirtmiştir.

Tablo 2. Türkiye'de AP konusunda son beş yılda (2020-2025) yürütülen ve AP kullanım oranlarını içeren çalışmalar ve özellikleri

Yazarın soyadı, yayınlanma yılı	Yapıldığı yer/Örnek	Araştırma tipi	AP yöntemi kullanım sıklığı
Tarakçı A, 2024[27]	Karabük ASM, 15-49 yaş 386 evli kadın	Kesitsel	Kadınların %74,9'u herhangi bir AP yöntemi kullandığını belirtmiştir. En çok kullanılan yöntemler sırasıyla; kondom (%45,2), geri çekme (%30,7), RİA (%14,8), tüplerinin bağlanması (%7,2), oral kontraseptif (OKS) (%7,2) ve takvim yöntemi (%4,1) olarak bulunmuştur.
Çolak E, 2025[28]	Malatya merkez ilçelere bağlı ASM bölgelerinden, 260 evli kadın	Kesitsel	Kadınların %66,9'unun herhangi bir AP yöntemi kullandığı, %57,3'ünün modern, %9,6'sının geleneksel yöntem kullandıkları belirlenmiştir. Modern AP yöntemlerinden en fazla kullanılan kondom (%31) iken, geleneksel yöntemlerden en fazla kullanılan geri çekme(%14,4) olduğu saptanmıştır.
Bilgin Şahin B, 2023[29]	Manisa'da bir ASM bölgesindeki 15-49 yaş 225 evli kadın	Kesitsel	Kadınların %61,8'i herhangi bir AP yöntemi kullandığı bunlarında %50,2'si etkili, %11,6'sı etkisiz yöntem olduğu saptanmıştır.
Uzuntaş A, 2024[30]	Antakya'da deprem sonrası geçici yerleşim alanlarında yaşayan 15-49 yaş arası 494 kadın	Kesitsel	Herhangi bir AP yöntemi kullanımı %69,6 olup, modern yöntem kullanımı %51,8'dir. Geri çekme %25,3 ile en yaygın kullanılan yöntem, bunu % 18,8 ile RİA ve %16,1 ile erkek kondomu izlediği saptanmıştır.
Ahi S, 2024[31]	Kırşehir, ASM kayıtlı 18-49 yaş arası evli 657 kadın	Tanımlayıcı	Kadınların %86,0'sı herhangi bir AP yöntemi kullandığını ifade etmiştir. Yöntem kullananların %79,1'unun modern yöntem kullandığı saptanmıştır
Uyar H, 2022[32]	Muğla ili olasılıksız örneklemle 15-49 yaş 450 evli kadın	Tanımlayıcı	Kadınların %89,6'ı herhangi bir AP yöntemi kullandığını, %34,7'si RİA, %27,0'si kondom, ve %26,3' ü geleneksel yöntem kullandığını belirtmiştir.

ile ilgili tutumların daha olumlu olduğu saptanmıştır. Halen evli kadınların büyük çoğunluğu AP yöntemleri hakkındaki bilgiyi, sorununu daha rahat paylaşabileceğinden, hemşire veya ebeden almak istediğini belirtmektedir. Çalışmalar birinci basamakta ve özellikle de ebeler tarafından 15-49 yaş kadın izlemleri, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinde modern AP danışmanlık hizmetlerine öncelik verilmesini ve buna yönelik hizmetlerin planlanmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda kadın ve erkeklere yönelik AP danışmanlık hizmetlerinin özellikle birinci basamakta etkin ve sürekli olarak yürütülmelidir. Alt sosyal sınıf öncelikli olmak üzere AP yöntemleri ile ilgili toplumun farklı kesimlerine yönelik uygun eğitim programlarında AP danışmanlığını kadınların eşleriyle birlikte alması sağlanmalı, çocuk sayısı fazla olmasına rağmen hala yöntem kullanmayan kadınlara etkili bir AP yöntemi kullanması açısından aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları tarafından iyi bir danışmanlık verilmeli ve kullanımı için teşvik edilmelidir. AP hizmetleri planlanırken, "karşılanmamış aile planlaması (KAP) ihtiyacını artıran faktörlerin göz önünde bulundurulması, KAP ihtiyacı fazla olan gruplara sağlık profesyonelleri tarafından eğitim, danışmanlık, takip ve izlemlerin yapılması önerilmektedir.

Tüm bu çalışmaların bulguları AP yöntem seçimi ve kullanımına ilişkin başta Sağlık Bakanlığı verileri olmak üzere mevcut durumu ortaya koyarak, özellikle sahada yürütülen alan çalışmalarına daha fazla ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Sahada çalışanlar tarafından RİA, OKS, enjektabl preparatlar, kondom gibi AP yöntemlerinin temini ile ilgili birinci basamakta ciddi sıkıntılar olduğu dile getirilmektedir. AP yöntemlerinin temini Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının inisiyatifine bırakılmamalı, AP yöntemleri Sağlık Bakanlığı merkez teşkilat tarafından birinci basamakta verilmesi gereken koruyucu hizmetler kapsamında performans puanı verilerek sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. DHA | Demirören Haber Ajansı. Bakan Memişoğlu: Her evin 3 tane çocuğu olması lazım. Erişim adresi: http://www.dha.com.tr/politika/bakan-memisoglu-her-evin-3-tane-cocugu-olmasi-lazim-2549512. (Erişim tarihi: 21.09.2025)
2. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, Ana rapor. Sisteme Değil İsteğe Bağlı Hizmet. Erişim adresi: https://www.tapv.org.tr/wp-content/uploads/2019/06/Sisteme-De%C4%9Fil-%C4%B0ste%C4%9Fe-Ba%C4%9Fl%C4%B1-Hizmet-Sa%C4%9Fl%C4%B1k-%C3%87al%C4%B1%C5%9Fanlar%C4%B1-

G%C3%B6z%C3%BCnden-%C4%B0stanbulda-K%-C3%BCrtaj-ve-Aile-Planlanmas%C4%B1.pdf. (Erişim tarihi: 21.09.2025)

3. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. **A**ile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/12/20101230-12.htm. (Erişim tarihi: 21.09.2025)
4. Yavuzyilmaz A, Topbaş M, Orhan B, Kaymaz N. Kontraseptif Yöntemlerin Maliyeti ve Finansmanı. 2010.
5. Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü (2004) Kontraseptif malzeme Hakkında Genelge. Tarihi: 14.05.2004 Sayısı: 2004/70-871.
6. Gruplandırmada Dikkat Edilecek Hususlar - KonAHED. Erişim adresi: https://konahed.org/konahed-makaleler/gruplandirmada-dikkat-edilecek-hususlar. (Erişim tarihi: 21.09.2025)
7. OECD, Income inequality. Erişim adresi: https://www.oecd.org/en/data/indicators/income-inequality.html. (Erişim tarihi: 21.09.2025)
8. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018.Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. Erişim adresi: https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TNSA2018_ana_Rapor_compressed.pdf. (Erişim tarihi: 21.09.2025)
9. Bilgili Aykut N, Cengiz Özyurt B. Türkiye Sağlık Raporu 2020. Içinde: Türkiye Sağlık Raporu 2020. Hipokrat; 2020 . s. 1360. Erişim adresi: https://www.halksagligiokulu.org/Kitap/DownloadEBook/a35b8034-2993-460e-9d1c-816b46a3e5b2. (Erişim tarihi: 21.09.2025)
10. Yılmaz V. Pandemi Öncesi ve Sırasında Türkiyede CSÜS Hizmetleri İzleme Raporu. Erişim adresi: https://etkiniz.eu/wp-content/uploads/2021/11/Pandemi-O%CC%88ncesi-ve-S%C4%B1ras%C4%B1nda-Tu%CC%88rkiyede-CSU%CC%88S-Hizmetleri-I%CC%87zleme-Raporu.pdf. (Erişim tarihi: 21.09.2025)
11. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Doğurganlık Tartışmaları Kadınların Üreme Hakları Korunarak Ele Alınmalıdır. Erişim adresi: https://icerik.hasuder.org.tr/uploads/hasuder.org/cdd03768-0594-47db-9b28-fac3166ad4f0.pdf. (Erişim tarihi: 21.09.2025)
12. TÜİK Nüfus Projeksiyonları 2023-2100. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-Projeksiyonlari-2023-2100-53699&utm. (Erişim tarihi: 21.09.2025)
13. HASUDER, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı. Türkiye Nüfusundaki Değişiklikten Endişe Duymalı mıyız? Nüfus Broşürü,2025. https://ssyv.org.tr/diger-yayinlar-2/. (Erişim tarihi: 21.09.2025)
14. Kadir Has Üniversitesi, Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Araştırma Merkezi. Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil, Türkiye'deki Kamu Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri-2020. Erişim adresi: https://gender.khas.edu.tr/sites/gender.khas.edu.tr/files/docs/2020-12/2020-kurtaj-arastirmasi-raporu.pdf. (Erişim tarihi: 21.09.2025)
15. Dayi A. Neoliberal Health Restructuring, Neoconservatism and the Limits of Law: Erosion of Reproductive Rights in Turkey. Health and Human Rights Journal. 2019;21(2):51-68.
16. Peker S. COVID-19 pandemi sürecinde evli kadınların kontraseptif yöntem kullanım durumları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi: retrospektif bir çalışma. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü; 2024. Erişim adresi: file:///C:/Users/user/Downloads/857713.pdf. (Erişim tarihi: 21.09.2025)
17. Avci S, Mutlu S, YiĞiT F. Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihlerine Etki Eden Faktörler. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(2), 128-138.
18. Çitak Bilgin N, Tokur Kesgin M. Kanatlı Sektöründe Çalışan Kadınların Aile Planlaması ve Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi. Sağlık Bilim Derg.2020; 29(2):123-32.
19. Bulut S, Şolt A. Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Evli Kadınların Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Tutumlarının Değerlendirilmesi. Black Sea J Health Sci.2023;6 (1):57-63.
20. Uğurlu M, Öztaş B, Kurt G. Üreme Çağındaki Evli Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemlerin Değerlendirilmesi. TJFMPC. 2020;14(4).
21. Arslancan M, Çetin H, Tuna M, Yıldızdal A, Öner C, Şimşek EE. Emergency Contraceptive Methods Knowledge, Use and Related Factors of 15-49 Year Women in a Family Health Center. Jaren, 6(2), 352-9.
22. Aksu H, Yağcan H, Ozvurmaz S, Türe M. Aydın İline Olan İç Göçün Kadınların Genel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durumlarına Etkisi. Hacet Üniversitesi Hemşire Fakültesi Derg. 2021; 8 (2):213-22.
23. Ahsun S, Karli S, Gül HR. The Effect of Gender Perception on Family Planning Attitude and Method Use in Women of Reproductive Age: The Cross-Sectional Descriptive Study. Turk Klin J Nurs Sci. 2025;17(1):59-68.
24. Akar N, Eliş Yıldız S. Evaluation of the Attitudes of Married Women Aged 15- 49 Living in Kars/Digor District About Family Planning Before and After the Training. Kafkas J Med Sci. 2023;13(1):32-8.
25. Mutlu Ağaoğlu P. Kahramanmaraş göçmen kampında yaşayan 15-49 yaş evli suriyeli kadınların doğurganlık özellikleri ve aile planlaması yöntemlerini kullanma durumu. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi; Halk Sağlığı AD, Tıpta Uzmanlık Tezi,2022. Erişim adresi: file:///C:/Users/user/Downloads/706559.pdf. (Erişim tarihi: 21.09.2025)
26. Yıldız Avcı Ş. 15-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihleri ve Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri üniversitesi İstanbul Bakırköy Dr.Sadi konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği AD; Tıpta Uzmanlık Tezi 2024. Erişim adresi: file:///C:/Users/user/Downloads/873000%20(1).pdf (Erişim tarihi: 21.09.2025)
27. Tarakçı A. Aile hekimliğine Başvuran 18-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Karabük Üniversitesi; Aile Hekimliği AD. Tıpta Uzmanlık Tezi. 2024. Erişim adresi: file:///C:/Users/user/Downloads/867223.pdf. (Erişim tarihi: 21.09.2025)
28. Çolak E. Malatya İlinde 15-49 Yaş Arasındaki Evli Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Tutum ve

Davranışlarının Belirlenmesi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi. Erişim adresi: file:///C:/Users/user/Downloads/924531.pdf. (Erişim tarihi: 21.09.2025)

29. Şahin, B.B., Özdemir, İO., Ceylan, C. ve ark. Manisa'da Seçilen Yarı-Kentsel Bir Bölgede Aile Planlaması Yöntem Kullanımı ve Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı. Sağlık ve Toplum 2025;35 (2) 44-53
30. Uzuntaş A, İnandı T. Deprem Sonrası Antakya Geçici Yerleşim Alanlarında 15-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerine Erişimi-2023. Sözel Bildiri program adı: 8. Uluslararası, 26 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Ankara; 2024. Erişim adresi: https://uhsk.org/2024/dosya/kongre_kitabi.pdf (Erişim tarihi: 21.09.2025)
31. Ahi S, Çetinkaya F. 18-49 Yaş Evlİ Kadınlarda Kadercilik Eğiliminin Sağlık Okuryazarlığı Aracılığıyla Aile Planlaması Tutumuna Etkisi. Sözel Bildiri program adı: 8. Uluslararası, 26 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Ankara; 2024. Erişim adresi: https://uhsk.org/2024/dosya/kongre_kitabi.pdf (Erişim tarihi: 21.09.2025)
32. Uyar Hazar H. Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Seçimi ve Kullanımını Etkileyen Faktörler: Muğla İli Örneği. Soc Ment Res Think J. 01 Ocak 2022;57.

Nüfus Politikaları ve Kadın Sağlığı

Şevkat Bahar Özvarış, Ayşe Akın

Türkiye'de son yıllarda sürekli olarak doğurganlığın azaldığı, nüfusun yaşlandığı, nüfusun azalmasının ülke için bir "beka sorunu" olduğu gibi söylemler ile, doğurganlığın teşvik edilmesine yönelik bazı yasal düzenleme ve uygulamalar dikkat çekmektedir. Bir insan hakkı olarak kişilerin ne zaman ve kaç çocuk sahip olacağına karar vermelerinin, kadınların kendi bedenlerini ve doğurganlıklarını yönetebilmelerinin, istenmeyen ve riskli gebeliklerin neden olabileceği ciddi sağlık risklerini önleyerek kişilerin iyi olma hallerini destekleyen "doğurganlığın düzenlenmesi hizmetlerinin" verilmemesi, hatta engellenmesi söz konusudur. Bu yazıda; konuyla ilgili Türkiye'nin de taraf olduğu uluslararası sözleşmeler, belgeler ve Türkiye'deki mevzuat, hem geleceğe yönelik nüfus projeksiyonları ve kadın sağlığının durumu, hem de bu konuda çözüm önerileri ele alınacaktır.

1. Türkiye'nin Taraf Olduğu Doğurganlık, Kadın ve Üreme Sağlığı Konusunu İnsan Hakları Bağlamında Ele Alan Uluslararası Sözleşmeler ve Belgeler

Doğurganlık, kadın ve Üreme Sağlığı konusunu insan hakları bağlamında ele alan Türkiye'nin de taraf olduğu uluslararası sözleşmeler ve belgelerin başında; 1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ve Dünya Sağlık Örgütü Anayasası gelmektedir. Ayrıca, Avrupa Sosyal Şartı (1961-1996), Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (1966) ve elbette 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından ortaya konan Alma-Ata Deklarasyonu önemli belgelerdir.[1]

Bu sözleşmelerden CEDAW'ın konuyla ilgili önemli bir yeri vardır. CEDAW (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women-Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi); kadın haklarına ilişkin sağlık dahil, pek çok konuyu kapsamı içine alan uluslararası bir yasadır.[2,3] Sözleşme, Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu tarafından 1979 yılında kabul edilmiştir. Türkiye, sözleşmeye 1985 yılında taraf olmuştur ve TBMM tarafından onaylandığı 1986 yılından itibaren Anayasa'nın 90. Maddesine göre ulusal yasalarımızın üzerinde bir yasa gücü olan ve üreme hakkını bir insan hakkı olarak kabul eden bir sözleşme belgesidir. Sözleşme'nin 12. Maddesi'nde; kadın ve erkeğin Aile Planlaması (AP) dahil, tüm sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanmasını, istenmeyen gebeliklerin güvenli bir şekilde sonlandırılması ("kürtaj") hizmetlerinin AP'na dahil edilmesinin gereği belirtilmiştir. Sözleşme'nin 16. Maddesi ise, kadınların çocuk sayısına ve çocukların ne zaman dünyaya geleceklerine dair serbestçe ve sorumlulukla karar vermeleri ve bu hakları kullanabilmeleri için gerekli bilgi, eğitim ve diğer araçlardan eşit bir şekilde yararlanmaları için taraf devletlerin bu hakları sağlaması gerektiğini belirtmektedir.[2,3]

Kadın sağlığını, tüm yönleri ile olumsuz yönde etkileyen olaylardan biri de ciddi bir insan hakkı ihlali olan "Kadınlara Karşı Şiddet uygulanmasıdır". Ne yazık ki, Türkiye'de mevcut verilere göre her üç kadından biri yaşamı süresince partnerinden fiziksel, cinsel ya da psikolojik şiddet görmektedir.[4] CEDAW Komitesi'nin 14 Temmuz 2017 tarihinde kabul ettiği 35 No'lu Genel Tavsiye'si, Birleşmiş Milletler'e üye devletler için cinsiyet temelli şiddetle mücadelenin küresel yol haritası niteliğindedir. Kadına yönelik şiddeti önlenmesinin devletler açısından bir uluslararası hukuk normu olarak kabul edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.[5] Olması gereken hukuk yolları izlenmeden daha da önemlisi toplumsal mutabakat sağlanmadan "İstanbul Sözleşmesi"nden 20 Mart 2021 tarihinde Türkiye'nin imzasını geri çekmesinden sonra Türkiye için kadına yönelik şiddetle mücadelede önemli bir dayanak olan CEDAW'ın 35 No'lu kararı daha da önem kazanmıştır.[5]

Cinsel sağlık, üreme sağlığı ve hakları konusunda önemli bir dönüm noktası olan 1994 yılında Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun (UNFPA) düzenlediği Kahire Konferansı (Nüfus ve Kalkınma Konferansı-ICPD) da büyük önem taşımaktadır.[6] Konferansta, kadınların demografik bir araç olarak görüldüğü geleneksel nüfus politikaları terkedilmiş, ilk kez üreme sağlığı tanımı yapılarak dünyanın gelecek 20 yılının eylem planı hazırlanmıştır. 1990'lı yıllardan sonra tüm dünyada nüfus ve sağlık konularında kalkınmanın bir parçası olarak "hak temelli sağlık hizmeti" benimsenmiştir.

ICPD, Türkiye'nin kadın sağlığı ve üreme sağlığı çalışmalarında çok olumlu etkilendiği, adeta bir rehber olarak izlediği uluslararası bir toplantı olmuştur. Kahire'den sonra ICPD eylem planı doğrultusunda 1996 yılında Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde ilgili sektörlerin de iş birliği ile ilk kez Türkiye'nin "Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Eylem Planı" hazırlanmış, uygulanmış ve çok sektörlü bir yapı ile izlenmiştir. 1995 yılında 189 ülkenin katıldığı ICPD ilke ve önerilerinin kabul edildiği Pekin'de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansına Türkiye de katılarak taahhütleri çekincesiz kabul etmiştir. Konferansta kadın hakları daha kapsamlı olarak tartışılmış ve 12 kritik alan tanımlanarak görüş birliğine varılan sonuç belgesi, Eylem Platformu olarak kadın konusunda izlenmesi gereken yol haritası olarak ülkelerin kullanımına sunulmuştur.[7]

Bu konuda önemli belgelerden birisi de IPPF'in (International Planned Parenthood Federation) tanımladığı, "Cinsel ve Üreme Hakları" ile ilgili belgedir.[8] Bu belge kapsamında; cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimin bir insan hakkı olduğu ve evrensel sağlık kapsayıcılığının sağlanmasının bir parçası olarak tüm insanların yaşamları boyunca erişebilmesi gerektiği ortaya konmaktadır. Bu yaklaşım, yalnızca sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine değil, aynı zamanda toplumsal cinsiyet eşitliğine ve sürdürülebilir kalkınmaya da katkıda bulunur.

Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisi 18 Mart 2008'de, "Avrupa'da Yasal ve Güvenli Kürtaja Ulaşım" kararlarında, kürtajın makul gebelik süreleri içinde yasaklanmaması gerektiğini belirtirken, kürtaj hakkının kadınların kendi bedenleri ve doğurganlıkları üzerinde söz sahibi olmasının temel koşulu olduğu görüşü bir kez daha ortaya konmuştur.[9]

2019 yılında UNFPA'ın düzenlediği Nairobi Zirvesi'nde ise, "Kimseyi Geride Bırakmadan" sloganıyla Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı konularında "Bitmemiş Gündem" ile toplanmış ve 2030 yılına kadar ulaşılması gereken ÜÇ SIFIR hedefi belirlenmiştir.[10] Bu hedefler:

1. Önlenebilir nedenlere bağlı anne ölümlerinin sıfıra indirilmesi
2. Aile Planlamasında karşılanmayan gereksinimin sıfıra indirilmesi
3. Cinsiyet temelli şiddet (GBV), Kadına Yönelik Şiddet (KYŞ) ve zararlı geleneksel uygulamaların (çocuk yaşta evlilikler ve Genital sakatlama-FGM) sıfıra indirilmesidir.

Uluslararası belgeler kadınların insan haklarını garanti altına almayı amaçlamaktadır. Kadınların içinde bulunduğu erkek egemen sistem ise sıklıkla kadın bedenini ve cinselliğini kontrol altına almayı hedeflemektedir. Bu çerçevede kadınların üreme hakkının yasalarla güvence altına alınması büyük önem taşımaktadır. Kadınların en temel haklarından biri olan kürtaj hakkı da dahil, kadınların doğurganlıklarını kontrol edebilme hakkı diğer haklarını kullanma açısından da önem arz etmektedir.

2. Türkiye'de Nüfus Politikaları ve Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Konusunda Gelişmeler

Cumhuriyetin ilanıyla birlikte, kadın sağlığı ile ilişkili ve 1950'ye dek kadın sağlığını olumlu etkileyen yasal ve yapısal reformlar olmuştur; TBMM kurulur kurulmaz 1920'de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın kurulması, 1924'de Tevhid-i Tedrisat Kanunu (Öğretim Birliği Yasası), 1926'da Türk Medeni Kanunu, 1930'da yerel seçimlerde, 1933'de köylerde muhtar-ihtiyar heyeti seçimlerinde, 1934'de ise genel seçimlerde kadınlara seçme seçilme hakkının sağlanması, 1930'da Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun[11] kabulü ile anne ve çocuk sağlığını doğumdan önce ve sonra korumaya yönelik pek çok madde içermesi ve 1937'de Anayasa'da eşitlik ve laiklik ilkesinin girmesini sayabiliriz.

Bu dönemde kadın sağlığını olumsuz etkileyen durum, pronatalist nüfus politikasının gereğinden uzun süre izlenmesi olmuştur. Kurtuluş Savaşı sonrası, az olan nüfusun artırılmasına yönelik izlenen pronatalist politika kapsamında, doğum kontrol yöntemlerinin ithali yasaklanmış, bu yöntemlere ilişkin halk eğitimleri engellenmiş, isteyerek düşükler (kürtaj) yasadışı olarak kabul edilmiş, isteyerek düşük yapan ve yaptıranlara ağır cezalar öngörülmüştür. Bu kapsamda, altı ve daha fazla çocuğu olanları madalya ile ödüllendirme, "yoksullar ve en az beş çocuğu bulunan ailelere yol vergisinden muafiyet" verilmesi gibi uygulamalar ile çok

çocuklu aileler için teşvikler getirilmiştir. Ayrıca, 1938 yılında evlilik yaşı erkeklerde 18'den 17'ye, kadınlarda 17'den 15'e indirilmiştir.[12,13] Bu yıllar içerisinde doğurganlık hızında önemli artışlar olmuş ve Türkiye nüfusu hızla artmıştır; 1927'de 13 milyon olan nüfusumuz 1955'de 27 milyona çıkmış Cumhuriyet döneminde en yüksek yıllık nüfus artışı binde 28,5 ile 1955-1960 yılları arasında gerçekleşmiştir.[14] Cumhuriyet'in ilk yıllarında Toplam Doğurganlık Hızı (bir kadına düşen çocuk sayısı) 5,6 iken, yapılan teşvik ve uygulanan politikalarla 1933'de döneminde Türkiye tarihinin en yüksek noktasına 7,1'e çıkmıştır.[15]

Bu döneme kadar izlenen pronatalist nüfus politikası, çocuk yaşta evlilikler ve adolesan gebelikler de dahil, kadınların aşırı doğurganlığına yol açarak kadın ve çocuk sağlığını olumsuz etkilemiştir. Doğum kontrol yöntemlerinin ülkede olmaması ve isteyerek düşüklerin yasak olması nedeniyle, aşırı doğurganlık sonucunda kadınların ya sağlıkları olumsuz etkilenmiş ya da istemedikleri gebelikleri geleneksel yöntemlerle veya yasal olmadığı için güvenli olmayan ve sağlıksız koşullarda, ehliyetsiz kişilerce yapılan müdahaleler sonucu yaşamlarını kaybetmişlerdir. Bu dönemde isteyerek düşükler, anne ölüm nedenlerinin en başında geliyordu. Yasal olmadığı için ülke düzeyinde kesin sayısı bilinmemekle birlikte, o dönemde yaklaşık her beş gebelikten biri düşükle sonuçlanmakta ve isteyerek düşüklerin anne ölümleri içerisindeki payı %53 olarak çok yüksek düzeydeydi. Bu konudaki araştırmaları ve çalışmalarıyla Dr. Z.Tahir Burak, Dr. N. Fişek, Dr. Necdet Erenus'un da aralarında bulunduğu bir grup öncü hekimin savunuculuk faaliyetleri sonucunda 1965 yılında, 557 sayılı "Birinci Nüfus Planlaması Yasası" kabul edilmiştir.[16,17] Bu yasa ile birlikte, ülkemizde 40 yıldan uzun süren pronatalist nüfus politikası terkedilerek antinatalist politikaya geçilmiştir. 557 Sayılı Yasa; gebelikten korunmak isteyen kadınlara ve eşlerine yardım etme görevinin devlete ait olduğu, bu amaçla doğum kontrol yöntemlerine ücretsiz erişimin sağlanması ve sağlık personelinin eğitilmesi konularını içermekteydi. Ancak, isteyerek düşük (kürtaj) ve kadında ve erkekte cerrahi sterilizasyon uygulamaları için, sadece tıbbi nedenler ile izin verilmişti.

Bu gelişmelerin sonucunda, ülkede aile planlaması (AP) yöntemleri hakkında toplumun bilgisi, modern AP yöntemlerinin kullanımı artmış, 1960'da binde 28,5 olan yıllık nüfus artış hızı 1980'de binde 20,7'e ve TDH 4.3'e düşmüştür. Ayrıca, anne ölüm oranı da 1974 yılında yüz bin canlı doğumda 208 iken, 1981 yılında bu sayı yüz bin canlı doğumda 132'ye düşmüştür. Bebek ölüm hızında da önemli bir düşüş kaydedilmiştir.[16,17]

Türkiye'de bu yasadan önce 1961 yılında tüm toplumun sağlığını, özellikle de kadın-anne ve çocuk sağlığını olumlu etkileyen, 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Yasa'nın kabul edilmiş olması son derece önemli bir adım olmuştur. Bu yasa; 1978-Alma Ata Bildirgesi'nden 17 yıl önce, aynı ilkelerle birinci basamak hizmetlerin anahtar rolünü tanımlayarak ve sağlık hizmetlerini buna göre örgütleyerek, korumaya öncelik veren, sağlık hizmetlerini ekip hizmeti olarak Sağlık Ocakları ile toplumun en yakınına götüren, ebelerin ev ziyaretleri ile 15-49 yaş grubu kadınları, gebeleri, 0-6 yaş çocukları periyodik olarak izleyen, sağlıkta sektörler arası iş birliğine önem veren Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) yaklaşımını hayata geçirmiştir. TSH yaklaşımının uygulandığı bu sistemin, özellikle kadın-anne ve çocuk sağlığı üzerine olan olumlu etkileri, 1963 yılından beri Türkiye'de her beş yılda bir tekrarlanan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının (TNSA) sonuçlarında çok net görülmektedir.[18,19]

Son 20 yıla kadar AP hizmetlerinde, riskli gebelikleri önleyerek anne ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan, bireylere gerekli bilgi, danışmanlık ve hizmetleri sunarak AÇSAP hizmetleri kapsamında doğurganlıkları ile ilgili bilinçli seçim yapmalarını sağlayan politikalar izlenmiştir. Bu süreçte ayrıca, birinci basamakta Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri, özellikle kırsal alanda ebelerin yaptığı ev ziyaretleri ile yürütülen hizmetlerin sonucunda kadınların doğum öncesi bakım hizmeti almaları, doğumlarını bir sağlık kuruluşunda veya sağlık personeli yardımıyla gerçekleştirmeleri ile anne ölümlerinde ciddi bir azalma olmuştur.[20]

Birinci Nüfus Planlaması Yasası, anne ölümlerinin önlenmesi açısından çok önemli bir adım olsa da kadınların üreme haklarını tam olarak kullanabilmeleri bağlamında, yasadaki kısıtlayıcı durumlar, isteyerek düşükleri ve buna bağlı gelişen kadın sağlığını riske sokan olumsuz durumları önleyememiş, yasadışı isteyerek düşük sorunu ülkede devam etmiştir. O dönemde, sağlıksız, "güvenli olmayan" koşullarda ve yasadışı yapılan isteyerek düşüklerin sağlık sistemi üzerine olan yükü de bilimsel araştırmalarla ortaya konmuştur.[16,17]

Dünya Sağlık Örgütü iş birliğinde Hacettepe Üniversitesi'nden Prof. Dr. Nusret Fişek, Prof. Dr. Ayşe Akın ve ekibinin beş yıl süresince yaptıkları hizmet araştırmaları ile; eğitilmiş ebe hemşirelerin Rahim İçi Araç (RİA) uygulayabildikleri, eğitilmiş pratisyen hekimlerin Menstrüel Regülasyon (MR) yöntemi ile erken dönem gebelikleri başarılı bir şekilde sonlandırabildikleri ortaya konmuştur. Bu araştırmalarda üretilen sonuçlar, Sağlık Bakanlığı'nın da desteklediği toplantılarda, kanıt olarak savunuculuk amacıyla sunularak paylaşıl-

mış, tartışılmış ve sonuçta yasa maddeleri arasında yer almış ve bu yasa ile 10 hafta dahil isteyerek düşüklerin, istek üzerine sonlandırılmasının da yasallaştığı 2827 sayılı "İkinci Nüfus Planlaması Yasası" 1983 yılında kabul edilmiştir. **Yıllar içerisinde yasanın uygulanması sonucunda iki büyük etki ortaya çıkmıştır:**

1. İlk kez modern/etkili doğum kontrol yöntemi kullanım sıklığı, geleneksel/etkisiz yöntemleri geçmiştir.
2. Sağlıksız düşüklerin, anne ölümleri içindeki payı %53 den %2'ye düşmüştür.[16,17]

Türkiye'de bu olumlu gelişmeler sürerken, 1980 ve sonrasındaki dönemde neoliberal politikaların bir sonucu olarak "sağlıkta reform ve yeniden yapılanma" denilerek uygulanan, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık hizmetleri kamunun sorumluluğundan çıkarılarak piyasa koşullarına bırakılmıştır. Önce pilot uygulamalarla, 2011'de de tüm ülkede yaygınlaştırılarak Aile Hekimliği uygulamaya konmuştur. Neoliberal ekonomik politika ile sağlık alanında kamusal finansmanın yerini, ticarileşmiş ve bireyselleştirilmiş hizmet anlayışı almış ve bu gelişme sağlıkta eşitsizliklerin artmasına neden olmuştur.[21] Aile Hekimliği uygulamasında 15-49 yaş kadın izlemleri ve AP dahil pek çok koruyucu kadın sağlığı hizmeti performans sistemine dahil edilmemiştir. Kuşkusuz bu gelişmeler kadın sağlığı hizmetlerinin ve göstergelerinin mevcut durumunu da etkilemiştir. SDP kapsamında yürütülen hizmetler sürecinde, sağlık hizmet birimlerinin sayısı ve donanım ve malzeme eksikliği gibi sorunlar nedeniyle, özellikle de yoksul ve eğitimsiz kadınlar arasında kamusal alanda AP hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler derinleşerek devam etmiştir.[21]

Bu dönemde değerlendirilmesi gereken konulardan biri de 2012 yılında Sağlık Bakanlığı'nda AÇSAP Genel Müdürlüğü'nün kapatılarak üreme sağlığı hizmetlerinin Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü altında Kadın Sağlığı Daire Başkanlığı'nın sorumluluğuna aktarılmış olmasıdır. Bu gelişmelerin yanı sıra, 1994-ICPD süreci sonrasında Türkiye'de uygulanması başlatılan programların (adölesanlara yönelik Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı (CSÜS) eğitimleri ve hizmetleri, üniversitelerin mediko-sosyal üniteleri içerisinde genç dostu CSÜS hizmetleri, erkeklerin AP konusunda eğitimi, sağlık personelinin AP eğitimleri vb.) giderek geri plana atılmış, bazıları tümü ile kaldırılmıştır.[19]

Türkiye'de sağlıkta neoliberal politikanın izlenmesine paralel, "muhafazakârlaşma" olarak da ifade edilen ve günümüze kadar ulaşan süreçte, kültürel alana, eşitlikçi cinsiyet anlayışına ve kadın bedeni üzerinden üreme haklarının hedefe alınması girişimleri de hız kazanmıştır. Kadınların geleneksel rollerine vurgu yapan anlayış ve patriyarkal yapı, ülkede var olan toplumsal cinsiyet eşitsizliğini giderek derinleştirmiştir. Bu yaklaşımların sonuçlarını uluslararası değerlendirmelerde de görmek mümkündür. Örneğin, Dünya Ekonomik Forum'unun ülkelerdeki kadın-erkek eşitsizliğinin boyutunu değerlendirdiği Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Rapor'larında görmek mümkündür. Bu raporlarda, kadın-erkek eşitsizliğinin düzeyi; "ekonomiye katılım ve fırsatlar", "eğitime erişim", "politik güçlenme" ve "sağlık ve hayatta kalma" olmak üzere dört ayrı başlıkta ele alınmaktadır. Ülkelerden elde edilen resmi veriler ile yapılan bu değerlendirmede; kadın-erkek eşitsizliğinin düzeyi indeks bir değer ile ortaya konmakta, ülkeler bu değere göre en iyiden başlayarak sıralanmaktadır. Türkiye, yıllar itibarıyla gerileyerek 2025 yılında yayınlanan Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Rapor'una göre[22]; 148 ülke içinde 135. sırada yer almıştır ve indeks değeri 0,633'tür. Bu değerlendirmedeki alt başlıklara göre ise, "politik güçlenme" başlığında 139., "ekonomiye katılım ve fırsatlar" alt başlığında 133., "eğitime erişim başlığında" 92., "sağlık ve hayatta kalma" alt başlığında ise 82. sırada yer almıştır.[22] Kadının statüsü, üreme hakları ve CSÜS hizmetlerine erişimde Türkiye'nin dünya sıralamasındaki yeri ve bu saptamalar kabul edilemez düzeydedir.

SDP kapsamında kadın sağlığı hizmetleri açısından bu olumsuzlukları takip eden süreçte, 2008 yılından itibaren karar vericilerin "en az üç çocuk" politikasıyla doğurganlığı teşvik eden söylemleri sürerken, 2014 yılında yürürlüğe giren 10. Kalkınma Planı'nda 1965'ten beri süregelen antinatalist nüfus politikalarının, nüfus artış hızı, doğurganlık oranı ve genç nüfusun toplam nüfus içindeki payında azalmaya neden olduğu vurgulanmıştır. Bu Plan'da 2012 itibariyle toplam doğurganlık hızının %2,08'e gerileyerek nüfusun kendini yenileme hızı olan 2,1'in altında seyrettiği ifade edilmiş ve doğurganlığı teşvik eden hedefler yer almıştır. Böylece, Türkiye'de önemli bir değişim olarak yeniden pronatalist nüfus politikasına dönüldüğü görülmektedir.[23,24]

Bu değişimle birlikte, ailenin korunması adı altında kadını birey olarak gören anlayış yerine, kadını, aile içinde tanımlayan anlayış ve Türkiye'nin genç nüfus demografik yapısının korunması konusu öne çıkarılmıştır. Bu kapsamda "Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı" hedefleri arasında, kadınların üreme haklarına ve kararına müdahale anlamına gelen, çalışan kadınlarda TDH'nın düşüklüğü iddiasıyla bazı yasal teşvikler getirilmesi söz konusu olmuştur.[24]

3. Türkiye'de Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı İle İlgili Mevcut Durum

Türkiye'de CSÜS hizmetleri açısından ülke genelini yansıtan en son veri olarak TNSA 2018 sonuçlarına göre (2023 yılında yapılması gereken TNSA yapılamadığından) üreme sağlığı ile ilgili durum incelendiğinde çarpıcı veriler görülmektedir.[18,19] 2018 TNSA sonuçlarına göre TDH (kadın başına düşen çocuk sayısı) 2,3'tür. Annenin eğitimi ve ailenin refah düzeyi düşükse TDH yüksektir, bölgeler ve kır-kent arasında farklılıklar vardır. Adölesan (15-19 yaş) kadınların neredeyse %4'ü çocuk sahibi ya da ilk çocuklarına gebedir. İlkokulu bitirmiş kadınların %20'si adölesan (ergen) dönemde çocuk sahibi olmaya başlarken, lise veya üzeri eğitim alan kadınlar arasında bu oran %1 düzeyindedir. En düşük refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlar arasında "adölesan annelik" daha yaygın iken (%9), refah düzeyi en yüksek olan hanelerde yaşayan kadınlar arasında daha düşüktür. Türkiye'de, 25-49 yaşlarındaki kadınların %21'i 18 yaşına kadar, %39'u 20 yaşına kadar ve %4'ü ise 15 yaşından önce evlenmektedir.[18,19] Bununla birlikte, kadınların %53'ü halen "sahip olduğundan daha fazla çocuk sahibi olmak istemediğini", %14'ü ise "daha sonra istediklerini" belirtmiştir. Yani kadınların yaklaşık üçte birinin gebelik istemediği, yani gebeliği önleyici hizmete ihtiyacı olduğu görülmektedir. Anne-bebek ölümleri açısından çok önemli olan riskli gebelikler hala çok yüksek ve yaygındır. Halen evli kadınların %49'u gebeliği önlemek amacıyla modern yöntem kullanmakta, %21'i geleneksel yöntem kullanmaktadır.[18,19] Modern yöntem kullanımı 2008'den bu yana çok az bir artış göstermiş, oldukça güvenilir ve etkili olan RİA yönteminin kullanımı (2003'de %20'lerde iken, 2018'de %14) giderek düşmüştür. Hizmete erişim sorunu yaşayan, kırsal alanda ve doğu-güneydoğu bölgesinde ve yoksul kadınlar arasında modern yöntem kullanımı açısından ciddi farklar mevcuttur.[18,19,25] TNSA 2018 verilerine göre; AP yöntemlerinin %39'u kamudan, %38'i özel sektörden, %23'ü diğer yerlerden temin edilirken yıllar içerisinde birinci basamak kuruluşlardan temin edenlerin yüzdesinin %36'dan %24'e gerilediği görülmektedir.[18,19]

TNSA 2018 verilerinde en göze çarpan diğer bir bulgu ise; yukarıda bahsedilen konuların göstergelere bir yansıması olarak AP'nda hizmet açığını ortaya koyan "Aile Planlamasında Karşılanamayan İhtiyacın" son beş yılda %6'dan %12'ye; iki katına çıkmasıdır.[18,19] Buna geleneksel yöntem kullananlar (%21) da dâhil edildiğinde, AP'nda karşılanamayan ihtiyaç %33 olmaktadır. Yani, Türkiye'de üç kadından birinin, sosyal devletin herkese eşit bir şekilde vermekle yükümlü olduğu TSH'nden biri olan, AP hizmetine olan ihtiyacı karşılanmamaktadır. Hizmet niteliğinin düzeyi bilinmese de gebelerin %96'sı doğum öncesi bakımı bir sağlık personelinden almış, %4'ü ise doğum öncesi bakım almamıştır. Eğitim düzeyi arttıkça doğum öncesi bakım alma sıklığı artmaktadır. Olumlu bir bulgu ise, ev doğumları azalmış, doğumların %99'u bir sağlık kuruluşunda ve bir sağlık personeli eşliğinde gerçekleşmiş olmasıdır. Ancak, tüm bu değerler, hizmete erişimde sorun olduğuna işaret edecek şekilde kent-kır ve bölgeler arasında ve kadınların eğitim durumuna göre ciddi eşitsizliklerin varlığını göstermektedir.[18,19]

Türkiye'de anne ölümleri incelendiğinde; 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri çalışmasında anne ölüm oranı (AÖO) yüz bin canlı doğumda 28,5 olarak hesaplanmış, bu ölümlerin %60'ının "önlenebilir nedenlerle" olduğu ortaya konmuştur.[19,20,26] Diğer yıllar için Sağlık İstatistikleri Yıllıkları incelendiğinde, 2018'de yüz bin canlı doğumda 13,6 olarak, 2019'da ise yüz bin canlı doğumda 13,1 olarak belirtilen anne ölümlerinin ve son 10-15 yılda plato çizdiği görülmektedir.[19,20,27,28] Ancak, aynı raporda tablo altında dipnot olarak verilen COVID-19 kaynaklı anne ölümleri bu orana dâhil edildiğinde, yüz bin canlı doğumda 19,9 olduğu görülmektedir.[27] Pandemi döneminde anne ölümlerindeki %52 olan bu artış, incelenmesi gereken ciddi bir bulgudur. Ayrıca, AÖO açısından bölgeler arasında önemli farklar bulunmaktadır, örneğin Güneydoğu Anadolu'da AÖO yüz bin canlı doğumda 19'a, Ortadoğu Anadolu'da yüz bin canlı doğumda 22'ye çıkmaktadır.[27] Sağlık Bakanlığı'nın (SB) 2024 sağlık istatistiklerine göre ise; 2023 yılında yüz bin canlı doğumda 13,4 olan anne ölümlerinin 2024 yılında yüz bin canlı doğumda 11,5 olduğu belirtilmektedir.[28] Bununla birlikte; 2020-2023 yılları için WHO, UNICEF, UNFPA'nın birlikte hazırladığı farklı ülkeleri değerlendirdikleri raporda ise Türkiye için verilen tahmini anne ölüm oranları biraz daha yüksek olarak 2020 yılı için yüz bin canlı doğumda 19, 2023 yılı içinse, yüz bin canlı doğumda 15 olduğu belirtilmekte ve bu yıllar arasında anne ölümlerindeki azalmanın çok az olduğu ortaya konmaktadır.[29]

Türkiye'de isteyerek düşüklerle ("kürtaj") ilgili durum incelendiğinde ise; 2018 TNSA verilerine göre %6'dır. 2013'te yapılan TNSA'nda da benzer bir sıklığın olduğu, kendiliğinden düşüğün ise buna paralel olarak arttığı görülmektedir.[18,19] Ancak, Kadir Has Üniversitesi'nin 2016'da yaptığı bir araştırmaya göre; 81 ilden 428 kamu hastanesinden 53'ünde herhangi bir yasal kısıtlama olmamasına rağmen isteyerek düşük hizmetinin sunulmadığı saptanmıştır. 2020'de tekrarlanan aynı araştırmada; 295 kamu hastanesinde "isteğe bağlı

kürtaj yapmıyoruz" diyen hastanelerin oranı dört yılda %12'den %54'e çıkmıştır.[30] İsteğe bağlı gebelik sonlandırmalarının yasal ancak ulaşılabilir olmadığı açıkça görülmektedir. Yıllar itibarıyla isteyerek düşüklerle ilgili durum incelendiğinde; SDP ile Aile Hekimliği Sistemi'ne geçişten sonra, yasal olarak olmasa da uygulamalarda defacto izlenen pronatalist politikalara bağlı olarak 2008 yılından itibaren isteyerek düşüklerdeki azalma ve kendiliğinden düşüklerdeki artışın bu politik tutuma bağlı olarak gerçekleşen yapay bir değişim olduğu düşünülmektedir.

Temelinde toplumsal cinsiyet eşitsizliği yatan KYŞ açısından beş yıl arayla yapılan iki ulusal araştırma sonuçları arasında önemli bir farklılık görülmemekte ve her üç kadından biri, birlikte yaşadığı eşinden şiddet görmektedir.[31] Temelinde yine toplumsal cinsiyet eşitsizliği yatan diğer bir olay, çocuk yaşta evlilikler-dir. Halen Türkiye'de genç kızların 18 yaşından önce evlendiriliyor (%15) olması söz konusudur.[18,19] TÜİK 2024 verilerine göre adölesan (ergen) doğurganlık hızı ise binde 10 düzeyindedir.[32] Çocuk yaşta erken ve zorla evlilikler hem hak ihlali hem de sonucunda meydana gelen ergen gebelikler ciddi bir sağlık sorundur.[19]

Tüm yukarıda özetlenen bulgular, Türkiye'de CSÜS ve kadın sağlığı hizmetlerindeki mevcut durumda halen ciddi sorunların olduğunu açık olarak göstermektedir.

4. Türkiye'de Nüfus İle İlgili Mevcut Durum

TÜİK tarafından 2025 yılında yayınlanan son verilere göre, ülke genelinde toplam nüfus 85.664.944; bunun %25,5'ini çocuk nüfus, %14,9'unu 15-24 genç nüfus, %10,6'sını ise yaşlı nüfus oluşturmaktadır. Aynı verilere göre; doğuşta beklenen yaşam süresi erkeklerde 74,7 yıl, kadınlarda 80 yıldır.[33] 2024 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları'na göre; nüfus artış hızı binde 3,4; nüfusun ortanca yaşı 34,4; çalışma çağındaki nüfus %68,4'tür.[34] 2025 yılı TÜİK işgücü istatistiklerine göre; 15 yaş üstü nüfusun %48,8'inin (erkeklerin %66'sı, kadınların ise %32'si) istihdama, %53'ünün ise (erkeklerin %71'i, kadınların ise %36'sı) işgücüne katılmakta olduğu belirtilmektedir.[35] Görüldüğü gibi kadınların çalışma hayatında yer alabilmesi (kayıtlı veya kayıt dışı) erkeklerin yarısı düzeyindedir ve sadece üç kadından biri çalışma hayatına katılmaktadır. Aynı verilere göre; genç nüfusta (15-24 yaş) işsizlik oranı ülke genelinde %16 (erkeklerde %11, kadınlarda %24) düzeyindedir.[35]

Türkiye'de doğurganlık ve ölümlülük düzeylerindeki azalma, nüfusun yaş yapısını değiştirmiştir. Bu dönüşümde, toplam nüfus içerisinde 15 yaşından küçük nüfusun payı azalmış, 65 yaşın üzerindekilerin payı artmıştır.[19,36] 2022'de yapılan bir değerlendirmeye göre; 1965'de %7,3 olan yaşlı bağımlılığı, %14,5'e yükselmiştir. Ancak, geçmişteki yüksek doğurganlık hızlarının etkisiyle 15-64 yaş çalışma çağındaki nüfusun 2050'lere kadar azalması değil, artması beklenmektedir.[36]

Nüfus bilimciler tarafından, Türkiye'de toplam bağımlılığın düşük seviyelerde olduğu ve demografik "*fırsat penceresi*" olarak da nitelendirilen dönemin, aslında yaklaşık son 15 yıldır devam etmekte olduğu ve bu pencerenin 2040'lı yıllara kadar açık kalacağının beklendiği belirtilmektedir. Yapılan nüfus projeksiyonları, önümüzdeki yıllarda bağımlılık oranlarının yükselmeye başlayacağını ve 2050'li yıllarda yaşlı bağımlılık oranlarının, genç bağımlılık oranlarını geçeceğini göstermektedir.[36] Nüfusun değişmekte olan bu yapısı ile ilgili olarak bu yüzyılın başında açılmış olan ve "*bir daha tekrarlanmayacak olan demografik fırsat penceresi*"nin ülke kalkınması açısından iyi değerlendirilerek genç yaş grubuna yönelik ekonomik ve sosyal politikaların uygulanmasının önemi belirtilmektedir.[36] Buna, %30'larda olan kadın istihdamının, çalışma yaşamında kamusal olarak her türlü destek sağlanarak ve toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlayıcı yaklaşımla, desteklenmesinin de iyi ve doğru bir fırsat olduğu eklenmelidir.

5. Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de, kamusal anlayışın olduğu yıllarda, kanıta dayalı düzenlemeler ile yıllar itibarıyla kadın sağlığının düzeyinde önemli gelişmeler olmuş ve başarılar elde edilmiştir. Ancak, 1980 sonrası dönemden başlayarak 2000'li yıllardan itibaren izlenen neoliberal politikaların yansıması olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle birlikte, kadın sağlığı hizmetlerinden yararlanmada bölgeler arasında ve kent-kır arasında giderek derinleşen eşitsizlikler mevcuttur.[21,37,38]

Son dönemlerde karar vericilerin, kadın sağlığı ile ilgili mevcut durumu bütüncül olarak incelemeden, sadece nüfusla ilgili verilere bakarak Türkiye'de nüfus yapısında beklenen bu doğal dönüşümü doğru ve iyi değerlendirmediği açıkça görülmektedir. Nüfus politikalarında doğurganlığı teşvik edici söylem ve uygulamalar ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde kurulan Nüfus Politikaları Kurulu'nun nüfusu artırmaya yönelik planlamalar yapmakla görevlendirildiği bilinmektedir.[39] Oysa, olumlu görülmesi gereken yaşlanan nüfus gerçeği göz ardı edilmeksizin yaşlanan nüfusa yönelik sağlık ve sosyal hizmetler de dahil gerekli hazırlıkların yapılması gerekirken, bir yandan da ülke

kalkınması açısından "*demografik fırsat penceresinin*" iyi değerlendirilmesi, genç işsizliğin önlenmesine yönelik çalışmaların yapılması ve ayrıca kamusal destek sağlanarak kadınların da eşit düzeyde çalışma yaşamına katılmalarının sağlanması gerekir.

Ülke olarak uluslararası platformlarda imzalanan ve taahhüt edilen sorumluluklar yerine getirilmeli ve bu konuda izleme mekanizmaları olmalıdır. Bu kapsamda, toplumsal cinsiyet eşitliği dahil, kadın sağlığını belirleyen tüm faktörlerin ve kadın yaşamının her dönemi için temel ihtiyaçların bütüncül olarak değerlendirilmesi gerekir.[37,38] CSÜS hizmetlerine erişimi engelleyen uygulamaların öncelikle "insan hakları bağlamında değerlendirilmesi" kadın ve erkek, evli olan ya da olmayan bütün bireylerin doğum kontrolü yöntemlerine erişim hakları güvence altına alınmalıdır. Tarihin tekerrürüne fırsat verilmemeli ve istemediği halde gebe kalan ve riskli gebeliği olan kadınların sağlıksız koşullarda düşük yapma eğilimleri ve bunun sonucunda anne morbidite ve mortalitesinin artacağı gerçeği unutulmamalıdır. Sık doğumların, istenmeyen gebeliklerin ve adölesan gebeliklerin anne ve bebek ölümlerini artırdığı göz önüne alınarak aile, kadın ve çocuk sağlığını riske atan politikalardan vazgeçilmelidir. Doğurganlığın teşvik edilmesinin sonucunda kadın ve çocukların, ailelerin ve toplumun sağlığının zarar göreceği açıktır.[39]

UNFPA'nın 2023 Dünya Nüfusunun Durumu Raporu'nda belirtildiği gibi, dünyada birçok ülkede kadınlara ve eşlerine mali teşvikler ve ödüller sunulduğunda bile bu ülkelerde doğurganlık oranlarının etkilenmediği, bu tür politikaların temel olarak kadın haklarına zarar verdiğinin kanıtlandığı ifade edilmektedir.[40] Bunun yerine, Türkiye'de eşitlikçi ve adil bir nüfus politikasının benimsenmesi gerekir. Kadınların bedenleri, yaşamları ve gelecekleri üzerindeki kararların yalnızca kendilerine ait olduğu kabul edilmeli ve bunu sağlamanın devletin görevi olduğu; politikaların bireylerin bu haklarını koruyacak, gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlenmesi gerektiği unutulmamalıdır.[39]

Son olarak; Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı hizmetlerine erişim temel bir insan hakkıdır; doğum kontrol yöntemleri, güvenli koşullarda düşük (kürtaj) hizmetleri ve kapsamlı cinsel sağlık eğitimi de dahil CSÜS hizmetleri, her tür politik tartışmanın dışında tutularak ücretsiz ve herkes için erişilebilir olmalıdır.[37,39]

KAYNAKLAR

1. Tiryakioğlu B., Öztürk N. (2023). Türkiye'nin Taraf Olduğu Bazı Uluslararası Sözleşmeler Çerçevesinde Kadın. Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı Kitabı içinde. (Eds: A. Akın, S. Özpınar) 2. Basım. 2023, s: 333-355
2. T.C. Resmi Gazete (1985). Kadınlara Karşı Her türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi. https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/18898.pdf (Erişim tarihi: 20.08.2025)
3. UN Women. Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women. https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm (Erişim tarihi: 20.08.2025)
4. HÜNEE (2014). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Rapor https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/Aile%20i%C3%A7i%20%C5%9Eiddet%20Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%C4%B1/ozetraporturkce_2014_ais.pdf (Erişim tarihi: 20.08.2025)
5. Moroğlu N. (2018). Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Kaldırılması Komitesi Kadınlara Yönelik Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddete İlişkin 35 sayılı Genel Tavsiye https://kadininsanhaklari.org/wp-content/uploads/2018/08/CEDAW-General-Recommendation-35-%C3%A7eviri-Nazan-Moro%C4%9Flu.pdf (Erişim tarihi: 25.08.2025)
6. UNFPA (1994). Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı. https://www.unfpa.org/1994 (Erişim tarihi: 23.08.2025)
7. UN Women. Beijing and its Follow-up https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/ (Erişim tarihi: 23.08.2025)
8. IPPF (2008). Sexual and Reproductive Health and Rights https://www.ippf.org/resource/sexual-rights-ippf-declaration (Erişim tarihi: 23.08.2025)
9. Çoban F. (2015) Bir İnsan Hakkı Olarak Güvenli Kürtaja Erişim. Artvin Çoruh Üniversitesi. Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi (2), 2015 Kış/Winter:79-112
10. Nairobi Summit on ICPD25 (2019). https://www.nairobisummiticpd.org/content/about-nairobi-summit (Erişim tarihi: 19.08.2025)
11. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930). https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1593.pdf (Erişim tarihi: 23.08.2025)
12. Coşan B. (2022). Türkiye'de Doğurganlığın Değişimi: Sosyal Politika Açısından Riskler ve Fırsatlar, Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, Cilt: 22 Sayı: 56 Temmuz-Eylül 2022
13. Özdemir A. (2017). Doğum Kontrol Teşviklerinden En Az Üç Çocuğa: Tarihsel Süreçte Türkiye'de Antinatalist ve Pronatalist Politikaların Seyri, 2017, Uluslararası Politik Araştırmalar Dergisi 3 (3), 65-75
14. Gelekçi C. (2016) 1960 Sonrası Dönemde Türkiye'de Nüfus Yapısı ve Bazı Temel Özellikleri Üzerine Tespitler, Sosyoloji Konferansları, Istanbul Journal of Sociological Studies, No: 52, s: 587-607
15. Eryurt MA. (2018). Türkiye'de Doğurganlık Davranışları: Düzey, Belirleyiciler, Politikalar, Türkiye Aile Yapısı İleri İstatistik Analizi 2018, kitabı içinde. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, s: 12-36
16. Akın, A. (2007). "Emergence of the Family Planning Program in Turkey", The Global Family Planning

Revolution, Three Decades of Population Policies and Programs. Kitabı içerisinde (Eds. Robinson, W. C. Ross, J. A) The World Bank, Washington DC, 2007, s. 85-102

17. Akın A. (2012). Türkiye'de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları Doğrultusunda İsteyerek Düşükler ve Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda Geleceğe Bakış. Turkish Journal of Public Health. 2012; 10 (Özel Sayı): 43-60.
18. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TNSA2018_ana_Rapor_compressed.pdf (Erişim tarihi: 29.08.2025)
19. Esin A., Mıhçıokur S., Demir C., Kanal G. (2021) Türkiye'de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi Raporu. (Eds.: A. Akın, T. Türmen). CİSÜ Platformu, Nisan 2021, ISBN 978-605-70326-3-8
20. Bahar-Özvarış Ş., Akın A. (2020). Anne Ölümleri (Eds.: S. Üner, P. Okyay) Türkiye Sağlık Raporu 2020 içinde (131-137 ss.) Ankara: Hipokrat Yayınevi. ISBN: 978-605-7874-83-2
21. Dayı A. (2019) Neoliberal Health Restructuring, Neoconservatism and the Limits of Law: Erosion of Reproductive Rights in Turkey. Health Hum Rights. 2019 Dec;21(2):57-68.
22. Global Gender Gap Report (2025). https://www.weforum.org/publications/global-gender-gap-report-2025/. (Erişim tarihi: 27.08.2025)
23. Özdemir A. (2017). Doğum Kontrol Teşviklerinden En Az Üç Çocuğa: Tarihsel Süreçte Türkiye'de Antinatalist ve Pronatalist Politikaların Seyri, 2017, Uluslararası Politik Araştırmalar Dergisi 3 (3), 65-75
24. T.C. Kalkınma Bakanlığı (2013). Onuncu Kalkınma Planı, 2014-2018. Ankara. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu_Kalkinma_Plani-2014-2018.pdf (Erişim tarihi: 27.08.2025)
25. Özdemir R, Cevik C, Cicekliogluo M. (2019) Unmet needs for family planning among married women aged 15-49 years living in two settlements with different socioeconomic and cultural characteristics: a cross-sectional study from Karabuk Province in Turkey. Rural Remote Health. 2019 Aug;19(3):5125 https://doi.org/10.22605/RRH5125
26. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2005). Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006). Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara. https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/Di%C4%9Fer%20Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar/UAOC2005-AnaRapor.pdf (Erişim tarihi: 29.08.2025)
27. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2020) https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0 (Erişim tarihi: 29.08.2025)
28. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2024) Haber Bülteni, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/44131/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-haber-bultenipdf.pdf (Erişim tarihi: 06.10.2025).
29. WHO (2025) Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
30. O'Neil ML, Aldanmaz B, Quilez RMQ, Kılınç FR (2016). Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil: Türkiye'deki Devlet Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri, Kadir Has Üniversitesi, Toplumsal Cinsiyet ve Kadın ve Çalışmaları Araştırma Merkezi. https://gender.khas.edu.tr/sites/gender.khas.edu.tr/files/docs/2020-12/kurtaj-hizmetleri-raporu.pdf (Erişim tarihi: 27.08.2025)
31. HÜNEE, 2014. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/Aile%20i%C3%A7i%20%C5%9Eiddet%20Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%C4%B1/ozetraporturkce_2014_ais.pdf (Erişim Tarihi: 29.08.2025)
32. TÜİK (2024) Doğum İstatistikleri 2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2024-54196 (Erişim tarihi: 29.08.2025)
33. TÜİK, 2025. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2025-54078 (Erişim tarihi: 27.08.2025)
34. TÜİK, 2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayal%C4%B1-N%C3%BCfus-Kay%C4%B1t-Sistemi-Sonu%C3%A7lar%C4%B1-2024-53783&dil=1 (Erişim tarihi: 27.08.2025)
35. TÜİK, 2025. İşgücü İstatistikleri. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-Istatistikleri-Nisan-2025-54062 (Erişim Tarihi: 29.08.2025)
36. Ergöçmen AB, Keskin F. Türkiye Nüfusunun Değişimi (2022). Türkiye'de Nüfus ve Toplum/Population and Society in Turkey kitabı içinde, (Ed.: MF Aysan), TC İçişleri Bakanlığı, Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Gen. Md. ve Marmara Üniv. NSP Merkezi, Yeditepe Yayınevi, ISBN: 978-625-8260-00-7
37. Akın A. (2023) Cumhuriyetimizin 100. Yılında Kadın ve Üreme Sağlığı: Geçmişten Günümüze ve Geleceğe Bakış. Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği kitabı içinde. (Eds. B. Kılıç, T. Erbaydar, D. Çamur), HASUDER, Ankara, s: 99-129, ISBN:978-605-72861-5-4
38. Bahar Özvarış Ş. (2024) Cumhuriyetin 100. Yılında Kadın Sağlığına Bakış. Toplum ve Hekim. Mart-Nisan 2024 Cilt:39 Sayı:2, s: 135-148
39. HASUDER (2025). Nüfus Politikaları ve Üreme Hakları Çalıştayı Sonuç Bildirgesi. https://www.hasuder.org.tr/deprem/detay/nufus-politikalari-ve-ureme-haklari-calistayi-sonuc-bildirgesi-69D2747B-A045-76D6-87AC-3A1873A768ED (Erişim Tarihi: 29.08.2025)
40. UNFPA (2023) Dünya Nüfusunun Durumu Raporu 2023; 8 Milyar Yaşam, Sonsuz Olasılıklar: Haklar ve seçimler üzerine. https://turkiye.unfpa.org/tr/swop-tr-2023 (Erişim Tarihi: 29.08.2025)

İleri Yaş Kadınlar ve Sağlık Sorunları

Hatice Şimşek Keskin, Rengin Erdal

Doğurganlığın azalması ve beklenen yaşam sürelerinin artışına bağlı olarak tüm dünyada yaşlı nüfus oranı artmaktadır. Birçok gelişmiş ülkede toplum hızla yaşlanmaktadır ancak doğurganlıktaki azalmanın görece erken başladığı gelişmekte olan ülkelerde de yaşlıların oranında hızlı artışlar yaşanmaktadır. Nüfusun yaşlanmasının sonucunda ileri yaşlı, kadın, yalnız yaşayan ve yoksul yaşlıların sayısı daha da hızlı artmaktadır.[1] Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verisine göre Türkiye'de toplam nüfus içinde yaşlı nüfus oranı 2019 yılında %9,1, 2020 yılında %9,5 iken 2024 yılında %10,6'ya yükselmiştir.[2–4]

1. Sosyodemografik Özellikler

Kadınlar erkeklerden daha uzun yaşamaktadır. Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi 2019 yılında toplamda 78,3, erkeklerde 75,6, kadınlarda 81,0 yıl iken 2024 yılında toplamda 77,3, erkeklerde 74,7, kadınlarda 80,0 yıldır.[2,4] TÜİK 2024 verisine göre kadınların erkeklerden doğumda 5,3, 65 yaşta 3,3 yıl fazla yaşayacağı öngörülmektedir.[4] İki bin on dokuz yılıyla benzer olarak 2024 yılında yaşlı nüfusun %44,6'sını erkekler, %55,4'ünü kadınlar oluşturmaktadır.[2,4] Dolayısıyla yaşlı nüfusun yarısından daha fazlasını kadınlar oluşturmakta, artan yaşla birlikte cinsiyet oranı (100 kadın başına düşen erkek sayısı) azalmaktadır. Bu durum da ***yaşlılığın feminizasyonu*** olarak adlandırılmaktadır.

Türkiye'de 2024 yılı verisine göre en az bir yaşlı birey bulunan 6 milyon 726 bin 583 hanenin 1 milyon 750 bin 900'ünü tek başına yaşayan yaşlı bireylerin bulunduğu haneler oluşturmaktadır. İki bin on dokuz yılı verisiyle benzer olarak bu hanelerin %74,0'ını 65 yaş ve üstü kadınlar oluşturmaktadır. Yaşlılarda yalnız yaşama sıklığı %20,4 iken, bu sıklık erkeklerde %11,9, kadınlarda %27,2'dir.[2,4,5]

TÜİK'in 2024 yılı verisine göre evli olma durumu erkeklerde %83,7 iken kadınlarda %63,3'tür. Ayrıca eşini kaybetme durumu kadın yaşlılarda erkeklere göre yaklaşık 3 kat fazladır (kadınlarda %30,1, erkeklerde %10,8).(4) Kadın yaşlılar yalnız yaşama ve eş kaybının neden olduğu ekonomik, sosyal ve sağlık sorunları açısından erkeklere göre daha dezavantajlı olmakta, bu nedenlerle de daha çok sosyal desteğe gereksinim duymaktadır.

Yaşlılarda yalnız yaşama, hastalık, engellilik ya da sosyoekonomik nedenlerle sosyalleşme ve katılıma ilişkin yaşanan sorunlar toplumsal dışlanma ya da izolasyona neden olmaktadır. Bunlara ek olarak okuma yazma bilmeme izolasyona neden olan önemli bir sosyoekonomik özelliktir.[6] Öğrenim durumu gelecekteki iş ve gelir olanakları için belirleyici olmasının yanında kişinin bilgiye erişme olanaklarını da artırıcı bir özelliktir. Kadın yaşlılarda öğrenimin olmaması ya da okuryazar olmama sağlık eşitsizlikleri açısından risk etmenidir.[7] Toplam yaşlı nüfus içinde okuma yazma bilmeme oranı %12,4'tür ve yaşlı nüfusta okuma yazma bilmeyenlerin %88,2'sini kadınlar oluşturmaktadır. Benzer bir durum okuma yazma bilme ancak diploması olmama oranı (%12,6) için de geçerlidir. Yaşlılarda bu grubun %77,5'ini kadınlar oluşturmaktadır.[8] Yaşlı nüfusta mezun olunan okula göre öğrenim düzeylerine bakıldığında da kadınların öğrenime ilişkin dezavantajı sürmektedir.[2,4]

Yaşlılık dönemiyle birlikte emeklilik, sosyal güvencesizlik, para kazanan kişinin kaybı, düşük gelir ve dulluk maaşları nedeniyle kadının yoksulluğu ve bakım gereksinimi artmaktadır. TÜİK verisine göre 2024 yılında yoksulluk ya da sosyal dışlanma riski altındaki yaşlı oranı %23,3'tür. Bu oran erkeklerde %22,3, kadınlarda %24,2'dir. Dolayısıyla 65 yaş ve üstü her dört kadından birinin yoksulluk ya da sosyal dışlanma riski altında olduğu görülmektedir.[4] Ayrıca yoksulluk oranlarının 65

yaş ve üstü kadınlarda %19 erkeklerde %17,3 olduğu görülmektedir.[8] Dijital eşitsizlik bağlamında da yaşlı kadınların erkeklere göre daha dezavantajlı olduğu, teknolojik ürün kullanımı sıklıklarından görülmektedir. Akıllı cep telefonu kullanımı erkeklerde %60,8, kadınlarda %46,2; tablet kullanımı erkeklerde %5,1, kadınlarda %2,9; bilgisayar kullanımı erkeklerde %8,9, kadınlarda %3,6'dır.[5] Benzer durum internet kullanımında da geçerlidir. İnternet kullanımı sıklığı ise yaşlılarda toplamda %27,1, erkeklerde %34,9, kadınlarda %20,4'tür.[5,9]

Cinsiyet Eşitliği İzleme Derneği tarafından 2025 yılında yayımlanan yaşlılıkta toplumsal cinsiyet eşitsizliğine ilişkin raporda da pek çok alanda yaşlılarda kadınların erkeklere göre dezavantajlı konumu gösterilmektedir.[9] İki bin yirmi dört yılında yayımlanan 12. Kalkınma Planı'nda (2024-2028) "Yaşlı kadınlar başta olmak üzere yoksul yaşlıların yaşam koşullarının iyileştirilmesine yönelik mekanizmalar" bir hedef olarak belirlenmiştir.[10] Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programında da (2021-2026) "Kadın ve erkek yaşlının ihtiyacına uygun hizmet alması için cinsiyet odaklı yaklaşımın stratejilerde yer almasının önemli olduğu" vurgulamaktadır.[11] Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından 2023 yılında yayımlanan Yaşlanma Vizyon Belgesinde "Yaşlı kadınların yaşlı erkeklere göre hayat boyu eğitim ve istihdam da dahil toplumsal hayata katılımda maruz kaldığı ayrımcılık, kadınların yaşlılıkta sosyal ve ekonomik imkânlardan görece daha az faydalanmasına neden olabilmektedir" ifadesi geçmektedir.[12] Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planında da (2023-2025) "yalnız yaşayan yaşlı bireylerin desteklenmesine yönelik tedbirlerin geliştirilmesi" eyleminde "yalnız yaşayan, ekonomik yoksunluk yaşayanlar dahil çoklu dezavantajlılığa sahip yaşlı kadınların güçlendirilmesine yönelik çalışmalar" yapılması hedefi belirtilmektedir.[13]

2. Kadın Yaşlılar ve Sağlık Sorunları

Yaşlanma ile birlikte organ sistemlerinin rezerv kapasitelerinde, homeostatik kontrolde, çevresel etmenlere uyum sağlayabilme yeteneğinde, stres yanıt kapasitesinde azalma görülmektedir.[14] Yaşlanmayla oluşan fizyolojik değişiklikler kişilerin fiziksel etkinliğini azaltmaktadır. Bu değişikliklere menopozun etkileri de eklenince kadın yaşlılardaki sağlık sorunları daha da artmaktadır.

Türkiye'de ortalama menopoz yaşı 47,8'dir ve 30-49 yaş kadınların %10,3'ü; 48-49 yaş kadınların %45,1'i menopozdadır.[15] Menopoz öncesi ve menopoz sırasında en sık görülen vazomotor semptomlar kadınların yaklaşık %80'inde görülmektedir. Menopoz nedeniyle kadınlar vajinal kuruluk, cinsel işlev bozuklukları, depresyon, uyku bozuklukları, üriner inkontinans, osteoporoz, artmış kardiyovasküler riskle karşı karşıya kalmaktadır.[16] Menopoz ve yaşlanma ile ilişkili osteoporoz, artmış kemik kırılganlığı ile karakterize yaygın bir kemik hastalığıdır. Menopoz sonrasında kemik kütlesinin yaklaşık yarısı kaybedilmektedir ve osteoporoz kırıklar için önemli bir risk etmenidir. Genel olarak menopoz sonrası her üç kadından ya da beş kadından birinde osteoporoz görüldüğü belirtilmektedir.[17,18] Diğer taraftan menopoz sonrası dönemdeki kadınların osteoporoza ilişkin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu gösterilmiştir.[19] Ayrıca postmenopozal kadınlarda %44,7 sarkopeni, %15,4 sarkopenik obezite belirlenmiştir.[20] Menopoz ile yaşam kalitesi ilişkisini değerlendiren çalışmalarda, düzenli yapılan egzersizin, D vitamini ve kemik mineral yoğunluğu düzeylerinin osteoporoz gelişimini önlemede ve yaşam kalitesini artırmada etkili olduğu; menopozal yakınmaların sıklığı ve şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı; olumlu menopoz algısı ve tutumunun yaşam kalitesini artırdığı; menopozda genitoüriner sendromun kadınların yaşam kalitesini azalttığı bulunmuştur.[21]

Menopozdaki kadınlarda obezite sıklığındaki artış bulaşıcı olmayan hastalık risklerini arttırması açısından dikkate alınması gereken önemli bir halk sağlığı riskidir. Menopoz da yaştan bağımsız olarak artan metabolik sendrom riski ile ilişkilidir.[22] Türkiye Yaşlı Profili Araştırması 2023'e göre 65 yaş ve üstü bireylerin %78,7'sinde en az bir bulaşıcı olmayan (kronik) hastalık bulunmaktadır. Bu sıklık yaşlı erkeklerde %71,9, kadınlarda %84,1'dir.[5] Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2023'e göre 15 yaş ve üzerinde hipertansiyon prevalansı toplamda %31,1'dir ve yaş artıkça hipertansiyon prevalansı artmaktadır. Çalışmada hipertansiyon, obezite ve fiziksel inaktivite prevalansının kadınlarda erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır.[23] Türkiye'de her üç yaşlıdan ikisinde hipertansiyonun kontrol altında olmadığı görülmektedir. Kadınlarda hipertansiyon prevalansı erkeklerden yüksekken ilaç tedavisine uyum ve düzenli ölçüm oranları erkeklere göre düşüktür. Çalışmada özellikle yaşlı kadınlarda obezite, tuz tüketimi ve düşük fiziksel aktivitenin hipertansiyon kontrolünü güçleştiren etmenler olduğu saptanmıştır.[24]

Türkiye'de 70 yaş ve üzeri diyabet tanısı sıklığı %22,8'dir. Kadınlarda diyabet varlığında en belirgin nedenlerden biri obezitedir. Diyabet tanısı almış bireylerin önemli bir kısmı ilaç tedavisi almasına karşın

kan şekeri regülasyonu kadınlarda erkeklere göre daha düşüktür. Ölüm nedenleri arasında da diyabete bağlı ölümler kadınlarda daha ön sıralarda yer almaktadır.[23] Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının (KOAH) prevalansı 70 yaş ve üstü bireylerde toplamda %11,5, kadınlarda %10,0, erkeklerde %13,5'tir.[23]

Kadınların yaşamında menopozun en önemli sağlık etkileri osteoporozun yanı sıra kardiyovasküler etkilerdir. Kadınlarda menopoz öncesi dönemde koroner arter hastalığı sıklığı erkeklere göre çok azken, menopozdan sonra erkeklerdeki sıklıkla eşitlenmektedir. Keten ve ark.'nın çalışmasında menopoz dönemindeki kadınlarda kardiyovasküler hastalık risk farkındalığının orta düzeyde olduğu bulunmuştur.[25] TÜİK'in 2024 yılı ölüm istatistiklerine göre yaşlılarda ölümlerin %40 nedeni dolaşım sistemi hastalıklarıdır (erkeklerde %36,7, kadınlarda %43,2). Dolaşım sistemi hastalıklarını solunum sistemi hastalıkları (toplamda %17,2, erkeklerde %18,5, kadınlarda %15,9) ve iyi- kötü huylu tümörler (toplamda %14,1, erkeklerde %18,1, kadınlarda %10,1) izlemektedir. Aynı veriye göre intiharların %9,1'i 65 yaş ve üstü bireylerde gerçekleşirken yaşlı intiharlarının da %75'i erkeklerde, %25'i kadınlarda gerçekleşmiştir. Yaşlı intiharlarının öncelikli nedeni hastalıklardır.[26]

Hiçbir zaman fiziksel aktivite yapmayan 65 yaş ve üstü bireylerin sıklığı %51,4 iken bu oran erkeklerde %43,3, kadınlarda %57,8'dir. Her gün düzenli fiziksel aktivite sıklığı ise toplamda %18,3, erkeklerde %25,5, kadınlarda %12,5'tir.[5] Her gün düzenli tütün kullanımı sıklığı 65 yaş ve üstü bireylerde %11,3, erkeklerde %20,0, kadınlarda %4,3'tür.[5] Yaşlılarda 2023 yılında obezite oranı %27,3, fazla kilololuk oranı %40,3'tür. Obezite oranı erkeklerde %17,7, kadınlarda %35,1'dir.[5]

Yaşlılarda en yaygın görülen geriatrik sendromlar arasında düşmeler, kognitif bozukluk, depresyon, uyku bozuklukları, inkontinans ve beslenme bozuklukları yer almaktadır. Bu sendromlar genellikle birbirini tetiklemekte ve işlevsel bağımsızlıkta azalmaya yol açmaktadır. Son bir yıl içinde ev içi düşme sıklığı 65 yaş ve üstü bireylerde toplamda %24,0, erkeklerde %19,1, kadınlarda %28,0'dır.[5] Sıklığın yaş artıkça arttığı ve kurumda kalan yaşlılarda daha yüksek olduğu bilinmektedir. İzmir'de toplum tabanlı yapılan bir çalışmada 80 yaş ve üzeri bireylerde düşme sıklığı %35,4, düşme korkusu sıklığı ise %86,6 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada 80 yaş ve üzeri bireylerin %68,1'inde hipertansiyon, %38,4'ünde kalp hastalığı, %29,8'inde diyabet, %14,8'inde KOAH belirlenmiştir.[27] Ayrıca huzurevinde yaşayan yaşlılarda yapılan bir çalışmada da düşme sıklığı %41,1'dir. Aynı çalışmada yaşlıların %71,1'inde uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. Uyku kalitesi kötü olanların yanı sıra kadınların ve bedensel engeli olanların düşme riski daha yüksektir.[28] Yapılan başka bir çalışmada da yaşlı bireyler arasında kadınların erkeklere göre daha fazla düştüğü gösterilmiştir (düşme sıklığı kadınlarda %35,6, erkeklerde %19,7).[29] Geriatri polikliniğine başvuran yaşlılarda da son bir yıldaki düşme varlığı %4,7, ciddi insomnia görülme sıklığı %21,7 ve gündüz aşırı uykululuğu %21,5'tir.[30] Üriner inkontinans kadınlarda menopozla ve yaşla birlikte artan, kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir sağlık sorunudur. Yapılan çalışmalarda kadınların yaş aralıkları ve çalışmanın yapıldığı yerlerin farklılığı nedeniyle farklı sıklıklar elde edilse de kadınlarda üriner inkontinans sıklığı yüksektir. Yapılan çalışmalarda yaşlılarda üriner inkontinans sıklığı %50,0'dan fazladır.[31,32]

Yaşlılara kötü muamele; yaşlıların fiziksel, cinsel, zihinsel, finansal istismarı ve ihmalini içeren bir kavramdır. Türkiye'de farklı yöntemlerle, farklı yerlerde yapılan çalışmalarda yaşlı istismarı ve ihmali sıklıkları oldukça farklıdır. Yapılan çalışmalarda da istismar açısından kadınların risk grubunda olduğu bilinmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda yaşlıların %13,3-%28,5'inin bir tür istismara, %2,7-%26,8'inin fiziksel istismara, %5,9-%23,4'ünün psikolojik istismara, %2,1-%26,9'unun ekonomik istismara, %0-%12,6'sının cinsel istismara ve %3,9-%56,5'inin ihmale maruz kaldığı belirlenmiştir.[33] Yaşlılıkta depresyon açısından da kadınlar daha riskli grupta yer almaktadır. Türkiye'de 65 yaş ve üstü kadınların %16,0'ı ciddi depresyon, %38,5'i hafif depresyon tanısı almışken bu sıklıklar erkeklerde %7,3 ve %28,6'dır.[5]

Yaşlılarda görmede zorluk çekme erkeklerde %8,4, kadınlarda %11,4; duymada zorluk çekme erkeklerde %10,0, kadınlarda %11,0; yürüme, merdiven çıkma ve inmede zorluk erkeklerde %18,2, kadınlarda %34,3; bir şeyler taşıma, tutmada zorluk çekme erkeklerde %19,9, kadınlarda %37,5; yaşıtlarına göre dört işlem yapma, hatırlama, dikkatini toplamada zorluk erkeklerde %8,7, kadınlarda %18,0'dır. Genel olarak temel ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme açısından yaşlı kadınların erkeklere göre daha dezavantajlı olduğu da görülmektedir.[5] Evde bakım desteğine gereksinimi olduğunu belirten 65 yaş ve üstü birey sıklığı %16,4 iken bu sıklık erkeklerde %12,3, kadınlarda %19,6'dır.[5] Türkiye'de 80 yaş ve üstü bireylerde yapılan toplum tabanlı bir çalışmada katılımcıların %88,2'sinde sağlık, %78,9'unda sosyal hizmet gereksinimi olduğu belirlenmiştir. Karşılanmamış sağlık ve sosyal hizmet gereksinimleri sıklığı sırasıyla %32,5 ve %46,6'dır. Gereksinimlerin yaklaşık %90'ı aileleri ta-

rafından karşılanmaktadır. Karşılanmamış sağlık gereksinimleri için algılanan düşük gelir durumu; karşılanmamış sosyal hizmet gereksinimi için sosyal destek eksikliği risk etmenidir.[34] Türkiye'de yaşlılarda sosyal destek oranı ise toplamda %86,7, erkeklerde %87,7, kadınlarda %85.9'dur.[5] Sağlık algısına bakıldığında 65 yaş ve üstü kadınların erkeklere göre sağlık algısının daha çok, kötü ve çok kötü olduğu görülmektedir. Sağlık durumunu kadınların %28,2'si kötü, %4,8'i çok kötü; erkeklerin %20,0'ı kötü, %3,1'i çok kötü olarak belirtmişlerdir.[5]

Sonuç olarak yaşlı nüfusun artışı özellikle kadınlar açısından çeşitli sosyoekonomik ve sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir. Kadınların beklenen yaşam sürelerinin daha uzun olması nedeniyle yaşlı nüfus içindeki oranları daha fazladır. Yaşlı nüfus içinde erkeklere göre kadınlar daha fazla yalnız yaşama eğilimindeyken ekonomik, eğitim, istihdam ve teknoloji kullanımı gibi alanlarda da daha dezavantajlı durumdadırlar. Menopozla birlikte bazı sağlık sorunları kadınları daha kırılgan duruma getirirken bazı bulaşıcı olmayan hastalıklar ve hastalıkların kontrolü açısından kadınlar daha riskli konumdadır. Yaşlı kadınların sağlık ve sosyal koşulları ve riskleri birlikte ele alınmalı, daha kapsayıcı sağlık ve sosyal hizmetler planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Gavrilov LA, Heuveline P. Aging of population. The encyclopedia of population. 2003;1:32-7.
2. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2019 [Internet]. 2020 [Erişim tarihi: 25 Temmuz 2025]. Erişim adresi: http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33712
3. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2020 [Internet]. 2021 [Erişim tarihi: 26 Temmuz 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2020-37227
4. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2024 [Internet]. 2025 [Erişim tarihi: 26 Temmuz 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C4%B0statistiklerle-Ya%C5%9Fl%C4%B1lar-2024-54079&dil=1.
5. TÜİK. Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023 [Internet]. 2024 [Erişim tarihi: 28 Temmuz 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profili-Arastirmasi-2023-53809
6. Simsek H. Kadın, Yaşlılık ve Sağlık. Içinde: Akın A, Özpınar S, editörler. Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı. Ankara: Nobel Kitabevi; 2018. s. 279-88.
7. Simsek H, Doganay S, Budak R, Ucku R. Relationship of socioeconomic status with health behaviors and self-perceived health in the elderly: A community-based study, Turkey. Geriatr Gerontol Int 2014;14(4):960-8.
8. TÜİK. Türkiye'de İstatistiklerle Kadın 2024 [Internet]. [Erişim tarihi: 05 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/istatistiklerle_kad%C4%B1n2024.pdf
9. Cinsiyet Eşitliği İzleme Derneği. Türkiye'de Katılımcı Demokrasinin Güçlendirilmesi: Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin İzlenmesi Projesi Faz III: Yaşlılık ve Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Haritalama ve İzleme Çalışması 2021-2024 Güncellemesi [Internet]. [Erişim tarihi: 11 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://ceidizler.ceid.org.tr/dosya/yaslilik2025pdf.pdf
10. T.C. Cumhurbaşkanlığı, Strateji ve Bütçe Başkanlığı. 12. Kalkınma Planı (2024-2028) [Internet]. [Erişim tarihi: 17 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/11/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_17112023.pdf
11. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (2021-2026) [Internet]. [Erişim tarihi: 18 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye_Saglikli_Yaslanma_Eylem_Plani_ve_Uygulama_Programi_2021-2026.pdf
12. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Yaşlanma Vizyon Belgesi, 2022 [Internet]. [Erişim tarihi: 23 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.aile.gov.tr/media/133623/yaslanma_vizyon_belgesi.pdf
13. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı (2023-2025) [Internet]. [Erişim tarihi: 23 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://aile.gov.tr/media/133624/yasli_haklari_ulusal_eylem_plani.pdf
14. Tiftik S, Kayış A, İnanır İ. Yaşlı bireylerde sistemsel değişiklikler, hastalıklar ve hemşirenin rolü. Akad Geriatri. 2012;4(1):1-11.
15. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. Ankara; 2019.
16. Cengiz H, Kaya C, Suzen Caypinar S, Alay I. The relationship between menopausal symptoms and metabolic syndrome in postmenopausal women. J Obstet Gynaecol (Lahore). 2019;39(4):529-33.
17. KIRATLI D. Menopozda Kas İskelet Sistemi ve Osteoporoz. Turkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics. 2022;8(2):45-56.
18. Poçan AG, Sönmezer M, Topal K, Aslan B, Gereklioğlu Ç, Sönmezer M. Investigation of the risk factors associated with osteoporosis in postmenopausal women. Journal of the Turkish German Gynecology Association. 01 Aralık 2023;24(4):235-40.
19. Güzel H, Öner C, Çetin H, Şimşek EE. Evaluation of osteoporosis knowledge level and associated factors in postmenopausal women. The Journal of Turkish Family Physician. 30 Haziran 2022;13(2):50-8.
20. Yılmaz A, Şentürk Durmuş N, Yıldız Y, Beşışık Yılmaz Z, Alkaç Ç, Can B, vd. Sarcopenia and sarcopenic obesity in postmenopausal women: a cross-sectional study in Türkiye. Climacteric 2025;1-6.
21. Arar M, Erbil N. Türkiye'de menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini inceleyen çalışmalar: Bir sistematik derleme. Androloji Bülteni. 01 Ocak 2022;

22. Kahvecioğlu Mungan T, Büyükuslu N. Menopoz ve Metabolik Sendrom İlişkisi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2024;9(2):307-12.
23. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2023 [Internet]. [Erişim tarihi: 03 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/05/12/turkiye-hanehalki-saglik-arastirmasi-2023.pdf
24. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de Kan Basıncı Kontrolünün İyileştirilmesi Projesi, 2021 [Internet]. [Erişim tarihi: 04 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Raporlar/Turkiyede_Kan_Basinci_Kontrolunun_Iyilestirilmesi_Projesi_2021.pdf
25. Keten Edis E, Bal S. Awareness Levels of Cardiovascular Diseases Risk of Menopausal Women. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing 2023;14(35):109-16.
26. TÜİK. Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri [Internet]. 2025 [Erişim tarihi: 07 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2024-54195
27. Simsek H, Erkoyun E, Akoz A, Ergor A, Ucku R. Falls, fear of falling and related factors in community-dwelling individuals aged 80 and over in Turkey. Australas J Ageing 2020;39(1):e16-23.
28. Aköz A, Şimşek Keskin H, Alıumuerova Z, Eren EB, Uçku R. İzmir'de huzurevinde yaşayan yaşlılarda uyku kalitesi ve uyku süresinin düşmelerle ilişkisi. Turkish Journal of Public Health 2022;20(2):195-204.
29. Özgün Başıbüyük G, Akkaya Kozak D, Bahar NT, Ay F, Kılıç B. Türkiye'de ileri yaştaki yetişkinlerin düşme durumları. Anthropology 2021;(41):11-20.
30. Yiğitalp V. Geriatri polikliniğine başvuran yaşlılarda uyku bozuklukları ve düşmeler arasındaki ilişkinin belirlenmesi [Yüksek Lisans]. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2024.
31. Ayşegül Ö, Aydın Aİ. Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life Among Older Adults Living in a Rural Area of Turkey. J Gerontol Nurs 2021;47(6):43-52.
32. Yalcintas E, Demirci H, Aykurt Karlibel I, Turkoglu AR, Kasapoglu Aksoy M, Coban S. Geriatric giants in women over 65 years living in a rural area in Turkey. J Women Aging. 02 Kasım 2021;33(6):676-82.
33. Yalçın Gürsoy M, Tanrıverdi G. Elder Abuse Prevalance and Related Risk Factors in Turkey: a Systematic Review. Ageing Int. 06 Mayıs 2022;48.
34. Simsek H, Erkoyun E, Aköz A, Ergor A, Uçku R. Unmet health and social care needs and associated factors among elderly people aged ≥ 80 years in Balçova, Izmir, Turkey. Eastern Mediterranean Health Journal 2021;27.

Kadın Sağlığında Erken Tanı: Türkiye'de Güncel Durum

Ahmet Furkan Süner, Filiz Fatma Bilgin Yanık

Sağlıklı yaşam için öncelikle hastalıklara yönelik koruyucu önlemler almak (birincil koruma) gerekir. Bunlara rağmen hastalıklar veya sağlık problemleri oluşabilir. Hastalık durumunda ne kadar erken tanı konulursa (ikincil koruma) tedavi o kadar kolaylaşır ve hastalığa bağlı gelişebilecek komplikasyonlar da önlenebilir. Kadın sağlığında erken tanı kuşkusuz çok önemlidir. Kadın sağlığına ilişkin erken tanı ve Türkiye'deki güncel durum bu bölümde iki ana başlık altında değerlendirilecektir:

1. Kadın hastalıklarında erken tanı

2. Gebeliğe ilişkin problemlerde erken tanı

1. Kadın Hastalıklarında Erken Tanı

1.1. Jinekolojik Kanserler

Türkiye'de kadınlarda 2022 yılında en sık görülen kanserler meme kanseri (25.249 olgu), tiroid kanseri (12.425 olgu), kolorektal kanserler (10.054 olgu), akciğer kanseri (7.993 olgu) ve endometriyum kanseridir (7.847 olgu). Her iki cinsiyette en ölümcül seyreden kanserler sırasıyla akciğer kanseri, meme kanseri, prostat kanseri, kolorektal kanser ve mide kanseridir.[1] Kanserlere yönelik tarama yöntemleri yıllar içerisinde çeşitli gelişmeler göstermiş olup tüm dünyada belirli tarama programları çerçevesinde uygulanmaktadır. Ülkemizde de Ulusal Kanser Tarama Programı mevcuttur.

Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamındaki çalışmaları yürütmek üzere kurulmuşlardır. 2002 yılında 84 olan KETEM sayısı, 2019 yılında 178'e, 2020 yılında 175'e, 2021 yılında 336'ya, 2022 yılında 364'e, 2023 yılında 381'e yükselmiştir. Bu 381 KETEM'in 88'i doğrudan ilçe sağlık müdürlükleri ve toplum sağlık merkezleri bünyesinde bulunmaktadır. KETEM'lerin 46'sı mobil araçlarda hizmet vermekte, 247'si sağlıklı hayat merkezleri bünyesinde bulunmaktadır.[2]

Ülkemizde, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerdiği şekilde 30-65 yaş arası kadınlarda servikal kanser taraması, 40-69 yaş arası kadınlarda meme kanseri taraması, 50-70 yaş arası kadın ve erkeklerde kolorektal kanser taraması ücretsiz olarak yapılabilmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı bu yaş gruplarındaki bireylerin cep telefonlarına, kanser taraması için Aile Sağlığı Merkezi (ASM) Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) veya Sağlıklı Hayat Merkezi'ne (SHM) başvurulması konusunda çağrı mesajı göndermektedir.

Ulusal Kanser Tarama Programı haricinde, kadınlarda en az yılda bir kez kontrol amaçlı jinekolojik muayene yapılması önerilmektedir. Bu muayenelerde alt genital sistem kanserlerine ait lezyonların ve üst genital sistem kanserlerinin oluşturduğu kitlelerin daha erken fark edilmeleri mümkün olabilir.

Burada, kadınlarda taramalar kapsamında değerlendirilen meme ve serviks kanserleri ile en sık görülen jinekolojik kanserler arasında yer alan endometriyum ve over kanserleri ele alınacaktır.

1.1.1. Meme Kanseri

Meme kanseri, anormal meme hücrelerinin kontrolden çıkmasıyla karakterize bir hastalıktır. Meme kanseri, süt kanalları veya süt üreten lobüllerden kaynaklanmaktadır. İnvaziv olduğu durumda yaşamı tehdit ederek metastaza neden olup ölümcül seyredebilir. 2022 yılında 2,3 milyon kadına meme kanseri teşhisi konmuştur. Aynı zamanda 670.000 ölüm gerçekleşmiştir. Meme kanseri, 2022 yılında 185 ülkenin 157'sinde kadınlarda en sık görülen kanser olarak çıkmıştır. Meme kanserinin yalnızca %0,5-1'i erkeklerde görülmektedir. Meme kanseri, dünyadaki tüm ülkelerde ergenlik sonrası her yaş kadında görülmekte olup ilerleyen yaşlarda görülme sıklığı artmaktadır. Küresel tahminlere göre, meme kanserinde

ülkeler arasında çok büyük eşitsizlikler bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde her 12 kadından birine teşhis konulup, 71 kadından biri meme kanseri nedeniyle hayatını kaybederken; gelişmemiş ülkelerde her 27 kadından birinde meme kanseri görülmekte, 48 kadından biri hayatını kaybetmektedir.[3]

Yaş, obezite, aşırı alkol tüketimi, ailede meme kanseri öyküsü, radyasyon maruziyeti, tütün kullanımı, ilk adet yaşı ve gebelik yaşı ve menopoz sonrası hormon tedavisi gibi bazı risk faktörleri bugün hala geçerliliğini korumaktadır. Ancak, meme kanserlerinin yarısı 40 yaş üstü kadınlarda herhangi bir risk faktörü olmadığı durumda gerçekleşmektedir. Meme kanserinin erken tanısında belirli semptomların farkında olup anormal bulgular için tavsiyeler almak, klinik açıdan değerlendirilmek önemlidir. Bunun yanında tanı konulması ve tedavi hizmetlerinin iyi yürütülmesi de önemini korumaktadır. Meme kanserinin belirtileri arasında; ağrısız bir meme kitlesi ve memede kalınlaşma, memenin boyutunda, şeklinde veya görünümünde değişiklikler, meme derisinde çukurlaşma, kızarıklık veya diğer değişiklikler, meme ucunda ya da meme areolasında değişiklikler ve meme ucundan anormal veya kanlı sıvı gelmesi sıralanabilir.[3]

Yüksek gelirli ülkelerde yaşa göre standardize edilmiş hızlar 1980'ler ile 2020 yılları arasında %40 oranında düşmüştür. Bu azalış yılda %2-4 arasında gerçekleşmiştir. Meme kanserindeki sonuçları iyileştirme stratejileri temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine dayanmaktadır. Konu hakkında farkındalık artırılarak erken teşhis ve tedavinin öneminin hastalar tarafından kavranması sağlanıp meme kanserinden şüphelenildiğinde sağlık uzmanına başvurulması, tanı alınması, klinik açıdan değerlendirilmenin sağlanması ve tanıya erişilmesi tedavi şansını artırmaktadır. Bu durum, birçok ülkede mamografi taramasının yokluğunda bile gerçekleştirilmektedir. DSÖ, 2021 yılında küresel meme kanseri ölümlerini %2,5 azaltarak 2040 yılında 2.5 milyon meme kanserinin önlenebileceğini hedeflemektedir.[3]

Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında ülkemizde yapılan taramalara bakıldığında; meme kanserinde 20 yaşından sonra ayda bir kendi kendine meme muayenesi, yılda bir klinik meme muayenesi, 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mamografi çekimi önerilmektedir.[4] Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 verilerine göre; ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapan 15 yaş ve üstü kadınların oranı 2016 yılında %19,7, 2019 yılında %22,1, 2022 yılında %20,9'dur. Üç aydan daha uzun bir sürede kendi kendine meme muayenesi yapanların oranı 2016 yılında %11,9, 2019 yılında %15,4, 2022 yılında %17,8'dir. Kendi kendine meme muayenesini hiç yapmayanların oranı 2016 yılında %60,6, 2019 yılında %54,3, 2022 yılında %52,4'tür. Son bir yıl içerisinde mamografi çektiren 15 yaş ve üzeri kadınların oranı 2016 yılında %9, 2019 yılında %10,4, 2022 yılında %7,3'tür. Hiç mamografi çektirmeyen 15 yaş ve üzeri kadınların oranı 2016 yılında %71,1, 2019 yılında %65,1, 2022 yılında %65,6'dır.[2] Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 verilerine göre; 1.000.000 kişi başına düşen mamografi cihazı sayısı 11,2'dir. Bu oran OECD ülkelerinde 22,5 iken, AB ülkelerinde 22,9'dur. Sektörlere göre hastanelerde görüntüleme sayılarına bakıldığında; Sağlık Bakanlığı'nda 2023 yılında 1.808.025 mamografi görüntülemesi yapılırken, üniversitede 344.460, özel sektörde 551.912 görüntüleme gerçekleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde mamografi cihazı başına görüntüleme sayısı 4.325 iken, üniversitelerde 4.360, özel sektörde 1.195'tir. Yıllara göre hastanelerdeki cihaz sayılarına bakıldığında 2008 yılında 647 olan mamografi sayısı, 2019 yılında 961'e, 2020 yılında 982'ye, 2021 yılında 964'e, 2022 yılında 973'e, 2023 yılında 959'a yükselmiştir.[2] 2023 yılında Sağlık Bakanlığı'nda bulunan mamografi cihazı 418 iken, üniversitelerde 79, özel hastanelerde 462'dir.[2] Sektörlere göre hastanelerde 1.000 kişiye düşen görüntüleme sayısına bakıldığında; Sağlık Bakanlığı'nda bu sayı 21 iken, üniversitelerde 4, özel sektörde 6'dır.[2]

1.1.2. Serviks Kanseri

Serviks, uterusun alt ve dar ucunda bulunan, uterusu vajinaya bağlayan bir genital organdır. Serviks kanseri de bu bölgede gelişmektedir. Serviks kanseri genellikle yavaş ilerleyen bir kanser türüdür. Servikste kanser ortaya çıkmadan önce "displazi" adı verilen değişiklikler meydana gelir. Bu durumda, serviste anormal hücreler ortaya çıkmaya başlar. Zamanla bu hücreler yok edilmez veya bölgeden çıkartılmazsa kanser hücrelerine dönüşebilir ve büyüyerek çevre dokuya yayılabilirler. Serviks kanserleri, kanserin başladığı hücre tipine göre isimlendirilir. Skuamöz hücreli karsinom, serviks kanserlerinin çoğunu oluştururken, adenokarsinom serviksin glandüler hücrelerinden kaynaklanmaktadır.[5] Serviks kanserlerinde cinsel ilişki sonrasında vajinal kanama, menopoz sonrasında vajinal kanama, adet dönemleri arasında veya normalden daha fazla veya uzun süreli vajinal kanama, sulu ve kokulu veya kan içeren vajinal akıntı, pelvik ağrı ve cinsel ilişki sırasında ağrıdır. İleri evrelerde çeşitli organ sistemlerine ait farklı belirtiler de ortaya çıkabilir.[6]

Dünya çapında serviks kanseri 2022 yılında 660.000 yeni vaka ile kadınlarda en sık görülen dördüncü kanserdir. Aynı yıl içerisinde, serviks kanserinden 350.000 ölüm gerçekleşmiştir.[6] DSÖ'nün yürütmüş olduğu küresel politikalarla birlikte her yıl 100.000 kadında yeni vaka

sayısının 4'ten aza indirilmesi hedeflenmektedir.[6] Bu ölümlerin %94'ü düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir. En yüksek insidanslar Sahra Altı Afrika, Orta Amerika ve Güneydoğu Asya'da görülmektedir. Serviks kanseri yükünde görülen eşitsizlikler HIV yaygınlığı, cinsiyet ve toplumsal cinsiyet ön yargıları ve gelir eşitsizliği gibi sosyal ve ekonomik belirleyicilerle ilişkilidir.[6] Serviks kanserleri neredeyse tamamı (%99) cinsel temas yoluyla bulaşan bir virüs olan insan papilloma virüs (HPV) enfeksiyonuyla bağlantılıdır. Çoğu HPV enfeksiyonu kendiliğinden iyileşip belirti vermemesi rağmen devam eden enfeksiyonlar kadınlarda serviks kanserine yol açabilir. Cinsel olarak aktif olan hemen hemen tüm kişilerin hayatlarının belirli bir döneminde enfekte oldukları görülmüştür. Kalıcı bir HPV enfeksiyonu tedavi edilmediği durumda serviks kanserlerinin %95'ine neden olmaktadır.[6] 9-14 yaşlar arasında aşı yaptırmak HPV enfeksiyonu, serviks kanseri ve HPV ile ilişkili diğer kanserlere karşı korumanın en etkili yoludur. 30 yaşından sonra yapılan taramalarla birlikte serviks kanseri tespit edilip tedavi edildiğinde ölümler de önlenmektedir. Kadınların 30 yaşından itibaren her 5-10 yılda bir serviks kanserine karşı taranması önerilmektedir.[6]

Gelecek on yılda ülkelerin servikal kanserini elimine etmek için 2030 yılında kadar ulaşması gereken üç hedefte kız çocuklarının %90'ının 15 yaşına kadar HPV aşısı yaptırması, kadınların %70'inin 35-45 yaş arasında yüksek kaliteli bir testle taranması ve servikal patolojiye sahip kadınların %90'ının tedavi görmesi yer almıştır.[6] HPV aşısı yaptırmış kişilerin de düzenli serviks kanseri taraması yaptırması önerilmektedir. 2023 yılı itibariyle, dünya çapında 6 HPV aşısı bulunmaktadır. Aşıların tümü serviks kanserlerinin çoğuna neden olan ve HPV enfeksiyonu ile serviks kanserlerin önlemede güvenli ve etkili olduğu gösterilmiş olan yüksek riskli HPV tipleri 16 ve 18'e karşı koruma sağlamaktadır.[6] HPV aşısına 15 yaşından önce başlayan çoğu kişiye iki doz HPV aşısı, ilk aşının uygulanmasından 6-12 ay sonra önerilmektedir. 15-26 yaş arasında aşılamaya başlananlarda üç doz HPV aşısı önerilmekte olup, ilk aşının uygulanmasından 1-2 ay sonra ikinci doz ve 6 ay sonra da üçüncü dozun yapılması öneriler arasındadır.[7] Aşı bir ya da iki doz olarak uygulanabilir. Ancak ideal olan iki ya da üç doz uygulanmasıdır. Bazı ülkelerde, toplumda HPV yaygınlığını azaltmak için ve aynı zamanda erkeklerde görülen HPV'nin neden olduğu kanserleri engellemek amacıyla erkek çocuklarına da aşı yaptırma uygulamaları mevcuttur.[6] Ülkemizde dokuz valanlı aşının piyasaya girmesinden önce iki ve dört valanlı aşılar mevcuttu. Dokuz valanlı aşı HPV'nin 16, 18, 6 ve 11 tiplerine ek olarak HPV 31, 33, 45, 52 ve 58 tiplerine karşı da koruyucudur.[8] Sağlık Bakanı'nın Haziran 2025'teki açıklamasında Türkiye'de HPV aşısının 15 yaş üstündekiler için ücretsiz olacağı duyurulmuştur.[9] Serviks kanseri tarama programı kapsamında; 30-65 yaş aralığındaki kadınlardan 5 yılda bir HPV-DNA testi yapılması önerilmektedir.[4] Sağlık İstatistikleri yıllığı 2023 verilerine göre; son 1 yıl içinde smear testi yaptıran 15 yaş ve üzeri kadınların oranı 2016 yılında %10,9, 2019 yılında %11,7, 2022 yılında %7,2'dir. Hiç smear testi yaptırmayan 15 yaş ve üzeri kadınların oranı 2016 yılında %69,3, 2019 yılında %61,2, 2022 yılında %64,4'tür.[2]

1.1.3. Endometriyum Kanseri

Endometriyal kanserler, yüksek gelirli ülkelerde sık görülen jinekolojik kanserler arasındadır. Endometriyal kanser, 2020 yılında dünya genelinde 417.000 yeni vaka ile kadınlarda en sık görülen altıncı kanser türüdür.[10] Görülme sıklığı küresel olarak artmaktadır. Nüfusun yaşlanması ve histerektomilerin daha az iyi huylu tümörler için yapılması bu eğilime katkıda bulunmaktadır. Ancak obezitenin artan yaygınlığı endometriyum kanser sıklığındaki artışın en önemli sebebidir. Menopoz sonrasında kanama ile erken dönemde endometriyum kanserleri belirti verir. Çoğu endometriyum kanseri histerektomi ile tedavi edilmektedir. İleri evre kanserlerde prognoz kötüdür. Minimal invaziv cerrahi ve sentinel lenf nodu biyopsisi önemli bir alternatiftir. Adjuvan radyoterapi, orta ve yüksek riskli vakalarda bölgesel nüksü azaltmaktadır. Endometriyum kanserinin moleküler biyolojisine yönelik anlayışın ilerlemesi hedefe yönelik kemoterapötik stratejilerin önünü açmıştır.[11] Kadınları, endometriyal kanserin önemli bulgularından biri olan anormal vajinal kanamalarında yardım almak için eğitmek, erken tanı için en önemli strateji olabilir.[12] Günümüzde, genel popülasyonda endometriyum kanseri için tarama testi olarak tanıtılabilecek ve gerekli unsurları sağlayabilecek bir test bulunmamaktadır. Uterus boşluğu serviks ile anatomik devamlılık sağlamaktadır. Bu nedenle rutin olarak yapılan servikal pap fırçası örneklerinden elde edilen materyal, üst genital sistemde bulunan bir hastalığın belirtilerini tespit etmek için eşsiz bir fırsat sağlayabilir. Endometriyal kanser vakalarının yarısı servikal yaymaların morfolojik değerlendirilmesi ile tespit edilmektedir.[13]

Endometriyum kanseri için klasik tarama kriterlerinin uygunluğu değerlendirildiğinde, öncelikle hastalığın önemli bir halk sağlığı sorunu olması gerekmektedir. Endometriyum kanserinin insani gelişme endeksi yüksek bölgelerde sık görüldüğü, son yıllarda görülme sıklığının arttığı ve menopoz sonrası kadınlarda, vücut kitle indeksi yüksek kadınlarda, tamoksifen kullanan kadınlarda ve Lynch sendromu olan kadınlarda yüksek

görüldüğü bilinmektedir. Tanı ve tedavi olanaklarının mevcut olması gerektiği düşünüldüğünde; endometriyum kanserinde cerrahi rezeksiyon, radyasyon ve kemoterapi genellikle etkili tedavi seçenekleridir. Tanınabilir bir latent veya erken semptomatik evre olması şartına bakıldığında çeşitli endometriyum kanseri türleri için farklı mutasyonlar (PTEN, PIK3CA, PAX2, KRAS, P53) ve öncü lezyonlar (endometrial glandüler displazi) mevcuttur. Uygun bir test veya muayene için bakıldığında; endometriyal kalınlığın artması durumunda biyopsi ile ultrasonografi ve tanı belirsizliği durumunda histeroskopi etkili stratejiler olarak düşünülebilir.[14] Lynch sendromu gibi endometriyum kanseri riskinin arttığı durumlarda tarama amaçlı testlerin kullanımı mevcutken, genel popülasyon için uygun bir strateji henüz yoktur. Tarama testinin toplum tarafından kabul edilebilirliği şartına bakıldığında; doğrudan endometriyal örnekleme kadınlarda rahatsızlığa yol açabilir. Günümüzde çoğunlukla semptomatik kadınlarda ve Lynch sendromu olanlar da uygulanmaktadır. Minimal invaziv yöntemler asemptomatik kadınlarda tarama amacıyla daha uygun olabilir. Örneğin kadınlarda genel olarak kabul edilebilir bir uygulama olan Pap smear testleri günümüzde yaygın bir biçimde kullanılmaktadır. Önemli şartlardan biri olan maliyet-etkinlik analizleri de test başına 50 dolar olarak hesaplanmıştır ve %98 duyarlılık ve özgüllük varsayıldığında, yıllık taramanın yüksek riskli popülasyonlarda maliyet-etkin olabileceği öne sürülmüştür.[14]

1.1.4. Over Kanseri

Over kanseri kadınlarda görülen yedinci en sık kanser olup [15], en ölümcül jinekolojik malignitedir. Her yıl 324.000'den fazla yeni vaka [16] ve 200.000'den fazla ölüm görülmektedir [17]. Over kanserinde ileri evrelerde tanı konulduğunda prognoz kötüdür. Hastaların yaklaşık %66'sı Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (FIGO) sınıflamasına göre evre III veya IV olarak teşhis edilirler. Bunların 5 yıllık sağkalım oranları sırasıyla %41 ve %20'dir.[18] Evre I ve II için 5 yıllık sağkalım oranları sırasıyla %93 ve %74'tür [18]. Bu sebeple, over kanserlerinin erken evrede tanısı hayati önem taşımaktadır.[19] Ancak, over kanserinde erken tanıyı zorlaştıran belirsiz ve spesifik olmayan semptomlar mevuttur.[20] Hatta, erken evre over kanserlerinin çoğu asemptomatik de olabilir. Bu durum, zamanında tespit edilebilme olasılığını azaltır.[21] Görüntüleme tekniklerinden transvajinal ultrason, bilgisayarlı/pozitron emisyon tomografisi ve manyetik rezonans; değişen duyarlılığa sahip CA-125 ve insan epididim proteini 4 gibi biyobelirteçlerin varlığına rağmen, over kanserini erken evrede tanıma şansı sınırlıdır. Sıvı biyopsi, yapay zeka destekli tanı yöntemleri gibi teknolojiler erken teşhis şansını artırmaktadır.[19]

1.2. Jinekolojik Enfeksiyonlar

Jinekolojik enfeksiyonlarda erken tanı kadın infertilitesini ve ciddi komplikasyonları önlemek açısından oldukça önemlidir. Vajinal enfeksiyonlar kadınlarda sık görülür. Bu enfeksiyonlar üst genital sisteme ilerlediği takdirde pelvik inflamatuvar hastalık olarak adlandırılır ve uterus kavitesi içerisinde adezyonlara, tübal adezyon ve obstrüksiyonlara yol açarak infertilite sebebi olabilir. Pelvik inflamatuvar hastalığın tedavisinde gecikme olursa, tubo-ovaryen abse, pelvik abse, peritonit ve sepsise kadar ilerleyen ciddi komplikasyonlar ile karşılaşılabilir.

Jinekolojik enfeksiyonlarda erken tanı daha çok kadınların akıntı, kasık ağrısı gibi yakınmalar ile jinekoloji polikliniklerine başvurması ile mümkün olmaktadır. Bu konuda kadınların bilinçlendirilmesi önemlidir. Ülkemizde Aile Sağlığı Merkezlerine bu yakınmalar ile başvuran kadınların aciliyet durumları değerlendirilerek jinekoloji polikliniklerinden randevu almalarında öncelik tanınabilmektedir.

1.3. Benign Jinekolojik Oluşumlar

Kadınlarda en az yılda bir kez kontrol amaçlı jinekolojik muayene yapılması önerilmektedir. Kadının herhangi bir yakınması olmadığı halde, bu muayenelerde malign ya da benign jinekolojik oluşumlar fark edilebilir. Ultrasonografi ve diğer radyolojik görüntüleme yöntemleri tanıda yardımcı olabilmektedir. Miyom ve over kistleri gibi benign jinekolojik oluşumların erken tanısı da önemlidir çünkü büyüyen miyomlar ve kistlerde cerrahi tedavi zorlaşabilir. Ayrıca kist rüptürü ya da torsiyon gibi acil durumlara da yol açabilmeleri olasıdır. Toplumun yıllık kontrol jinekolojik muayeneler konusunda bilinçlendirilmesi, erken tanı için gereklidir.

1.4. Ovulasyon Problemleri

Ovulasyon problemleri daha çok adet düzensizlikleri şeklinde belirti verir. Ovulasyon problemlerine eşlik edebilen hormonal bozukluklara bağlı olarak kıllanma, akne ve saç dökülmesi gibi şikayetler de olabilir. Bu şikayetleri olan genç kızların veya kadınların jinekoloji polikliniklerine gecikmeden başvurmaları gerekir. Bazen bu kadınlarda insülin direnci ve obezite de görülebilir. Ovulasyon problemlerinde erken tanı önem taşır; çünkü tedavi edilmedikçe, adet düzensizlikleri, anormal kanamalar ve estetik problemler daha ciddi boyutlara ulaşabilir; tedavi güçlüğü yaşanabilir, infertiliteye neden olabilir. İnsülin direncinin eşlik ettiği olgularda uzun dönemde diyabet, hipertansiyon, kalp ve damar hastalıkları, metabolik sendrom gibi sistemik problemler gelişebilir. Ayrıca, anovulasyon veya oligoovulasyon, karşılanmamış östrojen nedeniyle endometriyum kan-

seri açısından da risk oluşturur. Kadınların normal adet döngüsü ve normalden sapmalar konusunda bilgi sahibi olmaları, sağlık kuruluşlarına erken dönemde başvurmalarını sağlayacaktır; dolayısıyla erken tanı ve tedavi olanağı da sağlanmış olacaktır.

1.5. Postmenopozal Problemler

Günümüzde, erkeklere kıyasla kadınlarda yaşam süresinin daha uzun olduğu bilinmektedir. İki binli yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaş üzeri popülasyonda erkek/kadın oranı 70/100 olarak bildirilmiş olup 85 yaşında bu oran 39/100'dür.[22] Kadın ve erkeklerde en sık ölüm nedenleri kardiyovasküler hastalıklar, kanserler ve kazalardır.[23] Alzheimer hastalığı, osteoartrit, osteoporoz ve obezite ciddi morbidite nedeni olup, düşme, kemik kırıkları gibi durumlara zemin hazırlayabilmektedir.

Ülkemizde 2023 yılı T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığındaki verilere göre kadınlarda en sık ölüm nedenleri; dolaşım sistemi hastalıkları (%35,88), solunum sistemi hastalıkları (%12,62), dışsal yaralanma (%12,10) ve neoplazmlar (%12,07), olarak sıralanmaktadır.[2]

Kadınlarda menopoz öncesinde östrojen hormonu kardiyovasküler hastalıklara ve osteoporoza karşı koruyucudur. Menopoz ile östrojen hormonu düzeyleri düşer, kardiyovasküler hastalık riski artar, kemik yoğunluğundaki azalma hızlanır. Östrojen içeren postmenopozal hormon tedavisi, özellikle de kemik ve kalp sağlığını koruyabilir; fakat yararları olduğu gibi zararları da olabilir:

Gözlemsel çalışmalar, erken postmenopozal dönemde başlanan tedavinin koroner arter hastalığı riskini %50'ye varan oranlarda azaltabildiğini, ancak 60 yaş sonrasında başlanan tedavinin yararlı olamadığını ortaya koymuştur.[23–26]

Hormon tedavisine yeni başlayan kadınlarda, özellikle de östrojen oral yolla kullanıldığında, ilk 2 yıllık dönemde venöz tromboembolizm riski 2 kat artabilir ve yılda fazladan 10.000'de 2 olgu daha görülebilir.[23,27,28]

Hormon tedavisi meme kanseri riskini 1,14 kat arttırır; ancak 5 yıldan uzun süreli ve halen hormon kullanan kadınlarda göreceli risk 1,35 olup, kullanım süresi uzadıkça bu risk artmaktadır.[29] Kadınlarda, menopoz sonrasında, dahili hastalıklara yönelik yıllık kontrol muayenelerinin yapılması önem kazanır. Bu muayenelerde nabız ve kan basıncı ölçümü ile vücut kitle indeksi mutlaka değerlendirilmelidir. Hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıkların erken tanısı önemlidir. Altmış yaş sonrasında yıllık laboratuvar testlerinde tiroid fonksiyonları da mutlaka değerlendirilmelidir.[23] Meme muayenelerinin yılda bir mamografinin 2 yılda bir yapılması önerilir.[4] Kemik yoğunluğu ölçümlerinin özellikle 65 yaşından sonra 2-5 yılda bir yapılması önerilir.[23] Kemik yoğunluğundaki kayıp kemiklerin kırılgan olmasına yol açar. Kadınların yaklaşık olarak yarısında, yaşamları boyunca osteoporotik kırıklar görülmektedir. Omurgadaki çökme kırıkları sonucunda boyda kısalma ve kamburlaşma olabilir. Menopozdan genellikle 10-15 yıl sonra femur başı kırığı gibi daha ciddi kırıklar görülebilir. Kendiliğinden ya da travma sonucu oluşabilen bu kemik kırıkları % 5-25 oranında ölüm ile sonuçlanabilir.[30]

Kemik yoğunluğundaki azalma, kemik kırıkları oluşana dek klinik bulgu vermeyebilir. Sigara alışkanlığı ve beslenme bozukluklarının yanı sıra uzun süreli kortikosteroid, tiroid hormonu, antikonvülzan ve heparin tedavileri osteoporoz riskini arttıran faktörlerdir. Postmenopozal kadınlarda risk faktörleri mevcut ise veya kemik kırıkları saptanmış ise kemik mineral yoğunluğu ölçümü mutlaka yapılmalıdır ve 2-3 yıl aralıklarla tekrarlanmalıdır.[23] Yüksek riskli kadınlarda erken postmenopozal dönemde östrojen içeren hormon tedavisi başlanması düşünülebilir. Düşük riskli popülasyonda ise 65 yaşında bazal bir ölçüm yapılması ve 2-5 yılda bir ölçümün tekrarlanması osteoporozun erken tanısı için gereklidir.[23]

Tüm hekimlerin postmenopozal kadınlardaki hastalık riskleri konusunda bilgi sahibi olmaları, danışanları doğru şekilde yönlendirmeleri açısından son derece önemlidir. Medya aracılığı ile, toplumun da bu konularda daha çok bilinçlenmesi sağlanabilir.

2. Gebeliğe İlişkin Problemlerde Erken Tanı

2.1. Dış Gebelik

Dış gebeliğin erken tanısı hayati önem taşır. Genellikle Fallop tüplerinde yerleşen dış gebelik, erken tanı konulamadığı takdirde tübal rüptür, batın içi kanama, hemorajik şok ve ölüm ile sonuçlanabilir. Gebelik olasılığı olan bir kadında adet gecikmesini takiben az veya çok miktarda vajinal kanama, kasık ağrısı, karın ağrısı gibi şikayetler dış gebeliğe işaret edebilir. Hastanın sağlık kuruluşlarına başvurusunda gecikme 'birinci gecikme' olarak tanımlanmaktadır. Kanama ve ağrı gibi gebelikte tehlike işaretleri konusunda toplum bilincinin oluşturulması birinci gecikmeyi önler.

Gebelik testi pozitif olup herhangi bir şikayeti olmayan bir kadında erken dönemde yapılan ultrasonografik tetkik ile dış gebeliğin erken tanısı mümkündür. Son adet tarihine göre 5 haftalık veya daha büyük olan bir gebelikte, kanda bakılan beta hCG değeri 5000 mIU/mL ve üzerinde olduğunda ultrasonografide uterus içerisinde

gebelik kesesinin izlenmesi gerekir. Eğer izlenemiyorsa, dış gebelik olasıdır. Bu şekilde erken tanı alan dış gebeliklerde sadece cerrahi tedavi değil, medikal tedavi şansı da olabilmektedir. Ancak tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de gebelikte erken dönemde ultrasonografi yapılması rutin tetkikler arasında yer almamaktadır çünkü bunu tüm gebeler için sağlamak pratikte olası değildir. T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinde gebelerde ilk izlemin 14. gebelik haftasına kadar yapılması önerilmektedir.[31] Bu izlemde ultrasonografi rutin olarak önerilmemektedir. Dolayısıyla, ülkemizde genel gebe popülasyonunda dış gebeliğin erken tanısı, kanama veya ağrı olması durumunda hastanın sağlık kuruluşuna erken başvurusu ile sağlanabilir.

2.2. Sezaryen Skar Gebeliği ve Plasenta Previa

Günümüzde dünya genelinde sezaryen oranları önceki yıllara kıyasla artmış olup, gebe kadınların yaklaşık %21,1'i sezaryen ile doğum yapmaktadır.[32] Ülkemizde ise bu oran 2023 yılında %64,2 olarak bildirilmiştir.[2] Sezaryen ile doğum oranlarının artması, sonraki gebeliklerde bazı ciddi komplikasyonların görülme riskini arttırmaktadır. Gebeliğin, alt uterin segment sezaryen skarında oluşabilen miyometrial defekte implantasyonu, sezaryen skar gebeliği (SSG) olarak tanımlanmaktadır. Sezaryen skar gebeliklerinde plasenta çoğu zaman skar bölgesinde yerleşir dolayısıyla servikal internal osa yakın olur, hatta internal osu kapatabilir. Plasentanın alt uterin segmente yerleşmesi plasenta previa olarak adlandırılır. Plasenta previa üçüncü trimester kanama nedenleri arasında yer aldığı gibi, ciddi intrapartum ve postpartum kanamalara da yol açabilir. Tüm gebeliklerde plasenta previa insidansı yaklaşık 1/200 civarında iken, bir kez sezaryen geçirmiş bir kadınlarda %1,3'e, üç kez geçirmiş kadınlarda %2,3'e çıkmaktadır.[33]

Literatürdeki veriler, SSG'lerin %50-100'ünde plasenta yapışma anormalliklerinin görülebileceğini ortaya koymuştur.[34] Uterusun alt segmentindeki defektif dokuda trofoblastlar daha derine kadar, hatta bazen mesaneye kadar ilerleyebilmektedir. Önceki yıllarda plasenta yapışma anormallikleri invazyon derinliğine göre plasenta akreta, inkreta ve perkreta şeklinde sınıflanırken, günümüzde hepsi plasenta akreta spektrumu (PAS) olarak tanımlanmaktadır. PAS, postpartum kanamanın başlıca nedenlerinden biridir. Amerika Birleşik Devletleri'nde PAS insidansı 1950'li yıllarda 1/30.000 civarında iken 2020'li yıllara doğru %0,17 civarına ulaşmıştır [35–38]. Bunun en önemli nedeni de sezaryen ile doğum oranlarındaki artıştır. Bir kez sezaryen geçirmiş kadınlarda plasenta previa varlığında PAS riski %3,3 iken, üç kez sezaryen geçirmiş kadınlarda plasenta previa varlığında PAS riski %61 olarak bildirilmiştir.[33] Türkiye'de de durum benzer olup PAS en sık peripartum histerektomi endikasyonları arasında yer almaktadır.[38]

Sezaryen skar gebeliğinin tanısı genellikle ilk trimesterde ultrasonografi ile konulur. Bunların büyük bir kısmı ileri haftalarda plasenta previa ve PAS tanısı alacak olan gebeliklerdir. Gebelik takibinde görev alan aile hekimleri ve ebelerin bu konularda bilinçli olmaları ve daha önce sezaryen geçirmiş olan gebelere erken dönemde ultrasonografi yapılması konusunda yardımcı olmaları, erken tanı olanağı sağlayabilir. SSG aşamasında gebeliğin sonlandırılması, ilerleyen gebelik haftalarında ve doğumda plasenta previa ve PAS nedeniyle yaşanabilecek morbidite ve mortaliteyi önlemiş olacaktır. SSG ilk trimesterde ne kadar erken tanı alırsa, sonlandırılması da o derece kolay olur. Plasenta previa ve PAS varlığında, ilerleyen haftalarda gebelik terminasyonu veya doğum, kanama açısından ciddi risk taşır. SSG'nin doğal seyrine bırakıldığı 52 olguyu içeren bir meta-analizde; birinci veya ikinci trimesterde uterin rüptür riski %9,9, üçüncü trimesterde şiddetli kanama riski %39,2 ve üçüncü trimestere ilerleyenlerde PAS riski %69,7 olarak saptanmış olup, olguların %15,2'sinde ikinci trimesterde %60,6'sında ise peripartum dönemde histerektomi gerektiği bildirilmiştir.[39]

T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinde; 18-24. haftalarda yapılan ikinci izlemde, tüm gebelere obstetrik ultrasonografi yapılmasının sağlanmasını önermektedir [31]. Bu ultrasonografik incelemede plasenta lokalizasyonunun belirlenmesi ve özellikle geçirilmiş uterin cerrahisi olan olguların plasenta yapışma anomalileri açısından değerlendirilmesi mümkün olabilir. Bu aşamada plasenta previa ya da PAS tanısı konulan gebelerde artık gebeliğin sonlandırılması söz konusu olmasa da üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında doğumun planlanması ve antepartum ya da postpartum kanamalar açısından önlemler alınması sağlanabilir.

2.3. Gebelik ve Sistemik Problemler

Gestasyonel diyabet, gebelikte hipertansiyon gibi durumların erken tanısı hem anne hem bebek açısından morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde azaltır.

Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi tarafından 'Gebe Bilgilendirme Sınıfı Programı' yürütülmektedir.[40] Gebe Bilgilendirme Sınıflarında gebelere ve yakınlarına eğitim verilerek, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde yaşanabilecek sorunlar ve erken tanısı ile gebelikte tehlike işaretleri ve acil durumlarda izlenecek yollar anlatılmaktadır. Gebelikte karşılaşılabilecek sistemik problemlerin erken tanısı için kuşkusuz öncelikle toplum bilincinin oluşturulması gerekir.

Gestasyonel diyabet erken tanı alıp tedavi edilmediği takdirde, anne açısından; gestasyonel hipertansiyon/preeklampsi, enfeksiyon, iri fetus nedeniyle zor doğum, operatif doğum, doğum kanalı yaralanmaları ve postpartum kanama gibi riskleri arttırır. T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinde tüm gebelere gestasyonel diyabet taraması yapılması önerilmektedir.[40] Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Perinatoloji alanındaki Uzmanlık Derneklerinin önerileri de aynı şekildedir.[41,42]

Gebelikte hipertansif hastalıkların anne açısından yaratabileceği sorunlar ise oldukça ciddi olup, intrakranial kanama, böbrek veya karaciğer yetmezliği, kalp yetmezliği, akciğer ödemi gibi olaylar kalıcı morbidite yaratabilir; bazen de ölümcül olabilir. Gebe izlemleri, vücutta ödemin fark edilmesi ve her izlemde kan basıncı ölçümü erken tanıda önemlidir. Tam idrar tetkikinde idrarda protein saptanması uyarıcı olur. T.C. Sağlık Bakanlığı, gebelik takibinde en az 4 izlem, her izlemde kan basıncı ölçümü ve tam idrar tetkiki yapılmasını önermektedir.

2.4. Erken Doğum

Tüm doğumların yaklaşık %10'u $20^{0/7}$ - $36^{6/7}$ hafta aralığında gerçekleşmektedir.[43,44] Türkiye'de bu oranın %12 civarında olduğu tahmin edilmektedir.[42] Erken doğumların yaklaşık %45'i doğum eyleminin başlaması, %30'u da su kesesinin yırtılması sonucunda gerçekleşir; geri kalan %25 kadarı ise kendiliğinden doğum süreci başlamadığı halde maternal veya fetal endikasyonlar nedeniyle yaptırılan doğumları içerir.[44] Preterm doğum daha çok bebek açısından ciddi komplikasyonlara yol açar. Ancak, maternal tarafta da olumsuz sonuçlar doğurabilir. Operatif doğum riskinde artış söz konusudur.[43] Enfeksiyon ile ilişkili erken doğumlarda veya erken membran rüptürüne ikincil olarak gelişebilen enfeksiyonlarda, maternal endomiyometritten sepsise kadar ilerleyebilen ciddi komplikasyonlar görülebilir; dolayısıyla maternal morbidite ve hatta mortalite riski artar.[43]

Tüm gebeliklerde erken doğum riskinin değerlendirilmesi ve erken doğuma ilişkin önlemler alınması anne ve bebek sağlığı için çok önemlidir. Tekil gebeliklerde erken doğum riskini arttıran en önemli faktörler, daha önce erken doğum yapmış olmak ve gebeliğin 22-24. haftalarında transvajinal ultrasonografide servikal uzunluğun 25 mm'nin altında ölçülmesidir.[45]

Kısa serviksin erken tanısı, erken doğum açısından bazı önlemler alınmasını sağlayabilir. Çeşitli endikasyonlara göre vajinal progesteron ve/veya servikal serklaj uygulanabilir.[42,43]

Uluslararası kılavuzların çoğu, erken doğum öyküsü olsun ya da olmasın, tüm gebelerde ikinci trimester fetal anomali taraması sırasında, yani 18-24. gebelik haftaları arasında, mümkünse transvajinal, mümkün değilse transabdominal ultrasonografi ile servikal uzunluk ölçümü yapılmasını önermektedir.[46–48] Ülkemizde de Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Perinatoloji alanındaki Uzmanlık Derneklerinin önerileri aynı şekildedir.[42,49] Ancak pratikte tüm gebelerin ultrasonografiye erişimi mümkün olamayabilir. Bu nedenle T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinde; 18-24. haftalarda yapılan ikinci izlemde, erken doğum öyküsü olan gebelerde transvajinal ultrasonografi ile servikal uzunluk bakılmasının sağlanması önerilmiştir.[31]

2.5. Gebelikte ve Postpartum Dönemde Enfeksiyonlar

Gebelikte ve postpartum dönemde enfeksiyonların erken tanı ve tedavisi, morbidite ve mortalite riskini azaltmak açısından son derece önemlidir. Gebelerin bağışıklık sistemi normalden daha farklı yanıt verir. Humoral immün yanıttan ziyade hücresel immün yanıt baskındır. Bu nedenle bazı enfeksiyonlar gebelikte daha ağır seyredebilir ve daha fazla doku hasarı oluşturabilir. İdrar yolu enfeksiyonu, koryoamniyonit, postpartum endometrit, epizyotomi veya sezaryen kesi yeri enfeksiyonu, mastit gibi enfeksiyonlar hızlıca sepsise ilerleyebilir ve mortaliteye yol açabilir. Günümüzde etkili antimikrobiyal tedavi seçeneklerinin mevcut olması, enfeksiyonların maternal mortalite nedenleri arasında daha alt sıralara inmesini sağlamıştır.

Gebelerde organ sistemlerinde oluşan anatomik ve fizyolojik değişiklikler enfeksiyon bulgularının daha geç fark edilmesine neden olabilmektedir. Erken gebelikte büyüyen uterus, geç gebelikte ise fetal baş, mesaneye baskı yaparak sık idrara çıkmaya neden olabileceği için bu belirti bir sistit belirtisi olarak algılanmayabilir. Esasen gebelikte idrar yolu enfeksiyonu oldukça sıktır. Progesteron hormonunun düz kasları gevşetici etkisi ile renal pelvis ve üreterlerde dilatasyon olur. Büyüyen uterusun mesaneye ve özellikle sağ üretere olan basısı da üriner sistemdeki dilatasyon ve staza katkıda bulunur. Sonuç olarak üriner enfeksiyon riski artar. T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinde, gebelik süreci boyunca en az dört izlem yapılması önerilmektedir. Uluslararası kılavuzlar ile benzer şekilde, ilk izlemde asemptomatik bakteriüri taraması için idrar kültürü önerilir.[31] Ayrıca toplam dört izlemin dördünde de idrar tetkiki önerilir. Gebelikte asemptomatik bakteriürinin saptanarak tedavi edilmesinin, semptomatik üriner enfeksiyon riskini azalttığı gibi, erken doğum riskini de azalttığı gösterilmiştir.[43] Gebelikte üriner sistem

enfeksiyonlarının tanı ve tedavisi geciktiği takdirde gelişebilecek piyelonefrit ve gram negatif sepsis, maternal morbidite ve mortalite riskini önemli ölçüde arttırır.

Gebelikte büyüyen uterusun diyaframı yukarıya doğru itmesi nedeniyle akciğer kapasitesi giderek azalır. Dolayısıyla solunum yolu enfeksiyonları özellikle ikinci ve üçüncü trimesterde ağır seyredebilir ve solunum yetmezliği, kalp yetmezliği, entübasyon ve yoğun bakım gereksinimi gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir. T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinde, grip sezonunda (Eylül-Nisan aylarında) tüm gebelere influenza aşısının yapılması önerilmektedir.[31] Burun akıntısı, boğaz ağrısı, öksürük, ateş gibi yakınmaları olan gebelerin sağlık kuruluşlarına erken dönemde başvurmaları önemlidir. Influenza gebelerde antiviral ajanlar ile tedavi edilebilir. Viral enfeksiyonlara ikincil olarak gelişebilecek bakteriyel enfeksiyonlarda penisilin türevi antibiyotikler de güvenle kullanılabilir. Bu şekilde, erken tanı ve erken tedavi, gelişebilecek ciddi komplikasyonları önleyebilir.

KAYNAKLAR

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Global Cancer Observatory: Cancer Today. 2024. [Internet] https://gco.iarc.who.int/today Erişim tarihi: 11.09.2025
2. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023*.; 2025.
3. WHO. Breast cancer. August 11, 2025. [Internet] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer Erişim tarihi: 12.09.2025
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kanser Taramaları. 2025. [Internet] https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari Erişim tarihi: 11.09.2025
5. National Cancer Institute. What Is Cervical Cancer? June 15, 2023. [Internet] https://www.cancer.gov/types/cervical Erişim tarihi: 11.09.2025
6. WHO. Cervical cancer. March 5, 2024. [Internet] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer Erişim tarihi: 11.09.2025
7. CDC. HPV Vaccination Recommendations. May 16, 2021. [Internet] https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/hpv/hcp/recommendations.html Erişim tarihi: 16.09.2025
8. Klimik Aşı Platformu. HPV Aşısı. 2025. [Internet] https://asi.klimik.org.tr/asi/hpv Erişim tarihi: 15.09.2025
9. Anadolu Ajansı. Bakan Memişoğlu: HPV aşısını 2025 sonu itibarıyla insanlarımıza ücretsiz ulaştıracağız. June 12, 2025. [Internet] https://www.aa.com.tr/tr/saglik/bakan-memisoglu-hpv-asisini-2025-sonu-itibariyla-insanlarimiza-ucretsiz-ulastiracagiz/3595753 Erişim tarihi: 14.09.2025
10. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA A Cancer J Clinicians*. 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
11. Crosbie EJ, Kitson SJ, McAlpine JN, Mukhopadhyay A, Powell ME, Singh N. Endometrial cancer. *The Lancet*. 2022;399(10333):1412-1428.
12. Funston G, O'Flynn H, Ryan NAJ, Hamilton W, Crosbie EJ. Recognizing Gynecological Cancer in Primary Care: Risk Factors, Red Flags, and Referrals. *Adv Ther*. 2018;35(4):577-589. doi:10.1007/s12325-018-0683-3
13. Wang Y, Li L, Douville C, et al. Evaluation of liquid from the Papanicolaou test and other liquid biopsies for the detection of endometrial and ovarian cancers. *Sci Transl Med*. 2018;10(433):eaap8793. doi:10.1126/scitranslmed.aap8793
14. Costas L, Frias-Gomez J, Guardiola M, et al. New perspectives on screening and early detection of endometrial cancer. *International Journal of Cancer*. 2019;145(12):3194-3206. doi:10.1002/ijc.32514
15. Gaona-Luviano P, Medina-Gaona LA, Magaña-Pérez K. Epidemiology of ovarian cancer. *Chinese clinical oncology*. 2020;9(4):47-47.
16. World Cancer Research Fund. Ovarian cancer statistics. World Cancer Research Fund. [Internet] https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/ovarian-cancer-statistics/ Erişim tarihi: 11.09.2025
17. Reid BM, Permuth JB, Sellers TA. Epidemiology of ovarian cancer: a review. *Cancer biology & medicine*. 2017;14(1):9-32.
18. Torre LA, Trabert B, DeSantis CE, et al. Ovarian cancer statistics, 2018. *CA A Cancer J Clinicians*. 2018;68(4):284-296. doi:10.3322/caac.21456
19. Hong MK, Ding DC. Early diagnosis of ovarian cancer: A comprehensive review of the advances, challenges, and future directions. *Diagnostics*. 2025;15(4):406.
20. Brain KE, Smits S, Simon AE, et al. Ovarian cancer symptom awareness and anticipated delayed presentation in a population sample. *BMC Cancer*. 2014;14(1):171. doi:10.1186/1471-2407-14-171
21. Elias KM, Guo J, Bast RC. Early detection of ovarian cancer. *Hematology/Oncology Clinics*. 2018;32(6):903-914.
22. Hetzel L, Smith A. Census 2000 Brief: The 65 years and over population: 2000. *US Census Bureau [Internet] https://www2 census gov/library/publications/decennial/2000/briefs/c2kbr01-10 pdf* Erişim tarihi: 11.09.2025
23. Taylor HS, Pal L, Seli E. Menopause transition and menopause hormone therapy. *Speroff's clinical gynecologic endocrinology and infertility 9th ed Connecticut: Wolters Kluwer*. Published online 2020:580-751.
24. Grodstein F, Manson JE, Stampfer MJ. Hormone Therapy and Coronary Heart Disease: The Role of Time since Menopause and Age at Hormone Initiation. *Journal of Women's Health*. 2006;15(1):35-44. doi:10.1089/jwh.2006.15.35
25. Grodstein F, Manson JE, Colditz GA, Willett WC, Speizer FE, Stampfer MJ. A Prospective, Observational Study of Postmenopausal Hormone Therapy and Primary Prevention of Cardiovascular Disease. *Ann Intern Med*. 2000;133(12):933-941. doi:10.7326/0003-4819-133-12-200012190-00008

26. Hodis HN, Mack WJ, Henderson VW, et al. Vascular Effects of Early versus Late Postmenopausal Treatment with Estradiol. *N Engl J Med*. 2016;374(13):1221-1231. doi:10.1056/NEJMoa1505241
27. Canonico M, Plu-Bureau G, Lowe GD, Scarabin PY. Hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism in postmenopausal women: systematic review and meta-analysis. *Bmj*. 2008;336(7655):1227-1231.
28. Cushman M. Epidemiology and risk factors for venous thrombosis. In: *Seminars in Hematology*. Vol 44. Elsevier; 2007:62-69. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003719630700025X
29. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Lancet*. 1997;350(9084):1047-1059.
30. Şahmay S. Menopoz. Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği. 2025. [Internet] https://www.tmod.org.tr/tr/sayfa/menopoz Erişim tarihi: 11.09.2025
31. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Published online 2024. [Internet] https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kadin-ve-ureme-sagligi-db/Rehberler/dogum_oncesi_bakim_2020.pdf Erişim tarihi: 14.09.2025
32. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ global health*. 2021;6(6):e005671.
33. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstetrics & Gynecology*. 2006;107(6):1226-1232.
34. Alkan Bülbül G, Kirtiş E, Özer M, Mendilcioğlu İ. Sezarye Skar Gebeliği. *Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği*. Published online December 2, 2024.
35. Read JA, Cotton DB, MILLER FC. Placenta accreta: changing clinical aspects and outcome. *Obstetrics & Gynecology*. 1980;56(1):31-34.
36. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa–placenta accreta. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1997;177(1):210-214.
37. Balayla J, Bondarenko HD. Placenta accreta and the risk of adverse maternal and neonatal outcomes. *Journal of Perinatal Medicine*. 2013;41(2):141-149. doi:10.1515/jpm-2012-0219
38. Jauniaux E, Bunce C, Grønbeck L, Langhoff-Roos J. Prevalence and main outcomes of placenta accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2019;221(3):208-218.
39. Calì G, Timor-Tritsch IE, Palacios-Jaraquemada J, et al. Outcome of Cesarean scar pregnancy managed expectantly: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound in Obstet & Gyne*. 2018;51(2):169-175. doi:10.1002/uog.17568
40. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Gebe Bilgilendirme Sınıfı Programı. 2025. [Internet] https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/programlar-2/gbs-prgrm.html Erişim tarihi: 12.09.2025
41. TJOD. Gebelikte Şeker Yükleme Testi. Gebelikte Şeker Yükleme Testi. 2025. [Internet] https://www.tjod.org/gebelikte-seker-yukleme-testi/ Erişim tarihi: 11.09.2025
42. Altay M, Bayram M, Biri A, et al. Guideline on pregnancy and diabetes by the society of specialists in perinatology (PUDER), Turkey. Published online 2020. https://dspace.biruni.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12445/2259
43. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Preterm Birth. Williams Obstetrics, 26e. Published online 2022.
44. Creasy RK. Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine: principles and practice. *(No Title)*. Published online 2009. https://cir.nii.ac.jp/crid/1130000797420345088
45. Lockwood CJ, Moore TR, Copel JA, et al. *Creasy & Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice*. 9th ed. Elsevier; 2023.
46. Coutinho CM, Sotiriadis A, Odibo A, et al. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in the prediction of spontaneous preterm birth. *Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2022;60(3):435-456.
47. FIGO Working Group on Good Clinical Practice in Maternal–Fetal Medicine. Good clinical practice advice: Prediction of preterm labor and preterm premature rupture of membranes. *Intl J Gynecology & Obste*. 2019;144(3):340-346. doi:10.1002/ijgo.12744
48. McIntosh J, Feltovich H, Berghella V, Manuck T, Medicine (SMFM S for MF. The role of routine cervical length screening in selected high-and low-risk women for preterm birth prevention. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2016;215(3):B2-B7.
49. Kalelioğlu İH, Sivrikoz TS, Çetinkaya B, Türk VA, Davutoğlu EA. Servikal Uzunluk Ölçümü ve Kısa Servikste Gebeliğin Yönetimi. [Internet] https://tmftp.org/uploads/SERVIKAL-UZUNLUK-OLCUMU.pdf Erişim tarihi: 11.09.2025

Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Eşitliği: Temel Alanlarda Durum ve Gelişmeler

Ezgi Türkçelik Türkel

Kadın sağlığı başta olmak üzere bireylerin ve toplumun sağlığını etkileyen en temel sosyal belirleyicilerden biri toplumsal cinsiyete dayalı iktidar ilişkilerinden kaynaklanan toplumsal cinsiyet eşitsizliğidir.[1,2] Yakın dönemde kadınların toplumsal cinsiyete dayalı olarak yaşadıkları sağlık eşitsizliklerini/uçurumlarını ortaya koyan önemli uluslararası raporlar yayımlanmıştır.[3,4] Bu uluslararası raporlar, toplumsal cinsiyete dayalı kadın sağlığı uçurumunu ortaya koyarken, sağlık hizmetlerine erişimden, kadınlara özgü sağlık sorunlarında daha az araştırma yapılmasına; veri eksikliklerinden, teşhis ve tedavide gecikmelere; hizmet ve bakımın niteliğinden, kadın sağlığı için yatırıma kadar birçok alanı değerlendirmektedir.[4] Bu alanlarda ortaya çıkan kadın sağlığı eşitsizliklerinin temelinde; sağlık alanında ve sağlık hizmetlerinin sunumunda, sağlık politika ve programlarında, araştırmalarda, teşhis ve tedavide, tıp eğitiminde hâlen varlığını sürdüren cinsiyet yanlılığı, cinsiyete dayalı ayrımcılık ve toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri yatmaktadır.

Toplumsal cinsiyete dayalı güç ilişkileri bireylerin ihtiyaçlarının önem sırasını; yaşamları, bedenleri ve sağlıkları üzerine söz sahibi olup olmadıklarını ve sağlık hakkını yaşama geçirip geçiremediklerini derinden etkiler.[2] Bununla birlikte bu eşitsizlikleri ortadan kaldırmak ve yanlılıkları görünür kılmak sadece sağlık sistemi ve yapıları içinde değil, yaşamın tüm alanlarını etkileyen bir dönüşüm ve toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizliklerle mücadeleyi gerektirir.

Bu raporda, kadın sağlığı alanında toplumsal cinsiyet eşitsizliklerine doğrudan veya dolaylı olarak zemin hazırlayan bazı kritik alanlar çerçevesinde Türkiye'deki durum ele alınacaktır. Bunu yaparken cinsiyete göre farklılaşan sağlık göstergeleri (örneğin cinsel sağlık, üreme sağlığı, kronik hastalıklar vb.) üzerinden değil, —bu konular doğrudan ilgili bölümlerde cinsiyet farkları/eşitsizlikleri de değerlendirilerek ele alınmaktadır— daha önceki raporlardaki süreç takip edilerek 2020-2025 yılları arasında toplumsal cinsiyet eşitliğine ilişkin gelişmeler eğitim, istihdam ve siyasete ve karar alma mekanizmalarına katılım alanları esas alınarak kısaca değerlendirilecektir. Temel alanlardaki değerlendirme öncesinde ise kısaca konuyla ilgili politika belgelerindeki toplumsal cinsiyet eşitliğine ilişkin yaklaşıma yer verilecektir.

1. Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Bağlamında Güncel Politika Belgeleri (2020-2025)

2020-2025 yılları arasında toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasında önemli rol oynayabilecek güncel politika belgeleri On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028)[5], Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Stratejik Planı (2024-2028)[6], Kadının Güçlenmesi Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2024-2028)[7] incelendiğinde, daha önceki yıllarda bir norm olarak belirtilen toplumsal cinsiyet eşitliğinin artık politika belgelerinde yer almadığı ve yerine kadın erkek eşitliği, fırsat eşitliği, kadınların güçlenmesi kavramlarının tercih edildiği görülmektedir. Örneğin; Kalkınma Planı'nda, Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları'nın temel alındığı açıklanmaktadır. Ancak toplumsal cinsiyet eşitliği ve eşitlik normunun planda hemen hemen hiç vurgulanmadığı görülmektedir. Planda birey, sadece aile ilişkili olarak ele alınmış ve aile ve toplumun güçlenmesinin nihai amaç olduğu bir yaklaşım benimsenmiştir.[7,8] Eğitim alanında toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamaya yönelik projelere uzun süre önce son verilmiştir.[9] Bu yaklaşımın son dönem Milli Eğitim Bakanlığı stratejileri incelendiğinde de aynı şekilde devam ettiği görülmektedir.[10] Türkiye'nin ilk imzacısı olduğu Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi'nden

(İstanbul Sözleşmesi) 20 Mart 2021'de Cumhurbaşkanlığı Kararnamesiyle geri çekilmesi kararı da toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadınlara yönelik şiddetin önlenmesi bağlamında kritik sonuçları olan bir geri adımdır. Kadının Güçlendirilmesi Belgesi'nde kadın erkek eşitliği bir norm olarak vurgulanmış; istihdam, sağlık, siyasete katılım, eğitim gibi alanlarda eşitliğin sağlanmasına ilişkin hedefler belirtilmiş ve toplumsal cinsiyet eşitliğinde mevcut duruma ilişkin önemli saptamalar yapılmıştır.[7] Ancak, bütüncül ve tutarlı bir politik çerçeveyle desteklenmeyen stratejilerin uygulanabilirliği konusunda belirsizlikler ortaya çıkmaktadır.

2. Türkiye'de Bazı Temel Alanlarda Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri

Dünya Ekonomik Forumu'nun 2020 yılı Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu'na göre toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksinde 153 ülke arasında 130. sırada olan Türkiye[11], 2025 Raporuna göre 148 ülke arasında 135. sırada yer almaktadır.[12] Bu sıralamayla Avrupa Bölgesi'nde yer alan ülkeler arasında 40. ve sonuncu ülkedir. Toplumsal cinsiyet eşitliğine en yakın ülkeler İzlanda, Finlandiya, Norveç, Birleşik Krallık, Yeni Zelanda ve İsveç olurken; en uzak ülkeler Pakistan (148), Sudan (147) ve Çad'dır (146). Endeksin alt bileşenleri incelendiğinde, Türkiye 148 ülke arasında *Sağlık ve Sağ Kalım* alt endeksinde 82., *Eğitim* alt endeksinde 92., *Ekonomik Katılım ve Fırsatlar* alanında 133. ve *Politik Güçlenme* alanında 139. sıradadır.[12]

3. Eğitim

Türkiye'de okuryazarlık oranları, eğitime erişim ve eğitimde geçirilen süre hem kadınlar hem de erkeklerde artmaya devam etmekle birlikte kadınlar ve erkekler arasında eşitsizliklerin halen devam ettiği görülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2024 yılı verilerine göre Türkiye'de okuryazar olmayan 1 milyon 589 bin 994 kişi vardır ve okuma yazma bilmeyen nüfusun %87'sini kadınlar oluşturmaktadır.[13] Cinsiyetlere göre bitirilen eğitim düzeyleri incelendiğinde hemen hemen her seviyede kadınlar erkeklerin gerisindedir (**Tablo 1**).

Cinsiyete göre eğitim süreleri incelendiğinde, 25 yaş ve üzeri nüfusun ortalama eğitim süresi yıllar içinde hem kadınlar hem de erkekler için artmış, 2024 yılında kadınlar için 8,8 yıl, erkekler içinse ortalama eğitim süresi 10,2 yıl olmuştur. Bu artış önemlidir, ancak yıllar içinde cinsiyetler arasındaki farkın kapanmadığı görülmektedir.[13]

Okullaşma durumu incelendiğinde Türkiye'de **ilkokul düzeyinde** 2021/'22 eğitim-öğretim yılından bu yana net okullaşma oranlarında düzenli artışlar gözlenmektedir. Ancak **ortaokul düzeyinde** son bir yılda, ortaöğretim düzeyinde ise son 2 yılda okullaşma düzeylerindeki artışın devam etmediği hem oğlan hem de kız çocuklarda düşüşün olduğu görülmektedir (**Tablo 2**).[14]

Ortaöğretim düzeyi net okullaşma düzeyleri 2022-23 eğitim yılında erkeklerde %91,8 ve kadınlarda %91,6 olmuş, ancak 2023-2024 yılında net okullaşma oğlan çocuklar için %87,27 ve kız çocuklarında %88,7'ye; 2024-2025 eğitim yılında ise oğlan çocuklarda %82,5 ve kız çocuklarda %83,3'e gerilemiştir. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) yayımladığı Örgün Eğitim Raporu'nda bu düşü-

Tablo 1. Cinsiyete göre okuma-yazma durumu ve eğitim düzeyi (15+ yaş) 2024 Türkiye

Bitirilen eğitim düzeyi	Toplam	Erkek	Kadın
Okuma yazma bilmeyen	1.589.994	201.641	1.388.353
Okuma yazma bilen fakat bir okul bitirmeyen	2.131.006	472.250	1.658.756
İlkokul mezunu	4.545.038	4.545.038	7.128.382
İlköğretim mezunu	4.938.197	2.787.204	2.150.993
Ortaokul veya dengi okul mezunu	12.265.985	6.776.555	5.489.430
Lise veya dengi okul mezunu	18.547.049	10.407.129	8.139.920
Yüksekokul veya fakülte mezunu	12.965.787	6.631.435	6.334.352
Yüksek lisans mezunu	1.651.877	870.781	781.096
Doktora mezunu	269.970	154.543	115.527
Bilinmeyen	430.153	200.699	229.554
Toplam	66.463.438	33.047.175	33.416.263

Kaynak: TÜİK, Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı 2024 Sonuçları

Tablo 2. Öğretim yılı ve eğitim seviyesine göre net okullaşma oranları (%)

Öğretim yılı	İlkokul		Ortaokul		Ortaöğretim		Yükseköğretim	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
2019/'20	93,74	93,49	95,68	96,14	85,16	84,85	40,56	46,32
2020/'21	93,34	93,11	88,95	88,74	88,05	87,79	40,53	48,46
2021/'22	93,20	93,12	89,95	89,73	90,03	89,29	40,31	49,20
2022/'23	93,82	93,88	91,22	91,21	91,82	91,57	41,06	51,19
2023/'24	94,88	95,18	91,40	91,50	87,27	88,71	41,50	53,86
2024/'25	95,18	95,69	88,86	89,34	82,47	83,25	39,94	53,02

Kaynak: TÜİK, Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı 2024 Sonuçları

şün 2012-2013'te okula başlama yaşında yapılan düzenlemeyle 2007 doğumlu öğrencilerin 2023-2024'te mezun olmaları, 2024-2025'te ise 17 yaşında olmalarına rağmen ortaöğretimde yer almamaları nedeniyle olduğunu açıklamıştır. Uluslararası tanıma göre 17 yaş grubu hâlâ ortaöğretim çağında tanımlandığından, bu durumun özellikle bu yaş grubunda okullaşma düzeyini düşürdüğü belirtilmiştir. Bununla birlikte, yaş düzenlemesinden etkilenmeyen ortaokul okullaşma düzeylerinde de düşüşler daha az olmakla birlikte gözlenmektedir.[14]

Eğitim Reformu Girişimi, MEB 2024-25 eğitim-öğretim yılı verilerini ele alan ön değerlendirmesinde, eğitim dışındaki çocuk sayısının 14 yaş ve sonrasında arttığını ve zorunlu eğitim çağındaki (6-17 yaş) çocukların yaklaşık 611 bin 612'sinin eğitim dışında kaldığını belirtmiştir.[15] Eğitim dışındaki çocukların cinsiyet dağılımı incelendiğinde oğlan çocukların kız çocuklara göre daha çok eğitim dışında kaldığı belirtilmektedir (%55,7'si oğlan, %44,3'ü kız çocuk). Raporda bu verilere paralel olarak 15-17 yaşta işgücüne katılım oranları incelenmiş ve oğlan çocukların %35,6'sının, kız çocuklarının ise %13,7'nin işgücüne katıldığı raporlanmıştır. Bu durum, derinleşen ekonomik krizin erkek çocukların eğitimden kopmasına yol açtığını düşündürmektedir.[15] Kız çocuklarının eğitime katılımını engelleyen etmenler ise, çoğunlukla istatistiklere yansımayan, çalışma olarak da görülmeyen ev içi emek ve bakım sorumlulukları ile çocuk yaşta, erken ya da zorla yapılan evlilikler gibi çok boyutlu toplumsal cinsiyet temelli faktörlerdir.[10,15]

Okul çağındaki çocukların eğitim dışında kalmasına neden olabilecek bir gelişme de 2024'te Taşıma Yoluyla Eğitime Erişim Yönetmeliği değiştirilmesi ve okula uzaklık sınırının 50 km'den 30 km'ye düşürülmesidir.[16] MEB, bu değişiklikle uzak bölgelerde yaşayan çocukların eğitime erişiminde yaşanacak sorunları öğrencilerin pansiyonlu okullara yönlendirerek çözeceğini açıklamıştır. Ancak 2024-2025 yılında taşımalı eğitimden yararlanan öğrenci sayısı %16,2, pansiyonlarda kalan öğrenci sayısı ise %7,9 azalmıştır. Bu durum, birçok öğrencinin ne taşımalı eğitimden ne de pansiyonlardan yararlanabildiğini göstermektedir.[15]

Türkiye'de, 25 ve daha yukarı yaşta olup en az üniversite mezunu olanlar yıllar içinde artmaktadır. 2019 yılının TÜİK verilerine göre kadınlarda %18,2 ve erkeklerde ise 22,8'dir. 2024 yılında kadınlarda üniversite mezunu olanlar %23,8'e, erkeklerde ise %26,9'a yükselmiştir.[13] 25-34 yaş grubu nüfusta yükseköğretim mezunu olanların cinsiyete göre dağılımına bakıldığında ise kadınlarda %48,6, erkeklerde %41,1 ile farkın kadınlar lehine değiştiği görülmektedir.[13]

Yükseköğretim düzeyinde fen bilimleri, teknoloji, mühendislik ve matematik alanlarından mezun olanların cinsiyete göre dağılımı da eğitim alanında önemli bir toplumsal cinsiyet eşitsizliği göstergesidir. 2017-2018 Yüksek Öğretim İstatistiklerine göre, bu alanlardan mezun olanların %65,6'sı erkekken, 2022-2023 %66'sı erkektir ve değişime en dirençli alanlardan biri olmayı sürdürmektedir.[10]

Okul öncesi eğitime (erken çocukluk eğitimine) erişim 3-5 yaş arası çocukların bilişsel, fiziksel, sosyal gelişimleri için olduğu kadar çoğunlukla birincil bakım veren konumunda olan kadınların kamusal hayata eşit şekilde katılımı, sosyal ve psikolojik iyilik halleri için de önemlidir.[17,18] Ancak Türkiye'de okulöncesi eğitim halen ücretsiz ve zorunlu değildir. 3-5 yaş net okullaşma oranları 2018-2019 eğitim öğretim yılında %44,1 iken, 2020-2021 yılında %28,8'e gerilemiştir. Bu gerilemenin temel sebebi Covid-19 pandemisidir. Pandemi sonrasında 2023-2024 yıllarında 3-5 yaş grubunda okullaşma düzeyi artış eğilimine geçerek %52,6 seviyesine çıkmıştır. MEB 2024-2025 yılı raporunda ise 3-5 yaş okullaşma düzeyinin tekrar düşerek %49,5 seviyesine gerilediği görülmektedir.[14] 14 Ekim 2023 tarihinde MEB Okul Öncesi Eğitim ve İlköğretim Kurumları Yönetmeliğinde değişiklik yapılmıştır. Bu Yönetmelikte okul öncesi eğitim hizmetinin resmî okul öncesi eğitim kurumlarında ücretsiz olduğu

belirtilmekle birlikte yapılan değişiklikle "…okul öncesi eğitim kurumlarında çocukların okulda geçirdikleri süredeki temel ihtiyaçlarını, öz bakım süreçlerini ve eğitim programının uygulanmasını desteklemek amacıyla katkı payı alınır." ifadesi eklenmiştir.[19] Eğitim özelinde konuyu ele alan raporlar, son dönemde derinleşen ekonomik krizle birlikte katkı payı uygulamasının bu düşüşten sorumlu olabileceğini vurgulamaktadır.[10,15] Türkiye (3-5 yaş) okul öncesi eğitime erişimde, 2023 yılı verilene göre %91 olan AB-25 ülkeleri ve %88 olan OECD ülke ortalamalarının çok altında ve bu yaş grubunda okullaşma oranlarının en düşük olduğu ülkelerden biridir.[20]

4. İstihdam

Türkiye'de kadınların işgücüne katılım düzeylerinde artışlar olmakla birlikte oldukça sınırlıdır. TÜİK verilerine göre, 2019 yılında %34,3 olan kadınların işgücüne katılım düzeyi 2024 yılında 36,8'e yükselmiştir. Erkeklerde ise bu orantılar sırasıyla %71,9 ve %72'dir. 2024 yılı verilerine göre erkeklerde istihdam düzeyi %66,9 iken, kadınlarda %32,5'tir.[21]

Türkiye'de kadınların işgücüne katılım düzeyi hem OECD ülke ortalamasının hem de AB-28 ülkeleri ortalamasının çok gerisindedir. OECD ülkeleri işgücüne katılım düzeyi ortalaması kadınlar için %53, erkekler için ise %68,7'dir.[22] AB-28 ülkelerinde kadın işgücüne katılım orantısı %51,8'ir.[23] OECD ülkeleri arasında ise en düşük kadın işgücüne katılım düzeyine sahip ülke Türkiye'dir.[24]

Kadın istihdamının önemli belirleyicilerinden biri çocuk bakımı ve ev işleridir. Kadınlar ücretli iş piyasasında çalışsınlar ya da çalışmasınlar, emeklerinin ve zamanlarının büyük bir çoğunluğunu karşılıksız ve çalışma olarak tanımlanmayan işlere ayırmaktadır. TÜİK'in 2024 yılı İşgücü İstatistiklerine göre iş gücüne dahil olmayan kadın nüfusun %35'i işgücünden uzak kalma nedenleri olarak *ev işleriyle meşgul* olmayı göstermektedir.[21] Ayrıca, TÜİK'in 2021 yılı Aile Yapısı Araştırması'nda cinsiyete göre hanedeki iş bölümü ve sorumluluklara ilişkin veriler incelendiğinde; aylık faturaların ödenmesi, küçük bakım, onarım ve tamir işleri dışında kalan hemen hemen tüm işlerin kadınların sorumluluğunda olduğu görülmektedir. Yemek yapma; çamaşır yıkama, evin temizliği gibi işler %80'in üzerinde, çocuk bakımı ise neredeyse tamamıyla (%94,4) kadının sorumluluğundadır.[25]

Çocuk bakımının tamamıyla kadının sorumluluğu olarak görülmesinin kadın istihdamına önemli etkileri vardır. Hanehalkı İşgücü Araştırması 2023 sonuçlarına göre hanesinde 3 yaşın altında çocuğu olan 25-49 yaş grubundaki kadınların istihdam sıklığı %27,1, erkeklerin ise %90,6'dır. Hanehalkında çocuğu olmayan 25-49 yaş grubundaki kadınların istihdam sıklığı ise %58, erkeklerde ise %79,3'tür.[26,27] Üç yaşın altında çocuk bakım sorumluluğu olan hanelerde kadınların istihdama katılımının %50'den fazla azalması, buna karşın erkeklerde artması, toplumsal cinsiyet rollerinin istihdamla ilişkisini göstermesi açısından oldukça önemlidir.[28]

TÜİK verilerine göre işsizlik oranlarının yıllar içinde hem kadınlar hem de erkekler için azaldığı görülmektedir, ancak kadınlar için özellikle de genç kadınlar için bir sorun alanı olmayı sürdürmektedir. 2024 yılı verilerine göre kadınlarda işsizlik oranı %11,8 iken erkeklerde %7,1'dir.[29] Geniş işsizlik göstergeleri, bir diğer adıyla *atıl iş gücü* göstergeleri ise çalışmak isteyip özellikle ekonomik kriz dönemlerinde ve zorlayıcı istihdam koşullarında, iş arama ve bulma konusunda ümitsizliğe kapılan ve iş aramayı bırakan kişileri de kapsamaktadır.[28] TÜİK Atıl işgücü göstergelerine göre atıl işgücü düzeyi 2023 yılı itibarıyla kadınlarda %30,6, erkeklerde ise %18,7'dir.[21]

Tablo 3. 15 ve üzeri yaştaki nüfusun yıllar ve cinsiyete göre işgücü durumu (bin kişi)

Erkek					Kadın			
Yıllar	Çalışma çağındaki nüfus (000)	İşgücüne katılma düzeyi (%)	İstahdam düzeyi (%)	İşsizlik	Çalışma çağındaki nüfus (000)	İşgücüne katılma düzeyi(%)	İstahdamdüzeyi (%)	İşsizlik düzeyi (%)
2019	30 372	71,9	62,9	12,4	31 096	34,3	28,7	16,4
2020	30 956	67,8	59,4	12,4	31 623	30,8	26,2	14,8
2021	31 533	70,3	62,8	10,7	32 172	32,8	28,0	14,7
2022	32 006	71,4	65,0	8,9	32 673	35,1	30,4	13,4
2023	32 383	71,2	65,7	7,7	33 042	35,8	31,3	12,6
2024	32 624	72,0	66,9	7,1	33 302	36,8	32,5	11,8

Kaynak: TÜİK, Temel İşgücü Göstergeleri 2024

Genç kadınların (15-24 yaş) işgücü piyasasındaki durumu da özellikle üzerinde durulması gereken bir konudur. 2024 yılı itibarıyla genç erkeklerde işsizlik %13,1 iken, kadınlarda %22,3'tür. Bununla birlikte eğitimde veya istihdamda bulunması beklenen genç nüfusta, kadınların %30,1'inin, erkeklerin ise %16,2'sinin ne eğitimde ne de istihdamda yer aldıkları görülmektedir. Ne eğitimde ne istihdamda bulunan 2 milyon 679 bin gencin %63,5'ini kadınlar oluşturmaktadır.[29]

İstihdamda yer alan kadınlarsa ücret düşüklüğü, kayıt dışı çalışma, meslekte yükselememe gibi farklı sorunlarla karşılaşabilmektedir. Bunlardan biri ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktır. Ücretsiz aile işçisi olarak çalışan kadınların sıklığı 2019 yılında %22,9 iken, 2024 yılı verilerine göre %16,6'ya gerilemiştir. Erkeklerde bu sıklık %4,1'dir.[21,27]

İstihdam alanında önemli bir toplumsal cinsiyet eşitsizliği göstergesi de kadınlar ve erkekler arasındaki ücret-maaş veya kazanç farklılıklarıdır. Cinsiyetler arası ücret-maaş farkı, erkekler ve kadınlar arasındaki ücret farkının erkek ücretine yüzdesel oranı olarak tanımlanmaktadır. TÜİK, Kazanç Yapısı İstatistiklerine göre, cinsiyete dayalı ücret-maaş farkı yıllık ortalama brüt ücret-maaş ile hesaplanan gösterge için en yüksek düzeyde %17,4 ile yükseköğretim mezunlarında, en düşük fark ise %13,2 ile ilkokul ve altı mezunu erkekler ve kadınlar arasında bulunmaktadır.[26,27]

TÜİK Hanehalkı İşgücü Araştırması Sonuçlarına göre üst ve orta düzey yönetici pozisyonundaki kadınların sıklığı %20,6'dır. Bununla birlikte değerlendirilen bir diğer gösterge de Borsa İstanbul'da işlem gören en büyük 50 şirketin (BİST 50) yönetim kurulu üyelerinin ne kadarının kadınlardan oluştuğudur. Buna göre 2024 yılında kadın üye sıklığı %19,4'tür.[26]

5. Siyasete ve Karar Alma Mekanizmalarına Katılım

2020-2025 yılları arasında 2023 yılında Türkiye'de Cumhurbaşkanlığı ve Milletvekili Genel Seçimi ve 2024 yılında Yerel Yönetimler Seçimi olmak üzere, iki önemli seçim yapılmıştır.

2023 Genel Seçim Sonuçlarına göre 600 milletvekilinden arasında kadın vekil sayısı 119, erkek vekil sayısı ise 481'dir. Böylelikle 2019 yılı sonu itibarıyla %17,3 olan Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde (TBMM) kadın vekil yüzdesi %19,8'e yükselmiştir.[27] Seçim sonrasında gerçekleşen değişikliklerle birlikte 2024 yılsonu TBMM verilerine göre mecliste 593 milletvekili bulunmakta (118 kadın milletvekili ve 475 erkek milletvekili olmak üzere) ve kadın milletvekili yüzdesi %19,9'dur. Yıllar içinde kadınların ulusal parlamentoda temsil gücü yükselmiş olsa da bu temsilin %33'lük kritik eşiğin çok altında kaldığı görülmektedir.[30]

AB ülkeleri parlamentodaki kadınların temsil yüzdesi ortalaması 2024 itibarıyla %33,4'tür. En yüksek kadın temsil düzeyine sahip ülkeler Finlandiya (%45,5), İsveç (%45,6), Danimarka (%44,7) ve İspanya (43,7) iken, en düşük olduğu ülkeler Macaristan (%14,6), Romanya (%19,5) ve Slovakya (%23,3)'dır.[31]

Ulusal parlamentodaki düşük temsil düzeylerinin yanında, yerel yönetimlerde kadınların temsil düzeyleri çok daha düşüktür. 31 Mart 2024 Yerel Seçimlerinin sonuçlarına göre Türkiye'de seçilen il belediye başkanlarında kadınların sıklığı %13,58, ilçe belediye başkanlarında %6,94, belde belediye başkanlarında ise %0,75'tir. Belediye başkanlarının tümünde kadınların sıklığı ise %5,56 olmuştur.[26]

Sonuç yerine;

Türkiye'de toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasında belirli ilerlemeler olmakla birlikte bunlar çok sınırlı ve kimi alanlarda geriye gidişler şeklinde deneyimlenmektedir. Toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizlikler eğitim, istihdam, siyasete katılım gibi alanlarla sınırlı olmamakla birlikte, bu temel alanlardaki durum kadınların sağlık sonuçları üzerinde oldukça belirleyicidir. Sürdürülebilir Kalkınmanın temel amaçlarından biri olan *toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması: tüm kadınların ve kız çocuklarının güçlenmesi (Amaç 5)* sağlık amacı da dahil olmak üzere diğer tüm küresel amaçlara ulaşılmasında önkoşul olarak görülmektedir.[32]

Sağlık, bireysel düzeyin yanı sıra toplumsal düzeyde bir nitelik olarak da görülmelidir. Şiddet, ayrımcılık, istihdam dışında kalmak gibi bir dizi yapısal koşul; sağlığı doğrudan veya dolaylı olarak etkiler. Bu bakış açısıyla, kadın ve dolayısıyla toplum sağlığına ilişkin çözümler yalnızca sağlık alanında değil, onun da ötesinde daha geniş toplumsal dönüşümler gerektirmekte[33], kadınların kendi bedenleri, sağlıkları ve yaşamları üzerinde söz sahibi olmaları ancak bu alanlarda toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasıyla mümkün olmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Grown C, Gupta GR, Pande R. (2005) Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. Lancet. 2005 Feb 5;365(9458):541–3.
2. Sen G, Östlin P. (2009) Gender as a social determinant of health: evidence, policies, and innovations. In: Gender Equity in Health. Routledge.

3. World Economic Forum, McKinsey Health Institute. Closing the women's health gap: a $1 trillion opportunity to improve lives and economies. 2024. https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/closing-the-womens-health-gap-a-1-trillion-dollar-opportunity-to-improve-lives-and-economies#/ [Erişim tarihi: 10.10.2025].
4. McKinsey Health Institute. Blueprint to close the women's health gap: how to improve lives and economies for all. 2025. https://www.mckinsey.com/~/media/mckinsey/mckinsey%20health%20institute/our%20insights/blueprint%20to%20close%20the%20womens%20health%20gap%20how%20to%20improve%20lives%20and%20economies%20for%20all/blueprint-to-close-the-womens-health-gap-how-to-improve-lives-and-economies-for-all.pdf [Erişim Tarihi: 14.10.2025]
5. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. On İkinci Kalkınma Planı. 2023 https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_11122023.pdf [Erişim tarihi 15.10.2025]
6. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Stratejik Planı (2024–2028). 2024 https://www.aile.gov.tr/media/157370/stratejik-plan-2024.pdf [Erişim tarihi: 15.10.2025]
7. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Kadının Güçlenmesi Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2024–2028). https://kadingirisimci.gov.tr/yayinlar/2024-2028-kadinin-guclenmesi-strateji-belgesi-ve-eylem-plani/ [Erişim tarihi 10.10.2025]
8. Türkçelik-Türkel E ve Akın A. Sağlık hizmetlerine erişimde toplumsal cinsiyet eşitliği: haritalama ve izleme çalışması 2021–2023 güncellemesi. Ankara: CEİD Yayınları; 2024. https://ceidizler.ceid.org.tr/Saglik-Hizmetlerine-Erisimde-Toplumsal-Cinsiyet-Esitligi-Haritalama-ve-izleme-calismasi-2021-2023-Guncellemesi-i445 [Erişim tarihi: 15.09.2025]
9. Türkçelik-Türkel E ve Çiçekoğlu M. Toplumsal cinsiyet eşitliği: gelişmeler ve sorun alanları. İçinde Üner S, Okyay P, (Eds.) Türkiye Sağlık Raporu 2020. Ankara: HASUDER Yayınları; 2020. p. 213–20.
10. Torun Y. Eğitimde toplumsal cinsiyet eşitliği haritalama ve izleme çalışması 2021–2023 güncellemesi [Internet]. Ankara: CEİD Yayınları; 2024. https://ceidizler.ceid.org.tr/Egitimde-Toplumsal-Cinsiyet-Esitligi-Haritalama-ve-izleme-calismasi-2021-2023-Guncellemesi-i438 [Erişim tarihi: 4.9.2025].
11. World Economic Forum. Global Gender Gap Report 2020. http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2020.pdf [Erişim tarihi: 17.09.2025]
12. World Economic Forum. Global Gender Gap Report 2025. https://www.weforum.org/publications/global-gender-gap-report-2025/ [Erişim tarihi: 17.09.2025]
13. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ulusal eğitim istatistikleri 2024 [Internet]. 2025 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Ulusal-Egitim-Istatistikleri-2024-53937 [Erişim tarihi: 17.09.2025]
14. Milli Eğitim Bakanlığı. Milli Eğitim İstatistikleri 2024–2025 örgün eğitim. 2025 Available from: https://data.meb.gov.tr [Erişim tarihi: 18.09.2025]
15. Eğitim Reformu Girişimi. 2024–25 örgün eğitim istatistiklerinin gösterdikleri. 2025 https://egitimreformugirisimi.org/2024-25-orgun-egitim-istatistiklerinin-gosterdikleri/ [Erişim tarihi: 20.10.2025]
16. Milli Eğitim Bakanlığı. Taşıma Yoluyla Eğitime Erişim Yönetmeliği. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20040&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5 [Erişim tarihi: 17.09.2025]
17. OECD. Early learning and child well-being: a study of five-year-olds in England, Estonia, and the United States. OECD Publishing; 2020 https://www.oecd.org/en/publications/early-learning-and-child-well-being_3990407f-en.html [Erişim tarihi: 17.09.2025]
18. Duh-Leong C, Canfield CF, Fuller AE, Gross RS, Reichman NE. Early childcare precarity and subsequent maternal health. Womens Health Issues. 2024;34(2):115–24. https://www.whijournal.com/article/S1049-3867(23)00161-5/fulltext [Erişim tarihi: 17.09.2025]
19. Milli Eğitim Bakanlığı. Okul Öncesi Eğitim ve İlköğretim Kurumları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/10/20231014-1.html [Erişim tarihi: 17.09.2025]
20. OECD. Enrolment rate in early childhood education. 2023. https://www.oecd.org/en/data/indicators/enrolment-rate-in-early-childhood-education.html [Erişim tarihi: 14.09.2025]
21. TÜİK. İşgücü İstatistikleri, 2024. 2025. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-Istatistikleri-2024-54059 [Erişim tarihi: 13.09.2025].
22. World Bank. World Bank Open Data. 2024 https://data.worldbank.org/indicator/SL.TLF.CACT.MA.NE.ZS?locations=OE [Erişim tarihi: 14.09.2025]
23. Trading Economics. European Union – labor participation rate, female (% of female population ages 15+) https://tradingeconomics.com/european-union/labor-force-participation-rate-female-percent-of-female-population-ages-15-modeled-ilo-estimate-wb-data.html [Erişim tarihi: 17.09.2025]
24. TheGlobalEconomy.com. Female labor force participation in OECD. [Erişim tarihi: 17.09.2025]. https://www.theglobaleconomy.com/rankings/female_labor_force_participation/OECD/
25. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye Aile Yapısı Araştırması 2021. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Aile-Yapisi-Arastirmasi-2021-45813 [Erişim tarihi: 17.09.2025]
26. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle kadın 2024. 2025 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C4%B0statistiklerle-Kad%C4%B1n-2024-54076&dil=1 [Erişim tarihi: 17.09.2025]
27. UN Women, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye'de istatistiklerde kadın: 2024 yılına bakış. 2024. https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/istatistiklerle_kad%C4%B1n2024.pdf [Erişim tarihi: 17.09.2025]
28. İzdeş- Terkoğlu, Ö. İstihdamda Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Haritalama ve İzleme çalışması: 2021-2023 Güncellemesi. 2024. https://ceidizler.ceid.org.tr/istihdamda-Toplumsal-Cinsiyet-Esitligi-Haritalama-ve-izleme-calismasi-2021-2023-Guncellemesi-i441 [Erişim tarihi: 17.09.2025]

29. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle gençlik 2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Genclik-2024-54077 [Erişim tarihi: 17.09.2025]
30. Sancar S. Siyasal kararlara katılımda toplumsal cinsiyet eşitliği: haritalama ve izleme çalışması 2021–2023 güncellemesi. Ankara: CEİD Yayınları; 2025 https://ceidizler.ceid.org.tr/Siyasal-Kararlara-Katilimda-Toplumsal-Cinsiyet-Esitligi-Haritalama-ve-izleme-calismasi-2021-2023-Guncellemesi-i446 [Erişim tarihi: 19.09.2025]
31. Eurostat. Seats held by women in national parliaments and governments. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_05_50/default/table?lang=en [Erişim tarihi: 17.09.2025]
32. Manandhar M, Hawkes S, Buse K, Nosrati E, Magar V. Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. Bull World Health Organ. 2018;96(9):644–53. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6154065/ [Erişim tarihi 24.10.2025].
33. Grigg AJ, Kirkland A. Health. İçinde: Disch L, Hawkesworth M, (Eds). The Oxford Handbook of Feminist Theory. Oxford University Press; 2016 https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199328581.013.17 [Erişim tarihi: 25.10.2025].

Kadına Yönelik Şiddet: 2020-2024 Döneminde Türkiye'de Yaşanan Gelişmeler

Nüket Paksoy Erbaydar, Rana Çavuşoğlu

Bu raporun amacı, 2020–2025 döneminde Türkiye'de kadına yönelik şiddet konusundaki gelişmeleri halk sağlığı, kadın sağlığı ve toplumsal cinsiyet bakış açısıyla analiz etmektir.

Kadına yönelik şiddet (KYŞ), Türkiye'de toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin en ağır sonuçlarından biri olmaya devam etmektedir. 2020–2025 dönemi, COVID-19 pandemisi, İstanbul Sözleşmesi'nden çekilme kararı, 6 Şubat depremleri ve ekonomik kriz ile birlikte kadınların yaşamını çok yönlü etkileyen kritik bir dönem olmuştur.

1. Kadına Yönelik Şiddet Neden Bir Halk Sağlığı Sorunudur?

KYŞ, yalnızca bireysel ya da aile içi bir mesele değil, toplumun tamamını etkileyen bir halk sağlığı sorunudur. Çünkü KYŞ, dünyada olduğu gibi Türkiye'de de her üç kadından birinin karşı karşıya kaldığı, binlercesinin sağlığını bozan ve yüzlercesinin ölümüne sebep olan sıcak bir gündem olmaya devam etmektedir.[1] Şiddete maruz kalan kadınların sağlıklarının her boyutu olumsuz etkilenmektedir. Şiddet, kadınların yaralanmasına, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanmasına, istenmeyen gebeliklere, düşüğe, kronik ağrı sendromlarına, kardiyovasküler ve gastrointestinal sağlık sorunlarına yakalanmasına yol açar.[2] Depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu ve intihar girişimleri gibi ciddi ruh sağlığı sorunlarının da başlıca nedenlerindendir.[3] Şiddet yalnızca kadınların yaşam kalitesini düşürmekle kalmaz, aynı zamanda sağlık sistemlerine ek yük getirir, işgücü kaybı ve üretkenlik azalmasına yol açarak toplumun ekonomik ve sosyal yapısını da bozar. Bu sebeple Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), KYŞ'i "küresel halk sağlığının en yaygın, ancak en az görünür krizlerinden biri" olarak tanımlamaktadır.[4] Ayrıca önlenebilir olması KYŞ'i hem halk sağlığı alanının hem de kadın sağlığının ana konularından biri haline getirmektedir.

2. Türkiye'nin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Açısından Durumu (2020–2024)

Halk sağlığı perspektifinde -temel neden toplumsal cinsiyet eşitsizliği olmakla birlikte- KYŞ, çok sayıda faktörün bir arada ve birbirleriyle de etkileşmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple bir ülkede tamamen ortadan kalkmasa dahi toplumsal cinsiyet eşitliğine yaklaşıldığı ölçüde kadına yönelik şiddetin önemli ölçüde azalması beklenir. Dolayısıyla Türkiye'nin toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamadaki başarısına bakılarak kadına yönelik şiddet açısından duruma dair bir öngörüde bulunulabilir.

Dünyada toplumsal cinsiyet eşitliğini izlemek için kullanılan yaygın bazı uluslararası göstergeler vardır. Bunlardan üçü, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından geliştirilen *Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği İndeksi* (Gender Inequality Index–GII), *Toplumsal Cinsiyet Kalkınma İndeksi* (Gender Development Index–GDI) ve *Toplumsal Cinsiyet Sosyal Norm İndeksi*dir (Gender Social Norms Index–GSNI). GII, üreme sağlığı, kadınların güçlenmesi ve işgücüne katılım alanlarındaki eşitsizlikleri ölçmektedir.[5] GDI, sağlık, eğitim ve ekonomik durum/gelir durumuna bakmaktadır.[6] GSNI, Dünya Değerler Araştırması (World Values Survey) verilerini kullanarak toplumların siyaset, eğitim, ekonomi ve fiziksel bütünlük alanlarında kadınlara yönelik önyargılarını ölçmektedir.[7] Dünya Ekonomik Forumu (WEF) *Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu İndeksi* (Global Gender Gap Index-GGGI) ise, ekonomik katılım, eğitim, sağlık ve siyasi temsilde kadın–erkek farklarını karşılaştırarak ülkeleri sıralamaktadır.[6,8,9] Ancak 2020'de başlayan COVID-19 pandemisi döne-

Tablo 1. Türkiye'nin Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği İndeksi, Toplumsal Cinsiyet Kalkınma İndeksi, Toplumsal Cinsiyet Sosyal Norm İndeksi ile Dünya Ekonomik Forumu (WEF) Toplumsal Cinsiyet Uçurumu İndeksi sıralaması

Yıl	UNDP GII (Sıralama)	UNDP GII (Değer)[1]	UNDP GDI[2] (Değer)	UNDP GDI (Grup)	WEF GGGI (Sıralama)	WEF GGGI [3] (Değer)
2019	68/162	0,306	0,924	3. grup	130/153	0,628
2020	-	-	-	-	130/153	0,634
2021	65/170	0,272	0,937	3. grup	133/156	0,638
2022	63/176	0,259	0,941	2. grup	124/146	0,639
2023	59/193	0,227	0,938	3. grup	129/146	0,638
2024	-		-	-	127/146	0,645
2025	-	-	-	-	135/148	0,633

[1] Bu indeks 0–1 arasındadır; değeri 0'a yaklaştıkça toplumsal cinsiyet eşitliğine yaklaşıldığı kabul edilir.
[2] Grup 1: Kadın/Erkek HDI oranı 0,970 ve üzeri (çok yüksek eşitlik); Grup 2: 0,940–0,969 (yüksek eşitlik); Grup 3: 0,910–0,939 (orta düzey eşitlik); Grup 4: 0,880–0,909 (düşük eşitlik); Grup 5: 0,879 ve altı (çok düşük eşitlik).
[3] Bu indeks 0–1 arasındadır; 1 = tam eşitlik anlamına gelir.
Kaynaklar: UNDP Gender Inequality Index, UNDP Gender Development Index, WEF Global Gender Gap Index[5-9]

minde ülkelerden veri akışındaki sorunlar nedeniyle UNDP tarafından geliştirilen izleme ölçütlerinden GII ve GDI düzenli hesaplanamamış ve yayınlanmamıştır. Bu dönemde yayınlanabilen raporlara göre Türkiye'nin 2020–2025 dönemindeki UNDP GII, GDI değerleri ile WEF GGGI açısından durumu **Tablo 1**'de sunulmuştur.

UNDP'nin GSNI değerini hesaplarken dayandığı Dünya Değerler Araştırması verileri şimdiye dek iki dönemi içerecek şekilde yayınlamıştır.[10] Bu indeks kapsamında katılımcılara yedi önerme yöneltilmektedir (Kutu 1).

KUTU 1. BİRLEŞMİŞ MİLLETLER KALKINMA PROGRAMI (UNDP) TOPLUMSAL CİNSİYET SOSYAL NORM İNDEKSİ ÖNERMELERİ

1) Politik ön yargılar

-Erkekler kadınlardan daha iyi siyasi lider olur.

-Kadınların siyasi makamlara aday olma konusunda erkeklerle aynı haklara sahip olması gerekir.

2. Eğitimle ilişkili önyargı

-Üniversite eğitimi erkek için kadından daha önemlidir.

3. Ekonomik önyargı

-İş kıt olduğunda erkeklerin kadınlardan daha fazla işe hakkı vardır.

-Erkekler kadınlardan daha iyi yönetici (iş yaşamında) olur.

4. Fiziksel Bütünlük

-Bir erkeğin eşini dövmesi haklı görülebilir.

-Kürtaj asla haklı değildir.

Kaynak : World Values Survey Association. World Values Survey Wave 7 (2017–2022)

Türkiye'nin Toplumsal Cinsiyet Sosyal Norm İndeksi 2010-2014 ve 2017-2022 dönemi verileri ise **Tablo 2**'de sunulmuştur.

Türkiye'de toplumsal cinsiyet eşitliği indekslerindeki eğilimlerle toplumsal cinsiyet eşitliğine yönelik önyargılar, kadına yönelik şiddet bağlamında değerlendirildiğinde (**Tablo 1** ve **Tablo 2**), yapısal eşitlik göstergelerindeki iyileşmelerle toplumsal normlardaki direnç arasındaki çelişki dikkat çekmektedir. Türkiye'nin GII (Gender Inequality Index) değerinde 2019'dan 2023'e gerileme (0,306'dan 0,227'ye) gözlenmiş ve ülkenin sıralaması iyileşmiştir[5]. Bu durum üreme sağlığı, eğitim, işgücüne katılım ve siyasal temsil alanlarında eşitsizliklerin azaldığını göstermektedir. Benzer şekilde, GDI (Gender Development Index) değerinin 2019'da 0,924'ten 2023'te 0,938'e yükselmesi, kadın ve erkekler arasında sağlık, eğitim ve gelir alanlarındaki farkların daraldığını ortaya koymaktadır.[6] Ancak bu iyileşmelerin KYŞ'in toplumdaki yaygınlığını doğrudan azalttığı söylenememektedir. Çünkü her iki indeksin alt bileşenleri arasında doğrudan KYŞ ile ilişkili bir kısım yoktur.

GSNI (2017-2022) verilerine göre ise Türkiye'de toplumun %91,08'i en az bir alanda toplumsal cinsiyet önyargısına sahiptir.[7] Literatürde de toplumsal cinsiyet normlarının KYŞ'in en güçlü belirleyicilerinden biri olduğu uzun süredir gösterilmektedir.[6,9] Bu sebeple, Türkiye'de toplumsal cinsiyet önyargılarının yüksek olmasının ve süreklilik göstermesinin yanı sıra hiç de azımsanmayacak düzeyde (%88,45) kadınlar tarafından da dillendiriliyor olmasının KYŞ'in meşrulaştırılmasına önemli katkısı olduğu söylenebilir. Ayrıca GGGI'da Türkiye'nin düşük sıralarda yer alması (2019–2024 arasında %62–64 aralığı; 120'li sıralar) kadınların ekonomik ve siyasi kararlara katılımındaki zayıflığını ortaya koymaktadır.[8] Bu durum, KYŞ ile mücadele politikalarının oluşturulması, uygulanması ve sorgulanmasını sınırlamaktadır. Sonuç olarak, Türkiye'de yasal/kurumsal göstergeler (GII,

Tablo 2. Türkiye'nin Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) Toplumsal Cinsiyet Sosyal Norm İndeksi 2017-2022 değerleri*

UNPD GSNI 2017-2022 Türkiye Değerleri															
	Politika		Eğitim		Ekonomi		Fiziksel bütünlük		Politika	Eğitim	Ekonomi	Fiziksel bütünlük	Toplam		
Dönem	K	E	K	E	K	E	K	E	T	T	T	T	K	E	T
2010-2014	-	-	-	-	-	-	-	-	76,36	31,35	78,94	75,82	94,39	96,87	95,61
2017-2022	64,20	75,79	30,04	35,34	59,42	71,85	75,00	76,14	70,02	32,68	65,65	75,57	88,45	93,65	91,08

* En az bir önermeye önyargılı yaklaşanların yüzdesi verilmiştir. K=Kadın, E=Erkek, T=Toplam.
Kaynak : 2023 Gender Social Norms Index (GSNI[7]

GDI) iyileşme gösterse de toplumsal normların direnci (GSNI) ve kadınların temsil düzeyinin düşüklüğü (GGGI) KYŞ'in devam etmesinin temel nedenleri arasında gösterilebilir.

3. Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddetin Genel Görünümü (2020–2025)

3.1. Veriye Dayalı Durum Değerlendirmesi

2020–2025 dönemi, Türkiye'de KYŞ'in toplumsal ve politik gündemin en önemli konularından biri olmaya devam ettiği yıllar olmuştur.

Türkiye'de KYŞ'e ilişkin en kapsamlı veriler, Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırmaları[1,11,12] ile elde edilmektedir. Türkiye'de ülkeyi temsil eden ulusal KYŞ araştırmalarının ilki 2008'de, ikincisi 2014'te sonuncusu ise 2024 yılında yürütülmüştür. Bu üç araştırma dışında Altınay ve Arat'ın TUBİTAK destekli araştırması ise Türkiye'de temsili bir örneklemle yapılan ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır (fiziksel şiddet sıklığı %35)[13].

İlk iki ulusal araştırmanın [1,11] verileri birlikte değerlendirildiğinde eş/partner şiddetinin fiziksel ve cinsel bileşenlerinde hem yaşam boyu hem son 12 ay göstergelerinde azalma yönünde bir hareket görülmekte; gebelikte fiziksel şiddet de aynı doğrultuda gerilemekte ve şiddeti gizleme eğilimi azalırken kurumsal yardım arama davranışı artmaktadır. Buna karşın duygusal şiddet yaşam boyu düzeyde değişmeden sürerken son 12 ayda da artış eğilimindedir. Ekonomik şiddet ise hem yaşam boyu hem son 12 ayda artış göstermekte ve özellikle şiddete bağlı yaralanma ile tedavi gerektirecek düzeyde yaralanma göstergelerindeki artış, şiddete maruziyetin ağırlığının azalmadığını düşündürmektedir. Bütün bu veriler birlikte ele alındığında, kadınların eş ya da partnerlerinin uyguladığı şiddetin sıklığında düşüş işaretleri olsa da şiddetin niteliğinin ve örüntüsünün daha kontrol edici/ekonomik ve duygusal boyutlara kayarak sürmekte olduğu anlaşılmaktadır (**Tablo 3**).

Ancak bu araştırmaların verilerini karşılaştırırken epidemiyolojik açıdan dikkatli olunması gereken hususlar olduğu açıktır (Kutu 2).

Tablo 3. Türkiye'de kadına yönelik şiddet araştırmalarının (2008-2014) temel bulguları

Eş/partner şiddeti	HÜNEE/KSGM 2008 (%)	HÜNEE/ASP BAKANLIĞI 2014 (%)	Trend
Hayat boyu fiziksel şiddet	39,3	35,5	Azalma Hala çok yaygın
Son 12 ayda fiziksel şiddet	9,9	8,2	Azalma
Hayat boyu cinsel şiddet	15,3	12,0	Azalma
Son 12 ayda cinsel şiddet	7,0	5,3	Azalma
Hayat boyu fiziksel ve/veya cinsel şiddet	41,9	37,5	Azalma Hala çok yaygın
Son 12 ayda fiziksel ve/veya cinsel şiddet	13,7	11,0	Azalma
Hayat boyu duygusal şiddet/istismar	43,9	43,9	Çok yaygın
Son 12 ayda duygusal şiddet/istismar	24,7	25,7	Artma
Hayat boyu ekonomik şiddet*	23	30,0	Artma
Son 12 ayda ekonomik şiddet	13,0	14,6	Artma
Gebelikte fiziksel şiddet	9,7	8,3	Azalma
Şiddet nedeniyle yaralanma	23,7	25,6	Artma
Şiddet nedeniyle tedavi gerektirecek kadar yaralanma	41,0	47,4	Artma
Şiddeti gizleme eğilimi	49,0	44,0	Toplumsal cinsiyet normları etkili
Şiddete uğrayanların yardım arama / kurumlara başvurma	8,0	11,0	Artma Ancak çok düşük
Annesinin fiziksel şiddete uğradığına tanıklık eden çocuk oranı	-	-	Soru kağıdında sorulmuş ancak veri olarak sunulmamış

Kaynak: Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2008, Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2014

KUTU 2. TÜRKİYE'DE KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET ARAŞTIRMALARI 2008 VE 2014 ARAŞTIRMALARININ VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINDAKİ KISITLILIKLAR

2008 ve 2014 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırmaları ulusal temsiliyeti yüksek, güçlü saha çalışmalarıdır. Ancak dönemler arası karşılaştırmada aşağıdaki sınırlılıklar dikkate alınmalıdır:

- İstatistiksel test eksikliği: Raporlarda güven aralıkları ve anlamlılık testleri yayımlanmadığından, gözlenen farkların istatistiksel olarak anlamlılığı değerlendirilemez.
- Yöntemsel farklılıklar: Soru formlarındaki küçük değişiklikler, ölçümde yanlılık oluşturabilir.
- Kültürel ve bağlamsal etkenler: Kadınların şiddeti açıklama veya gizleme davranışı zaman içinde değişmiş olabilir.
- Politika etkileri: 6284 sayılı Kanun (2012) gibi düzenlemeler, farkındalık ve başvuru davranışlarını etkilemiş olabilir.

Sonuç olarak: Bulgular "azalma/artan eğilim" şeklinde yorumlanabilir; ancak istatistiksel olarak kesinleşmiş değişim olarak sunulmamalıdır.

Kaynak: Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırmaları 2008, Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2014

Ulusal düzeyde KYŞ araştırmalarının hangi sıklıkla yürütülmesi gerektiği önemli bir tartışma konusudur. Türkiye'de 2014 yılında yapılan Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'na göre, ulusal araştırmanın yürütülme aralığı, KYŞ ile mücadele alanında mevcut yasal düzenlemelerde değişiklik yapılması ya da yeni düzenlemelerin yürürlüğe girmesi durumuna göre yeniden değerlendirilmelidir.[1] Bu değerlendirme sonucunda, araştırmaların 10 yılı aşmayacak aralıklarla tekrarlanması önerilmektedir. Ancak, Türkiye'de ilk iki resmi araştırma arasındaki sürenin altı yıl, üçüncü araştırmanın ise on yıl sonra yapılmış olması, bu öneriyle ve uluslararası eğilimlerle tam olarak örtüşmemektedir. Örneğin, Avrupa Birliği düzeyinde yürütülen EU-GBV projesi, üye ülkelerde ulusal KYŞ araştırmalarının her beş yılda bir yinelenmesi yaklaşımını benimsemiştir.[14,15] Bu çerçevede, KYŞ ile mücadele politikalarının etkili biçimde izlenebilmesi için Türkiye'de de daha kısa ve düzenli aralıklarla araştırmaların düzenlenmesi gerekmektedir.

Türkiye Kadına Yönelik Şiddet Araştırması, 2024, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı koordinasyonunda, TÜBİTAK 1007 Programı kapsamında Marmara Üniversitesi ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) iş birliğiyle yürütülmüştür.[12] Araştırmanın verileri, Türkiye genelinde 15–59 yaş arası 18.275 kadın ile yüz yüze görüşmeler yoluyla toplanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %12,8'i hayatları boyunca en az bir kez fiziksel şiddet görmüştür. Bu sıklık, 2014 araştırmasında bildirilen %35,5'e göre yaklaşık %64'lük bir azalmaya işaret etmektedir.[11,12] Benzer biçimde, son 12 ay içinde fiziksel şiddet bildiren kadınların sıklığı 2024 araştırmasında %2,6 iken, 2014'te %8,2 olarak bulunmuştur. Bu da yaklaşık %70'lik bir azalmayı göstermektedir. Ancak bu düzeydeki farkların, yalnızca şiddetin gerçek anlamda azalmasından değil, kullanılan tanım, örneklem yapısı, veri toplama yöntemi ve kadınların şiddeti ifade etme eğilimlerindeki değişimlerden de kaynaklanabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Diğer yandan, bu bulgular şiddetin görünürlüğü ile yaygınlığı arasındaki farkın dikkatle yorumlanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Kadınların şiddeti dile getirme koşullarını etkileyen toplumsal normlar, korku, damgalanma ve kurumlara duyulan güven düzeyi, ölçülen sıklıkları doğrudan biçimlendirmektedir. Bu nedenle, zaman içindeki eğilimlerin güvenilir biçimde değerlendirilebilmesi için, gelecekte yürütülecek araştırmalarda metodolojik tutarlılığın, kurumsal sürekliliğin ve toplumsal cinsiyet duyarlılığının korunması büyük önem taşımaktadır. Ayrıca bu tür araştırmaların yalnızca eğilimleri ölçmekle sınırlı kalmaması, aynı zamanda KYŞ'i önleme politikalarının ve hizmet müdahalelerinin etkililiğini izleme araçları olarak kurumsallaşması gerekmektedir. Böylece elde edilen veriler, hem ulusal politika geliştirme süreçlerine hem de yerel düzeydeki sağlık ve sosyal hizmet planlamalarına yön verebilir. Araştırmada önceki araştırmalardan farklı olarak kadınların maruz kaldıkları, dijital şiddetin araştırılması önemlidir ve son 12 ay içindeki dijital şiddet sıklığı %3,7 olarak bulunmuştur (**Tablo 4**).

Tablo 4. Türkiye Kadına Yönelik Şiddet Araştırması, 2024 temel bulguları

Eş/partner şiddeti	Marmara Üniv./ ASP Bakanlığı 2024 TÜİK (%)
Hayat boyu fiziksel şiddet	12,8
Son 12 ayda fiziksel şiddet	2,6
Son 12 ayda cinsel şiddet	0,9
Hayat boyu ekonomik şiddet*	18,3
Son 12 ayda ekonomik şiddet	3,2
Hayat boyu psikolojik şiddet	28,2
Son 12 ayda psikolojik şiddet	11,6
Son 12 ayda dijital şiddet	3,7
Son 12 ayda ısrarlı takip	3,1

Kaynak: TÜİK, Türkiye Kadına Yönelik Şiddet Araştırması 2024

Araştırmada kadınların şiddetin nedenlerine ilişkin algılarına bakıldığında, 2014 araştırmasından farklı olarak "erkeğin öfke kontrol sorunu" (%21,7) ilk sırada yer almaktadır.[11,12] Bunu "erkeğin yetiştirilme tarzı" (%13,3) ve "maddi sıkıntı" (%13,0) izlemektedir. Öfke kontrolünü şiddetin temel nedeni olarak belirten kadınların %28,3'ü 25–34 yaş grubundadır. Oysa 2014 Türkiye Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, şiddeti bireysel patolojilere ya da saldırganın psikolojik özelliklerine indirgemek yerine, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, güç ilişkileri ve yapısal belirleyiciler bağlamında ele almıştır. Dolayısıyla 2014 araştırmasında "erkeğin öfke kontrol sorunu" gibi bireyselleştirici neden kategorileri yer almamıştır. Bu fark, 2024 araştırmasında gözlenen algı değişiminin, sadece toplumsal tutumların değil, aynı zamanda soru kurgusu ve metodolojik yaklaşım farklarının da bir yansıması olabileceğini göstermektedir. Diğer yandan, şiddeti bireysel psikolojiye indirgeme eğilimi, şiddetin toplumsal cinsiyet temelli yapısını görünmezleştirme ve sorumluluğu bireysel düzeye taşıyarak ataerkil güç ilişkilerinin yeniden üretimine katkı sağlama riski taşımaktadır. [12]

Türkiye Kadına Yönelik Şiddet Araştırması, 2024'e[12] göre kadınların %47,7'si yaşadığı son şiddet olayını hiç kimseyle paylaşmamıştır. Şiddet deneyimini paylaşanların %31,8'i bunu kendi ailesinden bir kadınla, %10,2'si ise kadın bir arkadaş veya tanıdıkla paylaşmıştır. Bu bulgular, Türkiye'de kadınların resmî destek mekanizmalarına erişiminde hâlen ciddi bir güven, farkındalık ve erişilebilirlik sorunu bulunduğuna işaret etmektedir.[12]

Türkiye Kadına Yönelik Şiddet Araştırması, 2024[12] kadına yönelik şiddetin Türkiye'de hâlen önemli bir halk sağlığı sorunu olarak sürdüğünü ortaya koymaktadır. Araştırma bulguları, özellikle psikolojik ve dijital şiddet biçimlerinin yaygınlaştığını, kır–kent farklarının devam ettiğini, genç kadınların yüksek risk altında olduğunu ve kadınların yaklaşık yarısının yaşadığı şiddeti kimseyle paylaşmadığını göstermektedir. Bu durum, sağlık sistemi ve sosyal politika alanlarında yeni ve bütüncül önleyici stratejilerin geliştirilmesi gereğini açıkça ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, son araştırmanın önceki çalışmaların yürütüldüğü kurumlardan farklı kurumlarca yapılmış olması, araştırma hafızasının ve deneyiminin aktarılmamasına yol açtığını düşündürmektedir. Araştırmada kullanılan bazı kavramların ifade edilme biçiminin değişmesi de bu düşünceyi güçlendirmektedir (Ör. Duygusal şiddet/istismar yerine psikolojik şiddet). Ancak, bu raporun yazıldığı dönemde Türkiye Kadına Yönelik Şiddet Araştırması, 2024'ün nihai raporunun henüz kamuoyuna açıklanmamış olması, ilk iki araştırmayla ilgili kapsamlı bir yöntemsel karşılaştırma yapılmasını engellemiştir.

Ulusal veriler dışında 2020-2025 döneminde bazı kurumların verileri, vakıfların, üniversitelerin konu ile ilgili araştırmaları, hak temelli çalışan kadın örgütlerinin (Kadınlarla Dayanışma Vakfı, Mor Çatı, Cinsel Şiddetle Mücadele Derneği, Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu) yayımladığı raporlar, KYŞ'in gündemde tutulmasına ve son altı yıl içindeki seyrine dair önemli kaynaklar olmuştur. Bu raporlardaki veriler, KYŞ vakalarının azalmadığı gibi çeşitlendiğini ve var olan resmi mekanizmaların önemli ölçüde yetersiz kaldığını göstermektedir.

Kadın Dayanışma Vakfı, 2020-2025 döneminde 2020 yılından başlayarak beş faaliyet raporu yayınlamıştır. Bu raporlara göre Vakfa şiddet nedeniyle başvuran kadın sayısı her geçen yıl artmaktadır (Sırasıyla 216, 271, 420, 317, 430 başvuru).[16–20] Vakfın 2020–2024 dönemi raporları, kadına yönelik şiddet başvurularında da psikolojik şiddetin en yaygın şiddet türü olmaya devam ettiğini göstermektedir. 2020'de COVID-19 pandemisi ile birlikte, Vakfa başvurular arasında genç kadınların maruz kaldığı dijital şiddet öne çıkmıştır. 2021'de koruma kararlarının uygulanmasındaki aksaklıklar ve sığınak yetersizlikleri, 2022'de ise ekonomik şiddet ve nafaka sorunları dikkat çekmiştir. 2023'te resmi kurumlarda şiddete uğrayan kadınların maruz kaldığı ilgisizlik ve küçümseyici tutumlar, ayrıca artan dijital şiddet vakaları rapora yansımıştır. 2024'te ise ısrarlı takip ve dijital şiddetin yaygınlığı ile sığınak kapasite eksiklikleri vurgulanmıştır. Genel olarak Vakfın raporlarına göre 2020-2024 dönemi, psikolojik şiddetin sürekliliğini ve dijital şiddetin giderek artan bir tehdit olduğunu gösteren bir dönem olmuştur.

Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı'nın raporlarına göre 2020 yılında Vakfa şiddet nedenli başvuru sayısı 1698, 2021'de 1306, 2022'de 897, 2023'te 1077, 2024'te 1027 olmuştur.[21–28]

Kadın cinayetleri kadına yönelik şiddetin en ağır sonucudur. Türkiye'de daha önceleri namusun bahane edildiği kadın cinayetleri öne çıkmaktaydı (namus cinayeti/namus bahanesi ile işlenen cinayet). Çeşitli toplumsal faktörlere ve Türk Ceza Kanunu'nun 2005'te değişmesine bağlı olarak bir kadının öldürülmesinde artık namusun bahane edilmez olduğu dikkat çekmektedir. Ancak hala artık sadece "kadın cinayeti" olarak adlandırılan cinayetlere yönelik resmi istatistik bulunmamaktadır. Bu sebeple kadın cinayetlerine dair tek veri kaynağı kadın örgütlerinin verileridir. Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu verilerine göre

Tablo 5. Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu verilerine göre 2020-2025 kadın cinayetleri ve şüpheli kadın ölümleri

Yıl	Kadın Cinayeti Sayısı	Şüpheli Kadın Ölümü
2020	300	171
2021	280	217
2022	334	245
2023	315	248
2024	396	275
2025*	136	145

*İlk 6 ay verisi

Kaynak: Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu

2020 yılında 300, 2021'de 280, 2022'de 334, 2023'te 315, 2024'te 394, 2025 yılının ilk 6 ayında toplam 136 kadın cinayeti işlenmiştir (**Tablo 5**).[29] Ayrıca 2020 yılında 171, 2022'de 245, 2023'te 248, 2024'te 259 ve 2025'in ilk 6 ayında 145 şüpheli kadın ölümü tespit edilmiştir.

Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu'nun kadın cinayeti ve şüpheli kadın ölümlerine ilişkin kullandığı tanımlar Kutu 3'te sunulmuştur.

KUTU 3. KADIN CİNAYETLERİNİ DURDURACAĞIZ PLATFORMU'NUN KADIN CİNAYETİ VE ŞÜPHELİ KADIN ÖLÜMÜ TANIMLARI

Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu'nun kadın cinayeti ve şüpheli kadın ölümü tanımları şu şekildedir:

Kadın cinayeti: bir kadının cinsiyetinden dolayı, yani kadın olduğu için öldürülmesi

Şüpheli kadın ölümü: Ölüm nedeni "intihar", "kaza" ya da "belirsiz" olarak kayda geçse de, aslında erkek şiddetiyle bağlantılı olabileceğine dair kuşku olan kadın ölümleri.

Kaynak: Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu

Türkiye Aile Planlaması Vakfı'nın (TAPV) 2023 yılına kadar KYŞ ile ilgili raporu bulunmamaktadır. Ancak, 2023 yılında "Kadına Yönelik Şiddetin Sağlık Sistemi Boyutu Araştırma Raporu" yayımlanmıştır.[30] Araştırma, Türkiye genelinde yürütülmüş olup kadınlara yönelik şiddetin sağlık sistemi boyutunu incelemek üzere sağlık çalışanları, göçmen kadınlarla çalışan kurumlar ve afet sonrası hizmet veren kuruluşların deneyimlerine dayanmaktadır. Bulgulara göre kadınların %39,6'sı en az bir şiddet türüne maruz kalmakta, engelli ve göçmen kadınlar ise daha yüksek oranda risk altında bulunmaktadır. Katılımcıların %95,5'i son beş yılda şiddet vakalarının arttığını belirtirken, kurumların %65,9'u şiddete uğrayan göçmen kadınlarla çalıştığını ifade etmiştir. Bu sonuçlar, kadına yönelik şiddetin kadınların sağlık hizmetlerine erişimini ciddi biçimde engellediğini ve bu durumun özellikle pandemi ile afet dönemlerinde daha da ağırlaştığını göstermektedir.[30]

3.2. Hukuksal ve Kurumsal Gelişmeler

Kadına Yönelik Şiddetin Engellenmesine Yönelik Yasal ve Politik Araçlar

Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) bünyesinde kurulan Meclis Araştırma Komisyonları, KYŞ'in nedenlerini araştırmak, mevcut hukuki ve kurumsal çerçeveyi değerlendirmek ve politika önerileri geliştirmek üzere çalışmalar yürütmektedir. Bu komisyonların raporları, KYŞ ile mücadelede yasama organının sorumluluklarını görünür kılmakta ve ulusal politika üretimine katkı sağlamaktadır. Kaynaklara göre 2020-2025 yılları arasında KYŞ'in sebeplerinin tüm yönleriyle araştırılması ve alınması gereken tedbirlerin belirlenmesi amacıyla kurulan Meclis Araştırma Komisyonu 2021 ve 2025 yıllarında toplanmıştır. TBMM bünyesinde 2021 yılında kurulan *Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele ve Ailenin Korunması Komisyonu,* Türkiye'nin İstanbul Sözleşmesi'nden çekilme kararının ardından oluşturulmuş ve 6284 sayılı Kanun'un uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla bir rapor hazırlamıştır.[31] Öte yandan, 2025 yılında kurulan Meclis Araştırma Komisyonu KYŞ konusunu sosyal politika, sağlık politikası ve hukuk çerçevesinden geniş kapsamlı olarak ele almıştır. TBMM 2025 Raporu, KYŞ'i toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklanan bir halk sağlığı sorunu olarak ele almakta; sağlık çalışanlarının eğitimi, veri sistemlerinin güçlendirilmesi ve kadınlara yönelik koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılmasını öncelikli hedefler arasında göstermektedir.[32] Ancak, sağlık sisteminin eşitlikçi, bütüncül ve hak temelli bir yapıya kavuşması gerektiği vurgulanmaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, eşitlik ve ayrımcılık yasağına ilişkin hükümleri ile kadınların temel haklarını güvence altına almaktadır. 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun, şiddet mağdurlarına yönelik koruyucu ve önleyici tedbirleri düzenleyen en kapsamlı yasal araç konumundadır. Ayrıca Türk Ceza Kanunu, cinsel suçlar ve aile içi şiddet dahil olmak üzere KYŞ'i cezalandırıcı hükümler barındırmaktadır. İş Kanunu ise işyerinde ayrımcılık ve tacize karşı koruma hükümleri içermektedir.[33–35]

Son yıllarda, KYŞ ile mücadeleye ilişkin uluslararası ve ulusal düzeyde çok sayıda hukuki ve politik araç geliştirilmiştir. Bu bağlamda, Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi), ka-

dına yönelik şiddeti insan hakları ihlali olarak tanımlayan ve taraf devletlere bağlayıcı yükümlülükler getiren ilk uluslararası sözleşme niteliğindedir. Türkiye, 2011 yılında bu sözleşmeyi ilk imzalayan ülke olmasına karşın, 2021 yılında sözleşmeden çekilmiştir.[36]

Bununla birlikte, İstanbul Sözleşmesi'nin temel dayanaklarını oluşturan ve Türkiye'nin de taraf olduğu Kadınlara Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi (CEDAW) ile BM Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu; ayrıca Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) Çalışma Yaşamında Şiddet ve Tacizin Ortadan Kaldırılmasına İlişkin 190 Sayılı Sözleşmesi, kadınların şiddetten korunması ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin hayata geçirilmesi açısından temel uluslararası referans belgeleri olmaya devam etmektedir.[37–40]

Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Kapsamında Kadın Sığınmaevleri İle İlgili Durum

Kadın sığınmaevleri, hem korunma hem de sosyal destek mekanizması olarak KYŞ ile mücadelenin önemli bileşenlerinden biridir. Türkiye'de 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 14. maddesi uyarınca, nüfusu 100.000'i aşan belediyelerin kadınlar ve çocuklar için sığınmaevi açma yükümlülüğü bulunmaktadır.[41,42] Bunun dışında, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) de sığınmaevi açma yetkisine sahiptir.[43]

TÜİK'in güncel ilçe nüfus dağılımı verilerine göre, nüfusu 100.000'in üzerinde olan yaklaşık 235 ilçe bulunmaktadır.[44] Bu kapsamda, Belediyeler Kanunu gereği her bir 100.000 ve üzeri nüfusa sahip belediyenin en az bir sığınmaevi açması durumunda, Türkiye genelinde en az 235 sığınmaevi kurulması gerekmektedir.

Uluslararası göstergelerde ve toplumsal cinsiyete duyarlı planlamalarda sığınmaevi kapasitesinin belirlenmesinde "her 10.000 kişi başına bir sığınmaevi yatağı" standardı[45] kullanılmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye'nin nüfusu 31 Aralık 2024 itibarıyla 85.664.944 kişiye ulaşmıştır.[44] Buradan hareketle Türkiye genelinde en az 8.567 sığınmaevi yatağı olması gerekmektedir.

TBMM Meclis Araştırma Komisyonu'nun (2025) raporuna göre, 2024 yılı sonu itibarıyla Türkiye genelinde 150 kadın sığınmaevi faaliyet göstermektedir.[32] Bunların 112'si Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na, 35'i yerel yönetimlere, ikisi Göç İdaresi Başkanlığı'na ve biri Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı'na aittir. Bu kurumların toplam yatak kapasitesi 3.677'dir.[32] 2024 yılında sığınmevlerinde 37.454 kadın ve 22.136 çocuk olmak üzere toplam 59.590 kişi kalmıştır. Bu kişilerin 4.094'ü yabancı uyrukludur (1.872 kadın ve 2.222 çocuk). 2023 Kahramanmaraş merkezli depremleri izleyen dönemde, afet bölgesindeki 11 ilde 16 kadın sığınmaevi faaliyete geçmiştir. Bu merkezlerin toplam kapasitesi 355 kişi olup, 6 Şubat 2023–30 Eylül 2024 tarihleri arasında 10.832 kadın ve 7.369 çocuk (toplam 18.201 kişi) bu sığınmevlerinde kalmıştır.[32] Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı verilerine göre, belediyeler tarafından 32 kadın sığınmaevi işletilmekte; ayrıca 18 kadın sığınmaevi ise Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından işletilmekteyse de giderleri belediyelerce karşılanmaktadır.[32] Bu veriler, Türkiye'de son yıllarda kadın sığınmaevlerinin sayısında bir artış olmakla birlikte hizmet verilen kadın ve çocuk sayısında önemli bir yükseliş olduğunu göstermektedir. Ancak mevcut kapasitenin, hem artan nüfus hem de belediyelerin yasal yükümlülükleri dikkate alındığında, ülke genelinde hedeflenen 8.567 yatak kapasitesinin oldukça gerisinde olduğunu göstermektedir.

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından hazırlanan Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele IV. Ulusal Eylem Planı (2021–2025) çerçevesinde koruyucu ve önleyici hizmetlerin kapasitesinin artırılması, Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri'nin (ŞÖNİM) işlevselliğinin güçlendirilmesi ve kadın konukevlerinin sayısının artırılması hedeflenmiştir[43]. Bu dönemde ayrıca "2022 Yol Haritası" ile il ve ilçe düzeyinde koordinasyon mekanizmalarının güçlendirilmesi, şiddet mağdurlarına yönelik psikososyal ve hukuki destek hizmetlerinin genişletilmesi gündeme gelmiştir. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın kaynaklarına göre, ŞÖNİM sayısı 112'dir.

Mevzuat boyutunda ise, Türk Ceza Kanunu'nda yapılan değişikliklerle KYŞ ve sağlık çalışanlarına karşı şiddet katalog suç kapsamına alınmış; cezaların artırılması ve koruyucu tedbirlerin uygulanmasının sıkılaştırılması yönünde düzenlemeler yapılmıştır.[46] Ayrıca, yayımlanan Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Genelgesi ile şiddet faillerine yönelik önleyici tedbirlerin uygulanmasının denetimi, risk değerlendirmelerinin güçlendirilmesi ve kolluk kuvvetlerinin sorumluluklarının artırılması sağlanmıştır. Bu değişiklik için Adalet Bakanlığı tarafından 2023 tarihli Aile İçi ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesiyle ilgili genelge belgesi yayımlanmıştır.[46]

3.3. Şiddet Gören Kadınlar Verilen Hizmetler Açısından Durum

Avrupa Şiddete Karşı Kadınlar Ağı (WAVE) tarafından Türkiye'den Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı'nın da

katkılarıyla bir rapor hazırlanmıştır.[47] Bu rapor, kadınlara ve kız çocuklarına yönelik şiddetin önlenmesinde birincil önlemenin önemini ele almaktadır. Bugüne kadar ağırlıklı olarak şiddet yaşandıktan sonra sunulan hizmetlere (sığınaklar, kriz merkezleri, acil hatlar) odaklanıldığı, ancak şiddetin hiç yaşanmadan önlenmesine yönelik stratejilerin daha sınırlı kaldığı belirtilmektedir. Rapor kapsamında elde edilen verilere göre, WAVE üyesi ülkelerin %80'inden fazlasında farkındalık kampanyaları, %60'ından fazlasında okul temelli programlar uygulanmaktadır. Bununla birlikte feminist öz savunma eğitimleri yalnızca %30 düzeyinde mevcuttur. Ayrıca bazı ülkelerde şiddete tanık olanlara yönelik müdahale eğitimleri (%32) ve ayrımcılık karşıtı eğitimler (%28) yürütülmektedir. Bu veriler, birincil önleme yöntemlerinin halen ikincil ve üçüncül önleme hizmetlerine kıyasla geri planda kaldığını göstermektedir. Sağlık boyutunda ise rapor, KYŞ'i önlenebilir bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlamakta ve sağlık çalışanlarının rolüne dikkat çekmektedir. Gebelik döneminde ev ziyaretleri, sağlık personeline şiddeti tanıma ve yönlendirme eğitimi verilmesi ve çocuklara yönelik erken destek programları önleyici yöntemler arasında sayılmaktadır.

Öte yandan, Türkiye genelinde sağlık kuruluşlarına yapılan başvurulara dair sınırlı veri bulunmaktadır. Adli Tıp Kurumu ve Sağlık Bakanlığı kayıtları bazı bilgiler sunsa da, şiddet nedeniyle sağlık sistemine başvurular çoğunlukla eksik bildirilmekte veya farklı kategoriler altında yer almaktadır. DSÖ, şiddete ilişkin sağlık temelli kayıtların güçlendirilmesinin halk sağlığı politikaları için öncelikli olduğunu vurgulamaktadır.[4] Türkiye'de 2020–2025 arasında bu konuda önemli bir ilerleme kaydedilmediği görülmektedir.

3.4. COVID-19 Pandemisi Döneminde Etkiler (2020–2022)

2020 yılında tüm dünyayı etkisi altına alan COVID 19 pandemisi, başta sağlık olmak üzere ekonomik ve sosyal olarak tüm ülkeleri etkilemiştir. Ancak, KYŞ açısında dikkat çeken bir noktayı DSÖ Nisan 2020 yılında paylaşmıştır.[48] DSÖ'nün paylaşımına göre; birçok ülkede, COVID-19 kısıtlamalarıyla birlikte evde kalma ve sosyal izolasyon uygulamaları, stres, ekonomik sıkıntılar ve sosyal destek ağlarının zayıflaması gibi risk faktörleri ortaya çıkmıştır ve bunlar KYŞ'i tetiklemiştir.[48]

Birleşmiş Milletler Kadın Birimi'nin (UN Women) yayınladığı "İçgörüden Aksiyona: COVID-19 Döneminde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği" (From Insight to Action: Gender Equality in the Wake of COVID-19) başlıklı raporda sunulan bazı ülkelerin ilk verilerine göre sokağa çıkma yasağı uygulanan ülkelerde 2019-2020'de toplam 243 milyon kadın şiddete maruz kalmıştır.[49]

Türkiye'ye özgü raporlar incelendiğinde, COVID-19 pandemisi döneminde KYŞ'in belirgin biçimde arttığı görülmektedir. Sabancı Üniversitesi Kurumsal Yönetim Forumu tarafından UNFPA iş birliğiyle yürütülen "Salgın Sürecinde Çalışma Hayatı ve Ev İçi Şiddet" başlıklı araştırmada, Haziran–Ağustos 2020 döneminde kadın çalışanlar arasında şiddet maruziyetinin önemli ölçüde yükseldiği saptanmıştır.[50] Rapor, kadın çalışanların %62'sinin son üç ay içinde birlikte yaşadığı partneri veya evdeki başka bir kişi tarafından en az bir kez şiddete maruz kaldığını; şiddet türleri arasında en yaygın olanın psikolojik şiddet (%58), ardından sosyal dışlama veya sınırlama (%15), fiziksel (%12) ve cinsel şiddet (%9) olduğunu ortaya koymuştur.[50] Benzer biçimde, Sabancı Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Mükemmeliyet Merkezi'nin (SU Gender) hazırladığı "COVID-19 Pandemisi Sürecinde Toplumsal Cinsiyet Çalışmaları İzleme Raporu"nda da Türkiye'de kadınların %43'ünün sokağa çıkma yasağı döneminde şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir.[51] Ayrıca, Sosyo Politik Saha Araştırmaları Merkezi tarafından 2020 yılında yürütülen "COVID-19 Sürecinde Kadınların Yaşam Deneyimleri Araştırması"nda, kadınların %43'ü sokağa çıkma yasağı sürecinde şiddet yaşadığını bildirmiştir.[52] Bu araştırmaya göre en yaygın şiddet biçimi psikolojik şiddet (%23,7) olup, bunu ekonomik (%10,3), fiziksel (%1,7) ve cinsel şiddet (%1,4) izlemektedir. Kadınların bir bölümü ayrıca pandemi koşullarında şiddete karşı başvuru mekanizmalarına erişimde güçlük yaşadıklarını ifade etmiştir.

Kadın Dayanışma Vakfı'nın 2020–2024 dönemi raporlarına göre, daha önce de belirtildiği gibi psikolojik şiddet KYŞ başvuruları arasında en yaygın şiddet türü olmaya devam etmiş; 2020'de COVID-19 pandemisi ile birlikte ise başvurular arasında genç kadınların maruz kaldığı dijital şiddet öne çıkmıştır.[22,23]

Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu Kadın Meclisleri, Mart 2020 itibarıyla COVID-19 pandemisinin gündelik yaşamda yarattığı etkiler bağlamında "Dışarıda virüs–içeride şiddet" tehlikesine dikkat çekerek, kurumların alması gereken önlemleri içeren bir Şiddetten Korunma Kılavuzu hazırlamıştır.[53] Platformun verilerine göre, yalnızca 2020 yılında erkekler tarafından 300 kadın öldürülmüş, 171 kadın ise şüpheli şekilde ölü bulunmuştur.[29,53] Özellikle pandeminin ilk altı ayını kapsayan sokağa çıkma yasağı döneminde 147 kadının öldürüldüğü, 115 kadının ise şüpheli şekilde ölü bulunduğu rapor edilmiştir.[53]

3.5. Altı Şubat 2023 Depremleri

Türkiye'de 6 Şubat 2023 depremlerinin hemen ardından yürütülen saha çalışmalarının raporları deprem bölgesinde veriden çok KYŞ'e maruz kalan veya risk altında olan kadınların ve kız çocukların adalete erişimi ve destek mekanizmalarını ele almıştır. Pandemi dönemi gibi afet koşullarının da kadınlara yönelik şiddet riskini önemli ölçüde artırdığı görülmektedir. Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı'nın psikologlar ve sosyal çalışmacılar eşliğinde Malatya, Adıyaman, Kahramanmaraş, Gaziantep, Hatay ve Adana'da Mart- Nisan 2023 tarihlerinde yaptığı incelemelerde; KYŞ'e maruz kalan ya da risk altında bulunan kadınlar ve çocukların durumuna, kurumların kapasitesine ve mevcut destek mekanizmalarının işleyişine odaklanmıştır.[54]

Avrupa Birliği ve Avrupa Konseyi finansal iş birliği ile hazırlanan başlıklı raporda; kadınların adalete erişimde yaşadığı engeller, hukuki destek mekanizmalarının yetersizliği ele alınmış ancak KYŞ'e ilişkin sayılar verilmemiştir.[55] Çalışma, diğer çalışmalara paralel olarak 2023 Şubat depremleri sonrasında Türkiye'de kadın ve kız çocuklarının adalete erişimi ve hukuki yardım hizmetlerine ulaşma durumlarını toplumsal cinsiyet perspektifiyle incelemiş; adalete erişimde karşılaşılan engeller arasında bilgilendirme eksikliği, hukuki yardım başvuru mekanizmalarına uzaklık, kadınların sürece dahil edilmesinde güçlükler, ulaşım, barınma, belgesizlik gibi lojistik ve yapısal engeller, hukuki okuryazarlık ve bilinçlendirme eksikliği, özellikle gecikmiş bilgilendirme ve hizmetlerin afet sonrası yaygınlaştırılmasında yetersizliklere vurgu yapmıştır. Araştırma sivil toplum kuruluşları ve Türkiye Barolar Birliği'nin Kadın Hakları Komisyonu ortak iş birliği ile yapılmıştır.[55]

Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) saha raporları, çadır ve konteyner yerleşimlerinde kadınların "Güvende olmama" hissinin arttığını, şiddet vakalarının yükseldiğini ve birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan aksaklıkların kadınların fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yarattığını vurgulamaktadır.[56] Türkiye Kadın Dernekleri Federasyonu (TKDF) ise özel sektörün desteğiyle bölgede "Mor Yerleşke Merkezleri" açmış, kadınlara şiddet ve taciz ile ilgili hizmet alabilecekleri sosyal hizmet ve hukuki danışmanlık desteği sunmuştur.[57]

UNFPA, afet sonrası dönemde cinsel ve üreme sağlığı ile toplumsal cinsiyete dayalı şiddet hizmetlerinin durumuna ilişkin çeşitli raporlar yayımlamıştır.[58,59] UNFPA'a ait 3–24 Şubat 2023 tarihli durum raporu, bu hizmetlerin afet bölgesinde ne ölçüde erişilebilir olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca "Türkiye Earthquake Situation 2 years on" raporunda, depremin üzerinden geçen iki seneye rağmen toplumsal cinsiyete dayalı şiddet hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve özel ihtiyaçların giderilmesine yönelik ihtiyaçların devam ettiği ve bu ihtiyaçların karşılanması için yapılan çağrılar yer almaktadır.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin saha gözlemleri ile UNFPA ve UN Women gibi uluslararası kuruluşların raporları da barınma, hijyen ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eksikliklerin kadınları ve kız çocuklarını cinsel şiddet, istismar ve aile içi şiddet açısından daha kırılgan hale getirdiğini ortaya koymuştur.[58–61]

3.6. Ekonomik Kriz ve Etkileri

Türkiye'de pandemi ve 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremler, ekonomik krizin etkilerini artıran araçlar olmuştur. Özellikle 2021–2024 yılları arasında yayımlanan Türkiye kaynaklı çeşitli raporlar, ekonomik kriz ve afet koşullarının kadınların maruz kalabileceği şiddet riskini artırdığını göstermektedir. Bu raporlar, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na ait Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele IV. Ulusal Eylem Planı; İmdat Derneği'nin 2021 yılında yayımladığı Kadına Yönelik Fiziksel Şiddet Raporu; TAPV'in 2024 yılında Kadına Yönelik Şiddetin Sağlık Sistemi Boyutu çalışması ve son olarak Mor Çatı'nın 2024 yılında Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Aile Mahkemeleri Raporu ekonomik kriz ve enflasyon nedeniyle mahkeme kararlarıyla sağlanan tazminatların kadınların temel ihtiyaçlarını karşılamaktan uzaklaştığını ve adalete erişim sürecini zorlaştırdığını vurgulamaktadır.[43,62,63] Bu bulgular; hem ekonomik krizlerin hem de doğal afetlerin kadınların maruz kaldığı şiddeti artıran önemli yapısal ve toplumsal faktörler olduğunu göstermektedir. TAPV raporuna göre KYŞ mağdurlarının sağlık, hukuki ve sosyal hizmetlere erişiminde özellikle ekonomik veya farklı sebeple meydana gelen kriz dönemlerinde aksaklıklar yaşanmakta, bu durum kadınların fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkilemektedir.[30] Mor Çatı'nın raporuna göre ise ekonomik krizler ve enflasyon nedeniyle, mahkeme kararlarıyla sağlanan tazminatlar kadınların temel ihtiyaçlarını karşılamaktan uzaklaşmakta ve adalete erişim sürecini zorlaştırmaktadır.[63] UN Women'ın deprem bölgesinde yaptığı saha çalışmalarında da ekonomik kriz dönemlerinde toplumsal cinsiyete dayalı şiddetle mücadelede kaynak yetersizliği ve hizmet erişiminde engellerin belirginleştiği gözlemlenmiştir.[64] Bu bulgular, ekonomik krizlerin kadınlar üzerindeki toplumsal ve yapısal etkilerini dikkate alarak şiddet önleme ve destek mekanizmalarının güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

4. Sonuç: Kadına Yönelik Şiddet-Halk Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Perspektifi

Genel olarak 2020-2025 dönemi, KYŞ'in görünürlüğünün artmasına rağmen veri sisteminin sürdürülebilir ve düzenli olmaması nedeniyle ölçülemeyen bir kriz niteliğini sürdürdüğü bir dönem olmuştur. Bu dönemde Türkiye'de toplumsal norm direnci nedeniyle KYŞ hâlen ciddi bir halk sağlığı krizi olarak devam etmiştir. Bu yıllarda, COVID-19 pandemisi, ekonomik kriz ve 6 Şubat 2023 depremleri gibi olağanüstü koşullar, kadınların şiddete maruz kalma riskini artıran başlıca yapısal ve toplumsal faktörler olarak öne çıkmıştır.

Elde edilen veriler, şiddetin niteliğinde bir değişim olduğunu göstermektedir; fiziksel ve cinsel şiddet sınırlı azalma göstermesine karşın, duygusal ve ekonomik şiddet yaygınlığı ve dijital şiddet dikkat çekmiştir. Özellikle ekonomik kriz ve enflasyon dönemlerinde mahkeme kararlarıyla sağlanan tazminatlar kadınların temel ihtiyaçlarını karşılamaktan uzaklaşmakta ve adalete erişim sürecini zorlaştırmaktadır. Deprem sonrası saha çalışmaları ise, afetlerin kadınların güvenliğine, hizmetlere erişimine ve toplumsal destek mekanizmalarına ulaşımına ciddi olumsuz etkileri olduğunu ortaya koymuştur.

Halk sağlığı perspektifinden bakıldığında, KYŞ yalnızca bireysel bir sorun değil; kadınların fiziksel ve ruhsal sağlığını etkileyerek sağlık sistemleri üzerinde ek yük oluşturmakta, üretkenliği ve toplumsal yaşamı olumsuz etkilemektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği göstergelerindeki sınırlı iyileşmeye karşın, GSNI ve GGGI verileri, toplumsal normların direncinin ve kadınların düşük temsilinin şiddetin devamlılığında belirleyici olduğunu göstermektedir.

Bu bulgular, KYŞ'in önlenmesinde bütüncül, çok boyutlu ve kriz dönemlerini dikkate alan politikaların önemini vurgulamaktadır. Şiddeti önleyici mekanizmaların güçlendirilmesi; sağlık, sosyal ve hukuki hizmetlerin erişilebilirliğinin artırılması ve toplumsal cinsiyet normlarının dönüştürülmesi, kriz ve afet dönemlerinde özellikle kritik öneme sahiptir. Kadınların güçlenmesini ve yaşamları üzerinde kontrol kazanmasını destekleyen önleyici ve yapısal stratejiler, yalnızca bireysel değil, toplumsal düzeyde de dönüşüm sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Yüksel I, Çavlin A, Ergöçmen B. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı & Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2015. [Internet]. [cited 2025 Oct 16]. Available from: https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/Aile%20i%C3%A7i%20%C5%9Eiddet%20Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%C4%B1/2014_AiSA_Anarapor.pdf
2. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Vol. 359, Lancet. Elsevier B.V.; 2002. p. 1331–6.
3. Devries KM, Mak JYT, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, et al. The Global Prevalence of Intimate Partner Violence Against Women. Science (1979). 2013 Jun 28;340(6140):1527–8.
4. García-Moreno C. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization; 2013. [Internet]. [cited 2025 Oct 16]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625
5. United Nations Development Programme (UNDP). Gender Inequality Index (GII)—Human Development Data Center [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 28]. Available from: https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/TUR
6. United Nations Development Programme (UNDP). Gender Development Index (GDI)—Human Development Data Center [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 28]. Available from: https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/TUR
7. United Nations Development Programme (UNDP). Gender Social Norms Index (GSNI) [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 27]. Available from: https://hdr.undp.org/content/2023-gender-social-norms-index-gsni#/indicies/GSNI
8. World Economic Forum (WEF). Global Gender Gap Report 2025. Geneva: WEF; 2025. [Internet]. [cited 2025 Oct 16]. Available from: https://www.weforum.org/publications/global-gender-gap-report-2025/
9. United Nations Development Programme (UNDP). Tackling social norms: a game changer for gender inequalities [Internet]. 2020 [cited 2025 Sep 27]. Available from: http://hdr.undp.org/en/content/
10. United Nations Development Programme (UNDP). Human Development Report: Country Insights [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 28]. Available from: https://hdr.undp.org/data-center/country-insights#/ranks
11. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması [Internet]. 2009 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/yayinlar/2009_TKYAISA2008-AnaRapor.pdf
12. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye Kadına Yönelik Şiddet Araştırması 2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 14]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Kadina-Yonelik-Siddet-Arastirmasi-2024-57940
13. Altınay AG, Arat Y. Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet [Internet]. İstanbul: Sabancı Üniversitesi; 2007 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://research.sabanciuniv.edu/id/eprint/7029/1/TurkiyedeKadinaYonelikSiddet.pdf

14. UNECE. United Nations Economic Commission for Europe (UNECE). Gender-based violence survey in the European Union (EU-GBV): Implementation overview and future plans. Geneva: UNECE; 2025. [Internet]. [cited 2025 Oct 16]. Available from: https://unece.org/sites/default/files/2025-03/WP8%20Eur%20GBV%20in%20EU.pdf
15. EUROSTAT. Eurostat. EU survey on gender-based violence (EU-GBV): Methodology and implementation manual. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021. [Internet]. [cited 2025 Oct 16]. Available from: Eurostat. EU survey on gender-based violence (EU-GBV): Methodology and implementation manual. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/13484289/KS-GQ-21-009-EN-N.pdf
16. Kadın Dayanışma Vakfı. Patriyarkanın Duvarları Karşısında Kadınların Erkek Şiddeti ile Mücadelesi: 2020 Faaliyet Raporu. [Internet]. Ankara: Kadın Dayanışma Vakfı; 2020. [cited 2025 Oct 15]. Available from: https://www.kadindayanismavakfi.org.tr/faaliyet-raporlari/
17. Kadın Dayanışma Vakfı. Kadın Danışma Merkezi 2021 Faaliyet Raporu. [Internet]. Ankara: Kadın Dayanışma Vakfı; 2021. [cited 2025 Oct 15]. Available from: https://www.kadindayanismavakfi.org.tr/faaliyet-raporlari/
18. Kadın Dayanışma Vakfı. Kadın Dayanışma Vakfı 2022 Faaliyet Raporu. [Internet]. Ankara: Kadın Dayanışma Vakfı; 2022. [cited 2025 Oct 15]. Available from: https://www.kadindayanismavakfi.org.tr/faaliyet-raporlari/
19. Kadın Dayanışma Vakfı. Kadın Dayanışma Vakfı 2023 Faaliyet Raporu. [Internet]. Ankara: Kadın Dayanışma Vakfı; 2023. [cited 2025 Oct 15]. Available from: https://www.kadindayanismavakfi.org.tr/faaliyet-raporlari/
20. Kadın Dayanışma Vakfı. *Kadın Danışma Merkezi 2024 Faaliyet Raporu* [Internet]. Ankara: Kadın Dayanışma Vakfı; 2024 [cited 2025 Oct 15]. Available from: https://www.kadindayanismavakfi.org.tr/faaliyet-raporlari/
21. Sakallı AE, Doğan D, Günel H, Gürel Z. Mor Çatı Deneyimi: Kadına Yönelik Şiddete Dair Neler Anlatıyor? Kadına Yönelik Şiddet Değerlendirme Raporu. İstanbul 2017. [Internet] [cited 2025 Sep 29]. Available from : https://www.morcati.org.tr/attachments/article/466/kadina-yonelik-siddet-degerlendirme-raporu.pdf
22. Mor Çatı. Koronavirüs Salgını ve Kadına Yönelik Şiddet. Ankara; 2020. [Internet] [cited 2025 Sep 29]. Available from : https://morcati.org.tr/izleme-raporlari/koronavirus-salgini-ve-kadina-yonelik-siddet-mor-cati-nisan-2020-raporu/
23. Mor Çatı. Koronavirüs Salgını ve Kadına Yönelik Şiddet. Ankara; 2021 [Internet] [cited 2025 Sep 29]. Available from : https://morcati.org.tr/izleme-raporlari/koronavirus-salgini-ve-kadina-yonelik-siddet-mor-cati-nisan-2020-raporu/
24. Mor Çatı. Türkiye'de Erkek Şiddetiyle Mücadelede Koordinasyona İlişkin İzleme Raporu. 2021. [Internet] [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://morcati.org.tr/izleme-raporlari/erkek-siddetiyle-mucadelede-koordinasyona-iliskin-izleme-raporu/
25. Türkiye CEDAW Sivil Toplum Yürütme Kurulu. Türkiye 8. Periyodik Dönem Gölge Raporu. [Internet]. Ankara. 2021. [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://morcati.org.tr/wp-content/uploads/2022/02/CEDAW-8.-Periyodik-Donem-Golge-Raporu.pdf
26. Batı Balkanlar ve Türkiye'de Kadın STK'ları ve Sağlık Hizmeti Sağlayıcıları arasında İşbirliği: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Viyana; 2022. [Internet] [cited 2025 Sep 29]. Available from:
https://wave-network.org/wp-content/uploads/Bati-Balkanlar-ve-Turkiyede.pdf
27. Mor Çatı. Türkiye'de DepremBölgesindeki RefakatsizÇocukların Durumuna İlişkinBilgi Notu. 2023. [Internet] [cited 2025 Sep 29]. Available from: Türkiye'de Deprem Bölgesindeki Refakatsiz Çocukların Durumuna İlişkin Bilgi Notu - Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı
28. Mor Çatı .Depremden Etkilenen Bölgelerde Kadınların Şiddetten Uzaklaşma Deneyimleri ve Destek Mekanizmaları. 2023. [Internet] [cited 2025 Sep 29]. Available from:
https://morcati.org.tr/izleme-raporlari/depremden-etkilenen-bolgelerde-kadinlarin-siddetten-uzaklasma-deneyimleri-ve-destek-mekanizmalari/
29. Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 28]. Available from: https://kadincinayetlerinidurduracagiz.net/
30. TAPV. Kadına Yönelik Şiddetin Sağlık Sistemi Boyutu: Araştırma Raporu [Internet]. Ankara: TAPV; 2023 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.tapv.org.tr/wp-content/uploads/2024/04/TAPV-Kadina-Yonelik-Siddetin-Saglik-Sistemi-Boyutu-Arastirma-Raporu.pdf
31. TBMM. Türkiye Büyük Millet Meclisi Kadına Yönelik Şiddetin Sebeplerinin Tüm Yönleriyle Araştırılarak Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu. Tutanak Dergisi [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 29]; Available from: komisyon_tutanaklari.goruntule
32. TBMM. Kadınların Her Türlü Şiddet Ve Ayrımcılığa Maruz Kalmalarının Önlenerek Bu Alandaki Mevcut Düzenlemelerin Gözden Geçirilmesi ve Alınması Gereken Ek Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 14]. Available from: https://cdn.tbmm.gov.tr/KKBSPublicFile/D28/Y2/T10/DosyaKomisyonRaporunuVerdi/11fc3709-6128-4bea-95b3-d6cd9f717184.pdf
33. TBMM. Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun [Internet]. RESMİ GAZETE; 2012. . [cited 2025 Oct 14]. Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/03/20120320-16.htm
34. TBMM. TÜRK CEZA KANUNU 102 MADDE [Internet]. TBMM; 2004. [cited 2025 Oct 14]. Available from:https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5
35. TBMM. 4857 Sayılı İŞ KANUNU [Internet]. TBMM; 2003. [cited 2025 Oct 14]. Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/06/20030610.htm#1
36. TC CUMHURBAŞKANLIĞI İLETİŞİM BAŞKANLIĞI. Türkiye'nin İstanbul Sözleşmesi'nden Çekilmesine İlişkin Açıklama [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.iletisim.gov.tr/turkce/ha-

berler/detay/turkiyenin-istanbul-sozlesmesinden-cekilmesine-iliskin-aciklama

37. BM CEDAW. Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) [Internet]. 1985 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.aile.gov.tr/media/35256/kadinlara-karsi-her-turlu-ayrimciligin-onlenmesi-sozlesmesi-ve-ihtiyari-protokolu.pdf
38. UN. Fourth World Conference on Women, 4-15 September 1995, Beijing, China [Internet]. 1995. [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://docs.un.org/en/A/CONF.177/20/Rev.1
39. ILO. 190 Sayılı Şiddet ve Taciz Sözleşmesi ve Ulusal Mevzuat [Internet]. 2019 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.ilo.org/tr/resource/resmi-olmayan-%C3%A7eviri-%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fma-ya%C5%9Fam%C4%B1nda-%C5%9Fiddet-ve-tacizin-ortadan
40. Avrupa Konseyi Anlaşmalar Serisi. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve BunlarlaMücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi [Internet]. 2011 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/03/20120308m1-1.pdf
41. RESMİ GAZETE. 5393 Sayılı Belediyeler Kanunu [Internet]. TBMM; 2005. [cited 2025 October 14]. Available from:https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5393&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5
42. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü. KASIM 2024 VERİLERİ ŞÖNİM SAYISI [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.aile.gov.tr/sgbd/istatistik-sayfalari/aylik-istatistik-bulteni/
43. Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü. KADINA YÖNELIK ŞIDDETLE MÜCADELE IV. ULUSAL EYLEM PLANI (2021-2025) [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.aile.gov.tr/media/217717/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-iv-ulusal-eylem-plani-2021-2025.pdf
44. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2024. [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 15]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/
45. Paksoy Erbaydar N, Türkiye Kadın Sağlığı Araştırma Grubu (TKSA). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Toplum İçin Bilgilendirme Dizisi (2018/2019–21). [Internet]. 2018. [cited 2025 Oct 15]. Available from: https://halksagligi.hacettepe.edu.tr/diger/2019_ozel_gun.php
46. Adalet Bakanlığı. ADALET BAKANLIĞI Adli Destek ve Mağdur Hizmetleri Dairesi Başkanlığı [Internet]. Adalet Bakanlığı; 2023. [cited 2025 Oct 15]. Available from: https://rayp.adalet.gov.tr/resimler/1/dosya/154-2-nolu-genelge27-03-20243-16-pm.pdf
47. Avrupa Şiddete Karşı Kadınlar Ağı (WAVE). Şiddetsiz Bir Yaşam Kadınlara ve kız çocuklarına yönelik şiddetin sonlandırılmasında birincil önlemenin kilit rolü. Viyana ; [Internet]. 2023. [cited 2025 Oct 15]. Available from: wave_publication_2025_TURKISH.pdf
48. WHO. Focus: COVID-19 exacerbates risks of violence for women [Internet]. 2020 [cited 2025 Sep 28]. Available from: https://www.who.int/china/news/feature-stories/detail/focus-covid-19-exacerbates-risks-of-violence-for-women#:~:text=Although%20data%20is%20scarce%2C%20reports,risk%20of%20violence%20for%20women.
49. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women). From insights to action: Gender equality in the wake of COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2025 Sep 28]. Available from: https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/09/gender-equality-in-the-wake-of-covid-19
50. Sabancı Universitiesi ve UNFPA. Working Life and Domestic Violence in the COVID-19 Period [Internet]. 2020 [cited 2025 Sep 28]. Available from: https://badv.sabanciuniv.edu/en/node/206
51. Sabancı Üniversites, Su Gender. COVID-19 Pandemisi Sürecinde Toplumsal Cinsiyet Çalışmaları İzleme Raporu. 2020. [Internet]. [cited 2025 Sep 29]. Available from https://sugender.sabanciuniv.edu/sites/sugender.sabanciuniv.edu/files/2021-09/pandemi_raporu_0.pdf
52. Sosyo Politik Saha Araştırmaları Merkezi. COVID-19 Karantinasından Kadının Etkilenimi ile Kadın ve Çocuğa Yönelik Şiddete İlişkin Türkiye Araştırma Raporu. [Internet]. 2020 Apr [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://sahamerkezi.org/wp-content/uploads/2020/04/kad%C4%B1n-covid-ek.pdf
53. Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu. Kadın Cinayetlerini Durduracağız 2020 Yıllık Raporu [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://kadincinayetlerinidurduracagiz.net/veriler/2947/kadin-cinayetlerini-durduracagiz-platformu-2020-raporu
54. Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı. Experiences of Women in the Earthquake Affected Region in Support Mechanisms And in Their Attempts to Distance Themselves From Violence [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://en.morcati.org.tr/wp-content/uploads/2023/07/Experiences-of-women-in-the-earthquake-affected-region-in-support-mechanisms-and-in-their-attempts-to-distance-themselves-from-violence.pdf
55. Gülriz Uygur. Gender Analysis in Earthquake Areas: Women's Access to Justice and Legal Aid [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.coe.int/en/web/genderequality/-/gender-analysis-in-earthquake-areas-now-available-online
56. Türk Tabipler Birliği. TTB Deprem Bülteni #16: Bölgedeki Sağlık Hizmetleri ve Geçici Yerleşim Alanları Kadınların İhtiyaçları Gözetilerek Planlanmalı [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=acb4bd-9c-bc25-11ed-8ed8-f23017e12823
57. Türkiye Kadın Federasyonu Dernekleri. Deprem Bölgesinde Mor Yerleşke [Internet].2023 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://tkdf.org.tr/
58. UNFPA. Turkiye Earthquake Situation Report [Internet]. February ; 2023 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.unfpa.org/resources/t%C3%BCrkiye-earthquake-situation-report-3-24-february-2023
59. UNFPA. Situation Report: Türkiye Earthquakes, 2 years on [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://turkiye.unfpa.org/en/publications/situation-report-turkiye-earthquakes-2-years#:~:text=The%20mas-

sive%20earthquakes%20that%20struck,million%20individuals%20without%20safe%20homes.

60. HASUDER. Deprem Dönemi Çalışmaları [Internet]. [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.hasuder.org.tr/
61. UNWOMEN ve TURKİYE BAROLAR BİRLİĞİ. Depremin Ardından Kadınlar ve Kız Çocukları Türkiye'deki Depremlerin Etkisi: Deprem Sonrası Adalete Erişimin Önündeki Engeller – Kadınların Hukuki Önceliklerine Dair Saha Araştırması Tespitleri [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://eca.unwomen.org/sites/default/files/2024-03/her_aftermath_deprem_sonrasi_adalete_erisimin_onundeki_engeller_aralik_23_tr_0.pdf
62. İMDAT DERNEĞİ. KADINA YÖNELİK FİZİKSEL ŞİDDET RAPORU [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.imdat.org/media/raporlar/Kad%C4%B1na_Yonelik_Fiziksel_Siddet_Raporu.pdf
63. Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Aile Mahkemeleri [Internet].2024 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://morcati.org.tr/wp-content/uploads/2024/2/aile-mahkemeleri-rapor-1.pdf
64. UNWOMEN. Boosting legal literacy for women survivors in Türkiye's earthquake zones [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://eca.unwomen.org/en/stories/news/2024/05/boosting-legal-literacy-for-women-survivors-in-turkiyes-earthquake-zones

Erken Yaşta Evlilikler

Pınar Okyay

Erken yaş evlilik olarak tanımlanan evlilikler genel olarak 18 yaş öncesi evliliklerdir. Veriler de genel olarak bu kabul üzerinden oluşturulmaktadır. Erken yaş evlilik için taraflardan biri erişkin olabileceği gibi her ikisi de 18 yaş altı birey olabilir. Birliktelik ülke mevzuatına göre resmi ya da gayri resmi olarak gerçekleşebilir.[1,2]

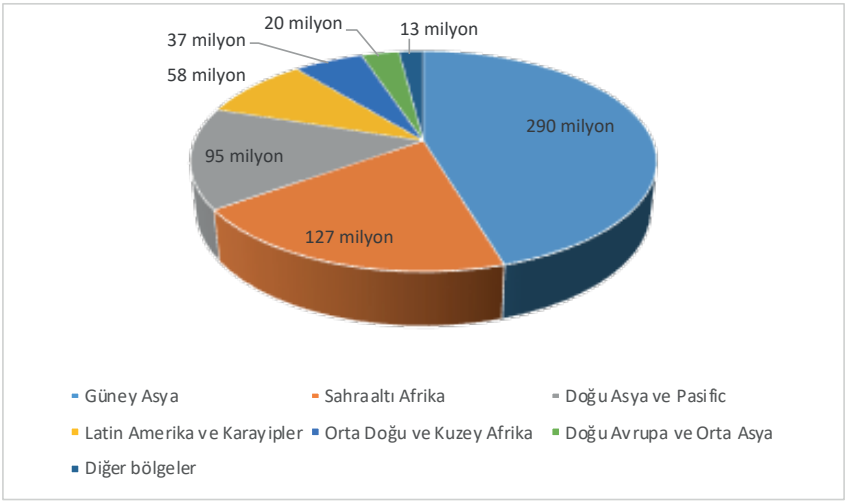
Erken yaşta evlilikler insan hakları ihlalidir. Uygulama kız çocuklarında yaygın olsa da erkek çocukları da risk altındadır. Cinsiyete bakılmaksızın bir hak ihlali olan bu uygulama yaygınlığını korumaktadır. Bu derlemede kız çocukları ile ilgili veriler ağırlıklı olarak paylaşılacaktır. Erkek çocuklardaki durum ile ilgili sınırlı veri bulunmaktadır.

Erken yaşta evlilikler ile ilgili birçok faktör kolaylaştırıcı rol oynamaktadır. Bu derlemenin başat konusu olmaması nedeni ile yer verilmeyecek olan risk faktörleri son beş yıl içinde literatürdeki çok sayıdaki derlemenin konusu olduğu gibi yine bu raporun bir önceki döneminde yer alan aynı temalı bölümün yazarları tarafından da özetlenmiştir.[3] Aynı risk faktörleri bugün de önemini korumaktadır. Son beş yıl içinde değişen en önemli durum geçirmiş olduğumuz pandemi dönemidir. Bu derlemede pandemi döneminin etkisine bu nedenle ayrıca yer verilmiştir.

1. Dünyada Mevcut Durum

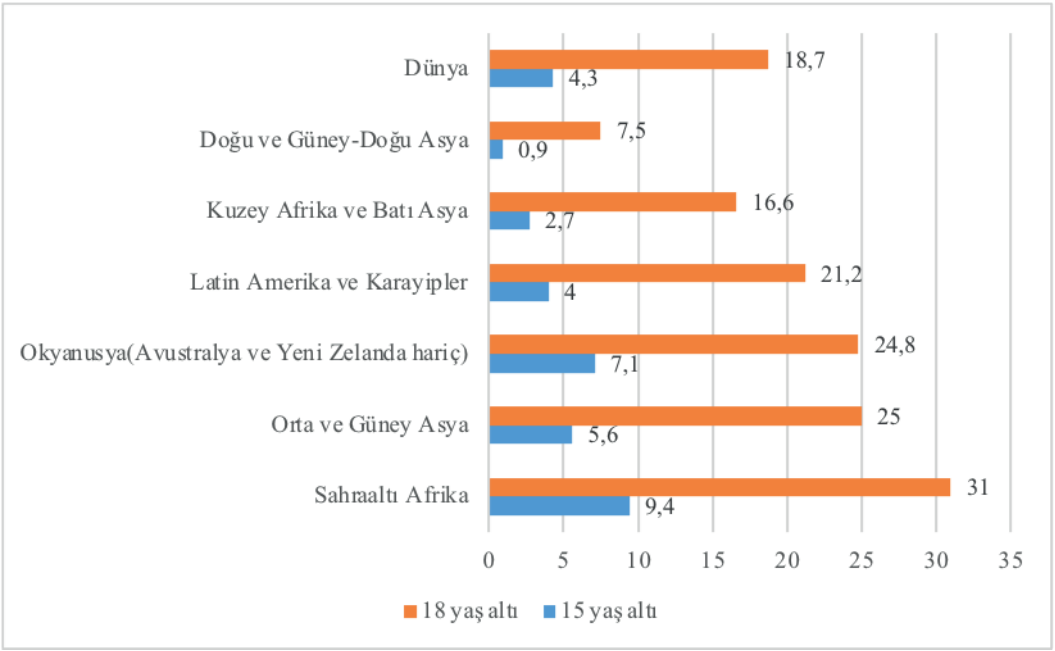
Erken yaşta evlilikler genellikle toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bir sonucudur ve kız çocukları bu uygulamadan orantısız bir şekilde etkilenmektedir. Dünya genelinde, erkek çocuklar arasında erken yaşta evliliğinin yaygınlığı kız çocuklarınınkinin yalnızca altıda biridir.[2]

Dünya genelinde her beş kız çocuğundan biri 18 yaşına gelmeden resmi olarak evlenmiş veya gayri resmi bir birliktelik içindedir. Bugün hayatta olan tahmini 640 milyon kız ve kadın çocukluk döneminde evlendirilmiştir.[1,4] 18 yaşından önce ilk kez evlenen veya birliktelik yaşayan kız ve kadın sayısının bölgelere göre küresel dağılımı **Şekil 1**'de verilmiştir.



Şekil 1. 18 yaşından önce ilk kez evlenen veya birliktelik yaşayan kız ve kadın sayısının bölgelere göre küresel dağılımı

Kaynak: UNICEF, 2023



Şekil 2. Dünya genelinde bölgelere göre erken yaşta evliliklerin yaygınlığı (%), 2024

Kaynak: Statista, 2024

Her yıl 12 milyon ergen kız 18 yaşından önce evlendirilmektedir; her üç saniyede bir, dünyanın herhangi bir yerinde ergen bir kız çocuğu evlendirilmektedir. Kız çocuklarının %19'u 18 yaşından önce evlendirilirken, %4'ü ise 15 yaşından önce evlendirilmektedir.[5] Dünya genelinde bölgelere göre erken yaşta evliliklerin yaygınlığı **Şekil 2**'de verilmiştir.

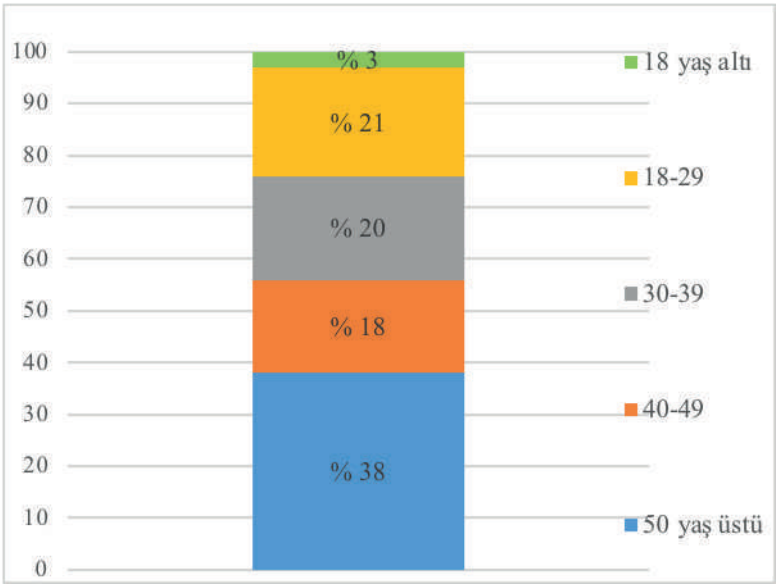
Çocuk Hakları Sözleşmesi ve Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi de dahil olmak üzere birçok uluslararası anlaşma, erken yaşta evliliklerini yasaklamaktadır. Uluslararası düzenlemelerin etkisi ile erken yaşta evlilik ile düzenlemeler ulusal mevzuatlara da girmiştir. Tüm bu girişimler erken yaşta evliliklerin küresel olarak azalmasına yardım etmek ile sonuçlanmıştır. Günümüzde 20-24 yaş arası her beş genç kadından biri çocukken evlendirilirken, 10 yıl önce bu oran neredeyse her dört kadından biriydi.[4] Erken yaşta evliliklerin küresel yaygınlığı son 10 yılda yüzde 23'ten yüzde 19'a düşmüştür. 18 yaşından önce ilk kez evlenen veya birliktelik yaşayan kız çocukları ve kadınların sayısının mevcut yaşa göre küresel dağılımı **Şekil 3**'te verilmiştir.

Bu düşüş eğimine rağmen, 2030 yılına kadar erken yaşta evlilikleri ortadan kaldırma hedefinden çok uzaktayız. Covid-19 pandemisinin etkisi henüz tam ölçülememiş olsa da modellenmiş tahminler, riski arttırdığını ve bu durumun düşüş eğilimini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Okulların kapanması, gelir kayıpları, ekonomik belirsizlik ve hatta ebeveynler arasındaki ölüm oranları nedeniyle günlük yaşamın sekteye uğraması, kız çocukları için daha yüksek riskli bir ortam yarattı. 2022 yılında pandemi etkisi ile 12 milyon kız çocuğunun erken yaşta evlendirildiği tahmin edilmektedir. 2030 yılına kadar 10 milyon kız çocuğunun daha erken yaşta evlendirileceği tahmin ediliyor. Mevcut hızla ilgili Sürdürülebilir Kalkınma Amacının (SKA) en az 300 yıl uzağındayız; 20 kat daha hızlı olunması gerekmektedir.[4,6]

2. Türkiye'de Mevcut Durum

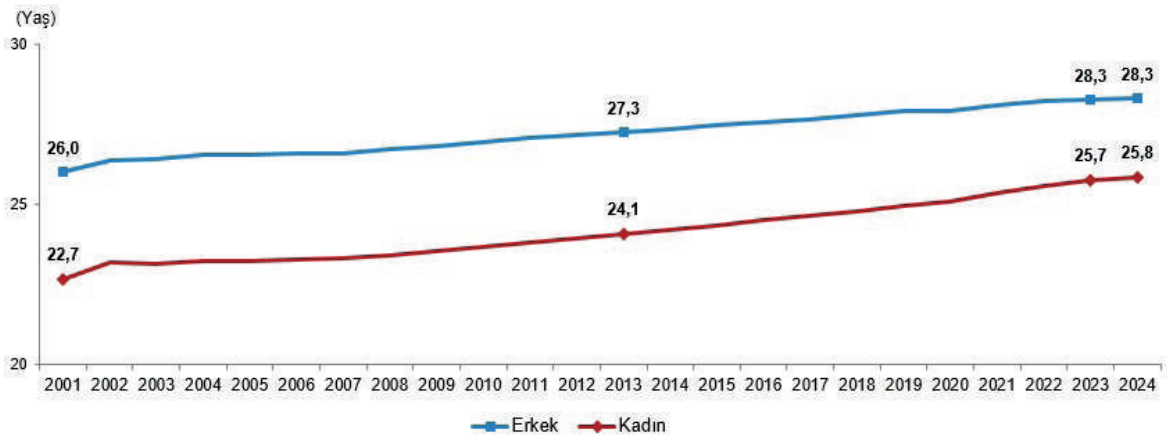
Türkiye'de ortalama evlenme yaşı yükselmeye devam etmektedir. (**Şekil 4**)

TÜİK verilerine göre Türkiye'de ortalama evlenme yaşı son beş yılda yükselmeye devam etmekle birlikte[7], erken yaşta evlilikler ile ilgili ayrıntılı bilgileri sağlayan en önemli veri kaynağımızı oluşturan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının (TNSA) yayımlanan sonuncusu TNSA-2018 çalışmasıdır. Saha çalışmasının tamamlandığı belirtilen TNSA-2024 çalışması ile ilgili herhangi bir sonuç bu derlemenin hazırlandığı Ekim 2025 itibari ile yayımlanmamıştır. Bu durum 2000-2024 yılını kapsayan bu derlemenin ülke verileri ile durumu değerlendirmesinin en önemli kısıtlılığı oluşturmuştur. Benzer şekilde Türkiye'deki değişimle ilgili uluslararası kuruluşların yapmış olduğu en güncel ça-



Şekil 3. 18 yaşından önce ilk kez evlenen veya birliktelik yaşayan kız çocukları ve kadınların sayısının mevcut yaşa göre küresel dağılımı

Kaynak: UNICEF, 2023



Şekil 4. Cinsiyete göre ortalama ilk evlenme yaşı, TÜİK, 2002-2024.

Kaynak: TÜİK, 2024

lışma, UNICEF'in veri tabanına dayanmakta ve 2014-2020 dönemini kapsamaktadır. Bu çalışmanın güncel dayanağı da TNSA-2018'dir. Bu veriler de bir önceki rapordaki aynı temalı bölümün yazarları tarafından detaylı olarak değerlendirilmiştir.[3] Bu dönem ile ilgili veriler özetle, 20-24 yaşındaki 1,7 milyon kadının (%2) 15 yaş altında evlenmiş olduğunu ve 8 milyon kadının da 18 yaş altında (%15) evlenmiş olduğunu göstermektedir.[8]

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) evlilikler ile ilgili yaş sınıflamasını 16-17 ve 18-19 olarak vermektedir. Türkiye'de 2024 yılında 568.395 evlenme gerçekleşmiştir. Bu evliliklerin toplamda 9971'i (%1,75) 16-17 yaş grubundadır. Bu yaş grubunda 617 erkek ve 9354 kadın evlenmiştir. 18-19 yaş grubunda ise 5099 erkek ve 37.124 kadın evlenmiştir. Bu evliliklerin toplamı 42.223'tür (%7,43).[7] Son beş yıla ait 16-17 yaş grubundaki evlilik verileri **Tablo 1**'de özetlenmiştir.

İllere göre 16-17 yaş grubunda evlenen kız çocuklarının aynı yaş grubundaki kız çocuk nüfusuna oranı ve en yüksek üç il **Şekil 5**'te verilmiştir.

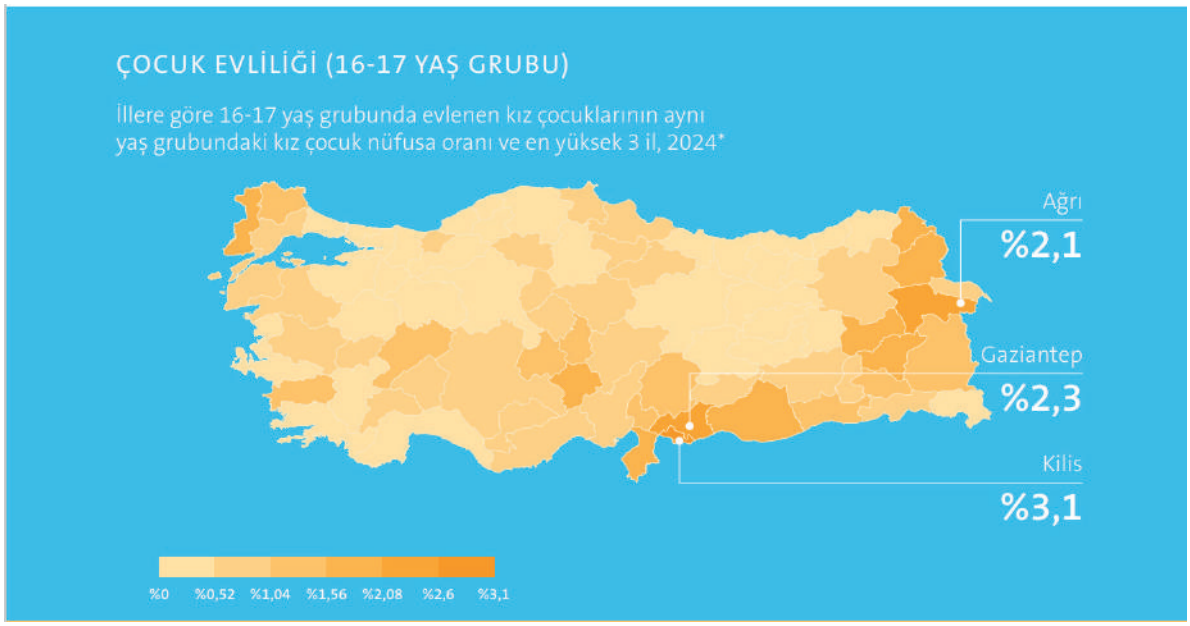
Türkiye'de de küresel ölçekte olduğu gibi yıllar içinde bu yaş grubundaki evlilikler her iki cinsiyet için düşüş eğilimindedir. (**Şekil 6**)

TÜİK verilerini değerlendirirken, bu verilerin resmî evlilik kayıtları dışında resmî olmayan evlilikler, örneğin "imam nikâhı" tarzı kayıt dışı evlilikleri kapsa-

Tablo 1. 16-17 yaşta evlilik, TÜİK, 2000-2024

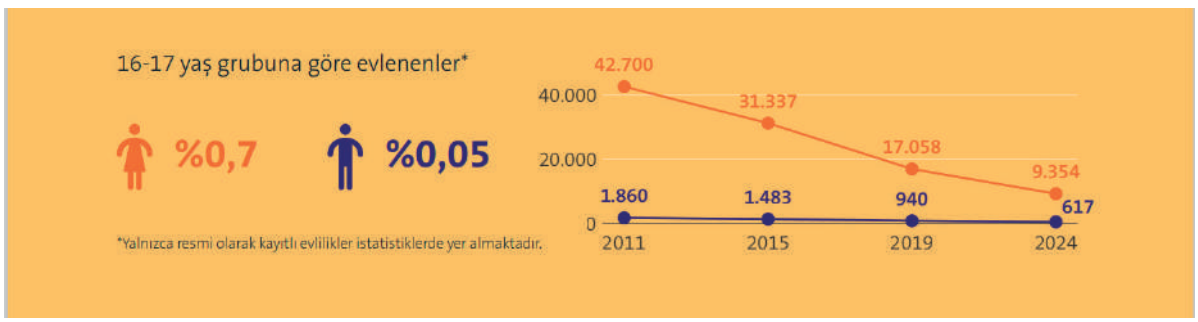
	Kız	Erkek	Toplam (16-17)	Toplam Evlilik	Oran
2020	13.035	728	13.763	487.270	2,82
2021	13.168	773	13.941	561.710	2,48
2022	11.563	693	12.256	574.358	2,13
2023	10.498	707	11.205	567.011	1,98
2024	9354	617	9971	568.395	1,75

Kaynak: TÜİK, Evlenme istatistikleri



Şekil 5. İllere göre 16-17 yaş grubunda evlenen kız çocuklarının aynı yaş grubundaki kız çocuk nüfusuna oranı ve en yüksek üç il, Türkiye, 2024.[10]

Kaynak: UNWomen ve TÜİK, 2024



Şekil 6. 16-17 yaş grubunda evlenen kız ve erkek çocuk sayılarının yıllara göre değişimi, Türkiye, 2011-2024.

Kaynak: UNWomen ve TÜİK, 2024

madığı dikkate alınmalıdır. Ülkemizde 18 yaşını doldurmamış olan çocuklardan 17 yaşını tamamlayanları velinin izni, veli yoksa vasi veya vesayet makamının izni ile 16 yaşını dolduranları ise hâkimin izni ile evlenebilmektedir. 16 yaş altı evlilikler ise kayıt dışıdır; TÜİK verilerinde yer almamaktadır.

3. Sonuç

Erken yaşta evlilikleri önleme ile ilgili küresel bir ivme izlenmekle birlikte daha fazla iş birliği ve önleme programlarına ihtiyaç bulunmaktadır.

Ülkemizin durumu ile ilgili olarak en iyi değerlendirmelerden biri, 18-27 Temmuz 2022 tarihleri arasında

Türkiye'ye resmi bir inceleme ziyaretinde bulunan Kadınlara ve Kız Çocuklara Yönelik Şiddet Özel Raportörü Reem Alsalem tarafından yapılmıştır. Bilindiği gibi ülkemizde 20 Mart 2021 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan 3718 sayılı karar sonucunda İstanbul Sözleşmesi'nin feshedilmesine karar verilmiştir. Alsalem ilgili raporunda, "Türk Ceza Kanunu'nda çocuk yaşta evlilik açıkça yasaklanarak dini nikaha fiili hoşgörü de dahil olmak üzere çocuk yaşta evliliği ortadan kaldırmak için daha etkili çalışmalar yürütülmelidir. Erken yaşta evliliklerin kız çocukların sağlığı ve gelişimi üzerindeki zararlı etkilerine ilişkin farkındalığı artırma çabaları güçlendirilmelidir. Bu konudaki farkındalık çalışmaları, Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Komitesi'nin 31 Sayılı ve Çocuk Hakları Komitesi'nin zararlı uygulamalara ilişkin 18 Sayılı ortak genel tavsiyesi/genel yorumu doğrultusunda yürütülmelidir" ifadesine yer vermiştir. Alsalem aynı raporda, "Toplumsal cinsiyet eşitliği teriminin ulusal eylem planlarından ve tüm resmi ve yasama ile ilgili politikalardan çıkarılmış olmasından da ayrıca endişe duymaktayım." şeklinde düşüncelerini belirtmiştir.[11]

Erken yaşta evlilikler toplumsal cinsiyet ile ilgilidir. Tam da bu nedenle, çocuk yaşta, erken ve zorla evlilik gibi tüm zararlı uygulamaların 2030 yılına kadar sona erdirilmesi SKA 5.3 No.lu küresel amacı, "SKA 5. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği" amacının alt bileşenidir. Bu amaç tek başına çok anlamlı olması dışında yoksulluğun sonlandırılması, açlığın sonlandırılması, eşitsizliklerin azaltılması, sağlık ve refah, nitelikli eğitim, insana yakışır iş ve ekonomik büyüme gibi diğer çok sayıda SKA'nın da en önemli bileşenidir.

KAYNAKLAR

1. UNFPA. Child marriage. https://www.unfpa.org/child-marriage. (Erişim tarihi: 26.10.2025)
2. UNICEF. Child marriage. https://www.unicef.org/protection/child-marriage. (Erişim tarihi: 26.10.2025)
3. Taneri, PE, Ertem, M. (2020). Erken Yaş Evlilikleri. S.Üner, P.Okyay (Eds.), Türkiye Sağlık Raporu 2020 içinde (193-199). Ankara: Hipokrat Yayınevi. ISBN: 978-605-7874-83-2.
4. UNICEF. Is an End to Child Marriage within Reach? Latest trends and future prospects. 2023 update. New York, 2023.
5. Statista. Prevalence of child marriage worldwide in 2024, by region. https://www.statista.com/statistics/1228308/prevalence-of-child-marriage-worldwide/ (Erişim tarihi: 26.10.2025)
6. UNICEF. COVID-19: A threat to progress against child marriage, UNICEF, New York, 2021.
7. TÜİK. Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Marriage-and-Divorce-Statistics-2024-54194. (Erişim tarihi: 26.10.2025)
8. UNICEF. Child Marriage in Türkiye. https://childmarriagedata.org/country-profiles/turkiye/ (Erişim tarihi: 26.10.2025)
9. TÜİK. Evlenme İstatistikleri - Veri Portalı. https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=nufus-ve-demografi-109&dil=1. (Erişim tarihi: 25.10.2025)
10. UN Women ve TÜİK. Türkiye'de İstatistiklerde Kadın: 2024 Yılına Bakış https://kadingirisimci.gov.tr/media/bhsmkmut/turkiye_de-istatistiklerle-kadin-2024-raporu.pdf. (Erişim tarihi: 25.10.2025)
11. Birleşmiş Milletler Kadınlara ve Kız Çocuklarına Yönelik Şiddet, Sebepleri ve Sonuçları Özel Raportörü Reem Alsalem'in Raporu. End of mission statement Turkiye in Turkish.pdf https://turkiye.un.org/sites/default/files/2022-07/End%20of%20mission%20statement%20Turkiye%20in%20Turkish.pdf. (Erişim tarihi: 25.10.2025)

Engelli Bireylerde Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı

Filiz Abacıgil, Hatice Şahin

Dünya nüfusunun %16'sını (1,3 milyar kişi) engelli bireyler oluşturmaktadır.[1] Engelli bireyler yaşamın birçok alanında güçlükler yaşamakta, sağlık, eğitim, istihdam, ulaşım ve bilgi edinme gibi hizmetlere erişimde sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu sorunlardan biri de genellikle göz ardı edilen bir konu olan cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) ile ilgilidir.[2,3] 2006 yılında kabul edilen Birleşmiş Milletler (BM) Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme (EHS), engellilerin, cinsel sağlık ve üreme sağlığı da dahil olmak üzere, en yüksek sağlık standardına sahip olma hakkının özel olarak tanındığını, taraf devletlerin engellilerin CSÜS hizmetleri dahil sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için tüm uygun tedbirleri almakla yükümlülüğü olduğunu belirtir.[4]

CSÜS hizmetlerine erişim temel bir insan hakkı olmasına rağmen, engelli bireyler CSÜS hizmetlerinden yararlanmada çok sayıda engelle karşılaşmaktadır. Özellikle engelli kadınlar, gerek engellilik durumları gerek toplumsal cinsiyet gibi kesişen kimliklerinden dolayı çok daha fazla zorluk ve dezavantajlı durumlarla karşı karşıya kalabilmektedir.

Toplumda engelli bireylerin cinselliğine yönelik yanlış bilinen inanışlar mevcuttur. Engelli insanların engelli olmayan insanlarla aynı üreme sistemlerine sahip olmadığı, aseksüel oldukları, adet görmedikleri, çocuk sahibi olamayacaklarına ve olmamaları gerektiği, cinsel aktivitede bulunmadıkları, evlenme olasılıklarının daha düşük olduğu, CSÜS eğitimlerine ihtiyaçları olmadığı gibi düşünceler engelli bireylerin CSÜS'nı olumsuz etkiler.[2,3,5] Bunların dışında, CSÜS hizmetlerine erişimde karşılaşılan sorunlar; fiziksel olarak sağlık hizmetlerine erişememe (mesafenin uzak oluşu, engelli dostu olmayan sağlık hizmetleri alt yapısı, rampa olmayışı, uygun muayene masalarının olmayışı, harekete yardımcı araç eksikliği, kişiye uygun/adapte edilmiş malzeme eksikliği), ekonomik güçlükler (hizmet bedelinin karşılanamaması), bilgi ve iletişim materyallerinin yokluğu (Braille alfabesinde materyal yokluğu, basit resimli broşürlerin olmayışı, işaret dili tercümanı eksiklikleri), sağlık hizmeti sunanların ayrımcı davranışları ile beceri ve bilgi eksiklikleri, sağlık hizmeti sunanlar arasında koordinasyon eksikliği, yeterli kaynak ve bütçe olmamasıdır. Ayrıca engelli bireylerin CSÜS ile ilgili bilgi eksiklikleri, yetersiz sosyal destek (refakatçi veya bilgilendirme eksiklikleri), mahremiyet sorunları, engellilerin yasal ehliyetlerini kısıtlayan mevzuat ile CSÜS hizmetleri hakkında özerk kararlar alamama ve politik engeller CSÜS hizmetlerine erişimi olumsuz etkilemektedir.[6,7]

Birçok engelli kadın, kendi istekleri dışında kısırlaştırma uygulamalarına (cerrahi yöntemle gebeliğin engellenmesi), kürtaj yaptırmaya, zorla evlendirilme gibi durumlara, doğum kontrolüne erişimin engellenmesi veya adet kanamasını kontrol etmek için diğer zorunlu tıbbi prosedürlere maruz kalabilmektedir. Bu durumlar engelli bireyin onayı alınmaksızın, zorlama ile veya bilgilendirilmeden gerçekleştirilebilmektedir. Bu tür uygulamalar "tıbbi gereklilik" veya "yüksek yarar" iddialarıyla meşru hale getirilmeye çalışılmaktadır.[2,3,6,8]

Ülkemiz için de benzer durumlar söz konusu olmakla birlikte, engelli bireyler için hak temelli, veriye dayalı bütüncül sağlık hizmet politikalarının eksikliğinin sorunların temelinde yer aldığı belirtilmektedir. Ayrıca ayrımcılık ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği CSÜS hizmetlerine erişimin önündeki engelleri daha da büyütmektedir.[9]

Türkiye Sağlık Raporunun (TSR) "Engelli bireyler" ile ilgili bölümünde de belirtildiği üzere ülkemizde engelliler konusundaki veri, bilgi ve istatistikler güncel olmayıp, son derece kısıtlıdır. Yaşa, cinsiyete, engel türüne ve sıklığına göre ayrıştırılmış veri bulunmamaktadır. Bu nedenle TSR'nun bu bölümünde 2020 sonrası yapılan çalışmalar ya da raporlar doğrultusunda mevcut durum sunulmaya çalışılacaktır.

1. Engelli Bireylerde CSÜS Sorunları

Engelli bireylerde, engelliliğin türüne ve etkilenim düzeyine göre farklı CSÜS sorunları olmakla beraber, genel olarak zihinsel engelli bireylerde, cinsel gelişim sorunları (cinsel dürtü kontrolü sorunları, davranışları kontrol edememe), duyguları ifade edememe, yardım alamama, nasıl alacağını bilememe, cinsel ilişki kurma ve sürdürmede sorunlar, cinsel istismara açık olma, toplumsal kısıtlamalar ve önyargılar CSÜS sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Fiziksel engelli bireylerde menstrüel hijyen yönetimi sorunları (ped kullanım güçlüğü), cinsel işlev bozuklukları, fertilite sorunları, doğurganlık kontrolünde yaşanan sorunlar (pıhtılaşma riski nedeniyle östrojen içermeyen kontraseptiflerin tercihi, spinal kord yaralanması olanlarda rahim içi araç (RIA) yerine alternatif kontraseptiflerin tercihi gibi durumlar) görülebilmektedir. Görme engelli bireylerde menstrüel hijyen yönetimi sorunları (vajinal enfeksiyonlar, idrar yolu enfeksiyonları vb), mahremiyetin sağlanamaması gibi sorunlar, işitme engelli bireylerde iletişim ve mahremiyet sorunları (CSÜS konularının ve içeriklerinin işaret dili ile anlatımında yaşanan sorunlar) görülebilmektedir.[10,11]

Cinsel Yaşam ve Doğurganlık Dönemi İle İlgili Yaşanan Sorunlar

BM Kadın Birimi (UNwomen) tarafından gerçekleştirilen "Toplumsal Cinsiyet Eşitliği için Güçlü Sivil Alan" projesi kapsamında 2023 yılında yürütülen "Türkiye'de engelli kadınların durumu, ihtiyaçları ve öncelikleri, hak temelli bir araştırma" sonuçlarına göre (n=898), **engelli kadınların en çok çocuk doğurma ve yetiştirme konusunda endişe yaşadığı (%38,5) ardından başkalarının ne düşündüğüne dair endişeleri olduğu (%36,4) ortaya konmuştur.** Ortopedik/bedensel engellilerde çocuk doğurma/yetiştirmeye ilişkin endişeler ön plandayken, işitme engellilerde romantik ilişki ve çocuk yetiştirme konularında endişeler dile getirilmiştir. Ayrıca engelli kadınların anne olma istekleri yada kararlarının doktorlarca uygun olmayan bir üslupla eleştirilebildiği de belirtilmektedir.[12]

Türkiye Aile planlaması Vakfı'nın (TAVP) Türkiye'de Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı durum analizi raporunda da (2021) engelli kadınların gebelik döneminde yaşadıkları korku ve endişeler nedeniyle, gebeliklerinde diğer gebe kadınlardan daha az pelvik muayeneye gittikleri belirtilmiştir. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde yaşadıkları ile ilgili bilgi olmamakla birlikte, sağlık çalışanlarının engelli kadınların doğum şekline karar verirken, bireylerin isteklerini önemsemediği, görüşlerini almadığı, vajinal doğum yapabilme durumlarını değerlendirmedikleri belirtilmektedir.[9]

Toplumun engelli bireylerin CSÜS'na yaklaşımlarına bakıldığında, engelli bireyler toplumda cinsellik, romantik ilişkiler gibi konularda yok sayılmakta, mahremiyet alanları toplum tarafından kolaylıkla ihlal edilebilmektedir (el ele tutuşan iki engelli görüldüğünde kardeş oldukları düşüncesi, çocuk olması durumunda şaşkınlık yaşama gibi tepkiler verilmesi vb.).[9]

Matyar F'nin 2024 yılında gerçekleştirdiği "Gebelik Deneyimi Olmayan Fiziksel Engelli Kadınların Gebelik Algısı" adlı tez çalışmasında (niteliksel çalışma, n=15), kadınların gebe kalmaya dair düşüncelerinin olumlu olduğu (gebeliği deneyimlemek istedikleri) görülmüştür. Fiziksel engelliliğin günlük yaşam ihtiyaçlarını yerine getirmede zorluklara yol açtığı, bu nedenle gebelik durumunda daha fazla bakım ve desteğe ihtiyaç duyacakları, aile ve sağlık çalışanlarının kendi ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde yeterli desteği sağlamalarını bekledikleri, bu ihtiyaçlar yerine getirildiğinde ve yaşam tehdidi olmadığı sürece gebeliği yaşamayı istedikleri sonuçlarına ulaşılmıştır.[13]

Fiziksel engelli kadınlarla yapılan bir başka niteliksel çalışmada (n=14), fiziksel engelli kadınların toplumda eş olamayacağı, evlenemeyeceği şeklinde düşünüldüğü, toplumsal cinsiyetsizleştirici yaklaşımın kendileri için psikolojik şiddet oluşturduğu, CSÜS hizmetlerine erişimde toplumsal cinsiyetçi yapının etkisi olduğu tespit edilmiştir.[14]

Engelli bireylerde cinsel yaşam konusunda Aslan ve ark'nın iki çalışması mevcuttur. Bu çalışmalardan biri görme, işitme ve fiziksel engelli kadın bireyler üzerinde, diğeri ise aynı engel grupları olan erkeklerde yapılmıştır. Görme, işitme ve fiziksel engelli kadın bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada (n=67), kadınların ilk cinsel ilişki yaşının 21,83±3,37 yıl (en az 17, en çok. 33), %86,6'sının evli, %42,9'unun eşleri/partnerlerinin de engelli olduğu belirtilmiştir. Kadınların %36,3'ü gebelik geçirdiğini, %22,2'si doğum yaptığını, ortalama gebelik sayısı 1,90±0,97 (en az 1, en çok 5), doğum sayısı 1,93±0,70 (en az 1, en çok 3) olarak belirtilmiştir. Üreme sağlığı konusunda, kadınların **%80,9'u cinsellik hakkında temel bilgiye sahip olup**, %45,7'si bu bilgiyi medya araçlarından, %34,8'i arkadaşlarından, %28,3'ü ailesinden, **%19,6'sı sağlık personelinden** ve %15,2'si okuldan edindiğini bildirmiştir. Kadınların %31,3'ü aile planlaması (AP) yöntemlerini bildiğini belirtirken, %29'u kondom, %29'u geri çekme, %25,8'i oral kontraseptifler, %12,9'u rahim içi araç ve %3,2'si tüp ligasyonu kullandığını belirtmiştir. Ancak, kadınların **%32,6'sı**

herhangi bir AP yöntemi kullanmamaktadır. Kadınların %97,1'i cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi sahibi olup, tamamı daha önce cinsel yolla bulaşan hastalık geçirmemiştir. **Kadınların %25,6'sı engelli olmanın cinsel yaşamlarını olumsuz** etkilediğini, bunun özellikle fiziksel sorunlardan (uygun pozisyon alamama, genital bölgede uyuşma nedeniyle zorluklar) ve iletişim sorunlarından kaynaklandığını belirtmiştir. **Kadınlar arasında cinsel işlev bozukluğu oranı %73** olup, fiziksel engelli ve işitme engelli kadınlarda, görme engelli kadınlara kıyasla cinsel işlev bozukluğunun daha fazla olduğu bulunmuştur.[15]

Benzer engel grubunda olan erkekler üzerinde yaptıkları çalışmada da (n=136) katılımcıların ilk cinsel ilişki yaşı 20,54±4,48 yıl (en az 11, en çok 32) olup, %38'inin bir veya daha fazla çocuğu olduğu tespit edilmiştir. **Katılımcıların %71,3'ü cinsellik konusunda temel bilgilere** sahipken, %61,9'u cinsel bilgileri arkadaşlarından, %53,6'sı medya araçlarından, %25,8'i okuldan, **%17,5'i sağlık personelinden**, %12,4'ü ise ailesinden edindiğini bildirmiştir. Katılımcıların yaklaşık %98'i AP yöntemlerini bilirken, %60,6'sı herhangi bir AP yöntemi (%52,4'ü kondom, %34,9'u geri çekme, %17,5'i oral kontreseptif, %17,5'i rahim içi araç ve %4,8'i hormonal enjeksiyon) kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %80'i cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) konusunda bilgili olup, tamamı hiçbir zaman cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalanmamıştır. Katılımcıların **%31'i engelli olmanın cinsel yaşamları üzerinde olumsuz bir etkisi** olduğunu belirtmektedir. Cinsel işlev bozuklukları, görme engelli katılımcılarda en düşük oranda bildirilirken, fiziksel engelli katılımcılarda en yüksek bildirilmiştir. Katılımcılar, cinsel ilişki sorunlarının çoğunlukla fiziksel sorunlardan (sınırlı hareket kabiliyeti, fiziksel zorluklar, göz teması kuramama vb.), iletişim sorunlarından (cinsellik hakkında konuşmama vb.) ve psikolojik sorunlardan kaynaklandığını belirtmişlerdir. Ayrıca cinsel ilişki sorunlarını, ailelerin cinselliğe yönelik baskıcı tutumları ve uygun olmayan ev koşulları (fiziksel koşullar ve evin kalabalıklığı) gibi çevresel faktörlere de bağlamışlardır.[16]

Bu iki çalışmanın sonuçları, engellilerin çoğunun cinsellik konusunda temel bilgileri olduğunu ancak bu bilgileri çoğunlukla çevrelerinden veya medyadan edindiklerini göstermektedir. Sağlık personelinden bilgi edindiğini belirtenler yaklaşık %17-20 arasındadır. Ayrıca yaklaşık her üç engelli bireyden biri engelli olmanın cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Cinsel yaşam ile ilgili belirtilen sorunların çözümlenebilmesi için sağlık personelinin desteğinin önemli olduğu görülmektedir.

Bilgiye erişim sorunu TAVP'nın Türkiye'de Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı durum analizi raporunda da bildirilmiştir. Bu çalışmada görme engelli bireylerle yapılan odak grup görüşmelerinde katılımcıların çoğunluğu cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında daha önce hiç eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Bazı engelliler ise, okul dönemlerinde bu konuda kısa seminerler verildiğini ancak eğitim formatının engelli bireyin ihtiyaçlarını karşılamadığını belirtmiştir (görme engelli bireye, onlar için uygun olmayan, görsel materyaller dağıtılması gibi).[9] Engelli bireylerde bilgi ve eğitimlere erişimin önemli bir sorun olduğu görülmektedir. Bu sorunun giderilebilmesi için öncelikle sağlık çalışanlarının bilgi ve farkındalıklarının artırılması (engelliler özelinde bakım rehberlerinin oluşturulması) ardından bilgiyi ulaştırma yöntemlerinin düzenlenmesi (sesli betimleme, Braille alfabesi ile yapılabilecek düzenlemeler vb.) önem arz etmektedir.

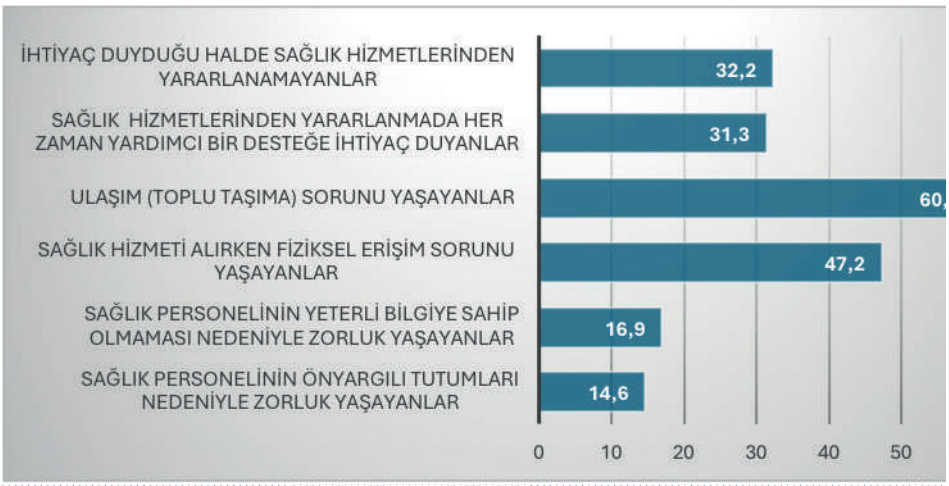
Zihinsel engelli bireylerin cinsel yaşamı konusunda yapılan bir tez çalışmasında da engelli bireylerin aile üyeleri veya bu bireylere hizmet veren profesyonellerin zihinsel engelli bireylerin cinsel yaşamlarında belirleyici oldukları ve engelli bireylerin katılımı olmaksızın cinsel yaşamları hakkında doğrudan karar alan kişiler oldukları saptanmıştır. Cinsellik konusunda karar verirken, cinsel haklar temelinde kararlar vermedikleri, toplumsal normlar temelinde karar verdikleri görülmüştür. Zihinsel engelli bireyler için uygun görülen cinsellik anlayışı toplumun uygun gördüğü cinsel normlara uymak (yani üremenin olmadığı bir cinsel yaşam) olarak tanımlanmıştır.[17]

Zihinsel engelli ve ruhsal hastalık durumlarında, vasi olan kişiler pek çok konuda temel karar verici konumdadır. Ülkemizde evlendirme kanununda "mahkemece vesayet altına alınmamış olan erkek ve kadın başka bir kimsenin rızası veya iznine bağlı olmaksızın evlenebileceği, ayırt etme gücüne sahip olmayanların evlenemeyeceği, ruhsal hastalıklarda tıbbi sakınca bulunmadığı resmi sağlık kurulu raporuyla belgelenmediği taktirde evlenme aktinin yapılamayacağı" belirtilmiştir.[18] Sağlık kurulu raporları ile ilgili sorunlar TSR'un "Engelli bireyler" başlığı altında yer almaktadır. (Bkz: Engelsiz Toplum Bölümü) Engelli sağlık kurulu değerlendirmelerinin tıbbi yaklaşım çerçevesinde raporlandığı, yeterli düzey ve nitelikte raporlamaların yapılamayabileceği göz önüne alındığında, engelli bireylerin CSÜS konusunda hak kayıpları yaşayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

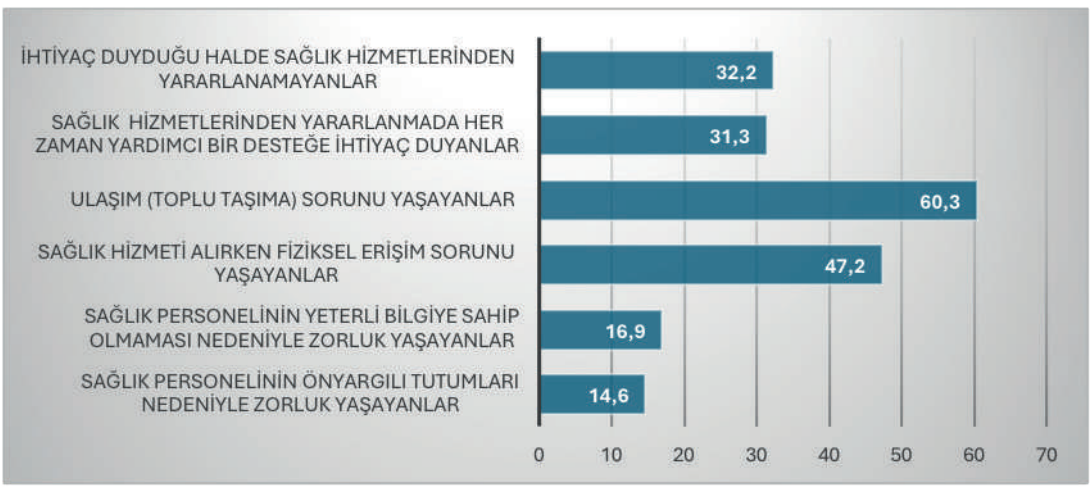
2. Sağlık Hizmetlerine Erişim Konusunda Yaşanan Sorunlar

BM Kadın Birimi (UNWomen) araştırması sonuçlarına göre (n=898), engelli kadınların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşanan zorluklar; erişilebilirlik, sağlık hizmeti veren personelin önyargılı tutumları ve ekonomik yetersizlikler olarak sıralanmıştır.[12] Daha önceki çalışmalara bakıldığında, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'in 2010 tarihli "Özürlülerin Sorunları ve Beklentileri Araştırmasında" katılımcıların %77'si kurum ve kuruluşlarından beklentilerinin *sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi* olduğunu belirtmiştir.[19] Aynı dönemde Sağlık Bakanlığı, engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminin tam olarak sağlanması ve sağlık bakım kalitesinin yükseltilmesi amacı ile 2010/79 Sayılı Özürlü Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Genelge'yi yayınlamıştır.[20] BM Engellilerin Haklarına ilişkin sözleşmenin kabulünden bu yana ülkemizde pek çok olumlu düzenleme gerçekleşmesine karşın (mevzuatta sosyal modeli destekler içeriklere yer verilmesi, toplumsal sorumluluğa vurgu yapılması, terminoloji değişiklikleri, özürlü ifadesinin kaldırılması, sağlık kurumlarında refakatçi desteği sağlanması, erişilebilirlik ile ilgili düzenlemeler, polikliniklerde öncelik sağlanması gibi), yapılan çalışmalar sağlık hizmetlerine erişimde sorunların devam ettiğini göstermektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanma durumuna ilişkin TUİK 2010 çalışması ile BM Kadın Birimi tarafından gerçekleştirilen araştırma sonuçları aşağıda sunulmuştur. Araştırmaların örneklemleri, soru içerikleri farklı olsa da sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili temel bilgiler elde edilebilmektedir.

2010 çalışmasına göre 2023 çalışmasında sağlık çalışanları ile iletişim ve bilgi alma boyutunda olumlu yönde gelişmeler olduğu görülmektedir. Ancak halen her üç kişiden biri ihtiyaç duymasına karşın sağlık hizmetle-



Grafik 1. Engelli kadınların sağlık hizmetlerine erişimleri ve belirttikleri sorunlar (%), TUİK (2010)



Grafik 2. Engelli kadınların sağlık hizmetlerine erişimleri ve belirttikleri sorunlar (%), BM Kadın Birimi araştırması (2023)

rinden yararlanamamaktadır. Fiziksel erişilebilirlik ile ilgili konularda (toplu taşıma ile ulaşım, hizmet alırken fiziksel erişilebilirlik sorunları) ise sorunlar aynen devam etmektedir.

2023 çalışmasında sağlık hizmetlerinden yararlanamayan gruplar ilk üç sırada dil ve konuşma engelliler, işitme engelliler, görme engellilerdir. Ayrıca aynı çalışmanın bir ayağı olarak gerçekleştirilen engelli bireylerle yapılan odak grup görüşmelerinde ortaya çıkan sorunlar, sağlık personelinin önyargılı tutumları nedeniyle engelli birey yerine **bakım vericinin muhatap alınması**, **engelli sağlık kurulunun her türlü hak ve hizmetten yararlanmada koşul olması, raporlamada sağlık durumu değerlendirmesinin yeterli nitelikte** yapılmamasıdır. Ayrıca CSÜS materyallerinin **engelli bireye özel erişilebilir formatta olmadığı** durumlarda aile desteğinin gerekmesi, bu durumda da **mahremiyetin sağlanamaması**, ailelerin bu konuda farkındalık ve bilgi eksiklikleri bunun da engelli bireyin CSÜS bilgilerine erişmesini engellediği belirtilmiştir. Engelliler cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine aynı çeşitlilikte ve nitelikte ulaşabilmeli, ayrıca engellerine özgü ihtiyaçları da karşılanmalıdır.[9,12]

Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı'nın (TAPV) görme engelli kadınlarla yaptığı odak grup görüşmesinde, katılımcıların çoğu, sağlık hizmetine ulaşırken bir yakını ile doktora gitmek zorunda kaldığını, bu durumda mahremiyetin sağlanamadığını belirtmiştir. Doktor-hasta görüşmesi sırasında mahremiyetin sağlanabilmesi için hekimin hasta dışındakileri odadan çıkarması gerektiği ifade edilmiştir. Görüşmelerde CSÜS hizmetlerine erişirken **sağlık çalışanı tarafından büyük oranda ayrımcı tutumlarla karşılaşıldığı**, bu durumun görme engelli kadınlar için daha fazla olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca sağlık çalışanının engelli bireylerde CSÜS konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu vurgulanmıştır (görme engelli olduğu için sezaryene zorlama gibi).[9]

Kriz dönemlerinde CSÜS ihtiyaçları ve hakları geri plana itilebilmektedir. Gül ve ark.'nın COVID-19 pandemi döneminde engelli kadınların CSÜS hizmetlerine erişimleri ile ilgili yaptıkları niteliksel bir çalışmada (n=28), engelli kadınların çoğunun üreme sağlığı konusunu önemsemediği tespit edilmiştir. COVID-19 pandemisi öncesinde genellikle üreme sağlığı sorunları için hastaneye giden katılımcıların çoğunun pandemi sırasında bunun için hastaneye gitmek istemedikleri (hastalığa yakalanma korkusu nedeniyle) tespit edilmiştir. Ayrıca CSÜS hizmetlerine erişim ile ilgili sorunlar (toplu taşıma ile ulaşım sorunları, refakatçi bulma sorunları, maske kullanımı nedeniyle iletişim sorunları ve sağlık çalışanlarının üreme sağlığı sorunları konusundaki olumsuz tutumları, üreme sağlığı hizmet taleplerini yersiz bulmaları) dile getirilmiştir. Çalışma, engelli kadınlar için üreme sağlığının öneminin pandemi sırasında önemli ölçüde azaldığını ortaya koymuştur.[21]

Gül ve ark'nın çalışma sonuçlarına benzer çıkarımlar BM Nüfus Fonunun 2022-2025 Stratejik Planında da yer bulmuştur. İlgili doküman, engelli kadınların ve gençlerin cinsel ve üreme sağlığı ihtiyaçları dahil engelli bireylerin haklarını öncelemekte, engelliliği kapsayıcı bir yaklaşımı teşvik etmektedir. Bu belgede COVID-19 öncesi dönemde CSÜS ve haklarının hayata geçirilmesinin önündeki engellerin, pandemi sırasında kısıtlı sağlık kaynakları ile cinsiyet ve engelliliği dikkate almayan sağlık politikaları nedeniyle derinleştiği belirtilmiştir. Ayrıca, COVID-19 döneminde engelli kadınlar ve kız çocukları arasında toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin, sosyal izolasyon ve destek kişilerine erişim eksikliği nedeniyle arttığı raporlanmıştır.[22]

3. Şiddet, istismar, ihmal konusunda yaşanan sorunlar

Engelli kadınların yaşamın her alanında şiddet, istismar ve zararlı uygulamalarla karşılaşma riskleri daha yüksek olmaktadır. Şiddet durumunda da ilgili mücadele mekanizmalarına başvurmaları güçtür.

BM Kadın Birimi (UNWomen) çalışmasında, kadınların %35,8'i yaşamlarının herhangi bir döneminde şiddete maruz kaldıklarını (**%89,5'i duygusal/psikolojik şiddet, %23'ü sosyoekonomik şiddet, %13,5'i cinsel şiddet/diğer zararlı uygulamalar ve %4,7'si fiziksel şiddet)** belirtmişlerdir. Duygusal/psikolojik şiddete maruziyet en yüksek oranda bildirilmiştir. Toplum içinde engeliyle ilgili aşağılanma, küçük düşürülme, engeliyle ilgili sözlü taciz ve hakarete uğrama, engellilik durumu nedeniyle görmezden gelinme ve gerekli ihtiyaçların karşılanmasından mahrum bırakılma, fikirlerinin alınmaması, engel durumları nedeniyle sosyalleşmelerinin engellenmesi, fizik tedavi uygulamaları sırasında engelli bireyin davranışlarına devamlı müdahale edilmesi, zorla yatılı okula gönderme, acıma bu şiddet türü için verilen örnekler olarak bildirilmiştir. Ayrıca engelli kadının toplumsal cinsiyet rollerini yerine getiremeyeceği, eş olamayacağı, evlenme aşamasında eşin ailesince maruz kalınan psikolojik şiddet söylemleri, yardım etme amacıyla engelli bireyin izinsiz vücuduna dokunma (ilgili yerlere bu durum şikayet edildiğinde bunun fiziksel taciz olarak görülmemesi), hayatlarına dair karar alma haklarından mahrum bıra-

kıma durumları da duygusal/psikolojik şiddet örnekleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Belirtilen durumlarda hukuki arayışları olup olmadığı sorulduğunda, bu durumun kendilerine "daha fazla şiddet" olarak geri döndüğü ifade edilmiştir.[12]

Boşanmış kadınlarda, 30-49 yaş grubunda, yalnız yaşayan, gündelik işlerini yerine getirme konusunda daha sık yardıma ihtiyaç duyan kadınlarda şiddete maruziyet daha yüksek bulunmuştur. Bakım veren kişiler ile birlikte yaşayan kadınların %35'i şiddete maruz kaldığını, bunun çoğunlukla tanımadıkları kişiler tarafından gerçekleştiği bildirilmiştir. Katılımcıların %31,3'ü maruz kaldıkları zorbalık, istismar veya şiddeti herhangi bir kişi/kuruma (çoğunlukla arkadaş, aile, eş veya partnerler) bildirmiştir. Şiddetin kuruluşlara raporlama oranı %34,4, kolluk kuvvetleriyle paylaşılma oranı ise %16,7'dir. Maruz kaldıkları şiddeti paylaşan katılımcıların yalnızca %25,3'ü bildirimlerinden sonra gerekli önlemlerin alındığını belirtmiştir. Katılımcıların engel seviyesi arttıkça şiddeti bildireceği kurumları bilmeme oranı artmaktadır.[12]

TAP Vakfı'nın, Türkiye'de Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı durum analizi raporunda da, katılımcılar, toplumun herhangi bir alanına girdiğinde cinsel taciz, şiddet gibi durumlarla karşılaştıklarını, cinsel tacize maruz kaldıklarında çoğunun nerelere başvuracakları hakkında bilgi sahibi olmadıkları, ileri düzey taciz, şiddet olmadığı sürece var olan şikayet mekanizmaları ve hukuki süreçler içerisine girmemeyi tercih edebilecekleri saptanmıştır.[9]

4. Engelli Bireylerde CSÜS Alanında Yapılan Bazı Çalışmalar/düzenlemeler (2020 ve Sonrası)

Engelli bireylerde CSÜS alanında 2020 ve sonrası yapılan bazı çalışmalar/düzenlemeler içerik bilgisi ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kadının Güçlenmesi 2018-2023 Strateji Belgesi[23]: Engelli kadın ve kız çocuklarının cinsel sağlık ve üreme sorunları ve ihtiyaçlarına yönelik veri eksikliklerinin giderilebilmesi için araştırmaların yapılmasının gerekliliği, hizmet niteliğinin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar ile bilgilendirme materyallerinin erişilebilir formatta olması stratejileri belirlenmiştir.

Engelsiz vizyon belgesinin kabulü (2021-2030)[24]: Engellilerin, eşit vatandaşlar olarak potansiyellerini gerçekleştirebildikleri içermeci bir toplum inşa etmek amaçlanmıştır. Temel ilkelerden bazıları, ayrımcılık yapılmaması, kadın-erkek eşitliği, erişilebilirlik, fırsat eşitliği, topluma tam ve etkin olarak katılımlarının sağlanması, bireysel özerklik vb. Vizyon belgesi çerçevesinde ilk kez Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı oluşturulmuştur.

Engelli Hakları Ulusal Eylem Planının Kabulü (2023-2025)[25]: 2 Aralık 2022; Bazı hedefler; engellilik alanında hak temelli yaklaşımın yaygınlaştırılması, engelli bireylerin ayrımcılığa karşı yasal olarak korunması, adalet hizmetlerinin engelli bireyler açısından içermeci bir anlayışla güçlendirilmesi, engelli bireylerin sömürü, şiddet, işkence, aşağılayıcı muamele ve ceza gibi insan onur ve haysiyetini zedeleyici muamelelerden korunması, engelli bireyler açısından kapsayıcı, karşılanabilir ve erişilebilir sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, engelli bireylerin cinsel ve üreme sağlığı dahil sağlık hakkı ile mahremiyet hakkını kapsayan hasta hakları konusunda engelli bireylerin ve sağlık profesyonellerinin farkındalığının artırılması, sağlık kuruluşlarının (hastaneler, aile hekimlikleri, diş sağlığı merkezleri, ruh sağlığı merkezleri gibi) ve sağlık hizmetlerinin engelli bireylerin fiziksel erişim, uygun araç-gereç, donanım, erişilebilir bilgi ve iletişim gibi ihtiyaçlarını karşılayacak hale getirilmesi

Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı ile ilgili Cumhurbaşkanlığı genelgesi[26]: Eylem Planı'nın tüm paydaşlar tarafından etkin bir şekilde uygulanmasını sağlamak amacıyla tüm kurum ve kuruluşların görevlendirilmesi

16. Engelli Hakları Sözleşmesi Taraf Devletler Konferansı (CRPD)'na katılım (13-15 Haziran 2023-New York)[27]: Konferans teması "Ulusal Politika ve Stratejilerin İlerlemeler ve Zorluklar ile Uyumlaştırılması" olmakla birlikte, yuvarlak masa toplantılarında ilk kez engellilerde CSÜS konusu gündeme getirilmiş, "Engelli Bireyler İçin Cinsel ve Üreme Sağlığı Hizmetlerine Eşit Erişim ve Erişilebilirliğin Sağlanması", "Engelli Bireyler İçin Dijital Erişilebilirlik" ve "Temsil Edilmeyen Engelli Gruplarına Ulaşma" konuları tartışılmıştır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü heyeti toplantıya katılmıştır. EHS'ne ulusal mevzuatın uyumlaştırılması ile ilgili düzenlemeler konusunda bilgi verilmiştir.

Görme Engelli Bireylerde Üreme Sağlığı Yönetim Rehberi Hazırlama Çalıştayı: Sağlık Bakanlığı ülkemizde üreme sağlığı hizmetlerinde hizmet sunum kalitesinin artırılması için, sağlık personelinin bilgi ve beceri düzeyini yükseltmeye yönelik yapılan hizmet içi eğitimlerin kurumsallaşması ve sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla bir genelge yayımlamıştır.[28] Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından kadın sağlığının korunması,



Resim 1. Görme Engelli Bireylerde Üreme Sağlığı Yönetim Rehberi Hazırlama Çalıştayı

desteklenmesi ve sürdürülmesi, anne ve bebek morbidite ve mortalitesinin en aza indirilmesine yönelik hedeflerini 2023 Birim Faaliyet Raporunda belirtmişlerdir.[29] Bu hedefler doğrultusunda yürütülen programlardan biri de "Üreme Sağlığı Programı"dır. Sağlık çalışanlarının engelli bireylerde üreme sağlığı konusundaki farkındalığını artırmak amacıyla Kasım 2024 tarihinde bir çalışma başlatmıştır. Bu kapsamda ülkemizdeki görme engelli bireylerin üreme sağlığı ihtiyaçlarına yönelik değişen ve gelişen bilgiler ışığında iyi uygulamaları dikkate alarak nitelikli sağlık hizmeti sunumunu geliştirmek amacıyla Görme Engelli Bireylerde Üreme Sağlığı Bilimsel Danışma Kurulu oluşturulmuştur. Alanında uzman akademisyenler Görme Engelli Bireylerde Üreme Sağlığı Bilimsel Danışma Kurulu'nda görevlendirilmiştir. Sağlık Bakanlığı ile Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) iş birliğinde "Görme Engelli Bireylerde Üreme Sağlığı Yönetim Rehberi" hazırlanması amacıyla 03-04 Aralık 2024 tarihleri arasında Ankara'da "Görme Engelli Bireylerde Üreme Sağlığı Yönetim Rehberi" çalıştayı yapılmıştır. Çalıştayda Görme Engelli Bireylerde Üreme Sağlığı Yönetim Rehberi için çerçeve oluşturulmuş ve halen hazırlıkları devam etmektedir. Bu rehberin tamamlanmasından itibaren diğer engel türleri için de üreme sağlığı yönetim rehberlerinin hazırlanması hedeflenmektedir.

5. Sonuç ve Öneriler

Engelli bireylerin topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını sağlamak için pek çok yasal, politik düzenleme yapılmasına karşın, uygulamada eksiklikler olduğu pek çok raporda ve çalışmada ortaya çıkmaktadır. CSÜS hizmetleri ile ilgili erişilebilirlik sorunları (sağlık tesisi, hizmet, bilgiye yönelik), toplumun ön yargılı tutumları, sağlık çalışanlarının önyargılı tutumları, engelli bireyin haklarını kullanmada sorunlar, engelli bireyin yeterli bilgisinin olmaması, her engel türüne özel ihtiyaçların karşılanamaması, kapsayıcı veri, bilgi eksiklikleri olması, engelli dostu CSÜS hizmetlerinin olmaması, bu konuda sağlık personelinin eğitim eksiklikleri, engelli bireye özel ihtiyaçlar konusunda rehberlerin ve engellileri kapsayan CSÜS eğitim programlarının eksik olduğu görülmektedir. Engelli bireylere hizmet sunacak sağlık insan gücü kapasitesi (işaret dili ya da Braille alfabesi bilen sağlık çalışanı sayısı) de yeterli değildir.

Ayrıca engelli bireylerin CSÜS bilgi düzeyleri, hizmet gereksinimleri, hizmetleri kullanımları ve beklentileri konusunda araştırmaların niceliği ve niteliği yetersizdir. Bu bölümün yazılmasında 2020 yılı sonrasında yapılan tez çalışmaları, araştırmalar ve raporlardan yararlanılmıştır. Çalışmaların çoğunlukla niteliksel çalışmalar şeklinde yapıldığı görülmektedir. Nitel çalışmalar katılımcıların deneyimlerini ve davranışlarını daha kapsamlı ortaya koymuş olabilir. Ancak tüm engel gruplarını ve farklı düzeyde etkilenimleri olan bireyleri yansıtmamış olabilir.

Öneriler:

1 .Engelli bireylerin cinsel sağlık üreme sağlığı ihtiyaçlarının karşılanmasında hak temelli yaklaşım benimsenmelidir. CSÜS hizmetlerinin engelli bireyler dahil tüm bireyler için hak olduğu her ortamda savunulmalıdır. Engelli bireylerin kendi bedenleri üzerinde özerk kararlar alabilmelerine imkan sağlanmalıdır.

2. Sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylaşabilmesi için engelliler özelinde uygulamalar (engelli dostu sağlık hizmeti) olmalıdır. Özellikle engelli kadın ve kız çocuklarına sunulması gereken cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin erişilebilir ve kapsayıcı olması ve ihtiyaç duyanların kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır. Tekerlekli sandalyelere uygun giriş ve çıkışlar olması, engellilere uygun geniş banyolar bulunması, daha alçak muayene masaları kullanılması, gerek obstetrik gerekse jinekolojik konularda engelli kadınlara uygun düzenlemelerin geliştirilmesi, sağlık kurumlarına ulaşımın kolaylaştırılması (nakil araçları veya toplu taşımada), sağlık kurumlarında destek olacak personel sayısının artırılması (işaret dili, Braille alfabesi bilen personel vb), sağlık personelinin engelli bireyin CSÜS ihtiyaçları konusunda bilgi ve farkındalığının yeterli olmasının sağlanması, sağlık çalışanlarının önyargı ve ayrımcılıktan uzak bir tutum sergilemeleri için hizmet içi eğitimlere tabi tutulması, bilgilendirme materyallerinin erişilebilir formatta ve kolay ulaşılabilir olmasının sağlanması gibi…
3. Engelli bireyleri kapsayan CSÜS eğitim içeriklerinin engelli bireylerin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde düzenlenmesi önemlidir. Bu eğitimler engelli bireylere, ailelerine ve topluma verilmelidir.
4. Engelli bireylerin CSÜS haklarına ve hizmetlerine yönelik olumsuz tutumlar ve önyargılar giderilmeli, toplumsal farkındalık çalışmaları yapılmalıdır.
5. Engelli bireylerin CSÜS bilgi düzeyleri, hizmet gereksinimleri, hizmetleri kullanımları ve beklentileri konusunda araştırmalar yapılmalı, veri açığı giderilmelidir. Sağlık alanında yaşa, cinsiyete, engel türüne ve sıklığına göre ayrıştırılmış veri toplanmalıdır.
6. Sağlık bakımı veren çalışanların eğitim müfredatlarına ve hizmet içi eğitimlere engelli kadınlara bakım konusu eklenmelidir.
7. Engelli bireylerin adalet ve hak arayışı çabalarında kolaylaştırıcı düzenlemeler oluşturulmalıdır. Özellikle toplumsal cinsiyete dayalı şiddetle mücadele mekanizmalarının erişilebilirliği, hukuki süreçlerde gereken destek sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Disability. 2016;d:1–23. Available from: https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1 (Erişim tarihi: 15.08.2025)
2. Cangöl E, Karaca PP, Aslan E. Engelli Bireylerde Cinsel Sağlık. Androloji Bülteni [Internet]. 2013;53(1):141–6. Available from: https://www.researchgate.net/publication/311065316 (Erişim tarihi: 13.09.2025)
3. World Health Organization. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities WHO / UNFPA guidance note [Internet]. 2017.1402:1–40 p. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241598682 (Erişim tarihi: 15.09.2025)
4. Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme. 2025; Available from: https://www.aile.gov.tr/eyhgm/engellilerin-haklarina-iliskin-sozlesme/ (Erişim tarihi: 20.08.2025)
5. Engelli Kadın ve Kız Çocuklarının Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Güçlenmesi İçin Öneriler, Bilgi Notu [Internet]. Available from: https://www.stgm.org.tr/sites/default/files/2022-07/engelli-kadin-ve-kiz-cocuklarinin-cinsel-saglik-ve-ureme-sagligi-alaninda-guclenmesi.pdf (Erişim tarihi: 15.09.2025)
6. Çetinol Taştemel T, Karadağ G. Engelli Kadınların Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Konularında Yaşadığı Zorluklar ile İlgili Yapılan Nitel Çalışmaların Sistematik Derlemesi. Social Sciences Studies Journal. 2023;107:4868–82.
7. Seidu AA, Malau-Aduli BS, McBain-Rigg K, Malau-Aduli AEO, Emeto TI. "God is my only health insurance": a mixed-methods study on the experiences of persons with disability in accessing sexual and reproductive health services in Ghana. Frontiers Public Health [Internet]. 2023;11(July):1–18. Available from: https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1232046/full (Erişim tarihi: 18.09.2025)
8. Görme Engelli Evrensel Hukukçular Derneği, BM Engelli Hakları Sözleşmesi Taraf Devletler Konferansı Onaltıncı Oturum, Engellilerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetlerine Eşit Erişiminin ve Bu Hizmetlerin Erişilebilirliğinin Sağlanması. 2025; Available from: https://gozevhukuk.org.tr/node/296 (Erişim tarihi: 15.09.2025)
9. Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Hakları Platformu, Türkiye'de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi Raporu (Ed. Türmen T, Akın A). [Internet]. Available from: https://cisuplatform.org.tr/cisu-rapor-tasarimi-dijital-2021/ (Erişim tarihi: 14.09.2025)
10. Güler E. Engelli kadınlarda üreme sağlığını etkileyen etmenler, üreme sağlığı sorunları ve hemşirenin rolü. Androloji Bülteni 2023;25:40–48. Available from: https://doi.org/10.24898/tandro.2023.32848 (Erişim tarihi: 22.08.2025)
11. Binici DK. Ortopedik Engelli Kadınlarda Üreme Sağlığı Sorunları ve Çözüm Yolları. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi 2023;3(1):74–83. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/boneyusbad/issue/64065/932845 (Erişim tarihi: 16.09.2025)
12. UN Women Türkiye, Engelli Kadın Derneği. Türkiye'de Engelli Kadınların Durumu, İhtiyaçları ve Öncelikleri: Hak Temelli Bir Araştırma Özeti. Available from: https://eca.unwomen.org/sites/default/files/2024-09/unwomen_turkiye_engellikadinkimdir_reportsummary_turkish_digital_final.pdf (Erişim tarihi: 13.09.2025)

13. Matyar F. Gebelik Deneyimi Olmayan Fiziksel Engelli Kadınların Gebelik Algısı. 2024; Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi
14. Şakar Ö, Kahraman Güloğlu F. Geleneksel Toplumsal Cinsiyet Rolleri Bağlamında Ortopedik Engelli Kadınların Görünmezliği ve Toplumsal Cinsiyetsizleştirilmeleri. Toplum ve Sosyal Hizmet [Internet]. 2023;34(4):839–68. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/tsh/issue/80815/1257243 (Erişim tarihi: 16.09.2025)
15. Aslan E, Yılmaz B, Acar Z. Reproductive Health, Sexual Function and Satisfaction Levels in Women with Physical, Hearing, and Visual Disabilities. Sex Disabil [Internet]. 2021;39(3):595–608. Available from: https://doi.org/10.1007/s11195-021-09690-3 (Erişim tarihi: 16.09.2025)
16. Aslan E, Acar Z, Yılmaz B. Reproductive and Sexual Health in Males with Physical, Hearing, and Vision Disabilities. Int J Sex Heal [Internet]. 2021;33(2):210–21. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19317611.2021.1884164 (Erişim tarihi: 16.09.2025)
17. Öztürk İ. Zihinsel engelli bireylerin cinselliği: aile üyelerinin ve profesyonellerin görüşleri ve deneyimleri. 2025; Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmetler Ana Bilim Dalı Sosyal Hizmet Bilim Dalı, Doktora tezi
18. Evlendirme Yönetmeliği. 1985;(1):2169–89. Available from: https://mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.859747.pdf (Erişim tarihi: 16.09.2025)
19. Türkiye İstatistik Kurumu. Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2011 [Internet]. 2011;3. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Ozurlulerin-Sorun-ve-Beklentileri-Arastirmasi-2010-6370 (Erişim tarihi: 20.08.2025)
20. Özürlü Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Genelge [Internet]. Available from: https://www.saglik.gov.tr/TR-11155/201079-sayili-ozurlu-kisilere-yonelik-saglik-hizmetlerinin-sunumuna-iliskin-genelge.html (Erişim tarihi: 17.08.2025)
21. Gul S, Yagmur Y. The Access of Women with Disabilities to Reproductive Health Services During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. Int J Caring Sci [Internet]. 2022;15(2):1242–9. Available from: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=c9ab7fdb-e20c-347e-9014-86644d89e831 (Erişim tarihi: 10.09.2025)
22. UNFPA. UNFPA Disability Inclusion Strategy 2022-2025. 2025; Available from: https://www.unfpa.org/publications/we-matter-we-belong-we-decide-unfpa-disability-inclusion-strategy-2022-2025
23. 2018-2023 Kadının Güçlenmesi Strateji Belgesi. 2025; Available from: https://www.aile.gov.tr/ksgm/ulusal-eylem-planlari/kadinin-guclenmesi-strateji-belgesi-ve-eylem-planlari/ (Erişim tarihi: 16.09.2025)
24. Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. 2030 Engelsiz Vizyon Belgesi. 2021; Available from: https://www.aile.gov.tr/media/94718/2030_engelsiz_vizyon_belgesi.pdf (Erişim tarihi: 20.08.2025)
25. 2023/4 CG. Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı (2023-2025). 2025;32093;Available from: https://www.aile.gov.tr/media/133056/engelli_haklari_ulusal_eylem_plani_23-25.pdf (Erişim tarihi: 20.08.2025)
26. Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı (2023-2025) ile ilgili Cumhurbaşkanlığı Genelgesi (03.02.2023 tarih ve 32093 sayılı). . Available from: https://www.aile.gov.tr/eyhgm/duyurular/engelli-haklari-ulusal-eylem-plani-2023-2025-ile-ilgili-cumhurbaskanligi-genelgesi-yayimlandi/) (Erişim tarihi:10.09.2025)
27. Türkiye Cumhuriyeti, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme'nin 16. Taraf Devletler Konferansı New York'ta Gerçekleştirildi. 2025;2023–5. Available from: https://www.aile.gov.tr/eyhgm/haberler/engellilerin-haklarina-iliskin-sozlesme-nin-16-taraf-devletler-konferansi-new-york-ta-gerceklestirildi/ (Erişim tarihi: 16.09.2025)
28. Üreme Sağlığı Hizmet içi Eğitimler Hakkında Genelge. 2010;2010. Available from: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48362/0/ureme-sagligi-hizmet-ici-egitimler-genelgesipdf.pdf?_tag1=0A74785D6A7215BDEF65F50E75A9B4B18E19DC46 (Erişim tarihi: 24.09.2025)
29. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Birim Faaliyet Raporu 2023. 1385;17:302. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/butce-ve-projeler-db/Dokumanlar/bfr2023.pdf (Erişim tarihi: 24.09.2025)

Çalışma Yaşamında Kadın ve Sağlık

Aslı Davas

Çalışma hayatında kadınların konumu, ekonomik, sosyal, biyolojik ve kültürel birçok faktörle yakından ilişkilidir. Kadınların istihdama katılımı, işçi sağlığı hizmetlerine ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamına düzenli erişimi ile yaşam boyu gelir/prim birikimini doğrudan belirlediğinden, toplumsal cinsiyet temelli istihdam eşitsizlikleri aynı zamanda çok boyutlu bir halk sağlığı sorunudur. Kadınların işgücüne katılım düzeyleri ülkelerin kalkınma ve gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesinde en önemli göstergelerden biridir. Bunun en önemli nedeni kadınların istihdama katılım düzeylerinin ülkelerin hem sağlık hem de ekonomik refah düzeyleriyle doğrudan ilişkisinin tartışmasız bir biçimde ortaya konmuş olmasıdır.[1] Buna rağmen hala kadınların istihdam düzeyi Avrupa dahil birçok refah ülkesinde erkeklere göre daha düşük seyretmektedir. 2024'te Avrupa Birliği'nde (AB) (EU-27) 20-64 yaş kadınların istihdam oranı %70,8 iken erkeklerde %80,8'dir.[2] Türkiye'de ise kadınların istihdam düzeyi hem AB'nin hem de OECD ülkelerinin oldukça gerisindedir. TÜİK Hanehalkı İşgücü Araştırması sonuçlarına göre 2024 yılında 15 ve daha yukarı yaştaki nüfusun istihdam oranının %49,5'tir; kadınlarda bu oran yalnızca %32,5 iken, erkeklerde %66,9'dur.[3] Küresel Düzeyde Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu 2025'e göre Türkiye, 2006 yılında 105. sırada yer alırken, 2025 yılında 135. sıraya gerilemiş ve Avrupa bölgesinde son sırada yer almıştır. Bölgedeki 40 ülke içinde, işgücüne katılımda en kötü durumda olan Türkiye'dir.[4]

COVID-19 salgını, Türkiye'de kadınların istihdamını son beş yılın en düşük seviyesine çekmiştir. Kadın istihdamı erkeklere kıyasla daha olumsuz etkilenmiş; ancak bu etki çoğu zaman doğrudan "işsizlik oranına" değil, işgücünden çekilme ve çalışma saatlerinde keskin azalma olarak yansımıştır.[5] Salgının en çok etkilediği hizmetler (turizm, konaklama, perakende, bakım ve ev içi hizmetler) ve kayıt dışı istihdamın yüksek olduğu alanlarda kadın emeğinin yoğunlaşması, evden çalışmaya sınırlı erişim ve işten çıkarmalardaki kırılganlık nedeniyle kadınlar erkeklere göre daha hızlı biçimde işgücü piyasasından uzaklaştırılmışlardır.[6] Nitekim salgının ilk yılında işgücündeki erkeklerin sayısı %4,9 azalırken, kadınlarda bu oran %11,1'e ulaşmıştır.[7] Çocuk bakım yükünün artması, okulların kapanması ve uzaktan eğitimin yükü kadınların işgücünde kalmasını daha da zorlaştırmıştır.[8] Bu süreçte kısa çalışma ödeneği ve ücretsiz izin uygulamaları yoğunlaşmış, işbaşında olan kadın sayısında da belirgin bir düşüş yaşanmıştır. Mart 2019'da 8 milyon 663 bin olan işbaşındaki kadın sayısı, Mart 2020'de 6 milyon 845 bine gerileyerek bir yılda 1 milyon 818 bin kişi azalmıştır.[7]

1. İstihdam Tanımının Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi

Kadınların istihdamdaki konumları tartışılırken dikkat edilmesi gereken diğer nokta da hesaplamalarda kullanılan istihdamın referans tanımıdır. Türkiye'de bir kadının istihdamda sayılması için "referans haftasında en az bir saat gelir getirici işte çalışmış olması" yeterlidir. Bu nedenle tam zamanlı ve yarı zamanlı çalışanların yanı sıra geçici işçiler, kendi hesabına çalışanlar ve özellikle tarımda yoğunlaşan ücretsiz aile işçileri de istihdam içinde kabul edilmektedir. Tablo1'de görüldüğü gibi iyileşme olmakla birlikte yıllar içinde kadın istihdamının %18,6-15,4'ünü ücretsiz aile işçileri oluşturmaktadır.[9] Ancak bu yöntem, kadın emeğinin niteliğini göz ardı eden bir yaklaşım olarak eleştirilmektedir. Zira kadınların önemli bir bölümü ücretsiz aile işçisi olarak sosyal güvenceden ve bağımsız gelirden yoksundur. Ev içi ücretsiz emek, çocuk ve yaşlı bakımı gibi faaliyetler ise işgücü tanımı dışında bırakılmakta, kadınların toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan görünmeyen emeğinin istatistiklerde yer almamaktadır. Dolayısıyla kadın istihdamının nicel olarak yüksek gösterilmesine karşın, niteliksel olarak güvencesiz ve

Tablo 1. İstihdam tiplerine göre dağılımın yıllar içinde değişimi (%)

	Ücretli veya yevmiyeli		İşveren		Kendi hesabına		Ücretsiz aile işçisi	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
2021	70,6	70,3	5,6	2,0	19,7	9,2	4,1	18,6
2022	71,2	72,5	5,9	1,7	19,4	9,3	3,6	16,5
2023	71,1	73,6	6,1	1,8	19,3	9,3	3,5	15,3
2024	70,8	72,4	6	1,8	19,3	10	3,9	15,8
2025 ikinci çeyrek	70,5	73,1	6,3	1,6	19,5	9,9	3,7	15,4

Kaynak: TÜİK, 2025 metaveriden yazar tarafından hesaplanmıştır

bağımlı konumların baskınlığı, Türkiye'de toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin istihdam verilerinde yeniden üretilmesine neden olmaktadır.

2. İşsizlik Oranları ve Geniş Tanım Sorunu

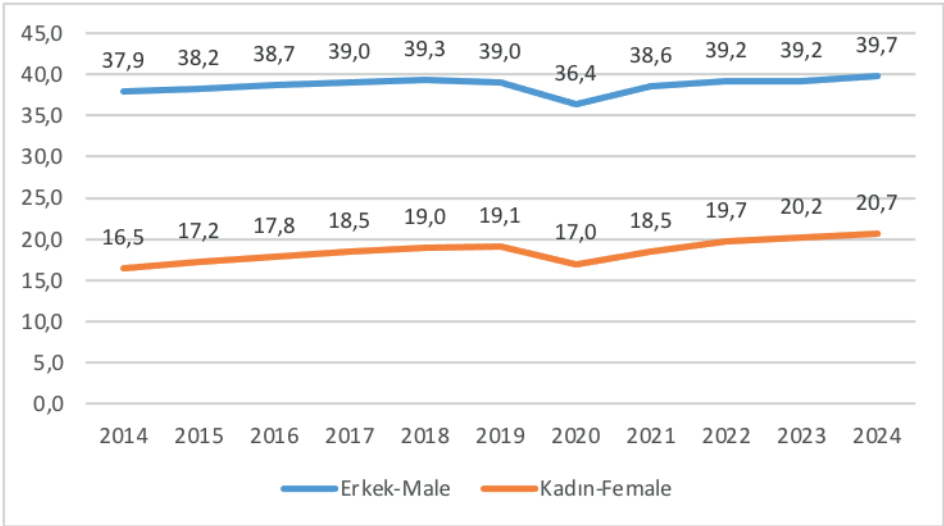
Türkiye'de 2024 yılında işsizlik oranı kadınlarda %11,8 erkeklerde ise %7,4 olmuştur.[11] İşsizlik oranı hesaplamalarında da benzer bir sorun bulunmaktadır. Türkiye'de işsizlik oranı TÜİK tarafından ILO standartlarına göre hesaplanmakta, işsiz sayılmak için kişinin son dört hafta içinde aktif olarak iş aramış ve iki hafta içinde işbaşı yapabilecek durumda olması şartı aranmaktadır. Bu nedenle uzun süredir iş aramayan "ümitsiz işsizler", ev işleriyle meşgul olan kadınlar, çocuk bakımı nedeniyle iş aramayanlar ya da mevsimlik tarım işçileri resmi işsizlik oranına dahil edilmemektedir.[9] Ancak bu yöntem, işsizliği olduğundan düşük gösterdiği için sendikalar ve araştırma kuruluşları tarafından eleştirilmektedir. Nitekim DİSK-AR, geniş tanımlı işsizliği hesaba katarak iş aramayan ama çalışmaya hazır olanlar, eksik istihdam edilenler ve ücretsiz izinlilerin de eklendiğinde işsizlik oranlarının resmi rakamların çok üzerinde olduğunu ortaya koymaktadır.[7] Toplumsal cinsiyet açısından bakıldığında ise kadınlar için iş aramaktan vazgeçmenin temel nedenleri ev içi bakım yükü ve işgücü piyasasındaki eşitsizliklerdir. Bu durum, kadınların istihdam dışı kalışını "işgücüne dahil olmayanlar" kategorisinde görünmez hale getirerek, resmi işsizlik oranlarının kadın ve erkek arasındaki farkı olduğundan daha dar yansıtmasına neden olmaktadır.[10]

3. İstihdamın Belirleyenleri: Yaş

İşsizlikte yaş kırılımı daha belirgin bir eşitsizliğe işaret etmektedir: 15–54 yaş grubunda kadın işsizliği %23,2 ile yüksek (erkeklerde %14,3) değerdedir; ayrıca 15–24 yaş aralığındaki gençlerin %30,1'i ne eğitimde ne istihdamdadır (NEET).[11-12] 2024 verileri, kadınların işgücüne katılım ve istihdam göstergelerinde erkeklere kıyasla süregelen dezavantajı doğrulamaktadır. Özellikle 15-24 yaş grubunda işsizlik ve NEET oranlarındaki belirgin cinsiyet farkı, genç kadınların ilk istihdama geçişte daha fazla engelle karşılaştığını göstermektedir. Bu durum; erken yaşta ev içi/bakım sorumluluklarının kadınlara yüklenmesi, eğitim-işgücü beceri uyumsuzluğu ve "erkek geçim sağlayıcı–kadın bakım veren" geleneksel normlarının kurumsal ve kültürel düzeyde yeniden üretilmesiyle birleşerek, istihdama girişin gecikmesine ve yaşam boyu ücret, terfi ve sosyal güvence birikiminde kalıcı kayıplara yol açmaktadır.

4. İstihdamın Belirleyenleri: Bakım Yükü

Kadınların iş yaşamında kalma süresi ortalama 20,7 yıl, erkeklerde ise 39,7 yıldır(**Şekil 1**). Doğurganlık ve evlilik istihdamdaki sürenin önemli belirleyenlerindendir. Çocuk sayısının artışı özellikle eğitim düzeyi düşük kadınlarda kreş ücretlerinin asgari ücretten yüksek olması, ebeveyn iş paylaşımının olmaması, kadınların daha fazla oranda güvencesiz çalışması vb. nedenlerle istihdam kalış süresini azaltmaktadır.[13-14] 2023'te 18 yaş ve üzeri kadınlarda işgücüne dahil olmama nedenleri arasında ev işleriyle meşguliyetin payı %42,9'dur.[12] Toplumsal cinsiyet rolleriyle uyumlu biçimde bakım yükü, kadınların istihdamdaki sürekliliğini doğrudan sınırlandırmaktadır: 3 yaşın altında çocuğu olan 25–49 yaş grubundaki kadınların istihdam oranı %27,1 iken, aynı yaş grubundaki erkeklerde bu oran %90,1'dir.[12] Hanehalkı üyeleri tarafından yapılan ev işleri cinsiyete göre incelendiğinde, ev içi emeğin ağırlıkla kadınlar tarafından üstlenildiği görülmektedir: çocuk bakımı %94,4, çamaşır/bulaşık %85,6, yemek yapma ve günlük temizlik %85,4.[15] Ayrıca toplumsal algı düzeyinde de çift yönlü bir tablo vardır: "kadının çalışması ve sosyal hayata katkısının değerli olduğu"nu düşünenlerin oranı %82,6 iken, "kadının asli görevinin çocuk bakımı ve ev işleri olduğu"nu düşünenlerin oranı %35,8'dir.[15] Bu



Şekil 1. Çalışma hayatında kalma süresi (yıl), 2014-2024

Kaynak: TÜİK, 2025 metaveriden yazar tarafından hesaplanmıştır

göstergeler, bakımın kamusal destekten yoksun biçimde kadınların üzerinde yoğunlaşmasının, istihdama katılım, çalışma süresi ve kariyer sürekliliği üzerinde kalıcı eşitsizlikler ürettiğini ortaya koymaktadır.

Türkiye'de son dönemde aile ve doğurganlık odaklı politika çerçevesi; Ailenin Korunması ve Güçlendirilmesi Vizyon Belgesi ve Eylem Planı (2024-2028) ile kurumsallaştırılmış, 2025 "Aile Yılı" iletişimi altında görünür kılınmıştır. Bu çerçevede, Aile ve Gençlik Fonu aracılığıyla evlenecek çiftlere 150.000 TL, 48 ay vadeli, 2 yıl geri ödemesiz faizsiz kredi sağlanması; doğum yardımı kapsamında ilk çocuk için 300 TL, ikinci için 400 TL, üçüncü ve üzeri için 600 TL nakdi destek verilmesi; doğum/evlat edinme sonrası kısmi süreli çalışma hakkı (Yönetmelik, 08.11.2016) ve yarım çalışma ödeneği (ilk doğumda 60 gün, ikinci 120, üçüncü ve üzeri 180 gün; koşullara göre 360 güne kadar) gibi düzenlemeler öne çıkmaktadır.[16-17] İş hukuku bakımından analık izni kamu personelinde 16 hafta (4857 s. İş Kanunu m.74), babalık izni 10 gün (657 s. DMK m.104/B) olarak sürmektedir, özel sektörde babalık izni çok daha sınırlıdır. Bu bütünde teşvik ve izinler, "aileyi ve doğurganlığı destekleme" hedefiyle tasarlanmış olup, hukuki dayanakları açık ve günceldir.

Bu politikaların toplumsal cinsiyet açısından olası sonucu, bakımın fiilen kadın üzerinde kalmaya devam etmesi halinde kadınların kümülatif çalışma yılının azalmasıdır. Zira analık sonrası yarım/kısmi çalışma hakları ile nakdi doğum/çocuk teşvikleri, baba için ayrılmış ve devredilemez bir ebeveyn izni (baba kotası) olmaksızın kullanıldığında (bkz. Doğum sonrası izinler), işten uzak kalma ve part-time kalma olasılıklarını ağırlıkla anneler üzerinde yoğunlaştırır; bu da kıdem, terfi, ücret ve emeklilik prim günlerinde kalıcı kayıplar doğurabilir. Ayrıca evlilik/ilk doğum zamanlamasını öne çekebilecek faizsiz evlilik kredisi gibi araçlar, kreş ve bakım altyapısı yaygın değilse, erken dönemde daha uzun süreli işgücü kesintilerine yol açabilir. Dolayısıyla "aile yılı" kapsamındaki teşviklerin bakım hizmetleri yatırımı ve baba için tahsisli, ücretli ebeveyn izni ile eşlenmemesi halinde, niyet edilen demografik/ailesel hedeflere rağmen kadınların işte kalış süresi ve yaşam boyu kazançlarında eşitsiz etkiler üretme riski bulunmaktadır.

5. İstihdamın Belirleyenleri: Eğitim

Eğitim düzeyi yükseldikçe kadınların işgücüne katılımı belirgin biçimde artmaktadır; okuryazar olmayan kadınlarda %13,8, lise altı eğitimlilerde %26,8, lise mezunlarında %37,4, mesleki/teknik lise mezunlarında %45,0 ve yükseköğretim mezunlarında %68,9'dur.[11-12] Bu desen, eğitimin istihdama giriş olasılığını güçlendirdiğini gösterirken, kadın-erkek farkının tam olarak kapanmadığı dikkate alındığında; bakım yükü, mesleki/sektörel ayrışma ve işyeri normları gibi toplumsal cinsiyet boyutlarının eğitim kazanımlarının istihdamdaki karşılığını sınırlamaya devam ettiğine işaret etmektedir.

6. İstihdamın Belirleyenleri: Yaşanan Bölge

İstihdam oranı bölgelere göre incelendiğinde kadınların en fazla istihdam edildiği bölge %38,9 ile TR61 (An-

talya, Isparta, Burdur)'dir. En düşük kadın istihdam oranı ise %19,8 ile TRC3 (Mardin, Batman, Şırnak, Siirt) bölgesinde gerçekleşmiştir.[11] Bölgeler arası farklar yalnızca ekonomik yapıdan değil, kadın emeğinin nasıl örgütlendiği ve nasıl sayıldığına ilişkin cinsiyetli süreçlerden beslenir. TRC3 gibi tarım ağırlıklı bölgelerde kadınlar çoğunlukla ücretsiz aile işçisi, mevsimlik ya da ev eksenli çalışır; bu istihdam biçimleri düşük gelir, sınırlı karar yetkisi, zayıf pazarlık gücü ve sosyal koruma dışılığı ile karakterizedir. Resmî tanım kayıt dışı olmayı istihdamda saysa da hane içi beyan dinamikleri (ör. kendini "ev kadını" olarak tanımlama), mevsimsellik ve referans haftasında en az bir saat çalışma ölçütü kadın emeğinin görünürlüğünü azaltabilir. Buna eşlik eden bakım altyapısı eksikliği (kreş/okul öncesi), güvenli ulaşım sorunları, ataerkil normlar (erken evlilik, erkek geçim sağlayıcı kalıbı) ve mesleki ayrışma, kadınların formel ve güvenceli işlere geçişini sistematik biçimde sınırlar.

7. Kadınların Mal/mülk Sahipliği

Türkiye'de kadınların mal/mülk sahipliğinde belirgin bir cinsiyet farkı sürmektedir. Konut özelinde, TÜİK'in 2023 yılına ilişkin bültenine göre satılan konutların %32,8'i kadınlar, %56,3'ü erkekler tarafından satın alınmış, %1,6'sı ise ortak adlara tescil edilmiştir.[18] Küresel Düzeyde Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu 2025'e göre Türkiye'de şiket sahipliği kadınlarda %4,8 gibi çok düşük bir düzeydedir.[4]

Toplumsal cinsiyet açısından, Türk Medenî Kanunu'ndaki eşit mülkiyet ilkeleri (ör. evlilik içi edinilmiş mallar rejimi) hukuksal koruma sağlasa da, örfî miras kalıpları, aile içi transferlerin erkek çocuk lehine örüntülenmesi, tapuların "hanenin erkek temsilcisi" üzerine yazımı ve ücretsiz aile işçiliği gibi pratikler, kadınların fiilî tasarruf ve ekonomik kontrol kapasitesini sınırlayarak literatürde "yasa–uygulama açığı" olarak tartışılan uyumsuzluğu üretmektedir.[19]

8. İstihdamın Özellikleri: Çalışılan Sektör

Kadınlar tarım ve hizmetler sektörlerinde tüm yıllarda erkeklere göre daha fazla istihdam edilmişlerdir(**Tablo 2**).[11]

9. İstihdamın Özellikleri: Kayıt Dışı Çalışma ve Ücret Farkı

Türkiye'de kadın çalışanların kayıt dışı çalışma oranı (%32,2), erkeklere (%23,1) göre daha yüksektir[20]. Tarım sektöründe, kayıt dışı istihdam oranı erkek çalışanlar için %73,5, kadın çalışanlar için ise %90,6 olarak kaydedilmiştir.[12]

2023'te cinsiyetler arası ücret/kazanç farkı, tüm eğitim düzeylerinde erkekler lehine seyretmiştir. Bu fark, kadın ve erkek ücret ya da kazançları arasındaki farkın, erkek ücret/kazancına oranı olarak tanımlanır. Kazanç Yapısı İstatistiklerine göre yıllık ortalama brüt ücret–maaş temelinde en yüksek fark %17,4 ile yükseköğretim mezunlarında, en düşük fark ise %13,2 ile ilkokul ve altı eğitim grubunda görülmüştür. Yıllık ortalama brüt kazanç göstergesinde ise en yüksek fark %20,0 ile lise mezunlarında, en düşük fark %14,9 ile yine ilkokul ve altı mezunlarda gerçekleşmiştir.[12] Bu tablo eşitsizliğin yalnızca "nitelik farkı"yla açıklanamayacağını; cam tavan, sektörel/mesleki ayrışma, kısmi/kayıt dışı çalışma, erkek-normlu çalışma kültürü ve annelik kaynaklı kariyer kesintilerinin etkili olduğunu gösterir. Eşitsizliği daraltmak için baba için tahsisli ve ücretli ebeveyn izni, kamusal kreş/bakım yatırımları, ücret şeffaflığı ve eşit işe eşit ücret denetimleri, ayrıca terfi-liderlikte eşitlik mekanizmaları (kotalar/mentorluk) birlikte uygulanmalıdır.

10. İstihdamın Özellikleri: Yarı Zamanlı/çağrı Üzerine Çalışma

TÜİK'in 2024 bülteninde yarı zamanlı çalışanların istihdam içindeki oranı (15 yaş+) kadınlarda %16,1, erkeklerde %7,3, toplamda %10,2 olarak verilmiştir.[12] Bu farklılık, esnek çalışma biçimlerinin kadınlarda daha

Tablo 2. 2020-2024 Yılları Arasında Sektöre Göre İstihdam Edilen Kadınlar[13]

	2020		2021		2022		2023		2024	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
Tarım	15,3	23,1	14,7	22,7	13,6	20,6	13,0	18,7	12,8	18,8
Sanayi	22,6	15,9	23,5	16,6	23,9	17,1	23,3	17,0	22,8	16,5
İnşaat	8,0	0,8	8,6	0,9	8,4	0,9	8,9	1,0	9,4	1,0
Hizmetler	54,0	60,2	53,3	59,7	54,1	61,5	54,9	63,3	55,0	63,7

Kaynak: TÜİK, 2025 metaveriden yazar tarafından hesaplanmıştır

yaygın olduğunu ve özellikle bakım sorumluluğunun ücretli çalışma saatlerini sınırladığını göstermektedir. Yarı zamanlı (ve işyeri pratiklerinde "çağrı üzerine/arızi" olarak örgütlenen) çalışma, kadınlar için gelir düzeyi, kıdem, terfi olasılığı ve SGK prim günleri üzerinde birikimli kayıp üretir.

İstihdamın Özellikleri: Yönetici ve Lider Pozisyonları

Kadınların yönetici ve liderlik pozisyonlarındaki temsili, son yıllardaki sınırlı iyileşmelere karşın düşük düzeyde kalmaktadır. Küresel Düzeyde Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu 2025'e göre Türkiye kadınların yönetici poziyonlarda yer alması bakımından 122., profesyonel ve teknik görevler açısından da 97. sırada yer almıştır.[4] Üst ve orta kademe yönetici pozisyonlarında kadın oranı hâlen %20,6'dır. 2023–2024 öğretim yılında akademide kadınların payı profesörlerde %34,6, doçentlerde %42,1 olarak gerçekleşmiştir. Borsa İstanbul'da işlem gören en büyük 50 şirketin (BİST-50) yönetim kurullarında kadın üye oranı %19,4 ile oldukça düşüktür. Araştırma-Geliştirme alanlarında da kadınların temsili %34,1 seviyesindedir. Bu göstergeler, karar alma mekanizmalarında süregelen cinsiyet eşitsizliğine ve "cam tavan"ın kalıcılığına işaret etmektedir.[11-12]

Doğum Sonrası İzinler

OECD ülkelerinin birçoğunda 2023 itibarıyla doğum öncesi ve sonrasında ücretli izin süresi ortalama 60 haftadır ve bunun 25 haftası anneye, 10 haftası babaya ayrılmakta, kalan yaklaşık 25 haftalık bölüm ise paylaşılabilir niteliktedir. Paylaşılabilir olarak sınıflanan grup tüm OECD ülkelerinde kadınlar erkeklere göre daha yüksek oranlarda kullanmaktadır. Buna karşın Türkiye'deki uygulama çok daha sınırlıdır. Türkiye'de annelere doğumdan önce ve sonra toplam 16 hafta ücretli doğum izni, babalara ise kamuda 10 özel sektörde ise 5 gün babalık izni tanınmaktadır; ayrıca ebeveynler için uzun süreli, ücretli ve paylaşılabilir bir ebeveyn izni bulunmamaktadır. Bu durum, kadınların işgücü piyasasındaki konumunu güçsüzleştirmekte, iş-yaşam dengesini zorlaştırmakta ve bakım sorumluluklarının büyük ölçüde annelerin üzerinde kalmasına yol açmaktadır. OECD ülkelerindeki uzun süreli ve paylaşılabilir ebeveyn izni düzenlemelerinin aksine, Türkiye'deki mevcut sistem annelerin doğum sonrası işgücüne dönüşünü yeterince güvence altına alamamakta ve babaların bakım sorumluluklarına katılımını desteklememektedir.[21]

11. Çalışma Yaşamında Kadınların Sağlığı

Kadınlar açısından işçi sağlığı ve güvenliği birçok nedenle ihmal edilmiş bir alandır. "Standart işçi"nin erkek bedeni ve yaşam döngüsü olarak varsayılması; kişisel koruyucu donanımın kalıplarından makine/tezgâh tasarımına, vardiya düzenlerinden terfi/ücret normlarına kadar pek çok alanda cinsiyet körü bir standart üretmektedir. Bunun üzerine kadınların ücretsiz bakım emeği (çocuk, yaşlı, hasta bakımı) ve "ikinci vardiya" yükü binmekte; kadınların işte kalış/çalışmaya devam süresi kısalmakta, prim günleri/terfi birikimi azalmaktadır. Psiko-sosyal riskler (tükenmişlik, anksiyete, taciz) kadınlar tarafından daha sık bildirilmektedir. Kesişimsellik bu tabloyu derinleştirmekte; göçmen/etnik azınlık/engelli/tek ebeveyn kadın olmak, dil bariyerleri, kayıt dışılık ve ayrımcılık yoluyla riski katlamaktadır. Bu durum, şikâyet ve başvuru yollarına erişimi de sınırlamaktadır. Sonuçta "kadınların daha güvenli işlerde çalıştığı" miti sürerken, sağlık sektörü, temizlik, tekstil, perakende ve çağrı merkezleri gibi duygulanımsal ve tekrarlı emek yoğun alanlarda kas-iskelet, solunum, dermatolojik ve taciz temelli psiko-sosyal sorunlar birikir.[22-23]

Türkiye'de İşçi sağlığı ve İş güvenliği (İSİG) mevzuatı kapsamlı olsa da, mevzuat–uygulama arasındaki ciddi fark kadınlar açısından yapısal eşitsizlikleri görünmez kılmaktadır. Kadınların yaşadığı riskler ayrı bir biçimde ele alınmamakta, kadın ve erkeğin maruziyetlerinin ve yüklerinin aynı olduğu farz edilerek değerlendirilmektedir.[24]

Türkiye'de Kadınların Yaşadığı İş Kazaları

SGK istatistik Yıllığı 2024'e göre 4-1/a Maddesi kapsamında 176.716 kadın (%24,1), 556.930 erkek iş kazası geçirmiştir. Kadınlar en çok insan sağlığı hizmetlerinde çalışırken iş kazası geçirmişlerdir. Daha önce bildirim olmayan bir alan olan ev çalışanı kategorisi bir sektör olarak ele alınmaktadır ve bu kategoride yapılan 36 iş kazasının da 24'ünü kadınlar bildirmiştir.[25]

2024 yılında SGK tarafından 1.897 kişinin iş kazası nedeniyle yaşamını kaybettiği bildirilmiştir ve 54'ü kadındır. Fabrikasyon metal ürünleri imalatında (makine ve teçhizat hariç) 10, perakende ticaret sektöründe 6, gıda ürünlerinin imalatında 5, konaklama sektöründe 5 kadın yaşamını kaybetmiştir.[25] Aynı yıl ZSR Patlayıcı Sanayi A.Ş. Fabrikası'nın kapsül üretimi bölümünde meydana gelen patlama sonucu ölen 11 metal işçisinin 8'i kadındır. Kadınlar zannedilenin aksine birçok tehlikeli sektörde çalışmaktadır. Bununla birlikte gazete haberlerinden, sendika raporlarından farklı kaynaklardan iş kazalarını doğrulayarak kaydeden İşçi Sağlığı

Tablo 3. 2024 yılında 4-1/a maddesi kapsamındaki kadın sigortalıların en sık iş kazası geçirdiği 15 sektör

Sıra	Sektör	Sayı
1	İnsan sağlığı hizmetleri	20.835
2	Yiyecek ve içecek hizmeti faaliyetleri	18.952
3	Perakende ticaret	17.565
4	Gıda ürünlerinin imalatı	17.244
5	Konaklama	14.765
6	Binalar ile ilgili hizmetler ve çevre düzenlemesi faaliyetleri	9.869
7	Tekstil ürünlerinin imalatı	8.836
8	Eğitim	5.956
9	Depolama, ambarlama ve taşımacılık için destekleyici faaliyetler	5.861
10	Giyim eşyalarının imalatı	5.830
11	Motorlu kara taşıtı, treyler (römork) ve yarı treyler (yarı römork) imalatı	4.045
12	Elektrikli teçhizat imalatı	4.014
13	Kauçuk ve plastik ürünlerin imalatı	3.928
14	Fabrikasyon metal ürünleri imalatı (makine ve teçhizat hariç)	3.630
15	Diğer metalik olmayan mineral ürünlerin imalatı	2.964

Kaynak: SGK İstatistik Yıllığı, 2024

İşçi Güvenliği Meclisi'nin 2024 Raporu'na göre 2024 yılında 106 kadın işçi yaşamını kaybetmiştir. Rapora göre kadınlar kaza geçirdiklerinde tarım, gıda, maden, ağaç, basın, eğitim, ticaret, metal, inşaat, gemi, sağlık, konaklama, güvenlik, belediye ve genel işler işkollarında çalışıyorlardı. Bu farkın en büyük nedeni kadınların SGK kayıtları olmadan çalışmaları ve istatistiklerde yer almamalarıdır.[26]

12. Kadınların Meslek Hastalıkları

2024 SGK Raporu'na 226 kadına meslek hastalığı tanısı konmuştur. En sık bildirimi yapılan meslek hastalıkları 26'sı polinöropati olmak üzere 40 sinir sistemi hastalığı; dokuzu astım biri pnömokonyoz olmak üzere 10 solunum sistemi hastalığı; 13'ü el ve bileğin kronik krepitan sinoviti olmak üzere 34 kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalığıdır.[25]

Fiziksel Riskler

Kadınlar iş gücüne katıldıklarında yalnızca üretim süreçlerine değil, aynı zamanda toplumsal cinsiyet rolleri tarafından şekillendirilmiş özgün risklere de maruz kalmaktadır. İşyerindeki fiziksel riskler, çoğu zaman erkek normuna göre tasarlanmış ekipmanlar, iş düzenlemeleri ve koruyucu donanımlar nedeniyle kadınlar açısından daha ciddi hale gelir. Özellikle sanayi sektörlerinde, kadınlar sıklıkla ergonomik olmayan işlerde, uzun süre ayakta kalmayı, ağır kaldırmayı veya titreşimli aletlerle çalışmayı gerektiren görevlerde yer almakta ve bu durum kadın fizyolojisiyle uyumsuz koşulları beraberinde getirmektedir. Aynı zamanda, kadın bedenine uygun olmayan iş elbiseleri ve kişisel koruyucu donanımlar da, fiziksel güvenliklerini sekteye uğratan önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda fiziksel risklerin toplumsal cinsiyet temelli olarak değerlendirilmesi, yalnızca iş sağlığı değil, aynı zamanda adil çalışma koşulları sağlamak açısından da kritik önemdedir. Bursa'da metal sanayisinde çalışan 582 kadınla yürütülen araştırma, kadınların maruz kaldığı fiziksel riskleri geniş bir yelpazede ortaya koymaktadır. İşyerinde genellikle ayakta çalışıldığına dair görüşe %64,1 katılım olurken, yüksek gürültü maruziyeti %73,9 oranında bildirilmiştir. Ayrıca, tozdan kaynaklı solunum zorlukları %78,8 gibi yüksek bir oranda raporlanmıştır. Anket bulguları; gürültü, titreşim, hava koşulları, toz ve yetersiz ergonomik koşullar gibi fiziksel risklerin kadın işçiler açısından belirgin olduğunu göstermektedir. Ayrıca kişisel koruyucu donanım (KKD) ve iş elbiselerinin çoğu zaman kadın fizyolojisine uygun olmaması, güvenlik açısından ek bir tehdit oluşturmaktadır (**Tablo 4**).[27]

Ergonomik Riskler

Kas iskelet sistemi hastalıkları kadınlarda en sık görülen meslek ya da işle ilgili hastalıklardandır. Silifke Orman İşletme Müdürlüğü bünyesindeki ağaçlandırma sahasında çalışan 91 kadın işçi ile yürütülen araştırmada; kadınların ev ekonomisine katkı sağlamak istedikleri için bu işleri tercih ettiği; %79,1'inin iş sonrasında ev işleri ve çocuk bakımıyla uğraşmak zorunda oldukları; (%56) herhangi bir sosyal güvencesi (sigorta) olmadığı; %60'tan fazlasının kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının (MSD) olduğu; en sık şikâyetlerinin bel ağrısı (%60,4) ve sert omuz/kürek kemiği ağrısı (%28,6); %30,8'inin psikolojik rahatsızlık belirtileri (uyuma zorluğu, sinirsel baş ağrısı, dalgınlık) olduğu raporlanmıştır. Aynı çalışmada, çalışanların yaklaşık %95'i İSİG mevzuatından haberdar olmadığı ve İSİG konusunda hiçbir eğitim almadıkları anlaşılmıştır. İşçi kadınlar eldiven kullandıklarını ama bu eldivenlerin, kesilme ve delinmelere karşı koruyucu özellik taşımadığı için bu işe uygun olmadığını belirtmiştir. İşyerinde zorunlu ihtiyaçları karşılama (tuvalet, duş, temizlik suyu) ve barınma (sıcak, soğuktan korunma) tesisleri bulunmamaktadır, bu da kadınlar için kişisel hijyen sorunlarına yol açmaktadır.[86]

Tablo 4. Otomotiv ve metal sektöründe çalışan kadınların maruz kaldıkları fiziksel riskler

Anket Sorusu	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	Katılmıyorum (%)	Kararsızım (%)	Katılıyorum (%)	Kesinlikle Katılıyorum (%)
Çalışma yerinde operasyonlar için sıklıkla kullanılan ekipmanlar kolay erişilebilir niteliktedir.	11,7	12,4	12,7	40,4	22,0
Çalışma yerinde diğer kişilerin beni rahatsız etmeden geçebilmeleri için yeterli genişlik vardır.	20,6	20,1	10,4	30,3	18,5
İşyerimde genelde ayakta çalışma yapılmaktadır.	5,8	9,2	19,8	50,9	14,2
İşyerimde acil bir durum (yangın, deprem vb.) olduğunda tahliye ve acil çıkış yollarını biliyorum.	10,8	15,5	7,9	26,5	39,4
Yaptığım iş yük kaldırmayı ve taşımayı gerektirmekte.	9,2	10,0	2,9	36,6	41,3
Çalışma yerinde yapılan işlerden kaynaklanan yüksek düzeyde gürültü (örneğin, metal - metal çarpması, motorlar vb.) vardır.	6,5	11,0	8,6	40,6	33,3
Elle tutulan iş aletleri ve ekipmanı kullanırken (sık sık ya da uzun süreli) hissedilir derecede titreşim oluşuyor.	39,1	23,2	10,6	18,7	8,4
Görevlerimi etkin ve doğru bir şekilde yerine getirilmem için işyeri aydınlatması yeterli.	16,6	27,1	17,9	26,3	12,1
Çalışma yerinde hava koşullarından (sıcaklık, nem, cereyan vb.) dolayı herhangi bir sıkıntım yok.	16,5	31,7	23,8	20,2	7,9
Çalışma yerinde tozlar nedeniyle nefes alırken zorlandığımı hissediyorum.	3,1	8,1	9,9	50,5	28,3
Çalışma yerinde elektrikli sistemlerle ilgili gerekli güvenlik önlemleri alınmıştır.	4,4	5,2	16,2	51,0	23,3
İşyerindeki çalışma ve yürüme yerleri(zemin, merdiven vb.) kaygan ve her an düşme tehlikesi yaşıyorum.	8,4	12,6	22,6	42,4	13,9
Sosyal tesisler (Soyunma odaları, el-yüz yıkama yerleri, tuvaletler vb.) işçiler için yeterli.	28,9	19,3	9,9	28,4	13,5
Çalışma yerinde kullandığımız Kişisel Koruyucu Donanımlar fiziksel ölçülerime uygun ve konforlu.	24,7	39,8	13,8	14,6	7,2
Çalışma yerinde Kişisel Koruyucu Donanımlar kullanmam gereken yerler açıkça belirtilmiştir.	2,7	11,3	23,1	47,3	15,6
İşyerinde kullandığımız iş elbiseleri oldukça rahat ve fiziksel ölçülerime uygundur.	12,0	14,1	12,6	46,3	14,9
İşyeri güvenliğinin iyileştirilmesi için uygulamam gereken güvenlik prosedürlerinin dışında da fazladan çaba harcarım.	3,4	3,9	9,4	59,1	24,1

Metal sanayiinde üretimde çalışan kadınların "Ergonomik Risk Farkındalığı", "Kadercilik Algıları" ve "Güvenli Davranış" algılarının ölçüldüğü bir çalışmada da kadın işçilerin en yüksek düzeyde farkında oldukları sorunun kas-iskelet sistemi ile ilgili sorunlar olduğu; ergonomik risk algılarının düşük olduğu, fiziksel risk algılarının 10 yıldan uzun bir süredir çalışanlarda daha fazla olmasına karşın, 10 yıldan az süredir çalışanların kadercilik algıları daha fazla olduğu bildirilmiştir.[29] Bir otomotiv fabrikasın kadınların geçirdiği kazaları değerlendiren bir araştırmada; ergonomik risk faktörlerinden kaynaklanan kazaların malzeme kullanımı sırasında (7), ağır kaldırma (5); tekrarlayan hareketler (4), işyeri düzeni (2), uygunsuz duruş (2) nedenleriyle geçirildiği tespit edilmiştir.[30] Hem sağlık sektöründe hem de tekstil sektöründe yapılan iki çalışmada kadınların ergonomik risklerinin yüksek olduğu, bu konuda önlemlerin sınırlı olduğu ve riskin psikososyal risklerle birlikteliğine dikkat çekilmiştir.[31-32]

Kimyasal Riskler

Kimyasal riskler, kadın çalışanlarda en önemli meslek hastalığı kaynaklarından biridir. Türkiye'de sağlık sektöründe 263 çalışanla yapılan bir çalışmada; kadınların kimyasal maddelerden korunma bilgi düzeylerinin erkeklere kıyasla daha düşük olduğu, radyasyon, civa, güçlü ilaçlar vb. kimyasal ajanlara maruziyetin yaygın olduğu ortaya konmuştur.[33] Öte yandan tarım

sektöründe yapılan bir literatür incelemesinde kadın işçilerin pestisit ve nikotin gibi kimyasallara hem hasat hem de ürün işleme süreçlerinde maruz kaldığı; ayrıca koruyucu ekipman eksikliği, yetersiz barınma/hijyen olanakları, göçmen statü ve toplumsal cinsiyet temelli kırılganlıkların bu riskleri daha da artırdığı saptanmıştır.[34] Türkiye'de otomotiv sektöründe çalışan kadınlara yönelik bir raporda da kimyasal maddelerin patlayıcı, zehirleyici ve tahriş edici özellikleri vurgulanmış; bu maddelerin deri, solunum, göz ve sindirim yollarıyla içeriye alınabileceği ifade edilmiştir Ayrıca mesleki sağlık literatüründe kadınların, kimyasallara maruziyetin üreme sağlığı (erken doğum, düşük, prematüre bebek), hormon bozuklukları gibi etkilerle ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Biyolojik Riskler

Türkiye'de kadın çalışanların maruz kaldığı biyolojik riskler, özellikle sağlık, tarım ve hizmet sektörlerinde ciddi boyutlara ulaşmaktadır. Bu riskler; virüs, bakteri, mantar gibi mikroorganizmalarla temas, kesici-delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma, solunum yoluyla enfeksiyon kapma ve alerjik reaksiyonlar gibi pek çok şekilde ortaya çıkabilir. Kadınların bu risklere karşı korunmasında hem işyerinin fiziki koşulları hem de toplumsal cinsiyete duyarlı iş güvenliği uygulamaları belirleyici rol oynar.

2020-2023 yılları arasında Türkiye'de bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada bildirilen 694 mesleki yaralanma vakasının %58,8'ini kadınlar oluşturmuştur. Bu yaralanmaların çoğu kesici-delici aletler nedeniyle meydana gelmiş ve kadın çalışanların önemli bir bölümü bu kazalar sırasında kişisel koruyucu donanım (KKD) kullanmadığını bildirmiştir. Özellikle hemşirelik gibi doğrudan hasta teması içeren mesleklerde biyolojik ajanlara maruziyetin sık olduğu ve bu durumun iş gücü kaybına kadar varan sağlık sonuçlarına yol açtığı görülmüştür.[35]

Benzer şekilde, tarım sektöründe çalışan kadınları inceleyen bir diğer araştırma, kadın işçilerin bitki özsuları, polen, haşere sokmaları ve hayvansal atıklarla doğrudan temas halinde olduklarını ve bunun özellikle alerjik reaksiyonlar ve cilt hastalıkları gibi biyolojik riskleri artırdığını ortaya koymuştur. Bu çalışma, kadınların tarım işlerinde görünmez ve güvencesiz biçimde çalışmasının, maruz kaldıkları biyolojik riskleri daha da derinleştirdiğini vurgulamaktadır.[35]

Öte yandan, İSİG mevzuatında yer alan koruyucu uygulamalar çoğu zaman yeterince hayata geçirilememektedir. Gebelik ya da emzirme gibi fizyolojik durumlar, kadın çalışanları biyolojik etkilere karşı daha savunmasız hale getirirken, bu dönemlere özel önlemler çoğu işyerinde planlı şekilde yürütülmemektedir. Kadına duyarlı İSİG politikalarının geliştirilmesi gerektiğini vurgulayan güncel araştırmalar, kadın çalışanların risk değerlendirme süreçlerine daha aktif katılımının sağlanmasının ve bu süreçlerin cinsiyet temelli ihtiyaçlara göre yapılandırılmasının önemine dikkat çekmektedir.

Psikososyal Riskler

Türkiye'de kadın çalışanlar, işyerinde yalnızca fiziksel değil, ciddi düzeyde psikososyal risklerle de karşı karşıyadır. Bu riskler arasında mobbing (yıldırma), dışlanma, ayrımcılık, aşırı iş yükü, tükenmişlik, örgütsel yalnızlık ve güven eksikliği gibi sorunlar öne çıkmaktadır. Kadınların iş yaşamında karşılaştığı bu psikososyal zorluklar, toplumsal cinsiyet rollerinin işyerine taşınmasının bir sonucudur.[36] Kadın çalışanlara yönelik cinsiyete dayalı ayrımcılık, yalnızca işe alım aşamasında değil, tüm iş süreçlerinde varlığını sürdüren sistematik bir sorundur. Bireysel yetenek veya performans değerlendirmeye alınmaksızın, kadınlar yalnızca cinsiyetleri üzerinden iş pozisyonları, ücretleri ve terfileri belirlenerek değerlendirilmekte ve bu da önemli bir psikososyal stres kaynağı oluşturmaktadır. Eşit işe eşit ücret verilmemesi, hamilelik nedeniyle işten çıkarılma, küçük çocuğu olan kadınların işe alınmaması, ekonomik kriz dönemlerinde ilk olarak kadınların işten çıkarılması ve erkek lehine yapılan pozitif ayrımcılıklar bu ayrımcılığın yaygın örneklerindendir. Özellikle kayıt dışı ve güvencesiz istihdam biçimleri, kadınlar için yalnızca ekonomik değil, psikolojik güvensizlik yaratan bir diğer faktördür. Kadınların işe alım sürecinde başlayan ayrımcılık, terfi, görevlendirme ve iş güvencesi gibi alanlarda da devam etmekte, bu da uzun vadeli duygusal yıpranmaya neden olmaktadır.

Bu durumu destekleyen araştırmalardan biri, 2021 yılında yapılan ve Türkiye'de kadın çalışanların iş yaşamında karşılaştığı ayrımcılık biçimlerini analiz eden çalışmadır. Bu araştırmada kadınlar, ücret, terfi ve yönetim kademelerinde dışlandıklarını, çoğu zaman erkek meslektaşlarına göre daha fazla çaba sarf etmelerine rağmen aynı düzeyde tanınmadıklarını bildirmişlerdir.[37] Benzer biçimde, 2023 yılında yapılan nitel bir araştırmada, beyaz yakalı kadın çalışanların işyerinde sistematik biçimde mobbing, küçümseme, sosyal dışlama, dedikoduya maruz kaldıkları ve bu deneyimlerin psikolojik bütünlüklerini zedelediği vurgulanmıştır.[36]

Özellikle sağlık sektöründeki kadınlar üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise çalışanların %71'i en az bir kez işyerinde yıldırma davranışına maruz kaldığını belirtmiştir. Bu deneyimlerin depresyon, kaygı ve iş tatmin-

sizliği gibi psikolojik sonuçlara neden olduğu saptanmıştır.[38]

Bu araştırmalar, kadınların iş yaşamında yalnızca bireysel değil; toplumsal, kurumsal ve yapısal düzeydeki eşitsizliklerden kaynaklanan bir dizi psikososyal tehditle karşı karşıya olduğunu göstermektedir. İşyerlerinde toplumsal cinsiyet eşitliğini önceleyen politikaların oluşturulması, cinsiyet temelli ayrımcılığın önlenmesi ve çalışanlara psikososyal destek sistemlerinin sunulması, kadınların işyerinde güvenli ve sağlıklı biçimde var olabilmeleri için hayati öneme sahiptir.

13. İşyerinde Şiddet

Türkiye'de işyerlerinde kadına yönelik şiddet, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin çalışma yaşamındaki bir yansıması olarak ele alınmalıdır. Kadınlar, ekonomik bağımsızlıklarının zayıf olması, iş güvencesizliği, hiyerarşik iş ilişkileri ve güç dengesizlikleri nedeniyle, işyerinde daha az korumaya sahip olma riski taşırlar. Bu bağlamda, kadın çalışanların maruz kaldığı şiddet sadece bireysel bir olay değil, cinsiyet temelli iktidar ilişkilerinin somutlaşmasıdır.

Örneğin, farklı sektörlerde çalışan 194 kadınla yapılan bir araştırmada katılımcıların %45,4'ü son bir yıl içinde işyerinde bir tür şiddete maruz kaldıklarını bildirmiştir; en sık karşılaşılan şekiller duygusal baskı ve yıldırma (%35,1) ile sözel şiddet (%34,5) olmuştur. Aynı çalışmada, %3,1'inin fiziksel saldırıya, %1,5'inin ise cinsel tacize uğradığı raporlanmıştır Bu şiddeti uygulayanların büyük kısmının erkekler olduğu bildirilmiş ve şiddete maruz kalmanın kadın çalışanlarda iş stresi ve iş tatmini üzerinde olumsuz etkileri olduğu vurgulanmıştır.[39]

ILO Türkiye Ofisi ile Özyeğin Üniversitesi'nin birlikte yürüttüğü "İşyerinde Şiddet ve Taciz Algıları ve Deneyimleri" araştırmasına göre, işyerinde şiddet ve taciz deneyimleri kadınların meslek seçimini, kurum bağlılığını ve işyerinde kalma kararlarını doğrudan etkileyen bir risk faktörü olarak ortaya çıkmaktadır.[40] Bu çerçevede, kadınların işyerlerinde özgüvenli ortamlar talep etmesi kadar, işveren ve kurumların cinsiyet eşitliği bağlamında şiddet karşıtı politikalar geliştirmesi kritik görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Halim, D., O'Sullivan, M. B., & Sahay, A. (2023). Increasing Female Labor Force Participation (World Bank Group Gender Thematic Policy Notes Series; Evidence and Practice Note). World Bank. http://hdl.handle.net/10986/39435 (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
2. Eurostat. (2025, May 27). Employment gaps for women & people with disabilities. Eurostat News.
3. TÜİK. (2025). İşgücü İstatistikleri, 2024 (Sayı 54059). https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-Istatistikleri-2024-54059 (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
4. World Economic Forum. (2025, June). Global Gender Gap Report 2025. https://reports.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2025.pdf (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
5. International Labour Organization [ILO]. (2021). COVID-19 and the world of work. https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/lang--en/index.htm
6. UN Women. (2020). Rapid Gender Assessments on the socioeconomic impacts of COVID-19. https://data.unwomen.org/rga (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
7. DİSK-AR. (2020). COVID-19 Döneminde Kadın İşgücünün Görünümü Raporu. https://disk.org.tr/2020/06/covid-19-doneminde-kadin-isgucunun-gorunumu-raporu/ (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
8. UN Women Türkiye. (2020). Türkiye'de COVID-19 Etkilerinin Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi. https://eca.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20ECA/Attachments/Publications/2020/07/Infographics_Turkish.pdf (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
9. TÜİK. (n.d.). İşgücü İstatistikleri Metaveri. https://data.tuik.gov.tr (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
10. Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). Hanehalkı İşgücü Anketi (HİA) Metodolojik Dokümanı. https://www.tuik.gov.tr/indir/metodolojikDokumanlar/hia_metod_tr.pdf (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
11. TÜİK, UN Women. (2024). Türkiye'de İstatistiklerle Kadın. https://eca.unwomen.org/sites/default/files/2025-05/rapor_turkish_digital.pdf (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
12. TÜİK. (2024). İstatistiklerle Kadın. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C4%B0statistiklerle-Kad%C4%B1n-2024-54076&dil=1 (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
13. International Labour Organization. (2025). Closing the gender gap in paid parental leaves: Care economy brief. https://www.ilo.org/sites/default/files/2025-06/ILO%20Care%20Economy%20Brief%20-%20Closing%20the%20gender%20gap%20in%20paid%20parental%20leaves.pdf (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
14. Ağar, A. (2025). Türkiye'de kadın çalışan olmak: OECD ve TÜİK verileri üzerine bir değerlendirme. Sosyal Güvence Dergisi, 28, 1666–1687. https://doi.org/10.21441/sosyal-guvence.1440897
15. TÜİK. (2022). Türkiye Aile Yapısı Araştırması, 2021 (Sayı: 45813). https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Aile-Yapisi-Arastirmasi-2021-45813 (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
16. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2024). Ailenin Korunması ve Güçlendirilmesi: Vizyon Belgesi ve Eylem Planı (2024–2028). https://ulusaleylem.aile.gov.tr/media/m1garif1/ailenin-korunmasi-ve-gu-c-lendirilme-

si-vizyon-belgesi-ve-eylem-plani.pdf (Erişim Tarihi: 10/10/2025)

17. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2025). 2025 Aile Yılı (resmî site). https://www.aileyili.gov.tr/ (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
18. Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). Konut Satış İstatistikleri, Aralık 2023 (Haber Bülteni No: 49516). https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Konut-Satis-Istatistikleri-Aralik-2023-49516 (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
19. Kocabıçak, E. (2022). Why property matters? New varieties of domestic patriarchy in Turkey. Social Politics: International Studies in Gender, State & Society, 29(3), 812–839. https://academic.oup.com/sp/article/29/3/812/5900786
20. ÇSGB. (2025). Ulusal İstihdam Stratejisi (2025–2028). https://www.csgb.gov.tr/Media/t0bomvck/ulusal-istihdam-stratejisi-2025-2028.pdf (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
21. OECD. (2025). Gender equality and work gap, 2025. https://www.oecd.org/en/topics/gender-equality-and-work.html (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
22. Özvarış, Ş. B. (2015). Toplumsal cinsiyet, çalışma yaşamı ve kadın sağlığı [Gender, working life, and women's health]. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 15*(56), 37–43.
23. Çağlayan, Ç., & Etiler, N. (2009). Türkiye'de kadın işçilerin mesleksel sağlığı [Occupational health of female workers in Turkey]. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, (33)*, 41–57.
24. Odman, A., Aksoy, G. (2023, Nisan 5). İş kazalarının ardında cinsiyet eşitsizlikleri var – Aslı Odman ve Gülay Aksoy ile söyleşi. İSİG Meclisi. https://www.isigmeclisi.org/21273-is-kazalarinin-ardinda-cinsiyet-esitsizlikleri-var-asli-odman-ve-gulay (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
25. SGK. (2024). SGK İstatistik Yıllığı 2024. https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4 (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
26. İşçi Sağlığı İşçi Güvenliği Meclisi (2025). 'İç cepheyi sağlamlaştırma' siyasetinin örtmeye çalıştığı gerçeklerden biri de iş cinayetleri… 2024 yılında en az 1897 işçi iş cinayetlerinde hayatını kaybetti. https://www.isigmeclisi.org/21145-ic-cepheyi-saglamlastirma-siyasetinin-ortmeye-calistigi-gerce (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
27. Yamankaradeniz, N., Akalp, G., & Cankaya, O. (2015). Otomotiv ve Metal Sektöründe Çalışan Kadınların Maruz Kaldıkları Fiziksel Risk Algısı. SDU-JESD, 148650, 449–458.
28. Eker, M., & Korkmaz, F. G. (2021). Kadın iş gücünün yer aldığı ağaçlandırma işlerinin iş sağlığı ve güvenliği açısından değerlendirilmesi. Turkish Journal of Forestry, 22(3), 283–294. https://doi.org/10.18182/tjf.963681
29. Aytaç, S., Özok, A. F., Yamankaradeniz, N., Gökçe, A., Akalp, G., Çankaya, O., & Tüfekçi, U. (2018). Metal sanayiinde çalışan kadınların ergonomik risk algısı: Bir araştırma. Ergonomi/Ergonomics, 1(1), 29–38.
30. Arslankaya, S., & Çelik, M. T. (2021). Otomotiv sektöründe çalışan kadın işçilerin ergonomik risk değerlendirmesi. Araştırma ve Geliştirme Dergisi (UMAGD), 13(3), 75–82. https://doi.org/10.29137/umagd.1013990
31. Aksüt, G., Eren, T., & Tüfekçi, M. (2021). Tekstil sektöründe kadın çalışanların maruz kaldığı ergonomik risklerin çok kriterli karar verme yöntemleri ile belirlenmesi. Endüstri Mühendisliği Dergisi, 32(1), 12–33. https://doi.org/10.46465/endustrimuhendisligi.789642
32. Demiralp, H., Bozoklar, E., & Ege, F. (2017). Türkiye'de sağlık sektöründe çalışan kadınlara yönelik ergonomik uygulamaların ve beklentilerinin anket uygulaması ile irdelenmesi. Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi, 5(ÖS: Ergonomi2016), 227–233. https://doi.org/10.21923/jesd.29735
33. Tisinli, Z. A., Saydamlı, Ş., & Erkan, I. (2023). Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı kimyasallar konusundaki bilgi düzeyleri ve hata türleri etkileri analizi. Journal of Innovative Healthcare Practices, 4(3), 188–200. https://doi.org/10.58770/joinihp.1378496
34. Çağlarer, E. (2025). Invisible risks in women's labour in agriculture: Product-based assessment of seasonal and resident labour force in Turkey. BMİJ, 13(3), 1217–1228. https://doi.org/10.15295/bmij.v13i3.2617
35. Medeni, V., et al. (2025). Occupational Injuries Among Hospital Workers. PubMed. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40004581 (Erişim Tarihi: 10/10/2025)
36. İnan, A. N., Sözen, C., & Kızrak, M. (2023). Beyaz yakalı kadın çalışanların işyerlerindeki mobbing deneyimleri: Nitel bir araştırma. Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi, 19, 43–82. https://doi.org/10.58793/marusad.1302468
37. Yıldırımalp, S. (2021). Ayrımcılık Temelli Dışlanma: Türkiye'de Çalışma Hayatında Kadınlar. Sosyal Güvenlik Dergisi, 11(2), 321–346. (Erişim Tarihi: 10/10/2025)https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2160780
38. Ulaş, H., Afşaroğlu, H., & Binbay, İ. T. (2018). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Kadınlarda Psikososyal Bir Stres Olarak İşyerinde Yıldırmanın Genel Psikopatoloji ile İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 29(2), 102–108. (Erişim Tarihi: 10/10/2025) https://www.turkpsikiyatri.com/PDF/C29S2/tpd_c29_s2_102-108.pdf
39. Dursun, S., & Özdemir, E. (2024). Türkiye'de iş yerinde kadına yönelik şiddetin yaygınlığı ve etkisi: Kesitsel bir anket çalışması. KADEM Kadın Araştırmaları Dergisi, 10(1), 306–332.
40. CEİD. (2024). İşyerinde şiddet ve taciz: Algılar ve deneyimler araştırma raporu üzerine. https://cinsiyetesitligipolitikalari.org/cepd_folders/uploads/2024/11/ilo-isyerinde-siddet-taciz-algisi-ve-deneyimleri-arastirma-raporu-uzerine.pdf (Erişim Tarihi: 10/10/2025)

Afetlerde Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı

Ferhat Yıldız, Türkan Günay

Afet ve acil durumlar, toplumsal cinsiyet eşitsizliğini derinleştirerek kadınların sağlığını bozan en önemli etmenlerden biridir. Önceki deneyimler acil durumlarda, kadın ve kız çocuklarının aile planlaması (AP) ve doğum öncesi bakım gibi temel sağlık hizmetlerine erişemediğini, tecavüz, genital sakatlama, zorla gebelikler ve çocuk evlilikleri dahil olmak üzere daha fazla toplumsal cinsiyete dayalı şiddete maruz kaldıklarını göstermektedir.[1]

Afetlerde Cinsel Sağlık Üreme Sağlığına Yönelik hizmetler afetin ilk 48 saati içinde başlatılması gereken hizmetlerdir. Afet durumlarında CSÜS hizmetlerini sunmak üzere, Birleşmiş Milletlerin Kriz Durumlarında Üreme Sağlığı için Kurumlararası Çalışma Grubu (IAWG) tarafından geliştirilen Asgari Başlangıç Hizmet Paketi (Minumum Initial Service Package-MISP) önerilmekte ve afetlerin ilk günlerinden itibaren müdahale ve iyileşme süreci boyunca MISP'in her insani müdahale ile entegre edilmesine vurgu yapılmaktadır.[2,3]

Afetlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı için MISP'in altı hedefi şu şekildedir.[3]:

1. Uygulama için liderlik yapacak kuruluşun belirlenmesini sağlayın.
2. Cinsel şiddetin önlenmesi ve hayatta kalanların ihtiyaçlarına yanıt verin.
3. HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarının (CYBE) bulaşmasını önleyin ve bunlara bağlı hastalık ve ölüm oranlarını azaltın.
4. Aşırı anne ve yenidoğan hastalık ve ölümlerini önleyin.
5. İstenmeyen gebelikleri önleyin.
6. Mümkün olan en kısa sürede birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilecek kapsamlı CSÜS hizmetlerinin planlanması ve tüm bu faaliyetlerin gerçekleşebilmesi için sağlık sektörü ve paydaşlarıyla ortak çalışın.

Bu raporda afetlerde CSÜS hizmetleri bu başlıklarla yayınlanan rapor ve ulaşılabilen araştırmalar incelenerek değerlendirilecektir.

Ülkemizde 2020-2025 yıllar arasında 2020 yılında Covid-19 pandemisi ve 2023 yılında 6 Şubat Kahramanmaraş ve Hatay Depremleri yaşanmıştır.

1. Pandemi Döneminde

Pandemi öncesinde, ülkemizde üç kadından biri şiddet görmekteydi.[4] Pandemi döneminde sokağa çıkma yasakları, okulların kapatılması gibi uygulamalarla ev içinde daha fazla zaman geçirilmesi, ekonomik kaygılar, belirsizlikler ve kadınların bakım yükünün artması tüm dünyada olduğu gibi ülkemizdede kadına yönelik şiddetin artmasına neden olmuştur.

Ülkemizde Nisan 2020'de yapılan bir çalışma, pandemi sürecinde kadına yönelik şiddetin

%43'e yükseldiğini ortaya koymaktadır. Bu çalışmada karantina sürecinde ev içi tartışma veya çatışma yaşama oranı %69 olarak saptanmıştır. Kadınların %64'ü karantina sürecinin ruhsal durumunu olumsuz etkilediğini, %83'ü karantina sürecinin kadına ve çocuğa yönelik şiddeti tetiklediğini belirtmektedir.[5] Çalışmalarda, ülkemizde geçen yılın aynı dönemine göre ev içi şiddete uğrayan kadın sayısının üç kat arttığı, engelli kadınların ekonomik, fiziksel, cinsel, duygusal, sözel şiddet biçimlerinden en az birisine maruz kalma sıklığının %33'den %39,6'ya çıktığı bildirilmiştir.[6–8] Salgın döneminde iş yaşamı ve ev içi şiddeti araştıran bir çalışma, kadın çalışanların %62'sinin son üç ay içinde şiddetin bir türüne en az bir kez maruz kaldığını göstermektedir.[9] Bu dönemde şiddetin artmasına karşın görünürlüğünün azaldığı ve kadınların yardım arama, destek birimlerine başvurularının azaldığı, başvuru

mekanizmalarının (destek hatları, güvenlik güçleri, sığınaklar vb.) çalışmadığı, kadınların virüs bulaşma korkusuyla şiddeti belgelemek için sağlık kurumlarına başvurmadığı belirtilmektedir.[7]

İnsan Hakları Derneği'nin raporunda ülkemizde pandemi döneminde kadına yönelik şiddete dair başvuruların alınmadığı, bazı sığınma evlerinin kapatıldığı ya da başvuru kabul etmediği, polislerin başvuru almadığı ve adliyelerin kısıtlı sürelerle çalıştığı belirtilmektedir.[10]

Ülkemizde sağlık çalışanlarının bildirimine göre pandemi döneminde CSÜS hizmetlerinin durumunu inceleyen bir çalışmada; yarısı çalıştıkları kurumda pandemi sürecinde hizmetin kesintisiz sunulmaya devam ettiğini, %26'sı CSÜS hizmetlerinin kesintiye uğradığını belirtmiştir. Sunulan hizmetler; AP hizmetleri(%39), CSÜS danışmanlığı(%29), gençlere yönelik CSÜS hizmeti(%18), güvenli annelik(%15), CYBE(%12), infertilite(%8), doğum öncesi ve sonrası hizmetler(%7) ve isteğe bağlı düşük hizmetleri (%5) olarak saptanmıştır.[11]

Ülkemizde pandemi öncesinde de AP, isteyerek düşük, CYBE'in önlenmesi hizmetlerine ulaşmada sorunlar mevcuttur. Pandemi sırasında yapılan bir çalışmada görüşülen 295 kamu hastanesinden 10'unda (%3) isteyerek düşük hizmeti verildiği saptanmıştır.[12]

Bu dönemde, infertilite, HIV dahil CYBE'e yönelik tanı ve tedavi hizmetleri verilememektedir. Özellikle yeni tanı almış HIV ile yaşayanların tedaviye başlama ve izlem süreçlerinde güçlükler yaşadıkları belirtilmektedir. Düzenli tedavisine devam eden hastaların raporlarının otomatik olarak uzatılması kararıyla HIV ile yaşayan kişilerin pandemi döneminde ilaçlarına erişimleri sağlanmıştır. Pandemide tüm hastanelerin pandemi hastanesine dönüştürülmesi gebelik ve doğum hizmetlerine ulaşmayı da zorlaştırmıştır. Virüsle enfekte olma korkusu kadınların hizmete başvurusunu engellediği gibi, sağlık hizmetine başvurularında da gecikmeye neden olmuştur.[13]

Pandemi döneminde doğum öncesi bakım ve doğum hizmetlerinde de sorunlar yaşanmış ve farklı çözümlerle riskler azaltılmaya çalışılmıştır. Gebelikler risk durumuna ve sürecine göre sınıflandırılarak; düşük riskli gebeliklerde izlemin teletıp ile yapılması, yüz yüze görüşme süresinin kısaltılması, yüksek riskli gebeliklerde ise yüz yüze hizmetin sağlanması önerilmiştir. Doğum aşamasında anneye eşlik edecek olan refakatçiye mümkünse COVID-19 tarama testi yapılması, annelerin erken taburcu edilmesi, uygun gebeliklerde ebe eşliğinde evde doğum seçeneğinin de göz önünde bulundurulması, doğum sonrası bakımın teletıp hizmetleri ile, gerekli durumlarda ise ev ziyaretleri ile sürdürülmesi bulaşı en aza indirmek için bu dönemde yapılan önerilerdir. AP hizmetleri için de teletıp uygulamaları, acil danışma hatları ve reçetesiz uygulanabilen yöntemlere erişimin sağlanması önerilmiştir. Kişilerin kendilerinin uygulayabileceği uzun etkili geri dönüşümlü doğum kontrol yöntemlerin (özellikle enjektabl preparatlar, vb) tercih edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Kondom kullanımının pandemide sağlık sistemi üzerinde CYBE nedeniyle artacak yükü hafifletmeye yardımcı olacağı belirtilmektedir. Kontraseptif yöntemlerinin temin edilebileceği ve uygulanabileceği hizmet yerlerinin iletişim bilgilerinin paylaşılması ve evlere kadar ulaşımı sağlayan bir dağıtım ağı kurulması önerilmiştir.[14]

2. Depremde

Ülkemizde 6 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş Pazarcık ve Elbistan merkezli 7.7 Mw ve 7.6 Mw büyüklüğünde 11 ili etkileyen iki büyük deprem meydana gelmiştir. Resmi rakamlara göre, deprem nedeniyle 50.783 kişi hayatını kaybederken, 115.353 kişi yaralanmıştır.[15] Depremden 9,1 milyon kişinin doğrudan etkilendiği, bölgede 3,5 milyon hanenin %8'inin kadın reisli ve en az bir çocuklu olduğu ve 60 yaş üstü nüfusun %54'ünün kadın olduğu, 226.000 gebe kadın olduğu, bunların da 25 bininin bir ay içerisinde doğum yapacağı öngörülmüştür Depremler, en çok etkilenen dört ildeki sağlık altyapısının büyük bir kısmını yok etmiş veya zarar vermiştir; bu illerde aile sağlığı merkezlerinin %70'i hasar görmüş ve kadın hastalıkları/doğum hizmetlerinin %60'ı faaliyet dışı kalmıştır.[16 17]

Deprem sonrasında ilk günlerden itibaren Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER), Türk Tabipleri Birliği (TTB), Birleşmiş Milletler Kuruluşları (UNFPA, UNWomen), Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAPV) başta olmak üzere pek çok Sivil Toplum Kuruluşu (STK)'nun CSÜS durumunu içeren raporları yayınlanmıştır. Bu izlem raporları ve yapılan araştırmalar üzerinden CSÜS'na yönelik gözlemler zamansal süreç göz önüne alınarak incelenecek olursa;

HASUDER'in Hatay İli Saha Raporu'nda (12-17 Şubat 2023) kadınlarla ilgili önceliğin doğum hizmetlerine verildiği, bunun dışında kadın ya da genç kızlara yönelik bir üreme sağlığı hizmetinin gözlenmediği, sadece bazı hizmet birimlerinde hijyenik ped sağlandığı belirtilmiştir.[18]

TTB'nin birinci ay raporunda, geçici yerleşim alanlarında kadınların güvenliğini artıracak şekilde, güvenli yerleşim planları hazırlanmadığı hem yardımlara erişim hem de şiddet açısından kadınlar için özel önlemler alınması gerektiği vurgulanmıştır.[19]

HASUDER'in ikinci ay Saha Raporu'nda en büyük hizmet açığının halen üreme sağlığı hizmetlerinde olduğu, sahada yeterli kontraseptif malzeme bulunmadığı, kadınlara yönelik AP danışmanlığı, CYBE ile mücadele çalışmalarının çok zayıf kaldığı, planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerin bu ağır koşullarda anne ve bebek sağlığını tehdit eden yeni riskli durumlar yaratacağı vurgulanmıştır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklanan sorunların artarak sürdüğü, kadınların bakım yükünün ağırlaştığı, geçici yerleşim alanlarında kadınlar ve kız çocukları için güvenli alanlar yaratılmadığı, kadın erkek tuvalet ve duş yerleri birbirine çok yakın olduğu, tuvalet kapılarının bir kısmında kilit olmadığı, tuvaletlerin bazı çadırlardan uzakta olduğu, bunun da kadınların tuvalet ihtiyacı olmasın diye az su içmeleri, az yemek yemeleri gibi sorunları beraberinde getirdiği belirtilmiştir. Kadınların yeterince hijyenik pede ve iç çamaşırına ulaşamadığı, bu nedenle vajinit, idrar yolu enfeksiyonu gibi sağlık sorunlarının sık görüldüğü saptamaları yapılmıştır.[20]

HASUDER üçüncü ay Saha Raporu'nda HASUDER ve Hatay Büyükşehir Belediyesi iş birliğinde IPPF desteği ile Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmet Birimi oluşturulduğu görülmektedir. Üreme sağlığına yönelik hizmet açığına destek sunan birimden ilk bir ay içinde 881 kişi yararlanmış, 2028 erkek kondomu, 297 oral kontraseptif kutusu, 12 ertesi gün hapı, 754 hijyen kiti dağıtılmış, üç RİA (Rahim İçi Araç) takılmış ve 184 gebelik testi yapılmıştır. Bu hizmetin kamu tarafından depremden etkilenmiş tüm illerde sunulması önerilmiştir. Depremden etkilenen bölgenin tümünde, üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu, var olan hizmetin yalnızca gebelik izlemi ve doğum odaklı olduğu, AP ve cinsel sağlık alanında danışmanlık, yöntem sunumu ve klinik hizmetlerin yetersiz olduğu belirtilmektedir. Özellikle RİA uygulamasına yönelik hizmetin verilmediği, çalışmaya başlamış olan ASM'lerin büyük çoğunluğunda AP hizmeti sunulmadığı, sağlık çalışanlarının kadınlarda genital yol enfeksiyonlarının çok yaygın olduğunu belirttikleri vurgulanmıştır.[21,22]

HASUDER tarafından depremin ilk üç ayında MISP uygulaması olarak başlatılan hizmet gereksinimin sürmesi üzerine Direct Relief ve UNFPA desteği ile mobil hizmet de eklenerek iki yıl sürdürülmüştür. Sonraki çalışmalarda da kadınlarda en sık karşılaşılan sorun vaginal akıntı, idrar yolu enfeksiyonu ve genital yol enfeksiyonları olarak saptanmıştır.[22]

TTB üçüncü ay raporunda da Geçici Yerleşim Alanları'nda (GYA) kadınların güvenliğini sağlayabilecek koşulların henüz tam olarak gerçekleşmediği, kadın ve erkek tuvalet ve duşlarının bazı yerlerde ortak olduğu ve çadırlardan gerekenden uzak olduğu, çadır yerleşim ve kapılarının güven ve mahremiyet ortamı yaratacak düzende olmadığı saptanmıştır. Ailelerini kaybeden kadınların, çocukların ilerleyen dönemlerde taciz ve istismara uğrama riskini doğuran koşulların önlenmesinin aciliyetine dikkat çekilmiştir. Sağlık kurumlarında AP araçlarının az olduğu, özellikle kondom, oral kontraseptifler ve rahim içi araçlara olan talebin karşılanmadığı saptanmıştır. Kadınlarda adet düzensizlikleri ve anormal vajinal kanama şikayetlerinin arttığı vurgulanmıştır. Antakya'da üniversite bahçesine kurulan sahra hastanesinde acil ve poliklinik hizmeti sunulabildiği, ancak doğum hizmeti verilemediği; Antakya merkezde yalnızca tek bir özel hastanede doğum yapılabildiği, onun da depremin ilk günlerinde ücretsiz, artık ücretli olduğu ifade edilmiştir. Gebe takiplerinin düzenli yapılamadığı saptanmıştır.[23]

Bu dönemde yapılan araştırmalarda raporlardaki gözlemleri doğrular niteliktedir. Mart- Nisan 2023 tarihleri arasında 355 kadın ile gerçekleştirilen çalışmada; deprem sonrasında üreme çağındaki kadınların algıladıkları travma düzeylerinin dismenore şiddeti, vajinal akıntı özellikleri ve perinede kaşıntı üzerinde anlamlı etkileri olduğu belirlenmiştir.[24] Bir başka çalışmada da deprem sonrasında kadınlarda adet düzensizliklerinde belirgin bir artış saptanmıştır.[25]

Nisan–Mayıs 2023 tarihleri arasında depremden etkilenen 400 kadınla yürütülen çalışmada; kadınların çoğu menstrüel ürünlere, suya, hijyen malzemelerine, mahremiyet alanına ve sağlık hizmetine erişimde zorluk yaşadığını belirtmiştir. Çadırda veya konteynerde yaşayan kadınlar bu zorlukları daha yoğun bildirmiştir. Deprem sonrasında çadır kentlerde yaşayan kadınların adet hijyeni yönetimiyle ilgili yaşadıkları sorunları ve deneyimleri incelemeyi amaçlayan niteliksel bir çalışmada da adet hijyeni ile ilgili; hijyen malzemelerine erişimde güçlük, hijyen ürünlerinin atılmasıyla ilgili problemler, yetersiz fiziksel koşullar ve dini ritüellerle ilgili zorluklar, adet döngüsündeki değişiklikler, rahatlatıcı uygulamalara erişememe ve kişisel ihtiyaçların göz ardı edilmesi temaları ön plana çıkmış ve afet dönemlerinde adet hijyeni yönetiminin acil ancak sıklıkla ihmal edilen bir ihtiyaç olduğu belirtilmiştir.[26]

Mayıs-Haziran 2023'te deprem bölgesinde yaşayan ve online sosyal medya platformları üzerinden yapılan çağrıya yanıt veren 18-49 yaş arası 272 kadınla yapılan bir çalışmada kadınların %13'ü AP yöntemlerine erişimde güçlük yaşadığını ifade etmiştir. AP yöntemlerine erişimde zorluk yaşama nedenleri olarak; %74'ü AP hizmetine ulaşabilecek yerin olmamasını, %11'i kullanılan AP araçlarının evin enkazı altında kalması veya

hasarlı evde bırakılmak zorunda kalınmasını, %9'u uygun AP yöntemini kimden temin edeceğini bilmemesini, %6'sı maddi yetersizliği belirtilmiştir. Ayrıca kadınların %95'i deprem sonrasında sağlık çalışanlarından AP yöntemleri hakkında herhangi bir destek almadığını, belirtmiştir.[27]

Haziran–Ağustos 2023'te depremden etkilenen gebelerin doğum öncesi bakım alma durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada gebelerin %69'unun düzenli gebelik kontrollerini sağlamada, %57'sinin aile ebesine ve %76'sının takipli olduğu kadın doğum uzmanına ulaşmada, yaklaşık üçte ikisinin tuvalet, banyo, kişisel bakım ve vücut bakımına ulaşmada sıkıntı yaşadığı belirlenmiştir. Bu çalışmada gebelerin %31'inin gebelikte gerekli vitamin ve minerale ulaşmada sıkıntı yaşaması, yaklaşık yarısının kendisinin ve bebeğinin ihtiyacını karşılayacak şekilde beslenebilmesi, deprem sonrası yeterince dinlenememesi anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyebilecek çarpıcı bulgulardır.[28]

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA)'in Haziran 2023'te yayınladığı bültende UNFPA, Sağlık Bakanlığı, bölgesel ve yerel sağlık hizmeti sağlayıcıları ile iş birliği yaparak etkilenen her bölgede acil durumlarda üreme sağlığı için Asgari Başlangıç Hizmet Paketi'ni (MISP) uyguladığı görülmektedir. Bu kapsamda hizmetleri destekleyecek mobil ünitelerin ve ekiplerin oluşturulduğu, kontraseptif malzeme ve hijyen kitlerinin sağlandığı, ekiplerle doğum öncesi ve sonrasında anne-bebek izlemlerinin yapıldığı görülmektedir.

TTB altıncı ay raporunda AP çalışmaları ve malzemenin yeterli olmadığı, bazı ASM'lerde doğum kontrol hapı ve kondom bulunduğu, doğumların merkezde yapılamadığı, kadına yönelik şiddetin ve çocuk evliliklerin arttığı, kadınların adet düzensizlikleri, vaginit ve İYE yakınmalarının sürdüğü, serviks ve meme kanseri taramalarının yapılamadığı belirtilmiştir. [29]

TTB birinci yıl raporunda kadına yönelik şiddete vurgu yapılarak ŞÖNİM'lerden alınan rakamlara göre şiddet nedenli barınma talebinin 2022'de 246 iken 2023 yılında artarak 282 olduğu paylaşılmıştır.[30]

TTB 18. ay raporunda deprem bölgesinde ASM'lerdeki eksiklikler, yetersiz Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) hizmetleri ve kadınların sağlık hizmetlerine erişimin sorunları, üreme sağlığı hizmetlerinde de ciddi sıkıntıların devam ettiği vurgulanmaktadır. "Artan şiddet, istismar ve taciz vakalarına rağmen sığınma evlerinin yetersizliği, kadınların güvenliği konusunda ciddi bir tehdit oluşturmaktadır" denmektedir.[31]

TTB ve Sağlık Emekçileri Sendikası'nın Şubat 2023 Depremleri İkinci Yıl Değerlendirme Raporu'nda, kadınların artan bakım yükleri ve yaşadıkları şiddet, taciz, istismar ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğine vurgu yapılmakta, eve - konteynıra hapsolan kadınların gündelik hayattan daha fazla koptuğu, kadınların şiddet, taciz ve istismara uğramalarının arttığının gözlemlendiği belirtilmektedir. İkinci yılda hala kadın ve kız çocukları için güvenli alanlar yaratılamamıştır. Hala gebeliği önleyici yöntemlere ve hizmete ulaşmada sorunlar olmakta, doğum hizmetine her yerde ulaşılamamaktadır.[32]

TTB 30. ay raporunda kadınların bakım yükünün arttığı, ev ortamıyla sınırlı bir yaşamlarının olduğu, ruh sağlığı sorunlarının arttığı, STK'ların bölgeden çekilmesiyle üreme sağlığı ve ruh sağlığı hizmetlerine ulaşılamadığı belirtilmektedir.[32]

Deprem bölgesinde hizmet veren STK'ların çalışmalarının derlendiği bir raporda bazı kadın ve kız çocuğu gruplarının ayrımcılığa maruz kaldığı ve bu nedenle bazı temel ihtiyaç ve hizmetlere erişimde geride kaldıkları vurgulanmıştır. Deprem bölgesinde çeşitli sosyal hizmetlerin kesintiye uğramasının engelli kadınları, yaşlı kadınları ve bekâr anneleri başka gruplardan daha fazla etkilediği, kırsal bölgelerdeki kadınlara ulaşmada da zorluklar yaşandığı, kültürel ve geleneksel normlar nedeniyle kadınların kendi başlarına ulaşım araçlarını kullanmalarının her zaman güvenli veya mümkün olmadığı bunun da farklı hizmetlere erişimde de güçlükler yarattığı belirtilmiştir. Şubat-Eylül 2024 döneminde gerçekleştirilen bir çalışmada, gebe kadınların %25'inde ödem, proteinüri ve hipertansiyon, %26'sında anemi saptanmıştır. Ayrıca deprem sonrası gebe takiplerinin %60 oranında azaldığı, özellikle gebe kadınların il dışına gitmeyi tercih ettiklerinin görüldüğü belirtilmektedir.[33]

Raporlarda AP hizmetine ulaşamama, gebeliği önleyici yöntem kullanamamanın doğal sonucu olabilecek istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması hizmetlerine yönelik bir gözleme rastlanmamıştır. Ayrıca afet sonrasında cinsel şiddet, tecavüz olguları ve bunlara yönelik esenlendirici hizmetlere yönelik bir veri bulunmamaktadır. Türkiye Afet Mücadele Planında sağlık alanı Sağlık Bakanlığı sorumluluğunda olarak tanımlanmış, Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı uygulayıcı birim olarak belirlenmiştir. Birimin görev tanımında afetlerde ve acil durumlarda CSÜS hizmetlerinin koordinasyonu bulunmamaktadır.

Bu veriler, ülkemizde afet ve acil durumlarda CSÜS hizmetlerinin sunumuna yönelik bir hazırlığın olmadığını, bunun da Şubat 2023'te yaşanan deprem sonra-

sında hizmetlerin sunulmaması sonucunu doğurduğunu göstermektedir. Depremin üzerinden üç yıla yakın süre geçmesine rağmen cinsel sağlık üreme sağlığına yönelik hizmetlerin temel sağlık hizmetleri içine entegre edilemediği, hizmetlerin bir kısmının hala BM kuruluşları ve STK'lar aracılığıyla verilmeye devam ettiği görülmektedir.

3. Sonuç ve Öneriler

Ülkemizde 2020–2025 döneminde yaşanan afetler kadın sağlığını ve cinsel sağlık/üreme sağlığı (CSÜS) hizmetlerini önemli ölçüde etkilemiştir. Bulgular, afetlerin toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini derinleştirdiğini, kadınların sağlık hizmetlerine erişimini engellediğini ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddet riskini artırdığını göstermektedir.

Pandemi sürecinde ev içi şiddet oranlarının yükseldiği, sığınma evlerinin ve destek mekanizmalarının çalışmadığı, kadınların yardım arama davranışlarının azaldığı saptanmıştır. CSÜS hizmetlerinde özellikle AP, güvenli annelik, CYBE'nin önlenmesi ve isteyerek düşük hizmetlerinde kesintiler yaşanmıştır.

Deprem sonrasında sağlık altyapısının zarar görmesi, barınma alanlarının fiziksel koşullarının yetersizliği, hijyen ürünlerine erişim sorunları ve güvenli alanların eksikliği kadınların sağlıklarını olumsuz etkilemiştir. AP hizmetleri büyük ölçüde aksarken, gebelik izlemleri düzenli yapılamamış, doğum hizmetleri kısıtlı merkezlerde sürdürülmüştür. Kadınlarda adet düzensizlikleri, genital enfeksiyonlar, idrar yolu enfeksiyonları ve ruhsal travma belirtileri artmıştır.

Sivil toplum kuruluşlarının (HASUDER, TTB, UNFPA, TAPV, IPPF vb.) çabalarıyla geçici CSÜS hizmet birimleri ve mobil ekipler oluşturulmuş, ancak bu hizmetlerin sürdürülebilirliği ve kapsayıcılığı sınırlı kalmıştır. Afetlerden uzun süre sonra bile bölgede kadınların üreme sağlığı hizmetlerine, şiddetten korunma mekanizmalarına ve psikososyal desteğe erişiminde sorunlar devam etmektedir.

Öneriler

1. CSÜS Hizmetlerinin Afet Yönetim Planlarına Entegrasyonu:
   - Asgari Başlangıç Hizmet Paketi (MISP) ulusal afet planlarına dahil edilmeli ve her ilde uygulanabilir hale getirilmelidir.
   - Sağlık Bakanlığı, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları arasında koordinasyon güçlendirilmelidir.
2. Toplumsal Cinsiyete Duyarlı Afet Planlaması:
   - Afet yönetiminde kadınların özel ihtiyaçlarını (gebelik, adet hijyeni, güvenli alan gereksinimi vb.) dikkate alan politikalar geliştirilmelidir.
   - Kadın liderliği ve katılımı afet yönetimi süreçlerinde teşvik edilmelidir.
3. Hizmet Altyapısının Güçlendirilmesi:
   - Geçici barınma alanlarında kadın ve erkek tuvalet/duş alanları ayrılmalı, toplumsal cinsiyete duyarlı bir yaklaşımla mahremiyet ve güvenlik sağlanmalıdır.
   - Üreme sağlığı hizmetleri için mobil birimleri ile sürdürülen hizmetler, en kısa sürede kapsamlı CSÜS hizmetlerine dönüştürülerek kalıcı hale getirilmeli, donanımları ve malzeme tedarikleri sürdürülebilir şekilde planlanmalıdır.
4. Aile Planlaması ve Güvenli Annelik Hizmetlerinin Sürekliliği:
   - AP yöntemlerinin (kondom, oral kontraseptif, RİA vb.) temini afet koşullarında kesintisiz sürdürülmelidir.
   - Gebelik izlemleri, doğum ve doğum sonrası hizmetler için tele-sağlık (teletıp) uygulamaları yaygınlaştırılmalıdır.
5. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Mekanizmalarının Güçlendirilmesi:
   - Şiddet mağdurlarına yönelik sığınma evleri, danışma hatları ve adli destek mekanizmaları afet koşullarında da işler durumda tutulmalıdır.
   - ŞÖNİM ve kolluk birimleri afet bölgelerinde aktif çalışmalı, veri kaydı ve izleme sistemleri güçlendirilmelidir.
6. Ruhsal ve Psikososyal Destek:
   - Kadın ve kız çocuklarının travma sonrası stres belirtilerini azaltmak için psikososyal destek programları yaygınlaştırılmalıdır.
   - Gebe ve yeni doğum yapmış kadınlara yönelik ruhsal destek özel olarak planlanmalıdır.
7. Veri Toplama ve Araştırma:
   - Afet dönemlerinde CSÜS hizmetlerinin izlenmesine yönelik ulusal bir veri tabanı oluşturulmalı, düzenli saha araştırmaları yapılmalıdır.

- Kadın sağlığı, ruhsal sağlık ve toplumsal cinsiyet eşitliği konularında disiplinler arası araştırmalar teşvik edilmelidir.

Sonuç olarak, afetlerde kadınların cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimi bir insan hakkı sorunudur. Afet yönetiminde toplumsal cinsiyete duyarlı, kapsayıcı ve sürdürülebilir sağlık politikalarının hayata geçirilmesi, kadınların yaşam ve sağlık hakkının korunması açısından hayati öneme sahiptir.

KAYNAKLAR

1. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General Recommendation No. 37 (2018) on the Gender-Related Dimensions of Disaster Risk Reduction in the Context of Climate Change: Committee on the Elimination of Discrimination against Women*. Vol 7.; 2018. doi:10.1163/22131035-00702006
2. IAWG. Programmatic Guidance for Sexual and Reproductive Health in Humanitarian and Fragile Covid-19 Pandemic. 2020;(April):2017-2020. https://cdn.iawg.rygn.io/documents/IAWG-Full-Programmatic-Guidelines.pdf?mtime=20200410142450&focal=none#asset:30551 (Erişim tarihi: 01.11.2025)
3. UNFPA, IPPF U. *Training on Minimum Initial Service Package (MISP) for Sexual and Reproductive Health in Crises, A Course for SRH Coordinators*.; 2009. www.ippfeseaor.org (Erişim tarihi: 01.11.2025)
4. Hacettepe Nüfus Etüdleri Enstitüsü - T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. *Türkiyede Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2014*.; 2015. https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/analiz_ve_rapor-102 (Erişim tarihi: 01.11.2025)
5. Sosyo Politik Saha Araştırması Merkezi. *Covid-19 Karantinasından Kadının Etkilenimi Ile Kadın ve Çocuğa Yönelik Şiddete İlişkin Türkiye Araştırma Raporu*.; 2020. https://sahamerkezi.org/covid-19-karantinasindan-kadinin-etkilenimi-ile-kadin-ve-cocuga-yonelik-siddete-iliskin-turkiye-arastirma-raporu/ (Erişim tarihi: 01.11.2025)
6. Ergönen AT, Biçen E, Ersoy G. COVID-19 Salgınında Ev İçi Şiddet. *Adli Tıp Bülteni*. Published online 2020:48-57. doi:10.17986/blm.2020.v25i.1408
7. Erem O. Koronavirüs günlerinde ev içi şiddet artıyor: Kadınlar şiddetten korunmak için neler yapabilir? *BBC*. https://www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-52208017. Published 2020. (Erişim tarihi: 01.11.2025)
8. HASUDER. Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Pandeminin 1. Yılı. In: ; 2021. https://hasuder.org.tr/wp-content/uploads/Toplumsal-Cinsiyet-Kadin-ve-Ureme-Sagligi-Calisma-Grubu.pdf
9. Ararat M, Bayazıt M, Başbay P, Alkan, Sevda. *Salgın Sürecinde Çalışma Hayatı ve Ev İçi Şiddet*.; 2021. http://dx.doi.org/10.5900/SU_SOM_WP.2021.41335
10. Derneği İH. *Pandemi Döneminde Kadın*.; 2020. https://www.ihd.org.tr/wp-content/uploads/2020/05/20200522_PandemiDonemindeKadin.pdf (Erişim tarihi: 01.11.2025)
11. Yıldırımkaya G, Ağduk M, Özvarış ŞB, Erdost T. *Covid-19 Pandemisi Süreci Nde Kadin Sağlik Çalişanlarinin Özelleşmiş Ihtiyaçlarinin Değerlendirilmesi Araştirmasi*. UNFPA Turkey; 2021. https://turkey.unfpa.org/tr/publications/covid-19-pandemisi-sürecinde-kadın-sağlık-çalışanlarının-özelleşmiş-ihtiyaçlarının (Erişim tarihi: 01.11.2025)
12. O'Neil M Lou, Altuntaş D, Keskin AŞ. Yasal Ancak Türkiye ' deki Kamu Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri -Published online 2020. https://gender.khas.edu.tr/tr/yasal-ancak-ulasilabilir-degil-turkiyedeki-kamu-hastanelerinde-kurtaj-hizmetleri (Erişim tarihi: 01.11.2025)
13. Yılmaz V. *Pandemi Öncesi ve Sırasında Türkiye ' de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetleri İzleme Raporu*.; 2020. https://cisuplatform.org.tr/wp-content/uploads/2020/11/Pandemi-Oncesi-ve-Sirasinda-Turkiyede-CSUS-Hizmetleri-Izleme-Raporu-9.pdf (Erişim tarihi: 01.11.2025)
14. Dilbaz B, Abacıgil F, Mermer G, Yıldız F, Okyay P, Günay T. *Pandemi Dönemlerinde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) Hizmetleri : Toplum Temelli Hizmetler Için Rehber*. (Okyay P, Gunay T, eds.) CİSÜ Platformu; 2021.
15. AFAD. *06 Şubat 2023 Pazarcık-Elbistan Kahramanmaraş (Mw: 7.7 – Mw: 7.6) Depremleri Raporu*.; 2023. https://deprem.afad.gov.tr/assets/pdf/Kahramanmaraş Depremi Raporu_02.06.2023.pdf (Erişim tarihi: 01.11.2025)
16. UNWOMEN. *Depremin Ardından Kadınlar ve Kız Çocukları*.; 2023. https://eca.unwomen.org/sites/default/files/2024-03/her_aftermath_deprem_sonrasi_adalete_erisimin_onundeki_engeller_aralik_23_tr_0.pdf (Erişim tarihi: 30.10.2025)
17. UN Women. *United Nations Population Fund (UNFPA) "Türkiye Earthquake Situation Report #5 – 10 March 2023."*; 2023. https://www.unfpa.org/resources/türkiye-earthquake-situation-report-5-10-march-2023#:~:text=In Türkiye%2C 9.1 million people,ob%2Fgyn services are not (Erişim tarihi: 31.10.2025)
18. Okyay P, Pala K, İnandı T, Savaş N, Emiroğlu Şavlı P, Güllü M. *Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 6 Şubat Depremleri Hatay İli Saha Raporu*.; 2023. https://www.istabip.org.tr/site_icerik/2023/temmuz/hasuder-rapor.pdf (Erişim tarihi: 31.10.2025)
19. Türk Tabipler Birliği. *6 Şubat 2023 Kahramanmaraş ve 20 Şubat 2023 Hatay Depremleri Birinci Ay Raporu*.; 2023.
20. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. *6 Şubat 2023 Depremleri Ön İnceleme Raporu*.; 2023.
21. Erbaydar T, Erkoyun E, Kılıç B. *6 Şubat 2023 Depremleri Üçüncü Saha Raporu*.; 2023.
22. Savaş N, Günay T, İnandı T, et al. HASUDER Hatay CİSÜS Uygulaması. *Halk Sağlığı Araştırma ve Uygulamaları Derg*. 2023;1(June):88-93. doi:10.5281/zenodo.10432027
23. Türk Tabipleri Birliği. *Türk Tabipleri Birliği III. Ay Deprem Raporu: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Sağlık Çalışanlarının Sağlığı*.; 2023.
24. Ağrali C, Keskin Töre F, Nacar G, Öztürk S. Effects of Perceived Trauma Levels of Women at Reproductive Age after Earthquakes on Their Menstruation Cycle.

Disaster Med Public Health Prep. 2025;19. doi:10.1017/dmp.2025.10159

25. Kiyak S, Batı S. The relationship between menstrual cycle pattern and post-traumatic stress in women following the 2023 earthquake in Turkey. *Brain Behav*. 2024;14(9):1-10. doi:10.1002/brb3.70034
26. Aydın A, Şirin Gok M, Çiftçi B. A "Quiet" need ın the dısaster of the century: a qualıtatıve study on menstrual hygıene management. *BMC Public Health*. 2025;25(1). doi:10.1186/s12889-025-21499-9
27. Keskin Töre F, Ağralı C, Nacar G. Changes in Family Planning Methods and Sexual Behaviors after Türkiye's Earthquake and the Effect of on Quality of Sexual Life. *Am J Fam Ther*. 2024;52(5):537-551. doi:10.1080/01926187.2023.2301541
28. Çoban M, Güney E. Depremden Etkilenen Gebelerin Prenatal Bakım Alma Durumlarının Belirlenmesi Deprem ve Prenatal Bakım Determination of Prenatal Care Receipt Status of Pregnant Women Affected by Earthquake and Prenatal Care. 2025;15(2):236-243.
29. TTB. *Türk Tabipleri Birliği VI. Ay Deprem Raporu: Olağandışı Durumlara Dayanıksız Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri*.; 2024. https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/6ayraporu.pdf (Erişim tarihi: 01.11.2025)
30. Türk Tabipleri Birliği, Sağlık Emekçileri Sendikası. *Türk Tabipleri Birliği & Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Şubat 2023 Depremleri 1. Yıl Raporu*.; 2024. https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/TTB_SES_Deprem_1Yil_Raporu.pdf (Erişim tarihi: 01.11.2025)
31. Türk Tabipleri Birliği, Sağlık Emekçileri Sendikası. *Şubat 2023 Depremleri 18. Ay Değerlendirme Raporu*.; 2023. https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/ttb_ses_subat_depremleri_18ay_rapor.pdf (Erişim tarihi: 01.11.2025)
32. Türk Tabipleri Birliği, Sağlık Emekçileri Sendikası. *Şubat 2023 Depremleri 2. Yıl Değerlendirme Raporu*.; 2025. https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=971962ae-f052-11ef-b282-ebaa94e5bf0e (Erişim tarihi: 01.11.2025)
33. TAPV. *Afet ve Krizlerde Uygulama Örnekleri Raporu*.; 2025. https://www.tapv.org.tr/portfolio/afet-ve-kriz-kosullarinda-kadin-sagligina-erisimin-guclendirilmesi-uygulama-ornekleri/ (Erişim tarihi: 01.11.2025)

Kadın Sağlığı ve Çevre

Nurhan Meydan Acımış, Songül Vaizoğlu

1. Genel Bakış

Çevre insan sağlığını kadın ve erkeklerde farklı biçimlerde etkilemektedir. Özellikle bazı çevresel faktörler hamile ve 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda farklı sağlık etkilerine neden olmaktadır. Kronik akciğer hastalıkları, özellikle KOAH, diğer kronik hastalıklar, hipertansiyon, astım, 50 yaş ve üzeri kadınlarda aynı yaş grubu erkeklerden daha sık görülmektedir.[1,2]

Son beş yılda yayımlanan sistematik derlemeler, geniş ölçekli epidemiyolojik çalışmalar ve politik/inceleme makalelerinden derlenen veriler, kadın sağlığı ve çevre konularında öncelikli temaları; hava kirliliğinin sağlık etkileri ve gebelik sonuçları; kimyasal kirlilik_per-/polifloroalkilli maddeler (per-/poly-fluoroalkyl substances: PFAS) ve diğer endokrin bozucuların (EDC'ler) üreme sağlığına ve endokrin sisteme etkileri; iklim değişikliği / sıcak hava dalgaları ve sıcaklık uç değerlerinin sağlık etkileri; içme suyu ve kimyasal kirlilik, çevresel adaletsizlikler ve sağlık eşitsizlikleri olarak belirlemektedir. Ayrıca doğada ve ormanda geçirilen zamanın kadın sağlığına etkileri, tütün ve alkol kullanımı, servikal kanser taramaları, insan plasentasında mikroplastiklerle ile ilgili kanıtların bulunduğu araştırmalar da son beş yıl içinde yayımlanan araştırma ya da derlemeler arasında yer almaktadır. Türk Tıp Dizininde kadın ve çevre anahtar kelimeleri ile yapılan taramada, son 5 yılda bu konuda yayımlanmış bir araştırma bulunamamıştır.[3]

Bu konuda Türkiye'de önemli veri eksiği bulunmaktadır. Birleşmiş Milletler kadın ve çevre sağlığı belirleyicilerini (indikatörler) saptamış ve bunları araştırmaya yönelik 100 soruluk bir anket formu oluşturmuştur.[4]

Ankette genel çevre etkilenimini, afetler ve iklim değişikliğinin çevresel etkilerini cinsiyet temelli olarak değerlendiren bölümler bulunmaktadır.

Birleşmiş Milletler kadın ve çevre sağlığı belirleyicilerini arasında;

- Cinsiyete göre, tarım arazisi olan veya bu arazi üzerinde güvenli haklara sahip olan toplam tarım nüfus ve hak sahipleri arasında kadınların payı
- Cinsiyete göre güvenli içme suyu hizmetlerini kullanan nüfus
- Elektriğe erişimi olan nüfusun cinsiyete göre oranı
- Güvenli sanitasyon hizmetlerine, sabun ve çeşme suyu kullanan nüfusun cinsiyete göre dağılımı
- Kadın ve kız çocukların eve su taşıma sorumluluğunun olduğu haneler ve su kaynağa ulaşma süresi
- Ev dışında yetersiz aydınlatılan, kilidi olmayan veya diğer hanelerle paylaşılan tuvaleti ve banyosu olan hanelerde yaşayan nüfusun cinsiyete göre oranı
- Çevresel riskin yüksek olduğu alanlarda konutu veya arazisi olan nüfusun cinsiyete göre dağılımı
- Erken uyarı bilgilerine erişim için temel elektronik cihazlara sahip hanelerde yaşayan nüfusun cinsiyete oranı
- Elektik için yenilenebilir enerji kullanan hanelerde yaşayan nüfusun cinsiyete oranı
- Temiz yakıtlara ve teknolojilere kullanan nüfusun cinsiyete oranı
- Kadınların ve kızların yemek pişirmekten sorumlu olduğu hanelerin kullandığı yakıt türlerinin dağılımı (temiz/kirli)
- Kadınların ve kızların yemek pişirmek için gerekli yakıtı sağlamaktan sorumlu olduğu hanelerde bu iş için harcanan ortalama sürenin dağılımı

- Kadınların ve kız çocuklarının hayvan bakımından sorumlu olduğu hanelerin baktıkların hayvan türlerinin (büyükbaş/küçükbaş) dağılımı
- Geçtiğimiz 12 ayda tehlikelere maruz kalan nüfustan erken uyarı bilgilerine erişebilen ve bunları anlayabilenlerin cinsiyete, bölgeye, afet tipine göre dağılımı
- Geçtiğimiz 12 ayda afetlere hazırlık için ihtiyatlılık ilkelerini uygulayan nüfusun cinsiyete ve alınan önleme göre tehlikelere maruz kalma oranı
- Geçtiğimiz 12 ayda tehlikelere maruz kalan ve su, yiyecek veya ilaçları korumak için önlem almış olan nüfusun cinsiyete göre dağılımı
- Geçtiğimiz 12 ayda tehlikelere maruz kalan ve tohumları, mahsulleri veya hayvanları korumak için önlem almış olan nüfusun cinsiyete göre dağılımı
- Geçtiğimiz 12 ayda tehlikelere maruz kalan ve bunun sonucunda ruh sağlığı etkilenen nüfusun cinsiyete göre dağılımı
- Gecekondularda, gayri resmi yerleşim yerlerinde veya yetersiz konutlarda yaşayan kent nüfusunun cinsiyete oranı
- İklim değişikliğinin etkilerine ilişkin bilgiye erişimi olan nüfusun cinsiyete göre dağılımı
- İklim değişikliği sonucu gıda alımını azalan nüfusun cinsiyete göre dağılımı
- Artan pestisit veya antibiyotik kullanımını iklim değişikliğinin etkilerine bağlayan arazi veya hayvan sahiplerin cinsiyete göre dağılımı
- Çevresel bozulma ve biyolojik çeşitlilik kaybının etkileriyle başa çıkmak için balıkçılıkta geçirdikleri zamanı artırmak zorunda kalan balıkçıların cinsiyete göre dağılımı
- Sağlık sorunlarını iklim değişikliğinin etkilerine bağlayan nüfusun cinsiyete ve hastalık türüne (zihinsel/fiziksel) göre dağılımı
- Sağlık sorunlarını pestisitlerin, gübrelerin ve diğer kimyasalların artan kullanımına bağlayanların nüfusun, cinsiyete ve hastalık türüne (zihinsel/fiziksel) göre dağılımı
- Yeşil işlerde çalışanların cinsiyete ve yaptıkları işe göre dağılımı
- Nüfusun geçimini doğal kaynaklara dayandıran bölümünün cinsiyete ve yaptığı işe göre dağılımı (tarım, su ürünleri yetiştiriciliği, balıkçılık, deniz ürünlerini işleme ve satışı, ormancılık, avcılık, toplayıcılık, madencilik, gıda işleme, çöp ayrıştırma)
- Gelirinin ana kaynağı çevreyle ilgili olan nüfusun cinsiyete göre dağılımı
- Orman ürünlerini toplayan, çıkaran veya kullananların cinsiyete göre dağılımı
- Yabani orman biyoçeşitliliğini ve orman ürünlerini korumak için önlemler alan orman kullanıcılarının cinsiyete göre dağılımı
- Atık toplama ve kullanma ile geçinen ve kişisel gelir elde etmeyen nüfusun cinsiyete göre dağılımı
- Uzun dönemli kohortlar: kadın yaşamı boyunca (pre-konsepsiyon, gebelik, postpartum, menopoz) çevresel etkilenimleri ve buna bağlı sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı,
- Atık yönetimine katılan ve çöp toplarken, ayırırken veya geri dönüştürürken kendini güvende hissetmeyen nüfusun oranı, cinsiyete ve arkadaş grubuna göre
- Su yönetimi ile ilgili işlerde çalışanların cinsiyete göre dağılımı ulusal enerji şirketlerinin yönetici personelinin cinsiyete göre dağılımı
- Yakıt satın alımına karar veren nüfusun cinsiyete göre dağılımı
- Toplu taşıma kullanan nüfusun cinsiyete göre dağılımı
- Haftada en az iki kez özel araç kullanan nüfusun cinsiyete ve araç türüne göre dağılımı

Bu verilerin toplanmaya başlaması kadın ve çevre sağlığı sorunlarını değerlendirmek için bir başlangıç olabilir. Ayrıca 2023 Yılında yapılan Nüfus sağlık araştırmasında veri olan konuların ileri analizinin yapılması ve cinsiyete göre de analizlerin eklenmesi uygun olacaktır.

2. Hava Kirliliği ve Üreme/Gebelik Sonuçları

- Son beş yılda çalışmalarda maternal PM 2.5 ve diğer temel hava kirleticilerinin düşük doğum ağırlığı, erken doğum, zaman zaman artmış fetal ölüm ve gebelik komplikasyonları ile ilişkilendiğini göstermektedir. Büyük gözlemsel derlemeler ve meta-analizler, PM2.5 artışları ile hâlihazırda gözlenen oranlarda artış bildirmektedir.[5]
- Yapay üreme teknikleri (IVF/FET) ile olan hamileleiklerde hava kirliliğinin canlı doğum oranlarını düşürdüğü gösterilmektedir. Bu, kirliliğin oosit gelişimini ve embriyo kalitesini olumsuz etkileyebile-

ceğine dair biyolojik bulgularla tutarlı bulunmuştur.[6,7]

Gebelik izleminde çevresel etkilenimi değerlendirmek için çevre öyküsünün de alınması (adres/meslek/ev ısıtması/su kaynağı/evin trafiğin yoğun olduğu caddelere yakın olması, ev yakınında çevre kirliliğine neden olabilecek kaynakların olması vb.) dahil edilmeli; kentsel ve riskli bölgelerde hamilelere yönelik hedefli korunma stratejileri (ör. Yeşil alanlara erişim, bina içinde havaın temizlenmesini sağlayacak sistemlerin olması vb) değerlendirilmelidir.

3. PFAS ve Diğer Endokrin Bozucular (EDC'ler); Fertilite, Gebelik.

- PFAS ailesi (per-/poly-fluoroalkyl substances) ile kadın üreme sağlığı arasında güçlü, artan kanıt bulunmakta; PFAS düzeyleri ile azalmış fertilite, düzensiz menstruasyon, düşük yapma riski ve bazı doğum sonuçları arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu konudaki derlemeler, son yıllarda olgu-kontrol ve kohort sonuçları ile birlikte risk sinyalleri olduğunu göstermektedir. Fosfolatların, fitalatların, bisfenol A (BPA) ve benzeri EDC'lerin kadınlarda ovum rezervi, follikül ortamı ve destekli üreme tekniklerinin başarısı üzerinde olumsuz etkileri olduğuna dair sistematik derlemeler yayınlanmaktadır. Bu çalışmalar kısmi olarak hormon regülasyonunu ve oksidatif stresi etkilediğini göstermektedir.[8-12]
- PFAS gibi kalıcı kirleticilerin kaynaklarının kontrolü, içme suyu ve kişisel bakım ürünlerinin kalıcı kirletici içeriklerin denetlenlenmesi ve üreme sağlığı kliniklerinde kimyasal etkilenimin değerlendirilmedi ve bu konuda danışmanlık yapması önerilmektedir.

4. İklim Değişikliği, Sıcak Hava Dalgaları ve Sıcaklık Uç Değerleri ve Kadın Sağlığı

- İklim değişikliğinin kadın sağlığına etkileri çok yönlü: aşırı sıcak günler ve sıcak hava dalgaları gebelikte erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve annede komplikasyonlarla; afetler ve gıda güvensizliğinin ise anne ve bebeğin beslenme ve ruhsal sağlığını bozduğunu göstermektedir. Cinsiyete dayalı kırılganlık (sosyal rol, bakım yükü, sağlık hizmetlerine erişim farkları) riskleri artmaktadır.[13,14] Gebelik dönemindeki sıcaklığa bağlı olabilecek sorunların izlenmesi, özellikle de riskli günlerde izleme, sağlıklı barınak/adaptasyon önlemlerinin alınması ve afet yönetiminde cinsiyete duyarlı planlamanın yapılması gerekmektedir.

5. Su Kalitesi, Pestisitler ve Enfeksiyon Riskleri

- Tarımsal pestisit maruziyeti ve su kaynaklı kimyasal kontaminasyonu (ağır metaller, nitrat, bazı endüstriyel kirleticiler), reprodüktif sonuçlarla ilişkilendirilirken, düşük gelirli ve tarım işçiliği yapan kadın gruplarında riskler yüksek bulunmuştur. Ayrıca iklim kaynaklı su ve sanitasyon bozulmaları (sel, kuraklık) kadının enfeksiyon riskini ve üreme-sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz etkileyebilmektedir.

6. Sosyal Eşitsizlikler ve Çevresel Adaletsizlik

- Çevresel maruziyetler eşitsiz şekilde dağılmaktadır. Düşük sosyoekonomik statü, göçmenlik, kırsal/yerli topluluk üyeliği gibi faktörler kadınların daha yüksek kirletici maruziyeti ve daha kötü sağlık sonuçları ile karşı karşıya bırakmaktadır. Politika, izleme ve müdahaleler bu adaletsizlikleri azaltmayı hedeflemelidir.

7. Bilimsel ve Araştırma Öncelikleri

1. Birleşmiş Milletler farklı ülkelerde çevre ve cinsiyet ilişkisini belirlemeye yönelik 100 soruluk bir anket formu hazırlamış ve çevresel sorunların cinsiyetle ilişkisini değerlendirmek için ülkelerin mevcut durumu değerlendirmelerini önermiştir. Ülkemizde hemen hemen hiç araştırma yapılmayan dolayısı ile çok az veri olan kadın ve çevre konusunun değerlendirilmesi bir başlangıç noktası olabilir.
2. Çoklu etkilenim: tek tek kimyasalar yerine eşzamanlı etkilenimlerin (PFAS+EDC+hava kirliliği) değerlendiğirdiği çalışmaların yapılması,
3. Mekanizma çalışmaları:İnsan-doku çalışmaları, epigenetik ve moleküler biyoloji ile etkilenimlerin sağlığa etkileri ve bunların mekanizmalarının aydınlatılması,
4. Müdahale çalışmaları: hava filtresi, su arıtma, ürün etiketleme müdahalelerinin sağlık etkileri konularında daha çok araştırmaya gereksinim bulunmaktadır.

8. Politika ve Uygulama Önerileri

- Hamile ve üreme çağındaki kadınların çevre öyküsünün alınması ve çevresel etkilenimin değerlendirmesi, ve sağlık personelinin bu konuda eğitilmesi,
- PFAS ve güçlü EDC'lerin kademeli olarak azaltılması ve yasaklanması, su güvenliği ve içme suyu izleme programlarının güçlendirilmesi,
- İklim uyumu planlarında cinsiyete duyarlı sağlık önlemlerinin oluşturulması (ör. Sıcak hava dalgaları ile ilgili uyarılar, ulaşılabilir soğuk/serinleme merkezlerinin açılması, duyarlı gruplar için özel önlemlerin alınması).
- Kapsayıcı veri toplama, kadınlardaki etkilenim verilerinin sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilşkisi gibi konular araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Güler Ç., Kadın ve Çevresel Etkilenim, Çevre Sağlığı (Çevre ve Ekoloji Bağlantılarıyla), Kitabı Ed. Güler Ç., Cilt 2. Bölüm 88; s 1259-1266, Yazıt Yayıncılık Ankara 2012.
2. U.S. Environmental Protection Agency. *WEH — English 100-F-07-028 (rev.2)*. Washington, D.C.: EPA, 2015. Erişim: 01 Eylül 2025, https://www.epa.gov/sites/default/files/2015-08/documents/weh_english_100-f-07-028_v2.pdf.
3. Gökalp Alica, Süheyla Suzan. "Kadın ve Çevre". Türkiye Barolar Birliği Dergisi (Özel sayı), 2017. Erişim: 05 Eylül 2025. https://tbbdergisi.barobirlik.org.tr/ViewPDF-kadin-ve-cevre-1719
4. UN Women. Gender and Environment Indicators. Erişim tarihi:01Eylül2025.https://data.unwomen.org/resources/gender-and-environment-indicators
5. Desye B, et al. *Exposure to ambient air pollutions and its association with adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis.* Front Public Health. 2024.
6. Qiao JC, et al. *Association between ambient air pollution exposure and pregnancy outcomes including ART results.* BMC Public Health. 2025.
7. 14. (Haber/izleme) *Air pollution can decrease odds of live birth after IVF by 38% — media report summarizing 2024 study (Perth).* The Guardian. 2024 — (ilişkili bilimsel çalışma ve ayrıntılar için bkz. Qiao ve benzeri epidemiyolojik eserler).
8. Rickard BP, et al. *Per- and Polyfluoroalkyl Substances (PFAS) and Female Reproductive Health: review.* Environ Health Perspect / PMC review. 2021 (sıklıkla alıntılanan kapsamlı derleme).
9. Qu R, et al. *Per- and Polyfluoroalkyl Substances (PFAS) Affect Female Reproduction: review (2024).* Environ Res / PMC. 2024.
10. Silva ABP, et al. *The role of endocrine disruptors in female infertility.* Reprod Toxicol. 2023.
11. Tricotteaux-Zarqaoui S, et al. *Endocrine disruptor chemicals exposure and female fertility.* 2024 review (PMC).
12. Wang J, et al. *Advances in understanding reproductive toxicity of EDCs.* Front Cell Dev Biol. 2024.
13. Zavala MD, et al. *Gender Inequities in the Impact of Climate Change on Health: scoping review.* Int J Environ Res Public Health.2024.
14. Anjum G, et al. *Climate change and gendered vulnerability: systematic review.* PMC. 2025.

Geleceğe Yönelik Değerlendirme: 2030-Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne Yaklaşırken Türkiye'de Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığında Neredeyiz?

Şevkat Bahar Özvarış, Ayşe Akın

Birleşmiş Milletler (BM) 2015 yılında kabul edilen "*Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri/Amaçları*" (SKH-SKA) ile, 2030 yılına kadar dünyanın karşı karşıya bulunduğu acil çevre, siyasi ve ekonomik zorlukları karşılayan bir dizi evrensel hedef ortaya koymuştur. Yoksulluğu ortadan kaldırmak için 2000 yılında küresel ölçekte başlayan 2015'e kadar ulaşılması hedeflenen Binyıl Kalkınma Hedefleri'nin yerini, 2030 yılına kadar ulaşılması hedeflenen SKH'leri almıştır. "Dünyayı dönüştürecek hedefler" olarak belirtilen, hepsi birbirine bağlı ve birindeki başarının diğerlerinde başarıya ulaşılmasını etkileyen "Sürdürülebilir Kalkınma için 2030 Gündemi", 17 "Küresel Hedef" (169 alt hedef ve 231 başlangıç gösterge) kümesidir [1]. Bilindiği gibi bu hedefler; 1) Yoksulluğa son; 2) Açlığa son; 3) Sağlık ve kaliteli yaşam; 4) Nitelikli eğitim; 5) Toplumsal cinsiyet eşitliği; 6) Temiz su ve sanitasyon; 7) Erişilebilir ve temiz enerji; 8) İnsana yakışır iş ve ekonomik büyüme; 9) Sanayi, yenilikçilik ve altyapı; 10) Eşitsizliklerin azaltılması; 11) Sürdürülebilir şehirler ve topluluklar; 12) Sorumlu tüketim ve üretim; 13) İklim eylemi; 14) Sudaki yaşam; 15) Karasal yaşam; 16) Barış, adalet ve güçlü kurumlar; 17) Hedefler için ortaklıklardır.[1,2]

BM'in öncülüğünde oluşturulan hükümetler arası bu anlaşma, 193 üye devleti ve küresel sivil toplumu ilgilendirmekte ve Binyıl Kalkınma Hedefleri'nin devamı niteliğinde olup milyonlarca insan için daha yapılacak pek çok şey vardır. Açlığı sona erdirmek, toplumsal cinsiyet eşitliğini tam anlamıyla sağlamak, sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve her çocuğu okula göndermek için daha fazla çaba gösterilmesi gerekmektedir.[2]

Özetle 2015 yılında gerçekleşen BM Genel Kurulunun 70. oturumunda Devlet Başkanları, Dünya liderleri, üst düzey BM temsilcileri ve Sivil Toplum Örgütü temsilcisi bir araya gelerek Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ni kabul etmişler ve taahhütte bulunmuşlardır. Amacı; evrensel, iddialı, sürdürülebilir kalkınma gündemini inşa ederek **"İnsanlar tarafında insanlar için"** bir gündem oluşturulması olarak belirtilmiştir.

Yukarıda sözü edilen gelişmelerin paralelinde SKH doğrultusunda Türkiye de ulusal hedefleri belirlemiş ve 2000 yılından bu yana SKH ile ilgili gelişmelerin izlemi için 10 kategoride 132 göstergeden oluşan bir "Ulusal Sürdürülebilir Kalkınma Göstergesi" seti hazırlanmıştır. SKH'nin ulusal düzeyde uygulanması, izlenmesinden sorumlu ana kurum daha önceleri Kalkınma Bakanlığı iken, şu anda Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı altında Sürdürülebilir Kalkınma Dairesi'dir. Sözü edilen kurum, bu hedeflerin bütüncül biçimde hayata geçirilmesini koordine etmekle yükümlüdür.[3] Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) da SKH ile ilgili verileri izlemek ve raporlamak durumundadır.[4] SKH'ler ile ilgili olan Bakanlıkların bünyesinde faaliyet gösteren, stratejik önceliklerini belirleyen ve bu doğrultuda izleme faaliyetlerini yürüten kamu kurumları mevcuttur.

Kadın Sağlığı bölümünün alt başlıklarında kadın sağlığını etkileyen durumlar ve son beş yıldaki değişimler konunun yazarları tarafından ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Bu yazıda, "**2030'a beş yıl kala**" konuyla doğrudan ilgili olduğu düşünülen SKH'ler değerlendirilerek geleceğe dönük önerilerde bulunulacaktır.

Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı ile ilgili Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri

SKH 1. *Yoksulluğa son*; Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre "kötü sağlığın" en temel belirleyicilerinin başında "Yoksulluk" gelmektedir. 2024 yılında *hanehalkı fertle-*

rinin yoksulluk oranı ülke genelinde %18,2 (kadınlarda %19,1, erkeklerde %17,3) olarak görülmektedir.[5] TÜİK verilerine göre; "*günde 1,25 dolardan (daha sonra Dünya Bankası tarafından bu sınır 3,00 dolar olarak belirtilmiştir) daha az bir parayla geçinen insanların sayısı şeklinde tanımlanan aşırı yoksulluğun 2030'a kadar herkes için, her yerde ortadan kaldırılması*" hedefinde, 2022 yılı için nüfusun %0,5'inin bu grupta olduğu belirtilmektedir.[4] Cinsiyete göre uluslararası yoksulluk riskinin altında çalışan nüfusun yüzdesi ise, TÜİK verilerine göre son 10 yılda azalmış görünse de 2024 yılında kadınların %8,1'i "*yoksulluk riski altında*"dır.[4] Yoksulluk kadın sağlığını ve sağlık hizmetlerine erişimi doğrudan etkileyen bir durumdur. Tüm dünyada "yoksulluğun feminizasyonu" sözcüğü kadınlardaki artan yoksulluğu işaret etmektedir.

- Bu hedef altındaki "*cinsiyete göre yoksulluk veya sosyal dışlanma riski altındaki bireylerin oranı*" ve özellikle "*sağlık hizmetlerine kolayca erişim sağlayan nüfus oranı*" "*modern yöntemlerle AP ihtiyacını karşılayabilen nüfus oranı*" "*zorunlu eğitime kolay erişim sağlayan nüfus oranı*" (esasen dokuz başlıkta ele alınan, ancak kadın sağlığı ile doğrudan ilgili olmayan bazı "temel hizmetlere erişim" konusundaki göstergeler hariç) gibi göstergelerde 2015 yılından bu yana durum genel olarak değişmemiştir ve rakamlar belli bir plato izlemektedir.[4]

SKH 3. *Sağlık ve kaliteli yaşam;* Doğrudan kadın sağlığı ile ilgili hedeflerden biri olarak sağlık ve kaliteli yaşam başlığı, "*sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak"* hedefini ifade etmektedir. Bu başlık altında 13 alt hedef bulunmaktadır. Bunlardan kadın sağlığı bölümünde de ele alınan öncelikli başlıklar bağlamındaki göstergeleri incelediğimizde;

- "*Anne ölümlerinin azaltılması, 2030 yılına kadar her yüz bin canlı doğumda anne ölüm oranını 70'in altına indirmek*" hedefi dünya geneli için konmuştur.

Avrupa Birliği ülkelerinde yüz bin canlı doğumda 6 olan anne ölüm oranı[5] Türkiye'de ise yüz bin canlı doğumda yaklaşık 2 misli daha yüksek olup 11,5 olarak belirtilmektedir.[6] Kadın Sağlığı bölümünün alt başlıklarında da belirtildiği üzere, 2015'lerden bu yana belli bir plato izlerken 2024 yılı verilerinde belirtilen çok az düşme (yüz bin canlı doğumda 13,5'ten, 11.5'e düşüş)[6,7] ümit verici olsa da anne ölümlerinin yaklaşık %45'i hala önlenebilir nedenlere bağlı meydana gelmektedir. Bilindiği üzere ICPD 25-Nairobi zirvesinde**,** 2030 yılı SKH'lerine ulaşılabilmesi için gerçekleştirilmesi gereken dört hedeften birincisi; "önlenebilir anne ölümlerinin 2030'a kadar sıfıra indirilmesi"[8] hedefi olmasına rağmen Türkiye'de önlenebilir anne ölümlerini azaltmaya yönelik çabalar yetersiz kalmaktadır. Anne ölümlerinde kırsal-kentsel oranlar ya da bölgelere göre olan farklı sonuçlar halen eşitsizliklerin devam ettiğinin göstergesidir. Bu kapsamda "*sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen doğumların oranı*" sevindirici bir şekilde yüksek iken, kent-kır, bölgeler arası, annenin eğitim durumuna göre farklılıkların devam ediyor olması konuyla ilgili hizmetlerin kapsayıcılığı açısından dikkate değerdir[4,9].

- "*Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması (AP) ve eğitimine evrensel erişim, 2030'a kadar cinsel sağlık ve AP da kapsayan üreme sağlığı hizmetlerine ve bu konuda bilgi ve eğitime evrensel erişimin sağlanması ve üreme sağlığının ulusal stratejilere ve programlara entegre edilmesi*" hedefi kapsamında TÜİK web sayfasında 2013 ve 2018 TNSA verilerinin temel alındığı belirtilerek her iki dönem için modern yöntemlerle aile planlaması ihtiyacı karşılanan üreme çağındaki (15-49 yaş) evli kadınların oranı %60 olarak gösterilmektedir.[4] Yine aynı sayfada göstergenin tanımına bakıldığında; tanımda modern yöntem kullanım sıklığından söz edildiği anlaşılmaktadır. Ancak, 2018 TNSA verilerine göre 15-49 yaş evli kadınlar arasında modern yöntem kullanımı %60 değil, %49'dur.[9] TÜİK sayfasında göstergenin hesaplanmasındaki açıklamada (*Halihazırda en az bir modern kontraseptif yöntemi kullanan veya eşi halihazırda kullanmakta olan üreme çağındaki (15-49 yaş) kadınların sayısının, AP için toplam talep (kontraseptif yaygınlık (herhangi bir yöntem) ve karşılanmamış AP ihtiyacının toplamı) içindeki yüzdesidir. Modern yöntemlerle karşılanan talep = (Halen modern bir doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların sayısı/Herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanan veya karşılanmamış bir AP ihtiyacı olan kadın sayısı)*100*) şeklinde karmaşık ve kadın sağlığı konusunda çalışan halk sağlıkçılar tarafından şimdiye kadar bilinmeyen ve kullanılmayan bir hesaplamayla TÜİK'in sayfasındaki rakamın hesaplandığı görülmüştür [4]. Sonuç olarak bu yüzdenin nasıl hesaplandığı anlaşılamamıştır.

Oysa, "Karşılanmamış AP İhtiyacı" göstergesi için, özellikle halk sağlıkçıların kullandığı hesaplamada; "*artık çocuk sahibi olmak istemeyen, kendisi ya da eşi hiçbir yöntem kullanmayan 15-49 yaş kadınların sıklığı (Türkiye'de %12) + artık çocuk istemediği ya da halen çocuk istemediği halde geleneksel yöntemlerle korunan kadınların sıklığı (% 21) toplanarak*" hesaplanır. Bu iki sıklığın görülme yüzdelerinin toplamı "AP'de Karşılanmamış İhtiyacı" verir ki Türkiye'de bu sıklık %33'dür. Yani, her üç kadından birinin AP ihtiyacı karşılanmamaktadır.

Bu hedef kapsamında, AP hizmetlerine evrensel erişimin sağlanması konusu bir yana, tam tersine mevcut rakamlar, Türkiye'de bu ihtiyacın giderek arttığını göstermektedir. 2013 TNSA'da "*Karşılanamayan AP İhtiyacı*" %6 iken, 2018 yılında %12'ye yükselmiştir [9]. Yine bilindiği üzere, ICPD 25-Nairobi zirvesinde, 2030 yılı SKH'lerine ulaşılabilmesi için gerçekleştirilmesi gereken dört hedeften ikincisi olarak "Aile Planlaması'nda Karşılanamayan İhtiyaç'ın 2030'a kadar sıfıra indirilmesi"[8] hedefi yer almaktadır. 2025 yılı için ülke genelinde "Aile Planlaması'nda Karşılanamayan İhtiyaç" durumunu gösteren güvenilir güncel bir rakam olmamakla birlikte, AP ile ilgili bölümlerde yazarların da belirttiği gibi, Türkiye'de defacto olarak izlenen pronatalist politika nedeniyle karar verici mekanizmalarda "Aile Planlaması" kelimesinin kullanılmasından bile kaçınılan bir dönemde, birinci basamakta AP hizmetlerinin uygulanması-danışmanlığı yok denecek boyuttadır, esasen bu hizmetlerin sistemde teşvik edici "performans" karşılığı da yoktur. Oysa, yıllar öncesinden bu yana bilimsel kanıtlarıyla da bilindiği üzere, AP hizmetleri hem yüksek riskli gebeliklerin hem de istenmeyen gebeliklerin önlenmesi anlamında, anne ve çocuk sağlığında morbidite ve mortaliteyi önleyen son derece önemli koruyucu bir hizmet, bu kapsamda da bir Temel Sağlık Hizmeti'dir.[10] Ancak, Türkiye'de AP'nda mevcut durum acilen çözülmesi gereken, son derece önemli bir sorun olarak karşımızda durmaktadır. Kadın Sağlığı bölümünün ilgili alt başlıklarında yazarların ayrıntılı olarak bahsettiği üzere, bu mevcut durumun yanı sıra bir de güvenli ve sağlıklı koşullarda düşük hizmetlerinin de kamu hastanelerinde son yıllarda neredeyse verilmediği araştırmalarla da ortaya konmuştur.[11,12] Hatırlanması gereken diğer önemli bir husus, ülkemizde özellikle birinci basamakta verilmemeye çalışılan bu hizmetler "bireylerin, ailelerin insan haklarının başında" gelmektedir. Konunun bu boyutu da düşünülmeli değerlendirilmeli ve gereği yapılmalıdır.

Bu durum, Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi'nin 12 Temmuz 2022 tarihli Türkiye'nin sekizinci periyodik geribildirim raporunda belirtilen dış değerlendirme ile de ne yazık ki örtüşmektedir.[13] Komite raporunda, kadın ve kız çocuklarının CSÜS hizmetlerine ve haklarına erişimleriyle ilgili duyduğu endişeyi dile getirmekte, CEDAW'ın 1999'daki genel tavsiye kararını hatırlatarak kırsal kesimdeki kadınlar ve kız çocukları da dahil olmak üzere tüm kadınlar ve kız çocukları için, kadınların cinsel ve üreme tercihlerine, özerkliğine, mahremiyetine, gizliliğine ve bilgilendirilmiş onamlarına saygı göstermesi gerektiğini vurgulamaktadır.[13] Ayrıca, raporda Türkiye'nin taraf devlet olarak modern ve acil doğum kontrol yöntemlerine erişim de dahil, uygun CSÜS hizmetlerine ve bilgilerine erişimi sağlamasını, kadınların güvenli düşük hizmetlerinin ve modern gebeliği önleyici yöntemler konusunda haklarını savunmak, hastaneleri denetlemek ve 10 haftaya kadar gebelikleri sonlandırmak yönündeki yasal yükümlülüklerine uyduklarından emin olunması gerektiğini belirtmektedir.[13]

- "*15-19 yaş grubunda bin kadın başına düşen adölesan doğurganlık hızı*" giderek azalmasına ve ülke genelinde binde 10 olmasına[14] rağmen, ilkokul mezunu kız çocukları arasında 2024 yılında binde 69'a ulaşarak son beş yılda ani bir artış göstermesi dikkat çekicidir[4]. Bu artışın 2020'deki Covid-19 pandemisi ve 4+4+4 eğitim sisteminden kaynaklanıp kaynaklanmadığı objektif yani bilimsel olarak araştırılmalıdır.
- Bunun yanı sıra, *SKH 5. Toplumsal cinsiyet eşitliği* hedefinde yer alsa da burada da ele alınabilecek bir hedef olarak "*20-24 yaş grubunda olup 18 yaşından önce evlenmiş kadınların yüzdesinin*" son beş yılda azalarak 2024 TÜİK verilerine göre %2,7 olması sevindiricidir.[4] Ancak, bu verinin resmi evlenmeler için tutulan istatistikten alınıyor olması ve aynı yıla ait TÜİK tarafından belirtilen "15-19 yaş *grubunda bin kadın başına düşen adölesan doğurganlık hızı*"[14] dikkate alındığında, resmi olmayan, kayıt dışı olabilecek evliliklerin olduğunu düşündürmektedir.
- "Temel sağlık hizmetlerinin kapsamı" alt başlığındaki göstergede; "*kaliteli temel sağlık hizmetlerine erişimi ve herkesin güvenli, etkili, kaliteli ve uygun fiyatlı temel ilaçlara ve aşılara erişimini de kapsayan evrensel bir sağlık güvencesi sisteminin oluşturulması*" hedefinde TÜİK sayfasında "veri araştırılıyor" şeklinde görülmesi ise dikkat çekici olarak değerlendirilmiştir.[4] Elbette TSH daha geniş en az bakım hizmetleri (minimal care) kümesini kapsamaktadır. Ancak, TSH'inden sadece birisi olan herkes için eşit erişiminin sağlanması gereken bir hizmet olarak AP'ndaki olumsuz durum yukarıda değinildiği gibi bir insan hakkı ihlali olarak görülmelidir.
- "*Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin azaltılması 2030'a kadar bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan erken ölümlerin önlenmesi veya hastalıkların tedavisi yoluyla üçte bir oranında azaltılması ile ruh sağlığının geliştirilmesi*" [4] hedefi kapsamında Kadın Sağlığı'nda Erken Tanı bölümünde de belirtildiği gibi Sağlık Bakanlığı'na bağlı KETEM'ler aracılığı ile kanser taramaları ko-

nusunda yürütülen olumlu çalışmalara ve Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) tarafından yürütülen bulaşıcı olmayan hastalıklar açısından risk faktörlerine yönelik yürütülen (beslenme, egzersiz, sigara bırakma vb. danışmanlığı) çalışmalara rağmen, birinci basamakta çok parçalılık ve birinci basamak birimlerin satandardizasyonu ve nitelik konuları da, hizmetlere erişim açısından tartışmaya açıktır, mutlaka bilimsel yöntemlerle değerlendirilmelidir.

"*Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin bütün ülkelerde, uygun görüldüğü şekilde uygulanmasının güçlendirilmesi"* hedefi kapsamında bulaşıcı olmayan hastalıklar açısından risk faktörlerinden biri olarak ele alınması gereken, "*15 yaş ve üzeri bireylerin tütün kullanım oranı*" olarak belirtilen gösterge incelendiğinde son yıllarda kadınlar arasında tütün kullanım oranının değişmeden hemen hemen aynı düzeylerde seyrettiği görülmektedir [4] Bu konuda yürütülen müdahale programlarında konunun toplumsal cinsiyet (gender) yönü kadınlara yönelik programlar ile dikkate alınmalıdır.

SKH içinde yer almasa bile kadın sağlığının göstergelerinden biri olan "*Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi*" 2023 verilerine göre Türkiye için 77,3 yıl iken, kadınlarda 80 yıl, erkeklerde 74,7 yıl olarak hesaplanmıştır. Ancak, *Doğuşta Sağlıklı Yaşam Süresi*'ne bakıldığında, kadınlarda bu süre 56,3 yıla, erkeklerde ise 59 yıla düşmektedir. Yani, ülkemizde kadınlar yaklaşık 24 yıllarını, erkekler ise 16 yıllarını kalitesiz / sağlıksız geçirmektedir. Avrupa Birliği'nde ise 2022 yılında Doğuşta Sağlıklı Yaşam Süresi kadınlarda (62,3 yıl) ve erkeklerde (62,4 yıl) benzer şekilde olduğu görülmektedir.[5] Bu sonuçlar ülkelerin gelişmişliği yönünden değerlendirilmesi, dikkate alınması gereken hususlardır.

SKH 4. Nitelikli Eğitim: Bu hedef kapsamında "*Kapsayıcı ve hakkaniyete dayanan nitelikli eğitimi sağlamak ve herkes için yaşam boyu öğrenim fırsatlarını teşvik etmek*" hedefi altında belirtilen, sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri olan kadınların "eğitim düzeyi", kadınların sağlığı açısından son derece önemlidir. Ancak, 2025 yılı TÜİK verilerine göre eğitimde de cinsiyet eşitsizliği aşağıda belirtildiği gibi, devam etmektedir[15];

- "*25 yaş ve üzerindeki nüfusta okuma yazma bilmeyenler*", kadınlarda %5,4 iken, erkeklerde %0,8'dir [5]. Son beş yıllık sürede okuma yazma bilme oranları her iki cinsiyette de artış göstermiş olsa da 2024 yılında kadınlarda okuma yazma bilmeyen nüfus açısından kadınların aleyhine olacak şekilde hala farklılık mevcuttur.[4,15]
- *"2030'a kadar bütün kız ve erkek çocuklarının ücretsiz, hakkaniyetli ve kaliteli bir ilköğretim ve ortaöğretimi tamamlamalarının ve böylece ilgili ve etkili öğrenme çıktılarının elde edilmesinin sağlanması"* hedefine [4] rağmen, "*en az bir eğitim düzeyini tamamlayan 25 ve üzeri yaştaki bireylerin*" yüzdesi 2023 yılı verilerine göre; kadınlarda %87,8, erkeklerde ise %96,8 olduğu görülmektedir[5]. Okullardan mezun olma durumuna göre bakıldığında; kadınların %8'i, erkeklerin ise %10,7'si ilköğretim mezunu, kadınların %11,4'ü, erkeklerin %14,8'i ortaokul ve dengi meslek okulu mezunu, kadınların %19,4'ü, erkeklerin %27,8'i ise lise ve dengi okul mezunu, kadınların %22,7'si, erkeklerin ise %26,2'si yüksek öğretim mezunudur.[5] Ancak, yükseköğretimde bilim, teknoloji, mühendislik ve matematik (STEM) alanlarından mezun olanlar kadınlarda %34, erkeklerde %66 iken, eğitim, sağlık ve sanat alanlarından mezun olanlar tam tersine kadınlarda %72, erkeklerde %28 olarak görülmektedir; 25 yaş ve üzeri nüfusun ortalama eğitim süresi 2024 yılı için ülke genelinde 9,5 yıl iken, kadınların ortalama eğitim süresi 8,8 yıl, erkeklerin ortalama eğitim süresi ise 10,2 yıl olarak belirtilmektedir.[5,15]
- *Cinsiyete göre eğitim kademelerini tamamlama* yüzdeleri incelendiğinde; ilkokul eğitimi olan 4 yıllık eğitimi tamamlama yüzdesi her iki cinsiyet için de son beş yılda benzer şekilde seyrettiği ve 2024 yılı için %99 olmasına rağmen, takip eden 4 yıllık sürede ortaokul eğitimini tamamlama yüzdesi erkek çocuklarda %97 iken, kız çocuklarda %96'ya düşmektedir.[4] Örgün eğitimin dışında kalan kız çocuklarının durumuna sayısal olarak bakıldığında "**2030'a beş yıl kala**" hala büyük bir grubu oluşturdukları görülmektedir. Bu konu, kız çocuklarının eğitim hakkının ihlalinin yanı sıra çocuk yaşta evlilikler ve adölesan gebelikler açısından da son derece önemli bir konudur.
- "*2030'a kadar bütün kadın ve erkeklerin erişilebilir ve kaliteli teknik eğitim, mesleki eğitim ve üniversiteyi kapsayan yükseköğretime eşit biçimde erişimlerinin sağlanması*" hedefi kapsamında "*cinsiyete göre son 12 ay içinde genç ve yetişkinlerin örgün veya yaygın eğitime katılma oranı*" incelendiğinde; 18-24 yaş grubu gençlerde 2022'de yüzdeler benzerlik gösterse de (%52), 25-64 yaş grubu yetişkinlerde 2022 yılında bu yüzdeler değişmekte, erkeklerde %25, kadınlarda ise %19'a düşmektedir.[4]
- Türkiye'nin Milli Eğitim sistemi özellikle ilk ve orta öğretim 2000'li yıllardan beri defalarca değiştirilmiş olup günümüzde de tekrar değişiklik yapılması plan-

lanmaktadır. Sağlığı özellikle de kadın sağlığını çok yakından ilgilendiren bu durumun, eğitimin içerik ve standardının sağlıkçıların da üzerinde durması gereken bir husus olduğu düşünülmektedir.

SKH 5. ***Toplumsal cinsiyet eşitliği;*** bu hedef kapsamında yer alan ve Kadın Sağlığı bölümü içerisinde ilgili alt başlıklarda yazarlar tarafından ayrıntılı bir şekilde belirtilen ve ülkemizde gittikçe derinleşen bir cinsiyet ayrımcılığı var iken "*Kadınlara ve kız çocuklarına yönelik her türlü ayrımcılığın her yerde sona erdirilmesi"* başlığının altında TÜİK sayfasında "*istatistiki veri olmayan gösterge*"[4] şeklinde ifade edilmesi sorunun karar vericiler tarafından görünmez/ göz ardı edildiğini düşündürdüğü için son derece üzücüdür.

Oysa, dünyada uluslararası düzeyde toplumsal cinsiyet eşitliğini izlemek için kullanılan bazı göstergeler vardır. Bunlardan biri olan Dünya Ekonomik Forumu da her yıl ülkelerde kadın-erkek eşitsizliğinin boyutunu (ekonomiye katılım ve fırsatlar, eğitime erişim, politik güçlenme, sağlık ve hayatta kalma olmak üzere dört başlıkta) değerlendirerek "Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporları'nı yayınlamaktadır. Ülkelerden elde edilen resmi veriler ile yapılan bu değerlendirmede; kadın-erkek eşitsizliğinin düzeyi indeks bir değer ile ortaya konmakta, ülkeler bu değere göre en iyiden başlayarak sıralanmaktadır. Yıllar itibarıyla gerileyerek Türkiye 2025 yılında Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Rapor'una göre, 148 ülke içinde 135. sırada yer almıştır ve indeks değeri 0,633'tür[16] Bu değerlendirmedeki alt başlıklara göre ise, "politik güçlenme" başlığında 139., "ekonomiye katılım ve fırsatlar" alt başlığında 133., "eğitime erişim başlığında" 92., "sağlık ve hayatta kalma" alt başlığında ise 82. sırada yer almıştır.[16] **2030 yılına beş yıl kala**, kadının statüsü, üreme hakları ve Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı (CSÜS) hizmetlerine erişimde Türkiye'nin dünya sıralamasındaki yeri ve bu saptamalar kabul edilemez düzeydedir.

Bu konuda karar vericilerin "toplumsal cinsiyet" kelimesini hatalı (veya bilinçli) olarak yanlış algılaması (ve kendi iç yazışmalarında bile bu kelimenin kullanılmaması yolu izleneceğine), toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılığın ne demek olduğunun doğru tanımlanması ve kadınlara ve kız çocuklarına yönelik her türlü ayrımcılığın her yerde sona erdirilmesi konusunda ciddi bir "zihniyet değişikliğine" ve bu değişikliğin mevcut mevzuatın uygulanması için zorlanması, güçlendirilmesi gerekmektedir. CEDAW-Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi'nin 12 Temmuz 2022 tarihli Türkiye'nin sekizinci periyodik geribildirim raporunda da taraf devlet olarak Türkiye'ye bunu önermektedir.[13] Öneri aynen şöyledir; "*CEDAW'ın birinci maddesi uyarınca Türkiye, kadınlara karşı her türlü ayrımcılığı yasaklayan, kamusal ve özel alanda doğrudan ve dolaylı ayrımcılığın yanı sıra, kesişen ayrımcılık biçimlerini de kapsayan bir mevzuatı hayata geçirilmeli ve toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılığa yönelik anayasal yasağın etkin bir şekilde uygulanmasını sağlamalıdır*".[13]

- Kadın Sağlığı bölümünde "Kadına Yönelik Şiddet" (KYŞ) başlığı altında belirtildiği üzere, temelinde toplumsal cinsiyet eşitsizliği yatan kadına yönelik şiddet konusunda mevcut durum incelendiğinde; *"Son 12 ay içinde eşi veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel, cinsel ve duygusal şiddetine maruz kalan (15-59 yaş) kadınların şiddet türü, yaş grubu ve medeni duruma göre oranı"* başlığı altında TÜİK web sayfasında halen 2014 HÜNEE araştırmasının sonuçları görülmektedir.[4] Son 12 ay içinde kadına yönelik fiziksel şiddet %8,2; duygusal şiddet %25,7, cinsel şiddet ise %5,3 olarak ve fiziksel şiddet, halen evli olanlara göre boşanmış kadınlarda daha yüksek düzeyde görülmektedir.[4] Yine aynı yıla ait KYŞ araştırmasının verileri temel alınarak *yaşamının herhangi bir döneminde eşi/birlikte olduğu erkek tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalmış 15-59 yaş grubundaki kadınların* yüzdelerinin, ilerleyen yaş gruplarında artış gösterecek şekilde ve kadınların eğitim düzeyleri arttıkça çok da fazla değişim göstermeyecek şekilde %37, 5 olduğu belirtilmektedir.[4,5,17]
- Ancak, Kadın Sağlığı bölümünün KYŞ alt başlığında yazarların ayrıntılı bir şekilde belirttiği üzere, 2024 yılı TÜİK-KYŞ araştırmasında; kadınların %12,8'inin hayatları boyunca en az bir kez fiziksel şiddet gördüğü bulunmuştur.[18] Son 12 ay içinde ise kadınların %2,6'sının fiziksel şiddet gördüğü, %11,6'sının psikolojik şiddete, %0,9'unun ise cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.[18] Yani, 2014 KYŞ araştırmasında saptanan değerlere göre yaklaşık üçte ikilik bir azalmadan söz edilmektedir.[18] Ancak, bu azalmanın gerçekte aradan geçen 10 yıl içinde bugüne kadar kadına yönelik şiddetle ilgili yapılanlardan mı, araştırmalar arasındaki metodolojik farklılıklardan mı, kadınların şiddeti ifade etme eğilimlerindeki değişimlerden mi kaynaklanabileceği tartışmalıdır. Günümüzde her gün cinsiyet temelli ortalama bir kadın cinayetinin varlığı da 2024 KYŞ araştırmasının ciddi olarak irdelenmesi, değerlendirilmesi gereğine işaret etmektedir. Yine bilindiği üzere, ICPD 25-Nairobi zirvesinde, 2030 yılı SKH'lerine ulaşılabilmesi için gerçekleştirilmesi gereken dört hedeften üçüncüsü olarak "Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet ve zararlı geleneksel uygulamaların sıfıra indirilmesi[8] hedefi yer almaktadır. Bunun için Türkiye'de

KYŞ ile ilgili yapılan bu tür ulusal araştırmalardan elde edilen sonuçların gerçekte var olan durumu yansıtması, KYŞ'i önleme politikalarının ve hizmet müdahalelerinin etkililiğinin izlenmesi ve kanıta dayalı olarak ulusal politika geliştirme süreçlerine katkı sunması açısından da son derece önem taşımaktadır.

- Bu hedef altında yer alan "*Cinsiyete ve yaş grubuna göre ücretsiz ev işleri ve bakıcılık için harcanan zamanın oranı"* ile ilgili olarak TÜİK web sayfasında 2015 yılına ait veri kullanılmaktadır. Erkelerde %3,6 olan rakam, kadınlarda %17,9 olarak görülmekte, yaş gruplarına göre bakıldığında, kadınlarda tüm yaş gruplarında giderek artan yüzdelerle görülürken, küçük de olsa, okul çağında olan 10-14 yaş grubu kız çocuklarında bile yüzdenin görülmesi "ilginç" olarak değerlendirilmiştir.[4]

- Aynı hedef altında "*kadınların siyasi, ekonomik ve sosyal hayatın karar verme süreçlerine tam ve etkin bir biçimde katılımlarının ve kadınlara karar verme mekanizmalarında, her düzeyde lider olabilmeleri için eşit fırsatlar tanınmasının güvence altına alınması*" alt hedefinde "*Türkiye Büyük Millet Meclisi'ndeki (TBMM) kadınların sandalye oranı"* 2024 yılında %19,8 olarak (Avrupa Birliği üyesi 27 ülke ortalaması ise yaklaşık %34), *yerel yönetimlerde* ise bundan daha düşük olarak %11,5 olarak görülmektedir.[4,5]

2024 TÜİK verilerine göre; *"yöneticilik pozisyonlarındaki kadınlar yüzdesi"* ülke genelinde %21,5 olarak görülürken, hizmet sektöründe bu rakam daha yüksek (%27,2), sanayide ise %14,9 olarak belirtilmektedir.[4] Sonuç olarak karar verici mekanizmalarda ve lider pozisyonlarında kadınların çok az yer aldığı açıkça ortadadır.

- Bu ana hedef altında "*Gebeliği önleyici yöntem kullanımı, cinsel ilişki ve üreme sağlığı konularında kendi bilinçli kararını veren 15-49 yaş grubundaki kadınların oranı*" göstergesinde 2018 TNSA'da bulunan modern yöntem kullanma yüzdesi kullanılarak %49,8 olarak belirtilmiştir.[4, 9]

SKH 8. *İnsana yakışır iş ve ekonomik büyüme;* bu hedef kapsamında Kadın Sağlığı ile ilişkili olduğu düşünülen ve Kadın Sağlığı bölümünde "Çalışma Yaşamı Kadın ve Sağlık" başlığında yazarın da ayrıntılı olarak belirttiği gibi çalışma yaşamında da toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ciddi boyutlarda devam etmektedir:

- "*15 yaş üzeri toplam nüfusta işgücüne katılma durumu* incelendiğinde; 2023 verilerine göre erkeklerin %71,2'sinin, kadınların ise bunun yaklaşık yarısının (%35,8) işgücüne katıldığı; erkeklerin %65,7'sinin, kadınların ise yine yaklaşık yarısının (%31,3) istihdama katıldığı (Avrupa Birliği'ne üye 27 ülke ortalamasında ise aynı sırayla; %80,4, %70,2) görülmektedir.[5] 15 yaş üzeri nüfusta kadınların %90,6 ile daha çok tarım sektöründe (erkeklerde %73,5) çalıştığı, tarım dışı sektörlerde ise kadınların %18,8'lik bir yüzdeyle daha az istihdam edildiği görülmektedir.[5]

Bu verilerde "*ne eğitimde ne istihdamda (NEET) olan 15-24 yaş grubundaki gençlerin oranı*" göstergesinde 2024 yılında genç kadınların yaklaşık %30'unun, genç erkeklerin ise %16'sının bu grupta olması çok dikkat çekicidir.[4,5] Ne eğitimde ne istihdamda bulunan 2 milyon 679 bin gencin %63,5'ini kadınlar oluşturmaktadır.[5] Hem kendilerinin hem de ülkenin geleceği için son derece önemli olan bu gruba ulaşmak için acilen müdahale programları gereklidir.

- Bu hedef kapsamında "*sektör ve cinsiyete göre sosyal güvenlik kuruluşuna kayıtlı olmadan çalışanların toplam istihdamdaki oranı*" incelendiğinde; tarım sektöründe son beş yılda azalmakla birlikte, 2024 TÜİK verilerine göre kadınların %32,9'u, erkelerin ise %23,4'ü kayıt dışı çalıştığı görülmekte, tarım dışı sektörlerde ise bu yüzdeler azalmakla birlikte kadınlarda erkeklere göre yüksek bir şekilde %19,4'tür.[4] Çalışma yaşamında kalma süreleri açısından da kadınlarda bu sürenin 20,2 yıl, erkeklerde ise 39,2 yıl olduğu bilinmektedir.[5]

- "*Engelli bireylerin çalışma durumu*" incelendiğinde; 15 yaş ve üzeri engelli kadınların %7,9'u, erkeklerin ise %27,8'i çalıştığı, kadınlarda ücretsiz aile işçiliğinin %16,3 (erkeklerde %3) yaygın olduğu saptanmıştır.[5]

SKH 10. Eşitsizliklerin azaltılması hedefi kapsamında "*cinsiyete ve yaş grubuna göre medyan gelirin %50 düzeyinin altında yaşayanların oranı*" göstergesinde, 2024 yılında kadınlarda % 14,2, erkeklerde ise %13'lük bir grubun bu düzeyin altında olduğu görülmektedir.[4]

SKH 10 bağlamında esasen irdelenecek pek çok husus olmakla beraber "2025-TS Raporu'nun hazırlanma süresinin ve kapsamının sınırlılıkları nedeni ile bir örnek vererek uçurumların eşitsizliklerin giderilmesinde konunun kök nedenine değinmek uygun olacaktır. (**Tablo 1**)

Tablo 1'de görüldüğü gibi, özellikle temel bir insan hakkı olan eşitsizlikler konusu; TÜİK'in açıkladığı 2024 yılı gelir dağılımı istatistiğine göre en yüksek %20'lik gelir grubunun toplam gelirden aldığı pay %48,1 olurken, en düşük gelire sahip %20'lik grubun payı ise %6,3'dür. Tabloda dikkat çeken bir bulgu da 2015 yılından itiba-

Tablo 1. Sıralı %20'lik gruplar itibarıyla yıllık eşdeğer hanehalkı kullanılabilir fert gelirinin dağılımı (%), 2015-2024)

Anket yılı	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Gelir referans yılı	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Toplam	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
İlk %20 (En düşük)	6,1	6,2	6,3	6,1	6,2	5,9	6,1	6,0	6,1	6,3
İkinci %20	10,7	10,6	10,7	10,6	10,9	10,6	10,8	10,4	10,2	10,4
Üçüncü %20	15,2	15,0	14,8	14,8	15,2	14,9	15,1	14,7	14,3	14,6
Dördüncü %20	21,5	21,1	20,9	20,9	21,4	21,1	21,3	20,9	20,6	20,7
Son %20 (En yüksek)	46,5	47,2	47,4	47,6	46,3	47,5	46,7	48,0	48,7	48,1

Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

Kaynak: TÜİK. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Gelir-Dagilimi-Istatistikleri-2024-53712

ren, yani yaklaşık son 10 yıldır, en yoksul grubun toplam hanehalkı fert gelirinden aldığı pay %6 olarak sabit kalırken, en zengin grubun aldığı pay %46,5'den daha da artarak %48,1'e çıkmıştır. Sadece bu bulgu bile hem yapılması gerekenlere işaret etmekte hem de artık Türkiye'de kronikleşmiş olan "ciddi bir politik irade ve sistem sorunu haline gelen bu eşitsizliğin giderilmesi için mücadelenin güçlüğünü de ortaya koymaktadır.

Sonuç

Dünya'da 1980 ve sonrasında başlayan Türkiye'de ise son 20 yılda izlenen neoliberal politikaların bir uzantısı olarak 2000'lerden bu yana Sağlık sisteminde Dönüşüm Programı (SDP) ile, yine bu kapsamda sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle birlikte, kadın sağlığı hizmetlerinden yararlanmada bölgeler arasında ve kent-kır arasında giderek derinleşen eşitsizlikler ortaya çıkmıştır. Bunun yanı sıra "muhafazakârlaşma" olarak da ifade edilen ve günümüze kadar ulaşan süreçte, kültürel alanın, eşitlikçi cinsiyet anlayışının ve kadın bedeni üzerinden üreme haklarının hedefe alınması girişimleri son yıllarda hız kazanmıştır. Kadınların geleneksel rollerine vurgu yapan, bu rolü "doğurganlık, ev ve bakım işlerine" indirgeyen anlayış ve erkek egemen yapı, ülkede var olan toplumsal cinsiyet eşitsizliğini giderek derinleştirmiştir.

Bu değerlendirmeler ışığında **özetle,** Kadın sağlığı bölümünde ayrıntılı başlıklarda mevcut durum ve sorunlar Raporun kapsamı elverdiği ölçüde açık bir şekilde ortaya konmuştur.

Türkiye **"2030 yılına beş yıl kala"** Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin oldukça gerisindedir. Bu sorunların aşılması için bilinçli, planlı adımlar atılması gerekmektedir. Mevcut sorunlar dikkate alınarak bir an önce sağlık hizmetlerinde yeniden kamusal anlayışla, "koruyucu hizmetleri önceleyen" birinci basamak sağlık hizmetlerinde ekip hizmetini ve basamaklar arası işbirliğini ve iletişimi güçlendiren-sevk zincirinin oluşturulup uygulanması gibi geçmişte Türkiye'nin kanıtlanmış iyi örneklerinden birikimlerinden ders alınarak-sağlık örgütlenmesinin ve hizmet sunumunun buna uygun yapılandırılması gerekmektedir.

Ayrıca, aşağıda vurgulanan müdahalelerin, politik kararlılık ve şeffaflıkla, hesap verilebilirlik ilkesine de uyularak, uluslararası kararlar paralelinde eksiksiz yapılması gerekmektedir. Türkiye özellikle kadın hakları, genel sağlık ve CSÜS alanlarında yıllara dayanan deneyim ve birikimleri ile başarıları olmuş potansiyeli olan bir ülkedir. Bazı hizmetlerdeki duraklama ya da gerileme kabul edilemez. Bu durum bilim çevrelerinin ve karar vericilerin dikkatini çekmelidir. Bunun yanı sıra;

- Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı hizmetlerini kapsamlı ve eksiksiz almanın bir insan hakkı olduğu noktasından hareket edilerek "*hak temelli yaklaşımlar*" benimsenmelidir.
- Türkiye, uluslararası platformlarda imzaladığı, taahhüt ettiği sorumluluklarını yerine getirirken, bu konuda izleme mekanizmalarını kurumsallaştırarak sürdürmelidir.
- Mevcut sorunlarla ilgili toplumda, her sektör ve disiplinde farkındalık arttırıcı faaliyetlere hız verilmelidir. Bu konuda öncülük ve liderlik gereklidir.
- Savunuculuk faaliyetlerinin, ülke gerçeklerine göre ve bilimsel yöntemlere göre stratejiler belirlenerek sürekliliği sağlanmalıdır.
- Sağlık sisteminin koruyucu hizmetler yönünden, özellikle CSÜS bağlantılı sorun alanları, kanıtlarla ortaya konmalıdır.
- Ergen ve gençlerin yaralanabileceği "genç dostu sağlık hizmet modelleri" geçmiş modellerden de ders alınarak tekrar başlatılmalıdır.
- CSÜS konularında yaşa uyarlanmış eğitim programları daha fazla gecikilmeden başlatılmalıdır.

- Türkiye'de kayıt bildirim ve veri güvenirliği, (CSÜS konusunda da) önleme politikalarının ve hizmet müdahalelerinin etkililiğinin izlenmesi ve kanıta dayalı olarak ulusal politika geliştirme süreçlerine katkı sunması açısından son derece önem taşımaktadır.
- Uluslararası kuruluşlarla yakın iletişim ve iş birliği yapılmalı ve güncel gündemin gerisinde kalınmamalıdır.
- Üniversiteler toplumun özelliklerinin oluşmasında, sorunların çözümünde önemli rolü olan kuruluşlar olup özerk yapıları bozulmaksızın, sistemli ve organize olarak sorumluluklarını yerine getirmelidirler. Bu kapsamda uluslararası kuruluşlar, karar vericiler, STK'lar ve toplumla gerekli iletişim ve bağlantılar kurarak tartışmalı ve bilimsel rehberlik ve savunuculuk görevini yerine getirmelidir.

KAYNAKLAR

1. United Nations, UN. (2015) Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. https://www.un.org/ohrlls/sites/www.un.org.ohrlls/files/2030_agenda_for_sustainable_development_web.pdf (Erişim tarihi: 20.10.2025)
2. Türkiye Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları. https://turkiye.un.org/tr/sdgs (Erişim tarihi: 20.10.2025)
3. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı organizasyon Şeması. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2024/02/OrganizasyonSemasi-24022024.pdf (Erişim tarihi: 20.10.2025)
4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları. https://sdg.tuik.gov.tr/ (Erişim tarihi: 20.10.2025)
5. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve UN Women (2024). Türkiye'de İstatistiklerle Kadın: 2024 https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/istatistiklerle_kad%C4%B1n2024.pdf (Erişim tarihi: 20.10.2025)
6. Sağlık Bakanlığı, SB (2025). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024 Haber Bülteni. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü https://www.saglik.gov.tr/TR-111038/saglik-istatistikleri-yilligi-2024-haber-bulteni.html (Erişim tarihi: 20.10.2025)
7. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Anne Ölümleri Raporu (2015-2019) Ankara, 2021. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Raporlar/Turkiye_Anne_Olumleri_Raporu_2015-2019.pdf (Erişim tarihi: 23.10.2025)
8. Nairobi Summit on ICPD25 (2019). https://www.nairobisummiticpd.org/content/about-nairobi-summit (Erişim tarihi: 19.10.2025)
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, HÜNEE (2019) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. 2019https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TNSA2018_ana_Rapor_compressed.pdf (Erişim tarihi: 19.10.2025)
10. Öztek Z. Temel Sağlık Hizmetleri (1978-2018). HASUDER Yayın No: 2018-3 ISBN: 978-605-66954-4-5 Basım yeri: Trakya Üniversitesi Matbaası
11. O'Neil ML, Aldanmaz B, Quilez RMQ, Kılınç FR (2016) Yasal, Ancak Ulaşılabilir Değil: Türkiye'deki Devlet Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri, Kadir Has Üniversitesi, Toplumsal Cinsiyet ve Kadın ve Çalışmaları Araştırma Merkezi. https://gender.khas.edu.tr/sites/gender.khas.edu.tr/files/docs/2020-12/kurtaj-hizmetleri-raporu.pdf (Erişim tarihi: 22.10.2025)
12. O'Neil ML, Altuntaş D., Keskin AŞ. (2020) Yasal, Ancak Ulaşılabilir Değil: Türkiye'deki Devlet Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri, Kadir Has Üniversitesi, Toplumsal Cinsiyet ve Kadın ve Çalışmaları Araştırma Merkezi. https://gender.khas.edu.tr/sites/gender.khas.edu.tr/files/docs/2020-12/2020-kurtaj-arastirmasi-raporu.pdf (Erişim tarihi: 22.10.2025)
13. CEDAW (2022) Committee on the Elimination of Discrimination against Women-CEDAW/C/TUR/CO/8, 2022, https://www.ecoi.net/en/file/local/2075376/N2242093.pdf (Erişim tarihi: 22.10.2025)
14. Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK (2024) Doğum İstatistikleri. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2024-54196 (Erişim tarihi: 20.10.2025)
15. Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK. (2024) Ulusal Eğitim İstatistikleri. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Ulusal-Egitim-Istatistikleri-2024-53937 (Erişim tarihi: 22.10.2025)
16. Global Gender Gap Report (2025). https://www.weforum.org/publications/global-gender-gap-report-2025/. (Erişim tarihi: 20.10.2025)
17. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, HÜNEE (2015) Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2015. https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/yayinlar/2015_KYAICSA_TR.pdf (Erişim tarihi: 22.10.2025)
18. Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK. (2025) Türkiye Kadına Yönelik Şiddet Araştırması 2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Kadina-Yonelik-Siddet-Arastirmasi-2024-57940 (Erişim tarihi: 22.10.2025)

BÖLÜM 6

YAŞLI SAĞLIĞI

Bölüm Editörü: *Meral Saygun*

Sunuş

Meral Saygun

Küresel yaşlanma süreci olarak adlandırılan "demografik dönüşüm" evresinde olan ülkemizde yaşlı nüfus oranı hızla artış göstermektedir.

Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi, Hayat Tablolarına göre 2020 yılında 2017-2019 dönemi için toplamda 78.6, erkeklerde 75.9, kadınlarda 81.3 yıl; 2024 yılında 2021-2023 dönemi için toplamda 77.3, erkeklerde 74.7, kadınlarda 80.0 yıl olarak açıklanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verisine göre Türkiye'de 65 yaş ve üstü nüfus 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 iken yıllar içinde artarak 2024 yılında 9 milyon 112 bin 298 olmuştur. Tüm nüfus içinde 65 yaş ve üstü nüfus oranı 2020 yılında %9.5, 2021 yılında %9.7, 2022 yılında %9.9, 2023 yılında %10.2, 2024 yılında %10.6'dır. Yaşlı nüfus oranı Türkiye'de 2023 yılından bu yana %10.0'ı aşmış durumdadır. TÜİK nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %13,5, 2040 yılında %17,9, 2060 yılında %27,0, 2080 yılında %33,4 ve 2100 yılında %33,6 olacağı öngörülmektedir.

Yaşlanma ile ilgili hastalık yükü ve bakım problemleri, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Genel olarak kronik hastalık yükü yaşlılarda çok yüksektir ve bu hastalıklar ile ilişkili ölümlerin çoğu yaşlılarda görülmektedir. Bu yüzden ülke kaynaklarının maliyet-etkin kullanılması ve sağlık politikalarının belirlenmesinde, yaşlanma gerçeği göz önüne alınmalıdır. Türkiye'de yaşlı nüfusun hızla artması yaşlılara yönelik sağlık ve bakım politikalarında da değişikliklere ve düzenlemelere ihtiyaç doğurmuş ve bu bağlamda 2024-2028 yıllarını kapsayan "On ikinci Kalkınma Planı"nda aktif yaşlanma ve yaşlı nüfusa yönelik sağlık hizmetleri ele alınmıştır.

Yaşanılan demografik değişim ülkemizde yaşlı bireylerin mevcut durumlarında ve gereksinimlerinde farklılıkları beraberinde getirmiştir. Bu süreç, yaşlı bireylerin toplumsal konumlarını, ekonomik durumlarını, sağlık hizmetlerine erişimlerini, bakım gereksinimlerini ve yaşam kalitelerini yeniden düşünmeyi zorunlu kılmaktadır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021-2026'da sağlıklı yaşlanma için çok paydaşlı bir yaklaşımla ele alınmak üzere müdahale alanları belirlenmiştir. Eylem Planı'nda yaşlılar için egzersiz, fiziksel aktivite ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi; yaşlılara yönelik evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi; yaşlılıkta nöropsikiyatrik hastalıklar, yeti yitimi, yaşlı istismarı ve şiddet konularında planlamalar ve etkinlikler yapılması; yaşlılıkta tanı, tedavi ve izleme hizmetlerinin uygun ve etkili işlemesinin sağlanması; sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti verenlerin eğitiminin düzenlenmesi öncelikli müdahaleler; bütün yaşlılar için gıda maddelerine ulaşımın ve yeterli beslenmenin evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi, bakım hizmetlerine tam erişimin sağlanması için paydaş kuruluşlar ile iş birliğinin sağlanması ise destekleyici müdahaleler olarak yer almıştır.

Her yıl bir önceki yıla göre artma eğiliminde olan yaşlı nüfusun sağlık ve diğer sorunlarının bilimsel bakış açısıyla değerlendirilmesi, her geçen gün daha da önem kazanmaktadır. Bu nedenle, mevcut durumun genel bir perspektifle ortaya konulması, geliştirici çalışmalar için yol gösterici olabilir. Bu bakış açısı ile, Türkiye Sağlık Raporu 2025 in "Yaşlı Sağlığı" bölümü; demografik değişim yaşlanan toplum, yaşlıların sosyal ve ekonomik sorunları, hastalık ve ölüm oranları, yaşlılara sunulan sağlık ve sosyal hizmetler, çalışma yaşamı, kazalar, sağlıklı yaşlanma için çevre, yaşlılara yönelik şiddet, ihmal, istismar ve yaş ayrımcılığı, yerel yönetimlerin yaşlılara yönelik hizmetleri yönleriyle ele alınmış ve geleceğe yönelik değerlendirme yapılmaya çalışılmıştır. İçerikte temel olarak yaşlı sağlığı açısından 2020 yılından bu yana ülkemizdeki gelişmelerin ve

değişimlerin vurgulanması amaçlanmıştır. Bölüm içeriğinde yer alan yazılar, yazarların özgün fikir ve bakış açılarını yansıtmaktadır. Yaşlı nüfusun artma eğiliminde olduğu ülkemiz için, yaşlılık döneminde öne çıkan sorunların ve mevcut durumun gündeme taşınmasının sürekli olması bir gerekliliktir. Bu amaçla, raporda yer alan konuların bundan sonraki dönemlerde de, belirli aralıklarla gözden geçirilerek güncellenmesi, mevcut durumdaki değişimlerin ortaya konması, yeni sorun ve gereksinimlerin belirlenerek çözümler üretilmesi son derece değerlidir.

Rapora HASUDER adına yazılarıyla katkı sunan tüm değerli yazarlara ve raporun hazırlanmasında sağladıkları destek için, raporun baş editörlerine teşekkür ediyorum.

Raporun ülkemiz için yararlı ve yol gösterici olabilmesi dileğiyle.

Türkiye'de Demografik Değişim: Yaşlanan Toplum

Hatice Şimşek Keskin

Küresel bir fenomen olarak tanımlanan toplum yaşlanması, bir toplumda çocuk ve genç nüfusun azalıp yaşlı nüfusun artmasıdır. Toplum yaşlanması temelde doğurganlığın azalması ve beklenen yaşam süresinin artışı ile ilişkili bir durumdur ve kronolojik olarak 65 yaş ve üstü nüfusun hem mutlak değerinin hem de toplam nüfus içindeki oranının artışı ile karakterizedir. Türkiye'ye ilişkin son beş yılın toplum yaşlanması göstergeleri **Tablo 1**'de özetlenmiştir.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verisine göre Türkiye'de 65 yaş ve üstü nüfus 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 iken yıllar içinde artarak 2024 yılında 9 milyon 112 bin 298 olmuştur. Tüm nüfus içinde 65 yaş ve üstü nüfus oranı 2020 yılında %9.5, 2021 yılında %9.7, 2022 yılında %9.9, 2023 yılında %10.2, 2024 yılında %10.6'dır (**Tablo 1**).[1–5] Yaşlı nüfus oranı Türkiye'de 2023 yılından bu yana %10.0'ı aşmış durumdadır. Demografik göstergelerdeki var olan yapının süreceği öngörülerek, yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %13.5, 2040 yılında %17.9, 2060 yılında %27.0 olması beklenmektedir.[5]

Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi Hayat Tablolarına göre 2020 yılında 2017-2019 dönemi için toplamda 78.6, erkeklerde 75.9, kadınlarda 81.3 yıl; 2024 yılında 2021-2023 dönemi için toplamda 77.3, erkeklerde 74.7, kadınlarda 80.0 yıl olarak açıklanmıştır.[6,7] Doğumda beklenen yaşam süresindeki düşüşün Covid-19 pandemisinden etkilenmiş olduğu düşünülebilir. TÜİK'in Doğum İstatistiklerine göre Türkiye'de kaba doğum hızı 2020-2024 yıllarında sırasıyla binde 13.3, 12.8, 12.2, 11.2, 11.0'dır. Aynı yıllara ilişkin toplam doğurganlık hızları da sırasıyla 1.76, 1.70, 1.62, 1.51, 1.48 olarak açıklanmıştır ve bu hız nüfusun kendini yenilediği düzey olan 2.1'in altındadır.[8–12]

Toplum yaşlanmasının göstergelerinden biri de ortanca yaştır. Ortanca yaş nüfusun yaş dağılımını daha yaşlı ve daha genç grup olarak iki eşit parçaya bölmektedir. Türkiye'de ortanca yaş 2020 yılından 2024 yılına kadar son beş yılda artarak 32.7'den 34.4'e yükselmiştir (**Tablo 1**).[1–5]

Yaşlı bağımlılık oranı toplumda çalışma çağındaki her 100 kişiye düşen yaşlı sayısını tanımlamaktadır. Hesaplamada genel olarak çalışma yaşının 15 olduğu varsayılarak paydaya ekonomik olarak bağımsız kabul edilen 15-64 yaş grubu konmaktadır. Yaşlı bağımlılık oranı hesaplanırken paydaya 20-64 yaş grubunun konduğu kaynaklar da bulunmaktadır.[13] Paydaya 15-64 yaş grubu nüfus konarak yapılan hesaplamalara göre Türkiye'de yaşlı bağımlılık oranı toplum yaşlanmasının da bir sonucu olarak 2020 yılından 2024 yılına %14.1'den %15.5'e yükselmiştir (**Tablo 1**).[1–5]

Toplum yaşlanmasının diğer göstergeleri olan yaşlanma indeksi, potansiyel destek oranı ve ebeveyn destek oranı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminin (ADNKS) yaş dağılımı verisinden yola çıkarak hesaplanmıştır. Nadiren yaşlı- çocuk oranı olarak da adlandırılan yaşlanma indeksi 0-14 yaş grubu her 100 birey başına düşen 65 yaş ve üstü kişi sayısını ifade etmektedir. Türkiye'de yaşlanma indeksi 2020 yılından 2024 yılına kadar sırasıyla %41.7; 43.3; 45.0; 47.7; 50.7 olarak hesaplanmıştır (**Tablo 1**).[14–18]

Potansiyel destek oranı ya da yaşlı destek oranı 65 yaş ve üstü birey başına düşen 15-64 ya da 20-64 yaş kişi sayısı olarak tanımlanmaktadır. Paya 15-64 yaş grubu nüfusunu koyarak yapılan hesaplamaya göre Türkiye'de potansiyel destek oranı son beş yıl içinde beklendiği gibi 7.1'den 6.5'e düşmüştür (2020 yılından 2024 yılına sırasıyla 7.1; 7.0; 6.9; 6.7; 6.5) (**Tablo 1**).[14–18]

Ebeveyn destek oranı 50-64 yaştaki her 100 birey başına düşen 85 yaş ve üstü birey sayısını göstermektedir. Türkiye'de ADNKS verisine göre hesaplanan ebeveyn destek oranı son beş yılda %4.7'den %5.6'ya yükselmiştir (2020 yılından 2024 yılına sırasıyla %4.7; %4.7; %4.9; %5.3; %5.6) (**Tablo 1**).[14–18]

Tablo 1. Türkiye'de 2020-2024 yıllarına ilişkin toplum yaşlanmasına ilişkin göstergeler

	2020	2021	2022	2023	2024
Yaşlı nüfus	7,953,555	8,245,124	8,451,669	8,722,806	9,112,298
Yaşlı nüfus oranı	9.5	9.7	9.9	10.2	10.6
Ortanca yaş	32.7	33.1	33.5	34.0	34.4
Yaşlı bağımlılık oranı	14.1	14.3	14.5	15.0	15.5
Yaşlanma indeksi %	41.7	43.3	45.0	47.7	50.7
Potansiyel destek oranı	7.1	7.0	6.9	6.7	6.5
Ebeveyn destek oranı %	4.7	4.7	4.9	5.3	5.6

Sonuç olarak, Türkiye'de toplum yaşlanması, doğurganlık hızındaki azalma, doğumda beklenen yaşam süresinin uzamasının bir sonucu olarak giderek belirginleşmektedir. TÜİK verileri, 2020-2024 döneminde 65 yaş ve üzeri nüfusun mutlak sayısının ve toplam nüfus içindeki oranının istikrarlı biçimde arttığını göstermektedir. Bu süreç, yalnızca demografik bir dönüşüm değil aynı zamanda sağlık, sosyal güvenlik, istihdam ve bakım hizmetleri alanlarında yeni gereksinimleri beraberinde getiren önemli bir toplumsal olgudur. Son beş yılın göstergeleri incelendiğinde, ortanca yaşın yükselmesi, yaşlı bağımlılık oranının artması, potansiyel destek oranının azalması ve ebeveyn destek oranının yükselmesi, Türkiye nüfus yapısının hızla yaşlandığını açık biçimde ortaya koymaktadır. Doğurganlık hızının nüfusun kendini yenileyemeyeceği düzeyin altına inmiş olması, bu eğilimin önümüzdeki on yıllarda da süreceğini göstermektedir. Bu nedenle bireylerin sağlıklı yaş almalarına, yaşlıların sağlık ve sosyal hizmetlerle sosyal destek sistemlerine erişebilirliğini artırmaya yönelik politikaların oluşturulması ve güçlendirilmesi önemlidir.

KAYNAKLAR

1. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2020 [Internet]. 2021 [Erişim tarihi: 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2020-37227
2. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2021 [Internet]. 2022 [Erişim tarihi: 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2021-45636
3. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2022 [Internet]. 2023 [Erişim tarihi: 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/bulten/index?p=istatistiklerle-yaslilar-2022-49667
4. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2023 [Internet]. 2024 [Erişim tarihi: 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710
5. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2024 [Internet]. 2025 [Erişim tarihi: 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C4%B0statistiklerle-Ya%C5%9Fl%C4%B1lar-2024-54079&dil=1.
6. TÜİK. Hayat Tabloları, 2017-2019 [Internet]. 2020 [Erişim tarihi: 28 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2017-2019-33711
7. TÜİK. Hayat Tabloları, 2021-2023 [Internet]. 2024 [Erişim tarihi: 28 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2021-2023-53678
8. TÜİK. Doğum İstatistikleri, 2020 [Internet]. 2021 [Erişim tarihi: 03 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Birth-Statistics-2020-37229
9. TÜİK. Doğum İstatistikleri, 2021 [Internet]. 2022 [Erişim tarihi: 03 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2021-45547
10. TÜİK. Doğum İstatistikleri, 2022 [Internet]. 2023 [Erişim tarihi: 03 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2022-49673
11. TÜİK. Doğum İstatistikleri, 2023 [Internet]. 2024 [Erişim tarihi: 03 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2023-53708
12. TÜİK. Doğum İstatistikleri, 2024 [Internet]. 2025 [Erişim tarihi: 03 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2024-54196
13. Gavrilov LA, Heuveline P. Aging of population. The encyclopedia of population. 2003;1:32-7.
14. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2020 [Internet]. 2021 [Erişim tarihi: 22 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210
15. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2021 [Internet]. 2022 [Erişim tarihi: 22 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2021-45500
16. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2022 [Internet]. 2023 [Erişim tarihi: 22 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/bulten/index?p=adrese-dayali-nufus-kayit-sistemi-sonuclari-2022-49685
17. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2023 [Internet]. 2024 [Erişim tarihi: 22 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2023-49684
18. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2024 [Internet]. 2025 [Erişim tarihi: 22 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2024-53783

Ülkemizde Yaşlıların Sosyal ve Ekonomik Sorunları ve Yaşlı Sağlığına Etkileri

Gülsen Güneş

1. Giriş

Yaşlanma bireylerde fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden gerilemeye neden olan doğal bir süreçtir. Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus oranları giderek artmıştır, bu artış yaşlı nüfusun çeşitli sağlık, sosyal ve ekonomik sorunlarını da beraberinde getirmiştir.

60 yaş ve üzeri insanların nüfus içindeki sayısı tüm Dünyada giderek artmaktadır. Altmış yaş ve üzeri insanların sayısı 2019 yılında 1 milyardı. Bu sayının giderek artacağı ve 2030 yılında 1,4 milyar, 2050'de ise 2,1 milyar olacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfusun özellikle gelişmekte olan ülkelerde daha da fazla artacağı öngörülmektedir.[1]

Tabii yaşlı nüfusun oranı da giderek artmaktadır. Dünyada 2024 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı %10.3'tür ve 50 yıl sonra bu oranın %20.7 olması öngörülmektedir. 80 yaş ve üstü nüfus da daha fazla olacaktır. Bu grup daha bağımlı olan bir gruptur. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'na göre 2070'li yıllarda 80 yaş ve üzeri nüfusun da 3 katına ulaşacağı düşünülmektedir.[2]

Türkiye yaşlı (65+) nüfus son beş yılda yüzde 20,7 artmış ve yaklaşık 9 milyona ulaşmıştır. Ayrıca 65+ kişilerin toplam nüfusa oranı yüzde 10,6'ya yükselmiştir.[3]

Yaşlanmayla toplumlarda bazı zorluklar ortaya çıkacaktır. Sağlık ve sosyal olarak bakıma ihtiyaç artacak, bu alanda eğitimli bir insan gücüne ihtiyaç olacak, fiziksel ve sosyal ortamların yaşlılara uygun hale getirilmesi ihtiyacı doğacaktır. Ancak bu yatırımlar, yaşlıların kendilerine, ailelerine ve topluma daha uyumlu bireyler olarak yaşamalarına imkan sağlayacaktır.[1]

Toplumun yaşlanmasına, tüm sektörleriyle, kurumlarıyla ve politikalarıyla uyum sağlayan toplumlar, kendi yaşlı insanlarının daha kaliteli bir yaşam sürmelerine neden olarak daha mutlu toplumlar olacaklardır.[1]

Dünyada yaşlanma sadece demografik bir değişim değil, aynı zamanda toplumların sosyal, ekonomik, kültürel ve politik yapılarında dönüşüm gerektiren bir süreçtir. Yaşlılar yeni sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Aşağıda cevaplanması gereken sorular vardır:

- Yaşlılar kaç yıl sağlıklı ve iyi bir yaşam sürebilir?
- İyi bir yaşam için neler yapılması gerekir?
- Yaşlılar nerede ve kiminle yaşayacaklar?
- Başkalarından destek almadan ne kadar süre bağımsız yaşayabilirler?
- Kaç tanesi hala işgücünde olacak?
- Ek yaşam yıllarında harcayabilecekleri yeterli ekonomik kaynaklara sahip olacaklar mı?
- Sağlık harcamalarını karşılayabilirler mi?[4]

İşte bu gibi sorular ortaya çıkmakta, son yıllarda yaşlıların sağlık problemlerinin azaltılması ve iyi yaşayabilmeleri için sosyal ve ekonomik sorunları çözme yolları araştırılmaktadır.

2. Yaşlıların Sosyal Sorunları

1.1. Sosyal Dışlanma

Yaşlı bireylerin sosyal dışlanma durumları; yaş, düşük eğitim ve gelir seviyesi, dul/boşanmış olma, yalnız yaşama, kira evinde oturma, düşük sağlık durumu ve kamu hizmetlerine erişim güçlüğü faktörleriyle ilişkilidir. Şehirlerin yaşlılara uygun olmaması, ulaşım sıkıntıları, yaşlıların sosyal hayata katılımını zorlaştırmaktadır. Sosyal problem çözme becerileri düşük olan

yaşlılarda sosyal dışlanma riski daha yüksektir. Ayrıca sağlık, engellilik veya bazı hastalıklar gibi faktörler bulunmaktadır.5

Özellikle kadın olmak, düşük sosyoekonomik düzey ve batı bölgelerinde yaşamak sosyal dışlanmayı artıran faktörlerdendir.

Yaşlı bireyler, özellikle şehirleşme ile birlikte toplumsal üretimden dışlanmış, karar süreçlerinden uzaklaşmış, pasif bir konuma itilmiştir. Yaşlılar en fazla ulaşımda, banka işlerinde ve sosyal desteklerden yararlanma alanında dışlanma yaşamaktadırlar. Medyada yaşlıların yansıması genellikle yardıma muhtaç, yük olan birey şeklindedir.[6,7]

2.2. Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon

Yaşlı bireylerde yalnızlık ve sosyal izolasyon en önemli sosyal sorunlardandır. Ülkemizde de geleneksel aile yapısından giderek çekirdek aile yapısına doğru aile anlayışı arttığından yaşlılarla birlikte yaşama alışkanlığı giderek azalmakta ve yaşlılar daha izole yaşamaktadırlar. Bu yalnızlık durumu da yaşlıları psikolojik olarak olumsuz yönde etkilemekte, yaşlılarda depresyon sıklığı da bu nedenle artmaktadır.7

Sosyal izolasyon, insanların toplumdaki diğer bireylerle gruplar ve topluluklarla ilişkilerin kesilmesi olarak tanımlanır ve bu da gruplara katılımın zayıflamasına veya tamamen kesilmesine yol açar. Aslında yaşlılarda sosyal izolasyon bazı bir çok hastalıkların progresyonunu da olumsuz olarak etkilemektedir. Diğer bazı hastalıkların da ortaya çıkmasında önemli bir faktör olabilir. Yaşlıların fiziksel ve ruhsal sağlıkları için önemli ve etkili faktörlerden biri de sosyal ilişkilerdir. Yaşlıların anlamlı aktivitelere bireylerin yaşam kalitesini ve genel sağlıklarını iyileştirmenin temel unsurlarından biridir ve yaşlanma sürecinde engelliliklerin azalmasına yol açar.[8]

Yaşlıların yalnızlık ve sosyal izolasyon yaşamasındaki başlıca nedenleri; emeklilik, eş kaybı, kronik hastalıklar, fiziksel kısıtlılıklar, sosyal destek eksikliği ve, ekonomik zorluklar olarak belirtilmiştir. Sosyal ilişkisi zayıflamış yaşlılarda mortalitenin de daha yüksek olduğu belirtilmiştir.[6]

TÜİK 2024 raporuna göre yaşlı nüfusun % 23.3'ü sosyal dışlanma ve yoksulluk riski altındadır. Bu oran toplam nüfusda da % 29.3'tür. Cinsiyete göre dağılımda, bu risk erkek yaşlılarda %22,3, kadın yaşlılarda ise %24,2 olarak görülmektedir.[3]

Yaşlı nüfusta önemli bir gösterge olan yaşlı bağımlılık oranı; yaşlı sayısının 100 kişiye bölünmesiyle elde edilir. 2019 yılında yüz kişide 13,4 iken 2024 yılında yüzde 15,5 olmuştur. Yaşlı nüfusun artmasıyla yaşlı bağımlılık oranı da artmıştır. İleri yıllara göre tahmin yapıldığında daha da artacağı, 2030 yılında yüzde yaklaşık % 20 olacağı tahmin edilmiştir.[3]

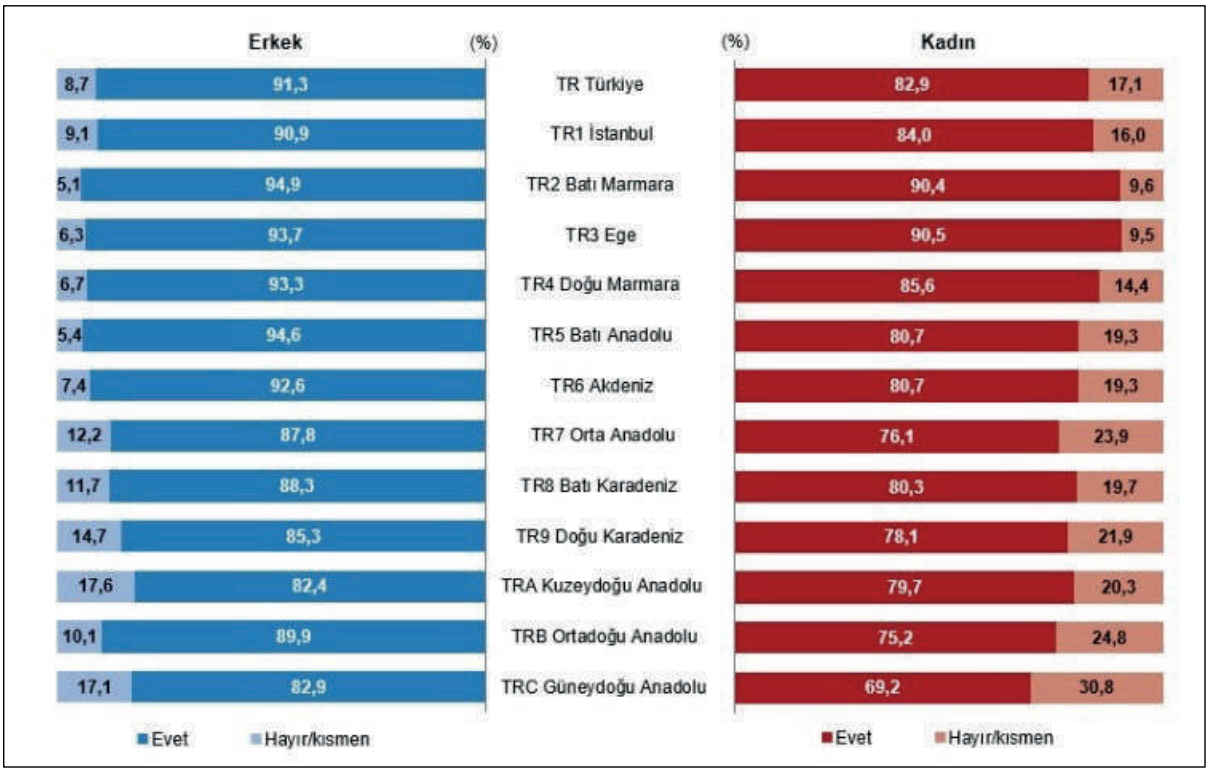
Ülkemizde yaşlıların % 20.4'ü yalnız yaşamaktadır. Yaşlılar en çok eşiyle (% 35) yaşamaktadır. Bunun yanında hala geleneksel anlayışla çocuklarıyla birlikte yaşayan yaşlılar vardır. (**Grafik 1**) Evde yalnızken 65yaş ve üzeri kişilerin %86,6'sı kendini güvende hissettiğini belirtmiştir; bu oran erkeklerde %91,3, kadınlarda ise %82,9'dur. Yalnız yaşayan yaşlıların evde kendini güvende hissetmeme sorunları vardır. Bu kadınlarda daha fazladır (**Grafik 2**).[9]

TÜİK'in istatistiklerle Yaşlılar 2024 verilerine göre, 2024 yılında 1 milyon 750 bin 900 yaşlı tek başına yaşamaktadır. En az bir yaşlı birey bulunan hane sayısı 6



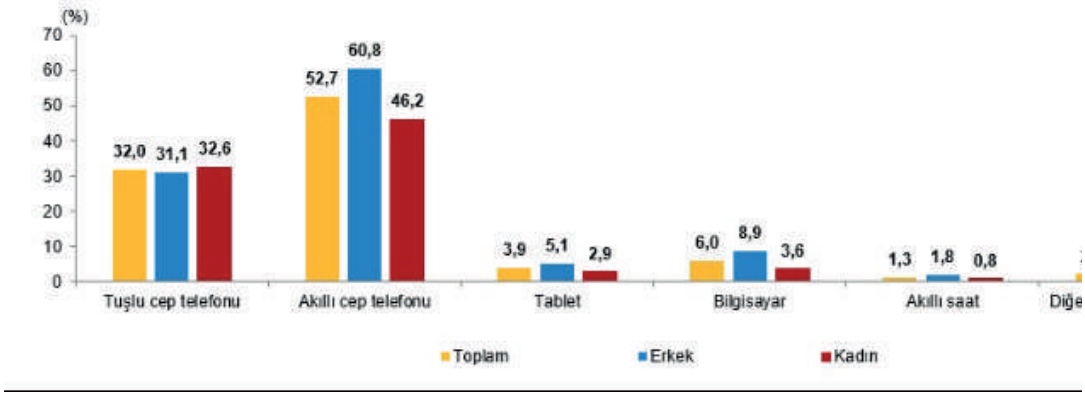
Grafik 1. Cinsiyete göre fertlerin birlikte yaşadığı kişiler

Kaynak: TÜİK Yaşlı Profili Araştırması 2023



Grafik 2. Ülkemizde 65 yaş üstündekilerin evde yalnızken kendilerini güvende hissetme durumu,2023

Kaynak: TÜİK Yaşlı Profili Araştırması 2023



Grafik 3. Ülkemizde Hanehalkı tiplerine göre yaşlı nüfus oranı, 2024

Kaynak: TÜİK istatistiklerle Yaşlılar 2024

milyon 726 bin 583'tür. Bu hanelerin yüzde 74'ü kadınlar, yüzde 26'sı ise erkeklere aittir.[3]

2.3.Yaşlı Ayrımcılığı

Ayrımcılık; kişilere, bazen cinsiyetleri, yaşları, dini inancları veya bir gruba üye olmaları nedeniyle toplumda farklı şekilde algı, tutum ve davranışlarda bulunulmasıdır. Yaşlılar, sağlık hizmetlerine erişimde ayrımcılığa maruz kalabilmektedirler.[10]

Türkiye'deki yaşlıların %10'u yaşa bağlı ayrımcılıkla karşılaştığını belirtmişlerdir. Özellikle yoksulluk içinde olan yaşlılar iki kat daha fazla ayrımcılığa maruz kalmaktadır.

Bu grubun %47'si, işe alım veya iş görüşmelerinde yaş nedeniyle dezavantajlı olduklarını belirtmişlerdir. Kurumlar genç iş gücünü daha dinamik, teknolojik, dü-

şük maliyetli olarak düşünmektedir, bu durum da yaşlı nüfusun işe alınmasını zorlaştırmaktadır.[10]

2.4. Yaşlı Evleri ve Huzurevleri

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Yaşlı Hizmetleriyle ilgili Genel Müdürlük, huzurevleriyle ilgili hizmet süreçlerini yürütmektedir. Huzurevi ve Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezler için ayrı kabul koşulları belirlenmiştir. Darülaceze Başkanlığı da dâhil olmak üzere Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı resmi huzurevi sayısı 168, özel huzurevi sayısı 267'dir.[11]

Özel huzurevleri, gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişilerince açılan, sağlıklı yaşlılar ile özel bakım yaşlılarına yirmi dört saat yatılı hizmet veren kuruluşlardır. 2023 yıl sonu itibarıyla 267 özel huzurevinden hizmet alan yaşlı sayısı 13.266'dır.[11]

2.5. Yaşlılarda Evde Bakım

Ülkemizde yaşlı bireylerin evde bakım hizmetlerinden yararlanması, yaşlıların kendi ortamlarında daha sağlıklı, güvenli ve onurlu bir şekilde yaşamlarını sürdürebilmeleri açısından büyük önem taşımaktadır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından evde bakıma muhtaç olan yaşlılar için maddi destek sağlanmaktadır.

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Yaşlı Haklarıyla ilgili Ulusal Eylem Planı hazırlamıştır. Bu eylem planının amacı özellikle ülkemizde yaşlılar için yaşam kalitesinin arttırılması için, aktif ve sağlıklı yaşlanma anlayışının geliştirilmesidir. Bu amaçla ulusal eylem planında çeşitli hedefler, stratejiler belirlenmiştir. Yaşlıların değişen dünyaya adapte olabilmeleri için, onların ihtiyaçlarını karşılayabilecek hedefler seçilmiştir.[11,12]

Ayrıca Sağlık Bakanlığının evde sağlık hizmetleri mevcuttur. Kronik hastalığı veya engeli nedeniyle evden çıkamayan bireyler için muayene, tedavi, reçete, pansuman, tahlil gibi sağlık hizmetlerinin evde sunulması amaçlanmıştır. Aile hekimi koordinasyonunda hemşire, fizyoterapist, doktor gibi personel ile gerçekleştirilir. Gerektiğinde hastaneye sevk ve ulaşım desteği de sunulur. Başvuru için ALO 444 38 33 (EVDE) hattı üzerinden kayıt yaptırılarak hizmet alınabilir.[13]

Belediyeler Tarafından Sunulan Evde Bakım Destekleri de vardır. Ev temizliği, psikososyal destek, hemşirelik hizmeti, hasta bezi yardımı vb. yardımlar yapmaktadırlar. Bazı STK ve vakıflar tarafından da sağlanan hizmetler vardır.

Darülaceze Başkanlığı,Yaşlı Hakları Derneği, Türkiye Alzheimer Derneği, Kızılay tarafından sağlanan hizmetler de vardır.

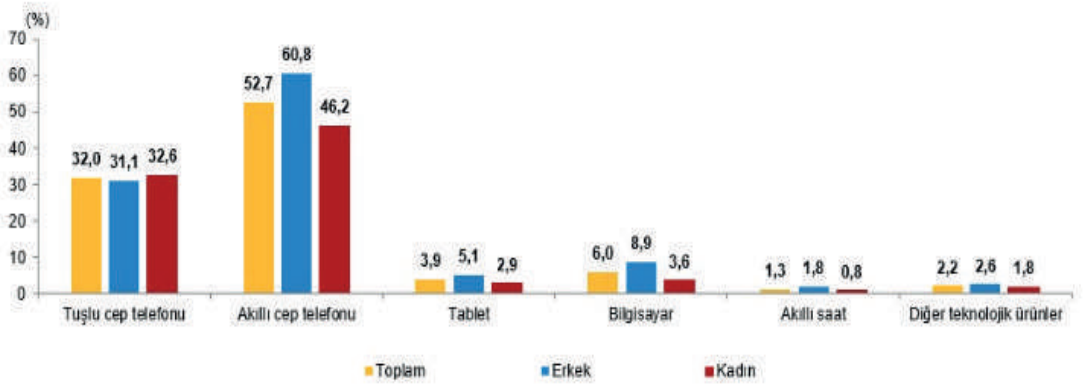
Yaşlıların %16.4'ü evde bakıma ihtiyaç duymaktadır. Evde bakım ihtiyacı yaş ilerledikçe daha da artmaktadır. Kadınlar evde bakıma erkeklerden daha fazla ihtiyaç duymaktadır.[9]

2.6. Dijital Uyum Sorunları

Türkiye'de yaşlı bireylerin dijital uyum sorunları, son yıllarda giderek daha belirgin hâle gelmiştir. Dijital teknolojilere erişim eksikliği, kullanım becerisi yetersizliği ve teknolojiden uzaklaşma, yaşlı bireylerin sağlık, finans, sosyal iletişim gibi temel alanlarda dezavantajlı konuma düşmesine neden olmaktadır.

TÜİK – Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması (2023)'na göre 65-74 yaş grubu internet kullanımı: %32,2, 75 yaş ve üzeri: %10'un altındadır.[14]

TÜİK Yaşlı Sağlığı Profili Araştırması (2023)'na göre erkeklerin %91,2'si telefon kullanabiliyor, yaşlıların % 52.7'si akıllı telefon kullanabilmektedir. Kadınlarda



Grafik 4. Ülkemizde Yaşlıların cinsiyete göre teknolojik ürün kullanımı, 2023

Kaynak: TÜİK Yaşlı Sağlığı Profili Araştırması (2023)

daha düşüktür. Kadınlardın % 46'sı akıllı telefon kullanabilmektedir[9].

3. Yaşlılarda Ekonomik Sorunlar

3.1. Yaşlılarda Yoksulluk

Yaşlanan nüfus emekli olmakta ve emeklilikten sonra çalışmak istediklerinde maalesef yaşlarından dolayı işverenler tarafından tercih edilmemektedirler. Ayrıca yaşlanan kişilerin sağlık sorunları, engellilikleri olmakta bu nedenle de çalışamamaktadırlar. Böylece gelirleri düşmekte ve yoksulluğa sürüklenmektedirler. Bu durum da yaşlıları psikolojik olarak etkilemektedir.[15]

TÜİK'in 2023 verilerine göre, yaşlı nüfusta (65+) yoksulluk oranı yüzde 21,7'ye yükselmiş; bu oran 2019'da yüzde 14,2 idi.[16]

Emeklilik yaşında olan milyonlarca kişi geçinebilmek için çalışmaya devam ediyor. TÜİK verilerine göre 65 yaş üstü nüfusun %12,2'si hâlâ işgücüne katılıyor. Yani yaklaşık 1 milyon 111 bin 65+, emeklilik yaşında olmasına rağmen geçinemiyor ve çalışmak zorunda hissediyor.[17]

3.2. Yaşlılarda Çalışma ve İstihdam

Kentsel bölgelerde bazı yaşlılar düşük ücretli hizmet sektörlerinde çalışmaktadır (bekçilik, temizlik, danışma vb.)

Yaş ayrımcılığına karşı yasal koruma zayıftır, yaşlılara yönelik Eğitim ve beceri güncelleme programları yetersiz, Esnek ve kısmi zamanlı işler azdır.

Yaşlılar için istihdam programları olabilir, esnek çalışma saatleri olabilir, özellikle yaşlılara yönelik dijital beceri eğitimleri olabilir.

3.3. Yaşlılarda Sosyal ve Ekonomik Sorunların Sağlığa Etkileri

1. Sosyal izolasyon ve yalnızlık çeken yaşlılar daha fazla depresyon, anksiyete, demans riski yaşarlar. Bağışıklık sistemi zayıflar, kalp-damar hastalıkları görülme sıklığı artar ve sağlık hizmetlerine daha geç ulaşabilirler.[16]

2. Yoksulluğun ve Düşük Gelirin Sağlığa Etkileri: Yoksulluk içinde yaşayan ve düşük geliri olan yaşlılar sağlıklı ve yeterli beslenemeyecekler. Sağlıklı beslenememenin sonucunda bir çok enfeksiyon hastalığı ya da kronik hastalıklar artacaktır. Yaşlılarda özellikle sağlıklı beslenememeye bağlı ağız diş sağlığı sorunları da yaygındır.

Gene gelir düşüklüğünden dolayı ilaç ve sağlık hizmetlerine erişim zorluğu yaşayacaklardır ve stres kaynaklı hipertansiyon, kalp hastalıkları ve mide problemleriyle karşılaşabilirler.

Sağlık hizmetlerine ulaşımda geç kalmaları nedeniyle erken teşhis ve tedavide gecikebilirler, kronik hastalıkların takibi aksayabilir.

Yoksullukla beraber barınma koşulları daha kötü olabilir. Bakımsız, ısıtılmayan evlerde yaşayan yaşlılar daha sık hastalanır, Soğuk veya nemli ortamlar solunum yolu enfeksiyonlarını ve romatizmayı arttırır. Isıtma ve hijyen koşullarının yetersizliğinde enfeksiyon riski artar.

Altmış beş yaş üstü bireylerin yaklaşık %10-20'si kırılgan olup 85 yaş üzeri bu oran iki katına çıkmaktadır. Kırılganlığın olumsuz sonuçları ise düşmeler, kognitif disfonksiyon, hospitalizasyon, fiziksel özürlülük ve ölüm olabilir. Ayrıca kırılgan olan yaşlılarda kemoterapi intoleransı, kanser nüksü ve progresyonu, tedavi ili ilişkili komplikasyonlar daha fazla görülür.

Uzun süreli stres, bağışıklık sistemini baskılar. Ruhsal rahatsızlıklar, kalp hastalıkları, sindirim bozuklukları ortaya çıkabilir. Depresyonda olan yaşlılar, sağlık kontrollerini ihmal eder[18]

Sonuç olarak;

Yaşlı nüfustaki bu değişim nedeniyle, tüm kurumlarda da bir yenilenme ve değişim gerekmektedir. Örneğin sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, belediyeler, otobüsler, konutlar, alışveriş merkezleri gibi birçok sektörde değişim gerekmektedir. İnsanlar daha uzun yaşadıkları için onlar için istihdam kaynakları yaratılmalı, konutlar yaşlılara uygun olarak inşa edilmeli, yaşlılara yönelik bakım hizmetleri geliştirilmeli, yaşlıların hem sosyal hem ekonomik alanda daha kaliteli bir yaşam sürdürmeleri için değişim sürecine girilmelidir. Sağlık ve sosyal bakım, ulaşım, konut ve şehir planlaması hizmetlerinin yaşlılara göre değişim geçirmesi gerekmektedir.

Yaşlı hakları konusunda farkındalık yaratıcı çalışmalar, kampanyalar yapılmalıdır.

Aktif yaşlanma hedefli, yaşlı istihdamını teşvik eden düzenlemeler ve uygulamalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Dünya Sağlık Örgütü. Ageing [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 11]. Available from: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1
2. UNFPA. Ageing [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 11]. Available from: https://www.unfpa.org/ageing#readmore-expand

3. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 11]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2024-54079
4. Özsoy Ö, Gürler M. Poverty and social exclusion of older people in ageing European Union and Turkey. Journal of Public Health (Germany) [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2025 Aug 11];30(8):1969–83. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s10389-021-01525-x
5. Karakaya C, Işıkhan V. Yaşlı Bireylerin sosyal dışlanma durumlarının ve sosyal problem çözme becerilerinin değerlendirilmesi. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi [Internet]. 2023 Jul 3 [cited 2025 Aug 11];0(21):89–109. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd/issue/78794/1213310
6. Akbaş E, Yiğitoğlu-Taşdemir G, Çünkuş N. Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık. 2020 [cited 2025 Aug 11]; Available from: http://opusjournal.net
7. Genç YÇ, Kulakçi Altintaş H. Yaşlı Bireylerde Sosyal Dışlanma ve Depresyon Durumunun Belirleyicileri Determinants of Social Exclusion and Depression in Older Individuals. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Araştırma Makalesi GUJHS. 2024;13(4):1854–66.
8. Seyfzadeh A, Haghighatian M, Mohajerani A. Social isolation in the elderly: The neglected issue. Iran J Public Health [Internet]. 2019 Feb 6 [cited 2025 Aug 12];48(2):365–6. Available from: https://www.researchgate.net/publication/331682505_Social_Isolation_in_the_Elderly_The_Neglected_Issue
9. TÜİK Yaşlı Profili Araştırması 2023. TÜİK Kurumsal [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 12]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profili-Arastirmasi-2023-53809
10. Özütürkler M. Yaşlı Ayrımcılığı. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi [Internet]. 2021 Apr 30 [cited 2025 Aug 4];17(36):3043–56. Available from: https://dergipark.org.tr/en/pub/opus/issue/60974/883434
11. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Bilgilendirme Kitapçığı 2024 Yılı. 2024 [cited 2025 Aug 12]; Available from: www.aile.gov.tr
12. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı 2023-2025. 2023;
13. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı | Sağlık Hizmetleri [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://aile.gov.tr/sss/engelli-ve-yasli-hizmetleri-genel-mudurlugu/saglik-hizmetleri/
14. TÜİK Bilişim Teknolojileri Araştırması. TÜİK Kurumsal [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Girisimlerde-Bilisim-Teknolojileri-Kullanim-Arastirmasi-2023-49393
15. Ak M, Közleme O. Yaşlı yoksulluğu. dergipark.org.trM Ak, O KözlemeAhi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2017•dergipark.org.tr [Internet]. 2017 [cited 2025 Aug 13];3(2):197–208. Available from: https://dergipark.org.tr/en/pub/aeusbed/issue/33268/322804
16. TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar. TÜİK Kurumsal [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 5]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2024-54079
17. Aydin K, Güloğlu T. Avrupa Birliği ve Türkiye'de Yaşlı Yoksulluğu. Sosyoekonomi [Internet]. 2021 Apr 28 [cited 2025 Aug 13];29(48):473–88. Available from: https://dergipark.org.tr/en/pub/sosyoekonomi/issue/62051/722763
18. Ed: Karan MA, Satman İ. TUSEB,: Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu. GÜNCEL DURUM, SORUNLAR ve KISA-ORTA VADELİ ÇÖZÜMLER. 2021.

Yaşlı Nüfusta Morbidite ve Mortalite

Aliye Mandıracıoğlu

1. Giriş

Yaşlanma bir hastalık değil, yaşamsal bir olgudur. Fizyolojik ve psikolojik değişimlerin doğal seyri, farklı sosyal etki ve tepkilerle birlikte ortaya çıkar. Yaşlanma süreci, kronik hastalıkların ve çoklu morbiditenin en önemli belirleyicisidir. Bu durum yaşlı yetişkinlerde sağlık hizmeti ve daha uzmanlaşmış hizmetlere gereksinimlerinin kaçınılmaz olarak artmasına yol açmış ve mevcut sağlık sisteminin taşıdığı yükü daha da ağırlaşmıştır. Fiziksel kırılganlık, mobilite sorunları, kronik sağlık sorunları yanı sıra sosyal izolasyon ve ekonomik yetersizlik nedenleri ile yaşlı toplum, küresel alanda kırılgan gruplardan biri sayılmaktadır.[1]

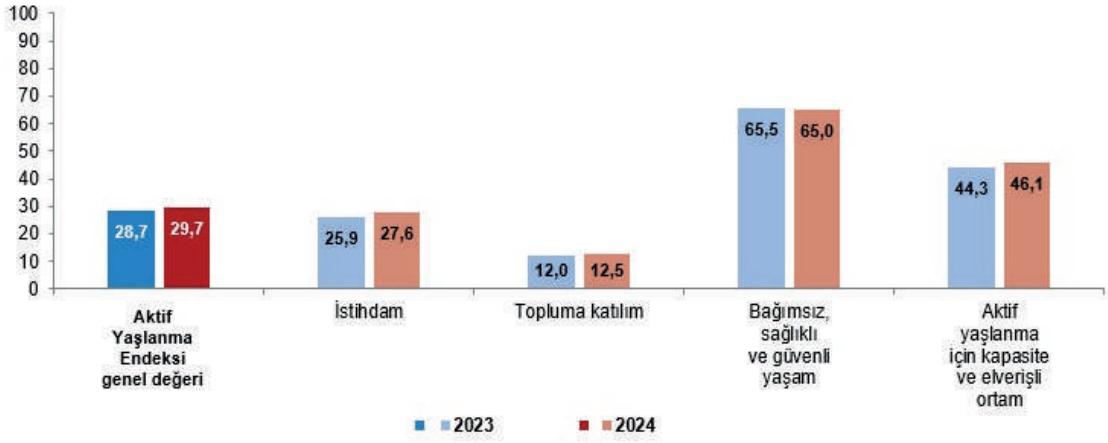
Türkiye'de 2022-2024 dönemi hayat tabloları sonuçlarına göre, 65 yaşında olan bir kişinin kalan yaşam süresi ortalama 18 yıl olarak hesaplanmıştır. Erkekler için bu süre 16.3 yıl iken kadınlarda 19.6 yıl olduğu bildirilmiştir. Belirli bir yaştaki kişinin günlük hayattaki faaliyetlerini sınırlandıracak bir sağlık sorunu olmadan yaşaması beklenen yıl sayısı olarak tanımlanan "*sağlıklı yaşam süresi*", sıfır yaşında bulunan bir kişi için Türkiye'de toplamda 57.6 yıl, erkeklerde 58.9 yıl ve kadınlarda 56.3 yıl olarak hesaplanmıştır.[2] Bu bilgilere göre ülkemizde yaşlı kadınlar daha uzun ama daha çok sağlık sorunları ile birlikte yaşamlarını sürdürmektedir.

Yaşlı nüfusun yaşlılık sürecini ne kadar etkin geçirdiğinin tespit edilebilmesi adına, Birleşmiş Milletler Avrupa Ekonomik Komisyonu'nun katkılarıyla "*Aktif Yaşlanma Endeksi*" (AYE) geliştirilmiştir. Dört bileşenden oluşan AYE, yaşlı bireylerin istihdama katılabilme, topluma katılabilme, bağımsız, sağlıklı ve güvenli yaşayabilme ve aktif yaşlanma için kapasite ve elverişli ortama sahip olabilme seviyelerini ölçmektedir. AYE ve bileşenleri 0 ila 100 arasında bir değer almaktadır. Endeks ve bileşen değerlerinin yüksek olması toplumdaki yaşlı bireylerin daha etkin bir yaşlılık hayatı geçirdiklerine işaret etmektedir.[3] Sağlıklı yaşlanma, aktif yaşlanmanın en önemli boyutlarından biridir. On İkinci Kalkınma Planı Aktif Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Türkiye için bir aktif yaşlanma tanımı ve çerçevesi oluşturmuştur. Aktif Yaşlanma Endeksi, aktif yaşlanmayı dört bileşen altında 22 gösterge ile değerlendirmektedir.[4] Bu bileşenler arasında sağlıkla ilgili olanlar da yer almaktadır. Göstergelerin tümü aşağıda görülmektedir:

1. İstihdam: 55-59 yaş istihdam oranı, 60-64 yaş istihdam oranı, 65-69 yaş istihdam oranı ve 70-74 yaş istihdam oranı
2. Toplumsal Katılım: gönüllü aktiviteler, çocuk ve torun bakımı, hasta ve engelli bakımı ve siyasi katılım
3. Bağımsız, Sağlıklı ve Güvenli Yaşam: fiziksel egzersiz, sağlık hizmetlerine erişim, bağımsız yaşam, finansal güvenlik (göreceli medyan gelir, yoksulluk riskinin olmaması ve maddi yoksunluğun olmaması ayrı göstergeler olarak kullanılmaktadır), fiziksel güvenlik, yaşam boyu öğrenme
4. Aktif Yaşlanma için Kapasite ve Elverişli Ortam: 55 yaş ortalama yaşam süresi, 55 yaş ortalama sağlıklı yaşam süreci, ruhsal iyilik hali, sosyal bağlantılar, eğitim düzeyi

Grafik 1'de bileşenlerine göre ülkemiz için aktif yaşlanma indeksinin dağılımı görülmektedir. TÜİK tarafından "aktif yaşlanma endeksi" genel değeri 29.7, erkekler için 34.5, kadınlar için 25.3 olarak hesaplanmıştır.[3]

Kendi kendine değerlendirilen sağlık, yalnızca hastalığın yokluğunun ifadesi değil, aynı zamanda genel sağlık durumunun ve fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutların iyiliğinin göstergesidir.[5] Kendi sağlığının değerlendirilmesi uzun zamandır epidemiyolojik çalışmalarda yoğun olarak kullanılan bir sağlık parametresi olmuştur. Sadece bir soruda, DSÖ tanımında açıklanan bütünsel bir yaklaşımla bireyin sağlığını değerlendirme gücüne sahip



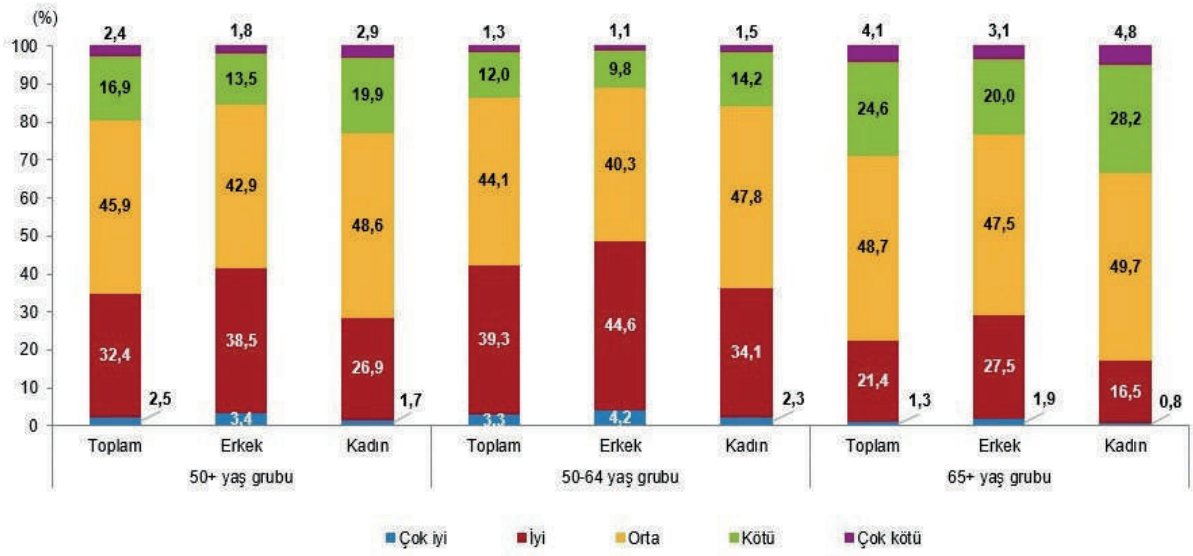
Grafik 1. Bileşenlerine göre Aktif Yaşlanma Endeksi, Türkiye, 2023

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu. Aktif Yaşlanma Endeksi, 2024 [Internet]. 2025 [a.yer 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Aktif-Yaslanma-Endeksi-2024-57937

olduğu belirtilmektedir.[6] Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023'e, göre yaşlıların sağlık algısı **Grafik 2**'de izlenmektedir. Genel sağlık durumunu iyi olarak belirten 65 ve daha yukarı yaştaki kişiler %21.4 iken, çok iyi olarak belirtenlerin oranı %1.3 olarak belirlenmiştir.[7] Genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlerin yüzdesi kadınlarda daha fazladır.

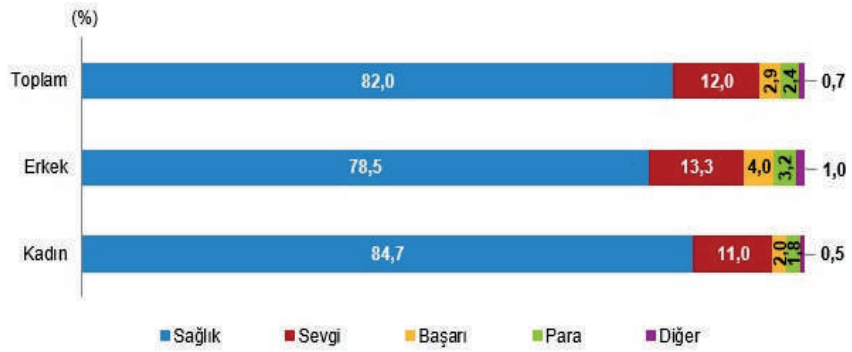
Mutluluk, iyi oluşun öznel ifadesi ve bireyin kendi yaşamını bir bütün olarak değerlendirmesi ve takdir etmesidir. Yaşlılar için mutluluğun önemli bir ihtiyaç ve başarılı yaşlanmanın bir göstergesi olduğu bulunmuştur. Kronik mutsuzluk, bağışıklık sisteminin baskılanması ve kan basıncının yükselmesi gibi sağlık etkilerine sahiptir, böylece mevcut durumları kötüleştirir veya yenilerinin başlamasını kolaylaştırır.[5] Türkiye'de yaşlılar için en başta gelen mutluluk kaynaklarının, sağlık olduğu anlaşılmıştır (**Grafik 3**).[7]

Günlük yaşam aktiviteleri, bir bireyin bağımsız yaşama becerisini değerlendirmenin temelini oluşturur. Bu görevleri yerine getirmede yaşanan zorluk, genellikle bakım desteğine veya destekli yaşam hizmetlerine ihtiyaç duyulduğunun bir işaretidir.



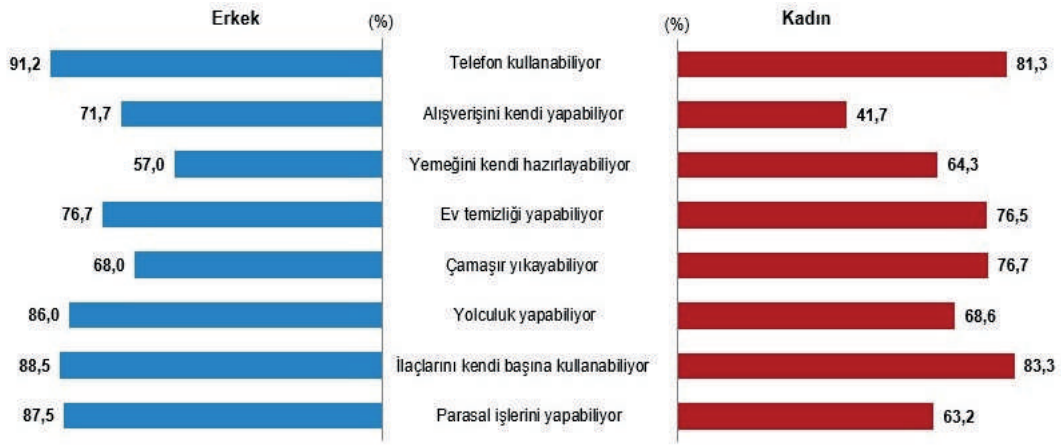
Grafik 2. Cinsiyete göre 65+ yaştaki kişilerin kişilerin belirttiği genel sağlık durumu, 2023

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023 [Internet]. 2024. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profili-Arastirmasi-2023-53809



Grafik 3. Cinsiyete göre 65+ yaştaki kişilerin mutluluk kaynağı olan değerler, 2023

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023 [Internet]. 2024 [a.yer 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profili-Arastirmasi-2023-53809



Grafik 4. Cinsiyete göre 65+ yaştaki kişilerin günlük yaşam aktivitesi, 2023

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023 [Internet]. 2024. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profili-Arastirmasi-2023-53809

Sağlıklı ve aktif yaşlanma süreci ile günlük yaşam aktiviteleri çok uzun süre yaşlı tarafından rahatlıkla sürdürülebilir ve bir başkasına bağımlı olmazlar. Türkiye'de yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme durumları Grafik 4'te görülmektedir. Kadınların en zorlandıkları aktivite, alışverişini kendisi yapması iken erkeklerde yemeğini hazırlayabilme olduğu anlaşılmıştır.[7]

2. Türkiye'de Yaşlı Toplumda Morbiditeye İlişkin Durum

Kronik hastalıkların artışı ile sağlık hizmetleri başvurusu da artışa geçmektedir. **Tablo 1**'de Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 60 yaş üzeri kişilerin hekim başvuruları görülmektedir. Başvuruların çoğunluğu aile hekimine olduğu belirlenmiştir. Diş hekimi başvurularının ise oldukça az olduğu dikkati çekmektedir.[8] Diğer taraftan ağız sağlığı, yaşlı sağlığının ayrılmaz bir parçasıdır. Türkiye Sağlık Araştırması 2022 mikro veri setine dayalı yapılan bir çalışmada, kendi beyanlarına göre, yaşlıların %25.8'i ağız sağlığının kötü olduğunu bildirdikleri belirtilirken, %75.2'si son bir yılda diş bakımı almadığını vurgulanmıştır. Ağız sağlığı ile yaş, çoklu morbidite, cinsiyet, dil, eğitim, sosyal destek, istihdam, maddi kısıtlamalar ve ulaşım nedeniyle karşılanmamış diş bakımı ihtiyaçları arasında önemli ilişkiler olduğunu ortaya konmuştur.[9]

Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri, yaşlanma sürecinde de önemlidir. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, yaşlılar arasında özellikle 70 yaş altı erkeklerde tütün ve mamullerinin kullanımının yaygın olduğu görülmektedir. Alkol tüketiminin de aynı yaş grubu erkeklerde en fazla olduğu anlaşılmaktadır. Bağımlılık yapıcı madde kullanımı oldukça az da olsa varlığı görülmektedir (**Tablo 2**).[8] Yaşlı bireylerin bağımlılık yapıcı maddeleri kötüye kullanma ola-

Tablo 1. Son bir ayda 60 yaş üzeri kişilerin hekime başvuru yüzdesi

Yaş grubu	Diş hekimi	Aile hekimi	Uzman hekim
60-69	8.7	65.8	62.2
70+	4.6	80.9	76.9

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2025 (STEPS). Gökler ME, Bağcı HH, Keklik K, Ergüder T, Üçüncü İ, editörler. Ankara; 2025.

sılıkları genç bireylere göre daha düşük olsa da yaşlılar bu tür maddelere maruz kalmaları hâlinde bağımlılık gelişimine karşı savunmasız olabilmektedirler. Yaşlılık döneminde bağımlılığa karşı artan risk; artan kırılganlık, metabolizmadaki değişiklikler, artan morbidite ve bağımlılık geliştirme potansiyeli olan psikoaktif ilaçların artan kullanımı dâhil olmak üzere yaşlanma ile ilişkili çeşitli faktörlerin sonucudur. Yaşlı bireylerin, kullanmış oldukları ilaçlarını almayı unutarak, tekrarlarla alarak veya yanlış miktarda kullanarak psikoaktif maddeleri kötüye kullanma ve bağımlılık geliştirme potansiyeli daha yüksektir.[10]

Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmada önemli olan fiziksel aktivite ve meyve/sebze tüketimine ilişkin yaşlıların durumu **Tablo 2**'de izlenmektedir. Buna göre günde ortalama beş porsiyondan daha az meyve ve/veya sebze tüketenlerin yüzdesi özellikle 70 yaş üzerinde en yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Fiziksel aktivite açısından en sedanter olanların 70 yaş üzeri kadınlar olduğu anlaşılmaktadır (**Tablo 2**).[8] Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023 sonuçlarına göre, yaşlıların egzersiz veya spor yapma sıklıklarına ilişkin durumları Grafik 5'te görülmektedir. Her gün egzersiz veya spor yapanlar, erkeklerin ¼'ü iken kadınlarda ancak %10 civarı olduğu anlaşılmaktadır.[7] Başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere tüm bulaşıcı olmayan hastalıklar için meyve/sebze tüketiminin az olması ve fiziksel inaktivite, yaşlılar için de çok önemli risklerdir.

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması için katılımcıların fiziksel ölçümleri (boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel ve kalça çevresi) gerçekleştirilerek beden kütle indeksleri hesaplanmıştır. Buna göre, yaşlı kadınlarda obezitenin erkeklerden daha sık bir durum olduğu görülmektedir. Hem 60-69 yaş grubu ve hem de 70 yaş üzerinde, yaşlı kadınların yarıdan fazlasının obez olduğu anlaşılmaktadır (Grafik 6).[8] Bulaşıcı olmayan hastalıklar açısından önemli bir risk faktörü olan obezitenin yaşlı kadınlar arasında yaygın bir problem olduğu anlaşılmaktadır. Obezite çok faktörlü, özellikle sosyoekonomik olumsuzlukların daha fazla etkisinin olduğu bir sorundur. **Tablo 2**'de görüldüğü gibi yaşlı kadınların önemli bir kısmı aynı zamanda sedanterdir. Buna multimorbidite de eklenince obezite riski artmaktadır. Ege Üçüncü Yaş Üniversitesi'ne devam eden görece oldukça eğitimli yaşlılarda yapılan çalışmada obezite sıklığı %30.0 olarak bildirilmiş ve kronik hastalık ve kullanılan ilaçlar ile ilişkisi vurgulanmıştır.[11]

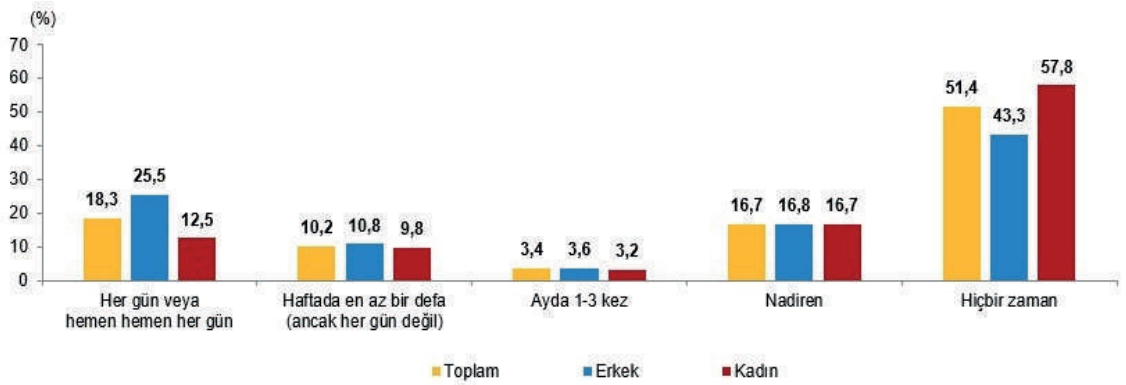
Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması'nda katılımcıların kan basıncı ölçülmüş ve 140/90 kesme noktasına göre 60 yaş üzeri kişilerin sonuçları değerlendirilmiştir (**Tablo 3**). Yetmiş yaş üzeri kadınlarda hipertansiyon sıklığının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Katı-

Tablo 2. Cinsiyete göre 60+ yaştaki kişilerin bulaşıcı olmayan hastalıklar açısından risk faktörlerinin sıklığı (%)

	Erkek		Kadın		Toplam	
	60-69	70+	60-69	70+	60-69	70+
Tütün ve Mamulleri kullanımı*	37.1	17.7	16.5	9.1	26.5	12.7
Alkol tüketimi**	12.1	5.5	1.3	0	6.5	2.3
Madde kullanımı***	0.1	0.9	0.7	0.8	0.4	0.8
Meyve ve Sebze Tüketimi[a]	85,6	88,3	87,3	89,8	86,5	89,2
Fiziksel aktivite						
Düşük	40.6	49.8	59.9	75.0	50.5	64.4
Orta	33.5	33.4	25.8	17.2	29.5	24.0
Yüksek	25.9	16.9	14.3	7.8	20,0	11,6

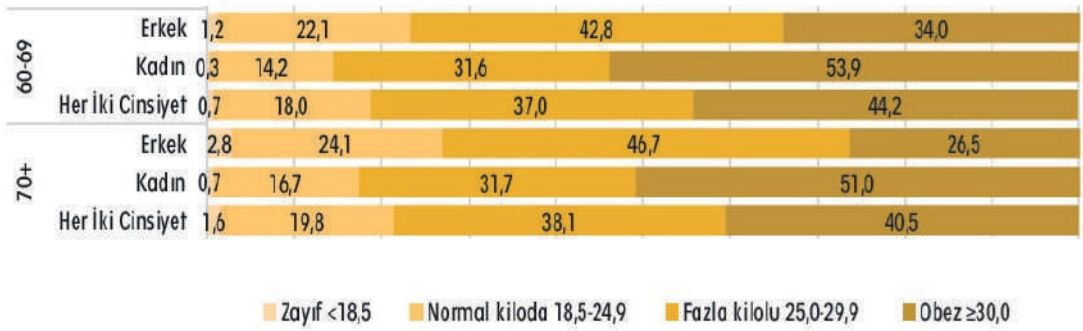
*Halen kullanan, ** halen içiyor (son 30 gün), *** alkol ve sigara dışında bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde, [a]günde ortalama beş porsiyondan daha az meyve ve/veya sebze tüketenlerin yüzdesi

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2025 (STEPS). Gökler ME, Bağcı HH, Keklik K, Ergüder T, Üçüncü İ, editörler. Ankara; 2025.



Grafik 5. Cinsiyete ve sıklığa göre 65+ yaştaki kişilerin fiziksel aktivite, egzersiz veya spor yapma durumları, 2023

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023 [Internet]. 2024. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profili-Arastirmasi-2023-53809



Grafik 6. Cinsiyete göre 60+ yaştaki kişilerin beden kütle indekslerinin dağılımı

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2025 (STEPS). Gökler ME, Bağcı HH, Keklik K, Ergüder T, Üçüncü İ, editörler. Ankara; 2025.

lımcıların kan örneği analizlerine göre açlık kan şekeri ve total kolesterol sonuçları da **Tablo 3**'te görülmektedir. Hem bozulmuş kan glukozu ve hem de hiperlipideminin 70 yaş üzeri kadınlarda daha yüksek sıklıkta olduğu anlaşılmaktadır.[8]

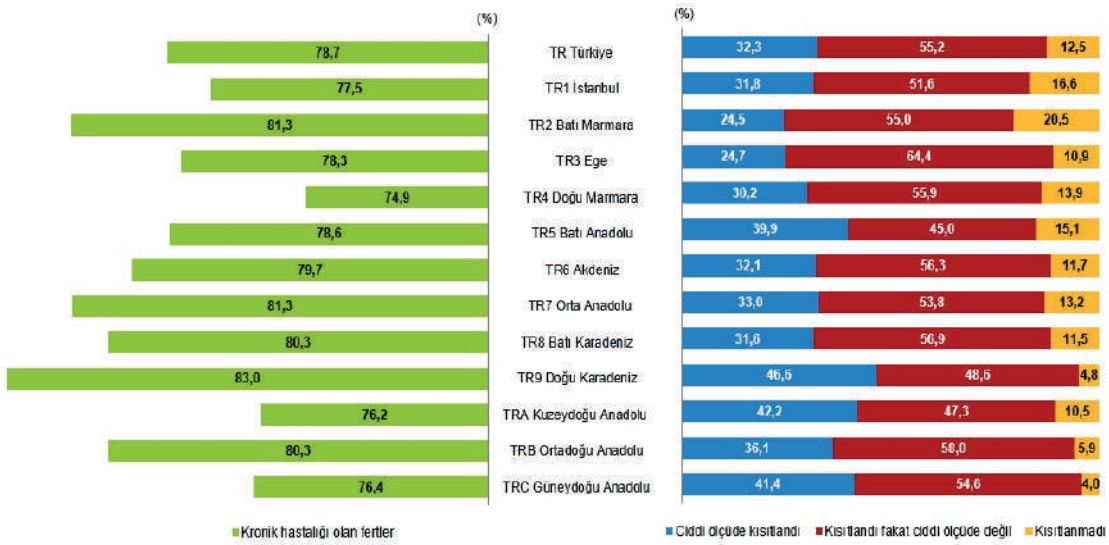
Türkiye 2023 yılı Hanehalkı Sağlık Araştırması'nda, *10 yıllık kalp damar hastalığı riski*; yaş, cinsiyet, kan basıncı, sigara içme durumu, total kolesterol ve diyabet göz önüne alınarak tanımlanmıştır. Kalp damar hastalığı riski, 10 yıllık %30 ve üzeri olanlar hesaplanmıştır. Buna göre 55-69 yaş grubunun %19.9'unun kalp damar hastalığı riski yüzde otuzu aşmaktadır. Bu durumda yüksek riske sahip yaşlı bireyler, erkeklerin % 23.9'u ve kadınların %16.0'ı olduğu bildirilmiştir. Kardiyovasküler hastalıklarla mücadelede, bu şekilde tüm

Tablo 3. Cinsiyete göre 60+ yaştaki kişilerin kan basıncı, açlık kan şekeri ve total kolesterol yüksek olma durumları (%)

	Erkek		Kadın		Toplam	
	60-69	70+	60-69	70+	60-69	70+
Kan basıncı yüksek olanlar*	58.3	71.4	65.8	80.9	62.2	76.9
Bozulmuş açlık kan glukozu	7.7	9.5.	8.3	10.4	8.0	10.0
Total kolesterol yüksekliği tanısı olan**	20.5	26.3	28.2	31.1	24.5	29.1

*140/90 üzeri olanlar, **prevalans (eski ve yeni tanı konmuş tüm olgular)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2025 (STEPS). Gökler ME, Bağcı HH, Keklik K, Ergüder T, Üçüncü İ, editörler. Ankara; 2025.



Grafik 7. Kronik hastalığı olan 65+ kişilerin yüzdesi ve günlük faaliyetlerinin kısıtlanma düzeyi, 2023

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023 [Internet]. 2024. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profili-Arastirmasi-2023-53809

Tablo 4. Cinsiyete göre 60+ yaştaki kişilerin daha önce hekim tarafından akciğer sağlık sorunları tanısı alanların yüzdesi

	Erkek		Kadın		Toplam	
	60-69	70+	60-69	70+	60-69	70+
Astım (Alerjik Astım Dâhil)	9.6	10.2	19.0	16.6	14.4	13.9
KOAH*	9.2	13.5	10.3	10.0	9.7	11.5

*Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (Amfizem, Kronik Bronşit)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2025 (STEPS). Gökler ME, Bağcı HH, Keklik K, Ergüder T, Üçüncü İ, editörler. Ankara; 2025

risklerin birlikte ele alınarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.[12]

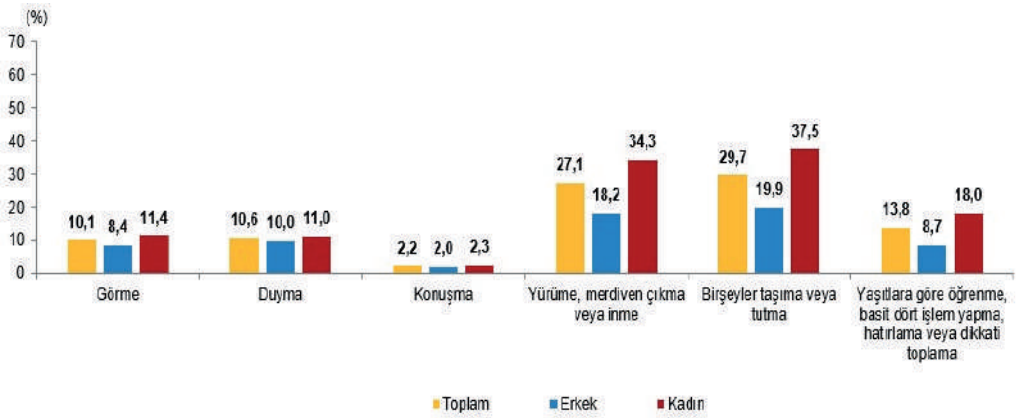
TÜİK yaşlı profili raporuna göre, hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı, kanser, böbrek yetmezliği, inme, hepatit, astım vb. kronik hastalığı olan 65 ve daha yukarı yaştaki kişilerin sıklığı %78.7 olarak belirlenmiştir (**Grafik 7**). En sık kronik hastalığa sahip 65 ve daha yukarı yaştaki kişilerin yaşadığı bölgenin %83.0 ile doğu Karadeniz bölgesi olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olan kişilerin yüzdesinin en az olduğu bölge %74.9 ile doğu Marmara bölgesidir.[7]

Tablo 4'te Türkiye 2023 yılı Hane Halkı Sağlık Araştırması raporuna göre, yaşlılarda daha önce hekim tarafından tanı konduğu bildirilen astım ve KOAH dağılımları görülmektedir. Astım kadınlarda, KOAH ise erkeklerde daha fazla sıklıkta olduğu anlaşılmaktadır.[8]

Çoklu morbidite durumunda, mortaliteyi azaltmada ve semptomları hafifletmede *polifarmasi*nin yararlı etkisine rağmen, farklı ilaç tiplerinin karmaşıklığı, ilaç-ilaç etkileşimi riski, ilaç-hastalık etkileşimi ve reçete sayısıyla birlikte artan ilaç hatası riski, beklenen faydalarını ortadan kaldırabileceği vurgulanmaktadır.[13] Bir üniversite hastanesinin geriatri polikliniğine başvuran yaşlı bireylerin %27'sinde polifarmasi saptanmıştır.[14] Bir aile sağlığı merkezine başvuran yaşlılarda polifarmasi prevalansı, %24,1 olarak bildirilmiştir.[15]

Kronik hastalığı olan 65 ve daha yukarı yaştaki kişiler içinde kronik hastalığının günlük faaliyetlerini; ciddi ölçüde kısıtladığını belirtenler %32.3, olarak bildirilmiştir (**Grafik 7**). Ayrıca ülkemizde yaşlıların yaşadıkları bölgelere göre bu durumun dağılımının farklılık gösterdiği izlenmektedir.[7] En fazla kısıtlanma olduğunu bildirenler güneydoğu Anadolu ve doğu Karadeniz bölgesinde yaşayanlar olduğu görülmektedir.

Grafik 8'de görüldüğü gibi, işlevsel zorluk çeken (çok zorlanan ya da hiç yapamayan) 65 ve daha yukarı yaştaki kişiler incelendiğinde, görmede zorluk çeken kişilerin %10.1, duymada zorluk çekenlerin %10.6, konuşmada zorluk çekenlerin ise %2.2 olduğu belirlenmiştir. Yürüme, merdiven çıkma veya inmede zorluk çekenlerin %27.1, bir şeyler taşıma veya tutmada zorluk çe-



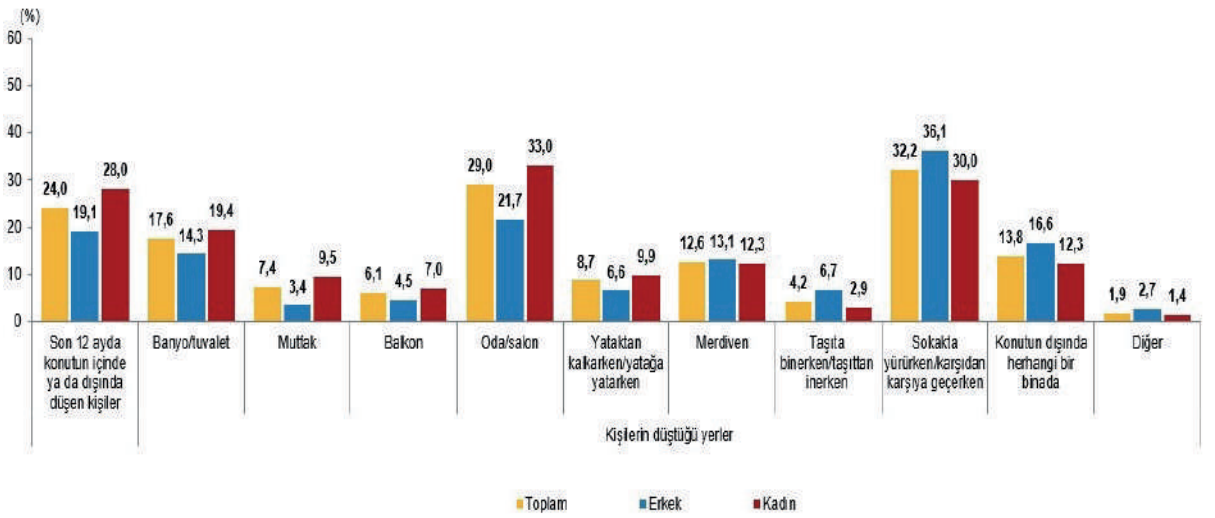
Grafik 8. Cinsiyet ve işlev alanına göre işlevsel zorluk yaşayan yaşlıların yüzdesi, 2023

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar, 2024 [Internet]. 2025 [a.yer 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2024-54079

kenlerin oranı %29.7, yaşıtlarına göre öğrenme, basit dört işlem yapma, hatırlama veya dikkatini toplamada zorluk çekenlerin oranı ise %13.8 olarak saptanmıştır.[16]

Düşmeler yaşlılarda önemli bir sorun olarak görülmektedir. Konutun içinde ya da dışında düşen 65 ve daha yukarı yaştaki kişilerin %32.2 ile en fazla sokakta yürürken ya da karşıdan karşıya geçerken düştüğü belirlenmiştir (**Grafik 9**).[7] Bu durum bireyin yaşı ilerledikçe artmaktadır. Düşmeler yaralanmanın yanında, fiziksel fonksiyonlar ve yaşam kalitesinde ciddi bozulmalara da neden olmaktadır. Fonksiyon kaybı hem kırıkla ilişkili engelliliğe hem de düşme sonrası anksiyete nedeni ile kişisel fonksiyonlarda daha fazla kısıtlamalara yol açar.[17] Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması'na göre kaza geçiren 60 yaş üzeri kişilerin büyük çoğunluğunun ayaktan tedavi ile sonuç aldığı görülmekte, diğer taraftan yatarak tedavi görmesi gerekenler 70 yaş üzeri kişilerde daha yüksek sıklıkta olduğu anlaşılmaktadır (**Grafik 10**).[8]

Evde bakım hizmetleri, sağlık düzeyini geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için hastalara ev ortamında sağlık hizmeti sunulması olarak tanımlanmaktadır. Evde bakım hizmetlerinde amaç, ev ziyaretleri ile hastaya ve aileye destek olmak ve kontrol etmektir[18]. Evde bakım desteğine ihtiyacı olan 65 ve daha yukarı yaştaki kişiler %16.4 olarak belirlenmiştir, yaş arttıkça gereksinimin artış gösterdiği, 75 ve daha yukarı yaştaki kişiler için %26.9 olduğu anlaşılmaktadır. Evde bakım deste-



Grafik 9. Cinsiyete göre son 12 ay içinde düşen 65+ yaştaki kişilerin sıklığı, 2023

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023 [Internet]. 2024. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profili-Arastirmasi-2023-53809



Grafik 10. Son 12 ayda kaza sonucu 60 yaş üzeri yaralanan kişilerin ayakta veya yatarak tedavi alma durumlarının dağılımı

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2025 (STEPS). Gökler ME, Bağcı HH, Keklik K, Ergüder T, Üçüncü İ, editörler. Ankara; 2025

ğine ihtiyaç duyan 65 ve daha yukarı yaştaki erkekler %12.3 iken kadınlarda bu yüzde 19.6 olduğu görülmektedir (**Grafik 11**).[7]

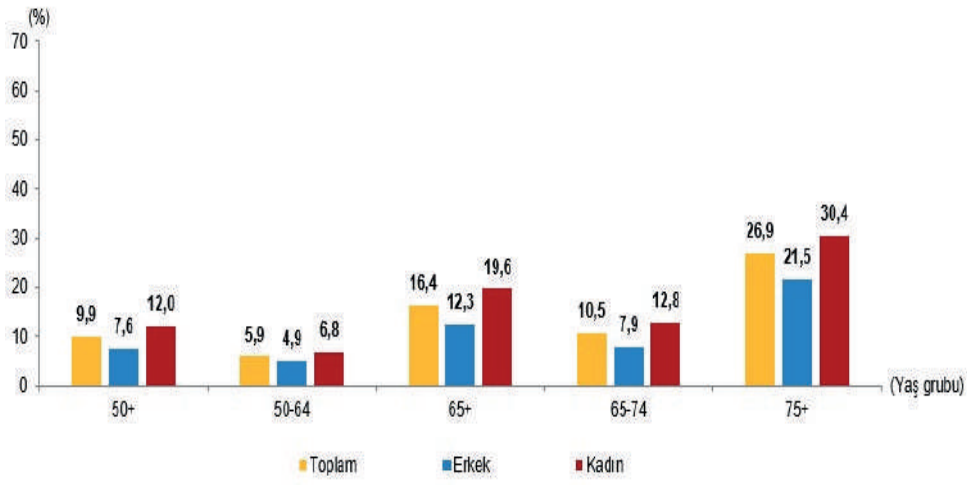
3. Türkiye'de Yaşlı Toplumda Mortaliteye İlişkin Durum

TÜİK ölüm ve ölüm nedeni istatistiklerine göre, 2023 yılında ölen yaşlıların %40.0'ı dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Pek çok ülkede 1. sırada ölüm nedeni olan kardiyovasküler disfonksiyonda, yaş, önemli bir belirleyici olduğu ve çok sayıda risk faktörüyle karmaşık etkileşimi, kardiyovasküler homeostaz ve metabolik bozukluklar üzerinde daha fazla etkiye sahip olabileceği bildirilmektedir.[19] İkinci sırada %16.4 ile solunum sistemi hastalıkları, üçüncü sırada %13.9 ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler takip etmiştir. Ölüm nedenleri cinsiyete göre incelendiğinde, cinsiyetler arası en büyük farkın iyi huylu ve kötü huylu tümörlerde olduğu görülmüştür. İyi huylu ve kötü huylu tümörler nedeniyle hayatını kaybeden yaşlı erkeklerin oranı %17.9 iken yaşlı kadınların oranı %9.8 olmuştur (**Grafik 12**).[16]

Alzheimer hastalığından ölen yaşlılar, 2023 yılında %3.2 olmuştur. Alzheimer hastalığından ölen yaşlı erkekler %2.3 iken yaşlı kadınlar %4.1 olarak bildirilmiştir.[16]

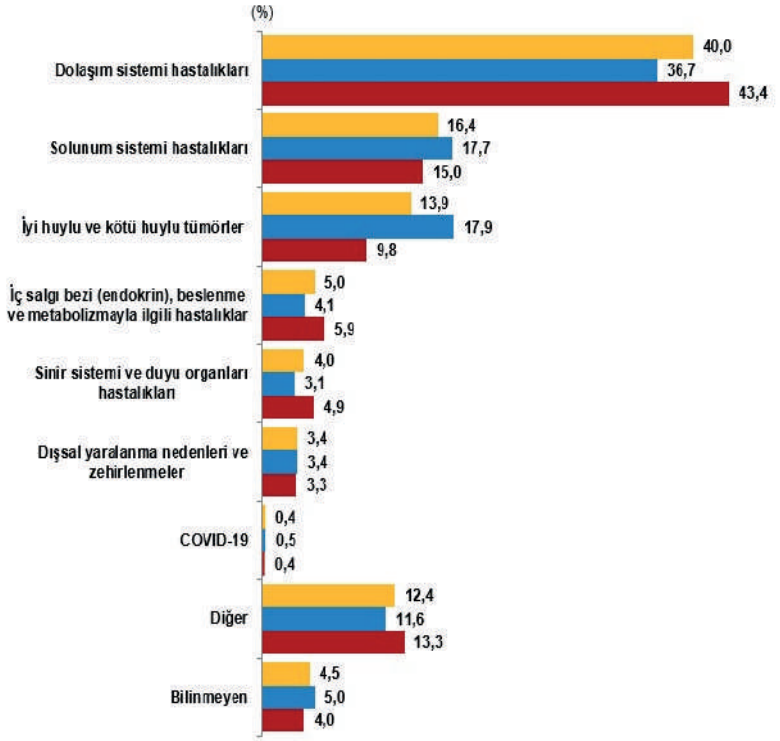
Yıllara göre 65+ yaşlılarda ölüm nedenleri incelendiğinde, 2020 yılında dolaşım ve solunum sistemi ölümlerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum aynı dönemde yaşanan COVID-19 pandemisine bağlı olabilir. Bu ikisi dışındaki ölüm nedenlerinde yıllar içinde artış vardır. Özellikle dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmelerde 2 kat artış dikkat çekicidir (**Tablo 5**).[16]

İntihar, bireyin kendini kasıtlı bir şekilde öldürmesi olarak tanımlanır ve nedenleri psikolojik, sosyal, biyolojik, dinsel, ekonomik olmak üzere çok boyutlu olduğu vurgulanmaktadır[21]. **Tablo 6**'da yaşlı bireylerde intiharlara ilişkin yaş grupları ve cinsiyete göre sıklık görülmektedir. Erkeklerde kadınlardan daha sık olan



Grafik 11. Yaş grubu ve cinsiyete göre evde bakım desteğine ihtiyacı olan kişilerin yüzdesi, 2023

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023 [Internet]. 2024 [a.yer 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profili-Arastirmasi-2023-53809



Grafik 12. Ölüm nedeni ve cinsiyete göre ölen 65+ kişilerin yüzdesi, 2023

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu. [Internet]. 2025 [a.yer 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2024-54079

Tablo 5. Seçilmiş ölüm nedeni ve cinsiyete göre ölen 65 + kişilerin sayısı ve yüzdesi, 2020-2023

Ölüm nedeni	Cinsiyet	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	2023 (%)
Dolaşım sistemi hastalıkları	Toplam	40.3	37.7	39.4	40.0
	Erkek	36.7	34.3	36.1	36.7
	Kadın	44.3	41.2	42.9	43.4
Solunum sistemi hastalıkları	Toplam	17.7	15.0	15.6	16.4
	Erkek	19.2	16.1	16.8	17.7
	Kadın	16.2	13.9	14.3	15.0
İyi huylu ve kötü huylu tümörler	Toplam	13.1	12.0	12.7	13.9
	Erkek	16.6	15.4	16.4	17.9
	Kadın	9.4	8.5	9.0	9.8
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	Toplam	4.6	3.7	4.0	4.0
	Erkek	3.6	3.0	3.1	3.1
	Kadın	5.6	4.5	4.8	4.9
İç salgı bezi (endokrin), beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar	Toplam	5.0	4.6	5.0	5.0
	Erkek	4.1	3.8	4.1	4.1
	Kadın	6.0	5.6	5.9	5.9
Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler	Toplam	1.4	1.3	1.5	3.4
	Erkek	1.5	1.5	1.8	3.4
	Kadın	1.2	1.1	1.3	3.3

Tablo 5. devam

Ölüm nedeni	Cinsiyet	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	2023 (%)
COVID -19	Toplam	4.2	11.1	5.0	0.4
	Erkek	4.9	11.5	5.5	0.5
	Kadın	3.4	10.6	4.5	0.4
Diğer	Toplam	10.6	10.6	11.9	12.4
	Erkek	10.0	10.1	11.1	11.6
	Kadın	11.2	11.2	12.7	13.3
Bilinmeyen	Toplam	3.1	4.0	4.9	4.5
	Erkek	3.5	4.4	5.3	5.0
	Kadın	2.7	3.5	4.5	4.0

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar, 2024 [Internet]. 2025 [a.yer 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2024-54079

Tablo 6. Yaş grubu ve cinsiyete göre 60+ kişilerin intihar sıklıkları, 2020-2024

Yıl	Cinsiyet	İntihar (yüzbinde)			
		60-64	65-69	70-74	75+
2024	Toplam	4.57	4.35	4.39	4.88
	Erkek	7.60	6.96	6.63	9.53
	Kadın	1.66	1.93	2.48	1.80
2023	Toplam	4.31	4.02	4.82	5.73
	Erkek	6.50	6.56	8.53	10.31
	Kadın	2.19	1.67	1.68	2.71
2022	Toplam	4.77	4.67	5.14	5.95
	Erkek	8.07	7.45	8.54	11.28
	Kadın	1.58	2.12	2.31	2.42
2021	Toplam	5.65	6.04	4.78	6.76
	Erkek	8.75	10.11	8.75	12.60
	Kadın	2.63	2.32	1.52	2.87
2020	Toplam	6.17	5.09	5.88	7.87
	Erkek	9.49	7.92	9.85	14.37
	Kadın	2.94	2.50	2.63	3.52

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2024 [Internet]. 2025 [a.yer 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2024-54195

bir durum olduğu dikkat çekicidir. Yıllara göre bakıldığında 2020 yılından sonraki yıllarda intihar yüzdelerinde azalma olmuştur.[20]

Tablo 7'de 2020'den bu yana 60 yaş üzeri kişilerde yaş grupları ve cinsiyete göre ölüm hızları görülmektedir. Son 2 yılda özellikle 75+ grupta ölüm hızlarının azalmış olduğu görülmektedir. Tüm yaş gruplarında erkeklerde ölüm hızları kadınlardan yüksektir. Yaşanan COVID-19 pandemisi sürecinde, 2020 ve 2021 yıllarında yaşlı bireyler hastalıktan daha fazla etkilendiği için ölüm hızları bu yıllarda daha yüksek saptanmıştır.[20]

Bulaşıcı olmayan hastalıklar, zamanla ilerleyici bir şekilde gelişen ve sağlık hizmetlerine olan talep üzerinde giderek artan etkilere sahip kronik hastalıklardır. Bu nedenle, yaşlılardaki ölümlerin çoğundan sorumludurlar. Kardiyovasküler hastalıklar (hipertansiyon, kalp hastalıkları ve felç gibi), kanser, kronik solunum yolu hastalıkları (KOAH ve astım gibi) ve diyabet en başta gelenlerdir. Sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivite eksikliği, yüksek tansiyon ve kan şekeri, yüksek kan lipitleri ve obezite bu hastalıkların ortaya çıkışındaki risk faktörleridir. Yaşlı bireylere yönelik birincil koruyucu

Tablo 7. Cinsiyete göre 60+ kişilerin yaşa özel ölüm hızları, 2020-2024

Yıl	Cinsiyet	Ölüm hızları binde			
		60- 64	65-69	70-74	75+
2024	Toplam	9.2	15.2	25.1	76.3
	Erkek	12.6	20.6	33.2	86.0
	Kadın	6.0	10.3	18.1	69.9
2023	Toplam	9.9	16.1	25.8	79.7
	Erkek	13.3	21.8	33.7	89.3
	Kadın	6.6	10.8	19.1	73.4
2022	Toplam	9.7	16.0	26.9	89.4
	Erkek	13.3	21.8	35.7	102.2
	Kadın	6.2	10.8	19.5	80.9
2021	Toplam	12.0	19.6	31.8	97.9
	Erkek	16.3	26.1	41.5	112.3
	Kadın	7.9	13.7	23.8	88.2
2020	Toplam	11.4	18.0	30.5	90.2
	Erkek	15.8	24.7	41.3	106.3
	Kadın	7.1	11.8	21.7	79.5

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2024 [Internet]. 2025 [a.yer 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2024-54195

hizmetlerin güçlendirilmesi, yaşlıların sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite konusunda sadece sağlık personeli tarafından değil sosyal açıdan da desteklenmesi gerekir. Ayrıca yaşlıların sağlık sorunlarının ilerlememesi için kan şekeri, yüksek kan basıncı gibi problemlerin ikincil koruyucu hizmetler ile erken tanısı ve kontrolü de önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Manole F, Marian P, Mekeres GM, Voiţă-Mekereş F. Systematic review of the effect of aging on health costs. archivepp.comF Manole, P Marian, GM Mekeres, F Voiţă-MekereşArchives of Pharmacy Practice, 2023•archivepp.com [Internet]. 2023 [a.yer 20 Ağustos 2025]; Erişim adresi: https://archivepp.com/article/systematic-review-of-the-effect-of-aging-on-health-costs-y0mcu1888xzb28e
2. Türkiye İstatistik Kurumu. Hayat Tabloları, 2022-2024 [Internet]. 2025 [a.yer 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Life-Tables-2022-2024-54081
3. Türkiye İstatistik Kurumu. Aktif Yaşlanma Endeksi, 2024 [Internet]. 2025 [a.yer 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Aktif-Yaslanma-Endeksi-2024-57937
4. T.C. CUMHURBAŞKANLIĞI STRATEJİ VE BÜTÇE BAŞKANLIĞI ON İKİNCİ KALKINMA PLANI. Aktif Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu. 2023.
5. Ergin I, Mandiracioglu A. Demographic and socioeconomic inequalities for self-rated health and happiness in elderly: The situation for Turkey regarding World Values Survey between 1990 and 2013. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 01 Eylül 2015 [a.yer 20 Ağustos 2025];61(2):224-30. Erişim adresi: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26153553/
6. Niedhammer I, Kerrad S, Schütte S, Chastang JF, Kelleher CC. Material, psychosocial and behavioural factors associated with self-reported health in the Republic of Ireland: Cross-sectional results from the SLÁN survey. BMJ Open [Internet]. 2013 [a.yer 20 Ağustos 2025];3(5). Erişim adresi: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23793687/
7. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023 [Internet]. 2024 [a.yer 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profili-Arastirmasi-2023-53809
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2025 (STEPS). Gökler ME, Bağcı HH, Keklik K, Ergüder T, Üçüncü İ, editörler. Ankara; 2025.
9. Sevik I, Davas A. Understanding poor oral health among older adults in Türkiye: socioeconomic and healthcare access challenges. BMC Oral Health [Internet]. 01 Aralık 2025 [a.yer 20 Ağustos 2025];25(1). Erişim adresi: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40251587/
10. Kutlu Ö. Geriatrik Popülasyonda Yaygınlığı Artan Bir Sorun: Bağımlılık. Içinde: Yaşlı Hastalıkları. Nobel Akademik Yayıncılık; 2023. s. 51-66.
11. İmançer ED, Şimşek H, Şahin S, Baybaş BK. EGE ÜÇÜNCÜ YAŞ ÜNİVERSİTESİNDEKİ 60 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE OBEZİTE VARLIĞI, BEDEN AĞIRLIĞI ALGISI VE İLİŞKİLİ ETMENLER. Dokuz

Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi [Internet]. 27 Aralık 2024 [a.yer 20 Ağustos 2025];38(3):225-36. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/deutip/issue/89052/1490507

12. Kaminsky LA, German C, Imboden M, Ozemek C, Peterman JE, Brubaker PH. The importance of healthy lifestyle behaviors in the prevention of cardiovascular disease. Prog Cardiovasc Dis [Internet]. 01 Ocak 2022 [a.yer 20 Ağustos 2025];70:8-15. Erişim adresi: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003306202100133X
13. Dovjak P. Polypharmacy in elderly people. Wiener Medizinische Wochenschrift [Internet]. 01 Nisan 2022 [a.yer 20 Ağustos 2025];172(5-6):109-13. Erişim adresi: https://link.springer.com/article/10.1007/s10354-021-00903-0
14. Deniz E, Duman İ. Yaşlı Bireylerde E-Sağlık Okuryazarlığı ve Polifarmasi Arasındaki İlişki. Geriatrik Bilimler Dergisi [Internet]. 31 Aralık 2024 [a.yer 20 Ağustos 2025];7(3):195-205. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/pub/geriatrik/issue/86863/1537080
15. KORKMAZ EA, YALÇIN GÜRSOY M. Polypharmacy Prevalence in Rural-Living Older Adults: A Cross-Sectional Study. Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences. 2023;8(2):300-7.
16. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar, 2024 [Internet]. 2025 [a.yer 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2024-54079
17. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü. Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar ve Kısa-Orta Vadeli Çözümler. Karan MA, Satman İ, editörler. İstanbul; 2021.
18. Akın H, Şahinoğlu S. Türkiye'de Yaşlılara Verilen Evde Bakım Hizmetlerine Yönelik Etik Bir Değerlendirme. Dergisi. 27 Haziran 2025;12(2):127-36.
19. Zhou M, Zhao G, Zeng Y, Zhu J, Cheng F, Liang W. Aging and Cardiovascular Disease: Current Status and Challenges. Rev Cardiovasc Med [Internet]. 2022 [a.yer 20 Ağustos 2025];23(4):135. Erişim adresi: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11274005/
20. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2024 [Internet]. 2025 [a.yer 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2024-54195
21. Baskak İ, Aslantürk H. TÜRKİYE'DE 2002-2018 YILLARI ARASINDAKİ YAŞLI İNTİHARLARININ İNCELENMESİ. dergipark.org.trİ Baskak, H AslantürkSosyal Politika ve Sosyal Hizmet Çalışmaları Dergisi, 2022•dergipark.org.tr [Internet]. 30 Haziran 2022 [a.yer 20 Ağustos 2025];3(1):114-28. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/pub/spshcd/issue/71000/1110727

Yaşlılara Sunulan Sağlık Hizmetleri ve Sosyal Hizmetler

Reyhan Uçku

Türkiye'de son beş yıl içinde (2020-2024) yaşlı nüfus sayısı %15 artarak 7.953.555'ten 9.112.298'e ulaşmıştır. Tüm nüfus içindeki oranı da artmış, %10,6 oranıyla çok yaşlı toplum sınırını aşmıştır.[1] Nüfusu giderek yaşlanan ve yaşlanmaya devam edecek olan ülkemizde yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmetler iki farklı bakanlık tarafından sürdürülmeye devam etmektedir. Yaşlı sağlığı açısından son derece önemli olan sağlık ve sosyal hizmetlerin entegrasyonun planlandığı değişik politika belgelerinde gözlenmektedir. Sağlık Bakanlığı (SB) Stratejik Planı (2024-2028) ve Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı (2021-2026) yanı sıra Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı (2024) ve 12.Kalkınma Planı (2024-2028) gibi üst politika belgelerinde sağlık ve sosyal hizmetlerin bir araya getirileceği ve kurumlar arası koordinasyonun sağlanacağı yeni bir modelden söz edilmektedir.[2]

1. Yaşlılara Sunulan Sağlık Hizmetleri

Yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri genel sağlık hizmetleri içinde birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık kurumları yanı sıra evde de yürütülmektedir.

1.1. Kurumsal Sağlık Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı (SB) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 verilerine göre, ülke genelince 28.054 Aile Hekimliği Biriminde (AHB) birinci basamak sağlık hizmetleri tüm yaş gruplarına olduğu gibi yaşlılara da sunulmaktadır.[3] AHB'de yaşlıların bütüncül bir yaklaşımla düzenli olarak izlenmesi kısa süre önce başlamıştır. Yaşlı bireylerin AHB'de çok yönlü değerlendirilmesi ve izlemi için kılavuz hazırlanıp eğitimler yapılmış ve bu amaçla geliştirilen Hastalık Yönetim Platformu (HYP) 2021 yılından itibaren aile hekimlerinin kullanımına açılmıştır. Aile hekimlerinin (AH) ve/veya aile sağlığı çalışanlarının (ASÇ) 65 ve yaş üstü yaşlı bireyleri yılda en az bir kez değerlendirmesi beklenmektedir. Bu değerlendirmeler yaşlının durumuna göre kurumda ya da evde yapılmaktadır. Yaşlıların genel sağlık durumu, bağımlılık durumu, mental durumu rehberde belirlenen standartlara göre yapılmakta; risk durumuna göre izlem sıklıkları da artmaktadır.[4] Kılavuza dayalı eğitim modülleri 2024 sonunda revize edilmiş ve revize edilen modül eğitim programları çevrimiçi olarak düzenlenmiştir.[5] Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının çok yönlü yaşlı sağlığı değerlendirmesi tarama ve takibinde asgari ve azami başarı oranları da belirlenmiştir; buna göre AH için yaşlı takip asgari başarı oranı %40 azami ise %90'dır.[6] Birinci basamakta, bu özelliklere göre, yaşlı bireylerin çok yönlü değerlendirilmesi başlamakla birlikte, henüz yeterli düzeyde yapılamamaktadır. Üç yıllık (2022-2024) dönemde, bu yılların ilk üç ayının verileri ile yaşlı izlem oranı ülke genelinde, sırasıyla, %8.5, %6.5, %5.9'dir; bu oranlar oldukça düşüktür.[7] Bu hizmetin tüm yaşlıları kapsayacak şekilde yaygınlaştırılması ve nitelikli bir yaşlı izlemi yapılabilmesi için, sorunların ortaya çıkarılıp çözüm önerilerinin geliştirilmesi gereklidir.

Yaşlı bireyler, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerden başvuru temelli sağlık hizmeti almaktadır. Bu hastanelerin büyük çoğunluğu genel hastanelerdir; dal hastaneleri arasında geriatri hastanesi bulunmamaktadır. Geriatri hastanesi olmamasına karşın Üniversite Hastanesinde Geriatri Bilim Dalları, SB Eğitim Araştırma Hastanelerinde ise Geriatri Poliklinikleri/Birimleri 60/65 yaş ve üzeri bireylere sağlık hizmeti sunmaktadır. Geriatri bilim dalları 1990'lı yıllardan itibaren giderek artan sayıda geriatri yan dal uzmanları yetiştirmektedir.

Kurumsal sağlık hizmetleri içinde değerlendirilebilecek ve yaşlıların da hizmet alabileceği bir uygulama olan palyatif bakım 2015 yılından beri sürdürülmektedir. Bu yataklı hizmetten gereksinimi olan tüm yaş grupları yararlanmaktadır, ancak hizmet alanların içinde yaşlıların oranı oldukça yüksektir. Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler dışında, devlet üniversite hastaneleri, vakıf üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde de palyatif bakım merkezleri bulunmaktadır. Sadece SB'na ait olan palyatif bakım yatak sayısı 6.491'dir; SB beş yıl içinde bu sayıyı yaklaşık %30 artırmayı planlamaktadır. Aynı zamanda palyatif bakımın evde sağlık ve bakım hizmetleri ile entegrasyonunun sağlanması da planlanmaktadır.[8]

1.2. Evde Sağlık Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı tarafından evde sağlık hizmetleri ile ilgili 2010 yılında hazırlanan mevzuat (*Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge),* 2023 yılında *Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik* olarak güncellenmiştir. Her iki mevzuata göre, sunulan hizmetler sadece yaşlılara özel hizmetler değildir. Güncellenen yönetmelikte yaşlılara daha fazla yer verilmiştir. Yönetmelikte evde sağlık hizmeti kapsamına alınacak bireyler tanımlanmış ve yaşlılar '*80 yaş ve üzeri hizmet talep eden tüm yaşlılar'* ile '*kronik hastalığı olan ve günlük yaşam aktiviteleri yönünden tam bağımlı veya ileri derecede bağımlı olan 65 yaş ve üzeri hastalar'* olarak iki ayrı başlıkta ele alınmıştır. Ayrıca yönetmelikte bu iki yaşlı grubu, ömür boyu ya da hizmeti kendi isteği ile sonlandırana kadar *sürekli hizmet alacak* grup içindedir. Güncel yönetmelikte yeni bir birim olarak, 80 yaş ve üzeri yaşlılara yönelik hizmet sunmaya başlayan *'Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri (YAŞAM)'* yer almaktadır. Bu birimler, evde destek ve tedaviden, hastane tıbbi bakım hizmeti koordinasyonu ve hastane nakline kadar pek çok sağlık hizmetini kapsamaktadır.[9] SB, evde sağlık hizmeti sunumunu geliştirilerek devam ettirmeyi, etkinliğini ve kalitesini arttırmayı planlamaktadır.[8]

2. Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler

Ülkemizde yaşlılara sunulan sosyal hizmetler kurumsal bakım ağırlıklıdır; evde bakım hizmeti dar kapsamda sunulmaktadır. Bu hizmetler Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB), Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (EYGM), Yaşlı Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı'nın (YBHDB) sorumluluğunda yürütülmektedir. Bakım gereksinimini olan yaşlıları tespit etmek, bakım altına almak, bakımla ilgili esasları ve standartları tespit etmek, kurumları planlamak ve açmak YBHDB'nin görevleri arasındadır.[10] ASHB yanı sıra Belediyeler, Milli Eğitim Bakanlığı gibi diğer resmi kurumlar ya da dernek, vakıf, azınlıklar ve özel sektör de kurumsal bakım hizmeti sunmaktadır. Bu kurumlar kendi gereksinimini karşılayabilen yaşlılar için Huzurevleri, karşılayamayanlar için Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleridir. Hepsi bir arada değerlendirildiğinde, 2024 Aralık ayı verileriyle, toplamda 460 kurumda 29.914 kişiye bakım verilmektedir. Son beş yıl içinde (2020-2024) kurum sayısı %4, bakım verilen yaşlı sayısı %19 artmıştır. Kurumlara göre değerlendirildiğinde, son beş yılda ASHB'na bağlı kurum sayısında %7, bakılan kişi sayısında %22 artış gözlenmiştir; bu artış özel kurumlarda, sırasıyla, %4 ve %24'tür. Özel kurumlarda bakım alan yaşlıların oranı, 2020'de %43 iken 2024 sonunda %45 olmuştur. Son beş yılda diğer kamu kurumları sayısı (%17) ve bakılan birey sayısı (%21) ise azalmıştır.[11] Güncel verilerle (2025, Temmuz) ASHB bünyesinde 170 kurumda 17.785 yatak sayısı ile hizmet verilmektedir. Bakanlığa bağlı huzurevi/bakımevi olmayan il sayısı ise 17'dir; bu illerin çoğunluğu Doğu ve Güneydoğu Anadolu'dadır. Bu illerin beşinde (Erzurum, Kırıkkale, Urfa, Diyarbakır, Siirt) kurum açılmasının yatırım programlarına alındığı belirtilmektedir.[12]

ASHB huzurevi/bakımevlerine başvuru sayıları giderek artmakta ve kuruma yerleşmek için bekleme süreleri de uzamaktadır. Bu konu ile ilgili veriler rutin olarak yayınlanmamaktadır; ancak zaman zaman bazı milletvekillerinin yazılı soru önergelerine verilen yanıtlardan bu bilgilere erişilebilmektedir. Resmi huzurevlerine 2023 yılında 13.155 kişi başvurmuştur; son beş yılda resmi kurumlara başvuran kişi sayısındaki artışın ise %155.7 olduğu belirtilmektedir.[13] 2023 yılındaki başvuru sayısı, aynı yılda ASHB kurumlarında kalan yaşlı sayısına oldukça yakındır. Böyle bir başvurunun kısa sürede karşılanması olası değildir; dolayısıyla uzun bekleme süreleri kaçınılmaz görünmektedir.

Kurumsal bakım hizmetleri başvuruya dayalı, genel olarak ücretli hizmetlerdir. ASHB kurumlarında gereksinimi olan yaşlılar ücretsiz de kalabilmektedir. Ücret miktarı resmi kurumlar için ASHB tarafından oda özelliğine göre her yıl güncellenirken, özel huzurevlerinin aylık bakım ücretleri ise ilgili valilikler tarafından taban ve tavan ücret olarak belirlenmektedir. En fazla özel huzurevinin bulunduğu İstanbul ve Ankara için 2025 yılı bakım ücretleri şu şekilde belirlenmiştir; İstanbul; taban 15.000 TL+KDV, tavan 78.975 TL+KDV, Ankara; taban 9.835,06 TL+KDV, tavan 59.503,58 TL+KDV.[14,15]

Başka bir kurumsal uygulamada da *Yaşlı Yaşam Evleri ile Gündüzlü Bakım ve Aktif Yaşam Merkezleridir.* Bir proje olarak 2012 yılında başlatılan bir uygulama olan yaşlı yaşam evleri, huzurevlerine bağlı olarak açılan, uygun yaşlıların tek ya da birlikte kalabilecekleri, her türlü hizmeti kuruluş müdürlüğünce karşılanan evlerdir. Son beş yıl içinde sayıları giderek azalmıştır. 2020 yılında 25 evde 90 yaşlıya hizmet sunulurken 2024 sonunda 4 evde 14 yaşlı bu hizmetten yararlanmaktadır.[11] Gündüzlü bakım ve aktif yaşam merkezlerinde ise, gündüzlü bakım hizmeti sunulmaktadır; Aralık 2024 verilerine göre 41 kuruluşta 740 yaşlı gündüzlü bakım hizmetinden aktif olarak yararlanmaktadır.[11] Yaşlı bakımında önemli bir gereksinim olan, yaygın bir gündüzlü bakım hizmeti olduğunu söylemek zordur, oldukça az sayıda yaşlı böyle bir hizmete ulaşabilmektedir. Bakanlık bu sayıyı artırmayı planlamaktadır; bu konuda belediyeler ve sivil toplum kuruluşlarının da yararlanacağı bir rehberi 2023 yılında yayınlamıştır.[16]

Evde bakım açısından değerlendirildiğinde, evde sağlık hizmeti benzeri, ASHB tarafından sunulan bir evde bakım hizmeti olduğu söylenemez. Yerel yönetimler kurum hizmeti yanı sıra yaşlılara yönelik evde bakım hizmeti de sunmaktadır. Ancak bu hizmetlerin nicelik ve niteliği belediyelerin olanaklarına göre değişmektedir. Son beş yıl içinde özel evde bakım merkezleri de artmakla birlikte, ekonomik nedenlerle bu hizmetlere yaygın olarak erişildiği söylenemez.

Sonuç olarak, Türkiye'de yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmetler, şimdiye kadar olduğu gibi, parçalı bir yapıda iki farklı kurum tarafından sağlanmaya devam etmektedir. Hizmet sunumu çok sektörlü yapıda sürdürülmektedir. Sağlık hizmetleri açısından, yaşlının bir risk grubu olarak ele alınıp, düzenli izlendiği bir birinci basamak hizmet sunumu başlamışsa da kapsayıcılığı oldukça düşüktür. AH ve ASÇ'dan oluşan küçük bir ekiple sunulması beklenen, çok kapsamlı hizmetlerin niteliği ile ilgili verilere de gereksinim vardır. Birinci basamak ekibinin genişletilmesi yanı sıra ikinci/üçüncü basamakla entegrasyonu da önemlidir; bu entegrasyon sadece belli koşullarda randevu planlamakla kalmamalıdır. Yaşlılara sunulan kurumsal ağırlıklı sosyal hizmetler, kamusal bir evde bakım ve gündüzlü bakımı kapsayacak şekilde genişletilmeli, kurumsal kapasite gereksinimi olanlara zamanında yanıt verebilecek düzeyde geliştirilmelidir. Sağlık hizmetlerinde olduğu gibi hizmetin niteliği sürekli izlenerek veriler paydaşlarla paylaşılmalıdır. Yaşlı sağlığı açısından, hakkaniyet, eşitlik, özerklik, saygı ve itibar ilkelerini dikkate alarak yaşlıyı merkeze yerleştiren, hak temelli bir yaklaşımla sunulan kamusal sağlık ve sosyal hizmetler öncelenmelidir.

KAYNAKLAR

1. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2024 [Internet]. [a.yer 19 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C4%B0statistiklerle-Ya%C5%9Fl%C4%B1lar-2024-54079&dil=1.
2. Uçku R. Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Sağlık Politikaları ve Hizmetler. Toplum ve Hekim. 2025;40(1):28-33.
3. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 [Internet]. [a.yer 18 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf
4. Sağlık Bakanlığı. Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirmesi ve İzlem Kılavuzu [Internet]. [a.yer 18 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Cok_Yonlu_yasli_Izlem_Kilavuzu2022.pdf
5. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Hastalık Yönetim Platformu "Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirmesi" Eğitimi Gerçekleştirildi [Internet]. [a.yer 18 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-16/hastalik-yonetim-platformu-cok-yonlu-yasli-degerlendirmesi-egitimi-gerceklestirildi.html
6. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Hastalık Yönetim Platformu (HYP) Tarama ve Takip Kılavuzu [Internet]. [a.yer 15 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/HASTALIK_YONETIM_PLATFORMU_HYP_TARAMA_VE_TAKIP_KULAVUZU.pdf
7. Yaslı G, Çetinkol AE. İzmir' de Birinci Basamakta Hastalık Yönetim Platformu Sonuçlarının Değerlendirilmesi, 2022-2024. Içinde: IX Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Sempozyumu: Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı Hizmetleri. Manisa; 2024. s. 63-7.
8. Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2024-2028 [Internet]. [a.yer 18 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://sgb.saglik.gov.tr/TR,60674/stratejik-yonetim.html
9. Resmi Gazete. Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik. 32209 Ankara; Haz 2, 2023.
10. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yaşlı Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı Görevleri [Internet]. [a.yer 14 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.aile.tr/eyhgm/sayfalar/yasli-bakim-hizmetleri-daire-baskanligi-gorevleri-1/
11. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. İstatistik Bülteni 2024 Aralık [Internet]. [a.yer 14 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.aile.tr/sgbd/istatistik-sayfalari/aylik-istatistik-bulteni/
12. TBMM [Internet]. [a.yer 13 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://cdn.tbmm.gov.tr/KKBSPublicFile/D28/Y3/T7/WebOnergeMetni/22bc1a43-45ee-45f8-abb5-797b3a230e2d.pdf
13. TBMM [Internet]. [a.yer 13 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://cdn.tbmm.gov.tr/KKBSPublicFile/D28/Y2/T7/WebOnergeMetni/54509a82-7f7a-4126-8f01-947707b18aae.pdf

14. ASHB, Ankara İl Müdürlüğü. Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezlerinde 2025 Yılı Ücretleri [Internet]. [a. yer 15 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.aile.gov.tr/ankara/duyurular/ozel-huzurevleri-ve-yasli-bakim-merkezlerinde-2025-yili-ucretleri/
15. ASHB, İstanbul İl Müdürlüğü [Internet]. [a.yer 15 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.aile.gov.tr/media/189607/ozel-huzurevleri-2025-yili-ucret-tespiti.pdf
16. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Yaşlı Bireylere Yönelik Gündüzlü Hizmet Merkezi Rehberi [Internet]. [a.yer 16 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://aile.gov.tr/media/131399/yasli_bireylere_yonelik_gunduz-hizmet_merkezi_rehberi.pdf

Yaşlanma ve Çalışma Yaşamı

Mehmet Ertan Güner, Çiğdem Çağlayan

1. Giriş

Geçtiğimiz yüzyılda yaşam koşullarında ve tıbbi imkanlarda yaşanan gelişmelerin de etkisiyle, dünya genelinde insanların beklenen yaşam sürelerinde artış meydana gelmiştir. Buna bağlı olarak dünyadaki tüm ülkeler, nüfuslarında yaşlı bireylerin hem sayısında hem de oranında artış yaşamaktadır. 2030 yılına gelindiğinde, dünya nüfusunun her altı kişisinden biri 60 yaş ve üzerinde olacaktır. Nüfusun yaşlanması durumu, yüksek gelirli ülkelerde başlamış olsa da (örneğin Japonya'da nüfusun %30'u halihazırda 60 yaşın üzerindedir), şu anda en büyük değişimi yaşayanlar düşük ve orta gelirli ülkelerdir. 2050 yılına kadar, 60 yaşın üzerindeki dünya nüfusunun üçte ikisi düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşıyor olacak.[1] Türkiye'de de benzer bir demografik dönüşüm yaşanmaktadır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2019 yılında %9,1 iken, 2024 yılında %10,6'ya yükselmiştir. TÜİK nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus orantısının 2030 yılında %13,5, 2040 yılında %17,9 olacağı öngörülmektedir.[2]

Dünya genelinde yaşlılık, terim olarak yalnızca biyolojik bir durum değil, aynı zamanda sosyal ve ekonomik yönleri olan bir fenomen olarak ele alınmaktadır. Yaşlanma ve çalışma hayatı arasındaki ilişki, birçok boyutu olan karmaşık bir konudur. Öncelikle yaşlılığın biyolojik, sosyal ve çalışma hayatı yönünden tanımının yapılması, konuyla ilgili bahsedilecek kavramların anlaşılmasını kolaylaştıracaktır.

Biyolojik düzeyde yaşlanma, zaman içinde çok çeşitli moleküler ve hücresel hasarların birikmesinin etkisiyle ortaya çıkar. Bu durum fiziksel ve zihinsel kapasitede kademeli bir azalmaya, hastalık riskinde artışa ve nihayetinde ölüme yol açar.[1] Yaşlılıkta sık görülen rahatsızlıklar arasında işitme kaybı, katarakt ve kırma kusurları, sırt ve boyun ağrısı ve osteoartrit, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabet, depresyon ve demans sayılabilir. İnsanlar yaşlandıkça, aynı anda birden fazla rahatsızlık yaşama olasılıkları artar.[1] İnsan yaşamının kaçınılmaz ve barındırdığı riskler yönüyle önemli bir bölümü olan yaşlılığın daha objektif bir tanımı için kronolojik yaş değeri kullanılabilir. Bu noktada farklı tanımlamalar olmakla birlikte, Birleşmiş Milletler (BM), yaşlı kişiyi 60 yaşın üzerindeki kişi olarak tanımlamaktadır.[3] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise 65 yaş ve üzerini yaşlı kişi olarak tanımlamaktadır.

Sosyal açıdan ise yaşlılık, yalnızca biyolojik yaşlanmanın değil, aynı zamanda bireyin toplumdaki işlevlerinin, rollerinin ve statüsünün değiştiği bir yaşam evresidir. Bu durum, kişilerin kronolojik yaşlarıyla ilişkili normları ve toplum içinde algılanan rollerini ve değerlerini ifade eder.[4]

Çalışma yaşamı açısından "yaşlılık" ise daha çok emek gücünün azalması, üretimden çekilme ve emeklilik süreci üzerinden tanımlanmaktadır. Yani yaşlılık, işgücüne katılımın düştüğü, toplumsal üretim ilişkilerindeki rolün değiştiği bir dönemdir.[5]

2. Yaşlı Çalışanlar ve Çalışma Hayatı

Dünya genelinde toplumların giderek yaşlanması çalışma yaşamında da yaşlı çalışan kavramının tanımlanması ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Avrupa ve uluslararası düzeyde birçok kuruluş, 55-64 yaş grubunu "yaşlı çalışanları" tanımlamak için kullanmaktadır.[6] OECD istatistikleri, "yaşlı çalışanları" 55 ile 64 yaşları arasındaki çalışan nüfus olarak tanımlamaktadır. ILO'nun İşgücü Piyasasının Temel Göstergeleri, "yaşlı çalışanları" 55-64 yaşları arasındaki veya 65 yaş ve üstü çalışanlar, ABD Çalışma İstatistikleri Bürosu ise, "yaşlı çalışanları" 55 yaş ve üstü çalışanlar olarak tanımlamaktadır[6]. Türkiye'de ise yaşlı çalışan kavramı net bir mevzuatla belirlenmemiş olsa da, TUİK tarafından yayınlanan 'Aktif Yaşlanma Endeksi-2024' içerisinde yer alan istih-

dam istatistiklerinde yaş kesimi 55 yaştan başlatılmıştır.[2]

2.1. Türkiye'de Yaşlı Çalışanların Durumu

Ülkemizde demografik değişimin bir sonucu olarak çalışma yaşamında da çalışan nüfus yaşlanmaktadır. 2020 yılında 55-64 yaş arası çalışanların tüm istihdam içindeki orantısı %9,3 iken, 2024 yılında %10,3 olmuştur. 65 yaş ve üstü çalışanların orantısı ise 2020 yılında %2,8 iken, 2024 yılında %3,4 olmuştur. (**Tablo 1**). Yaşlı çalışanların, kendi yaş grupları içerisinde istihdama katılımları da yıllara göre artış göstermektedir.

Türkiye'de, 55-64 yaş ile 65 yaş ve üstü yaş gruplarında 2020-2024 yıllar içerisinde istihdama katılım orantısı artmıştır (**Şekil 1**).

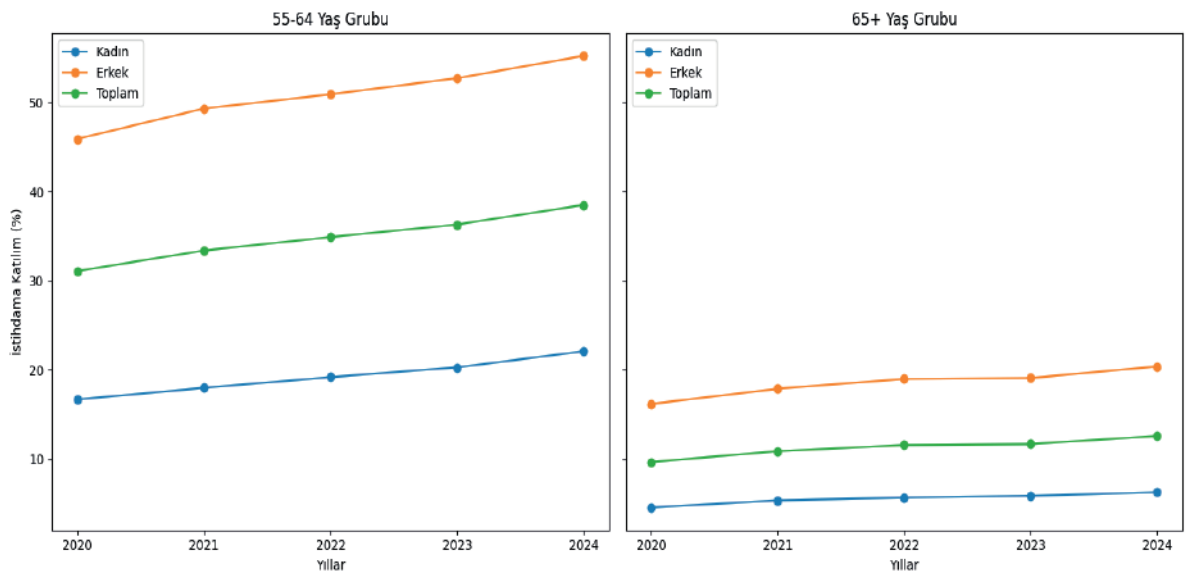
Türkiye'de en son yapılan mevzuat değişiklikleriyle birlikte emeklilik yaşı kadınlarda 58, erkeklerde 60 yaş olmakla birlikte kademeli olarak 65 yaşa yükselecektir. Bu durumda yaşlı çalışan olarak tanımlanan kişilerin ya emeklilik yaşı gelmesine rağmen çalışmaya devam ettiği ya da emekli olup sonrasında yeniden çalışmaya devam etmekte olduğu düşünülebilir. Ülkemiz mevzuatınca emekli olan kişinin, kayıtlı olarak çalışmaya devam ettiği durumda emekli aylığının kesilmemesi için işverence '**Sosyal Güvenlik Destek Primi (SGDP)**' ödenmesi gerekmektedir[8]. Bu durum yaşlı çalışanlarda hem informal istihdamda artışı hem de ücret kesintilerini gündeme getirmektedir. 55-64 yaş grubunda 2024 yılında kayıt dışı istihdam %53,1 iken bu orantı kadın cinsiyette %71'e kadar yükselmektedir. (Tablo 2) 65 yaş ve üstü çalışanların ise %78,9'u informal istihdamdayken bu orantı kadın cinsiyette %93,4'e yükselmektedir (**Tablo 2**).

İnformal İstihdam: İnformal sektörde ve/veya ücretli ev işçisi olarak çalışan kişileri içerir. Temel özellikleri, sosyal güvenlik sisteminin kapsamı dışında kalma; ücretli yıllık izin veya hastalık izni hakkı olmaması; yazılı iş sözleşmesi olmaması.

Tablo 1. Türkiye'de yaşlı çalışanların tüm istihdam edilenler (15+ yaş çalışanlar) içindeki istihdam orantısı (cinsiyet ve yaş grubuna göre)

Yaş Grubu	Cinsiyet	2020	2021	2022	2023	2024
	Kadın	2,5	2,6	2,7	2,8	2,9
55-64	Erkek	6,8	7,0	6,9	7,0	7,3
	Toplam	9,3	9,6	9,6	9,8	10,3
	Kadın	0,7	0,8	0,9	0,9	1,0
65+	Erkek	2,1	2,2	2,3	2,3	2,4
	Toplam	2,8	3,1	3,2	3,2	3,4

Kaynak: Avrupa Birliği İşgücü Anketleri (EU-LFS) kullanılarak oluşturulmuştur.[7]



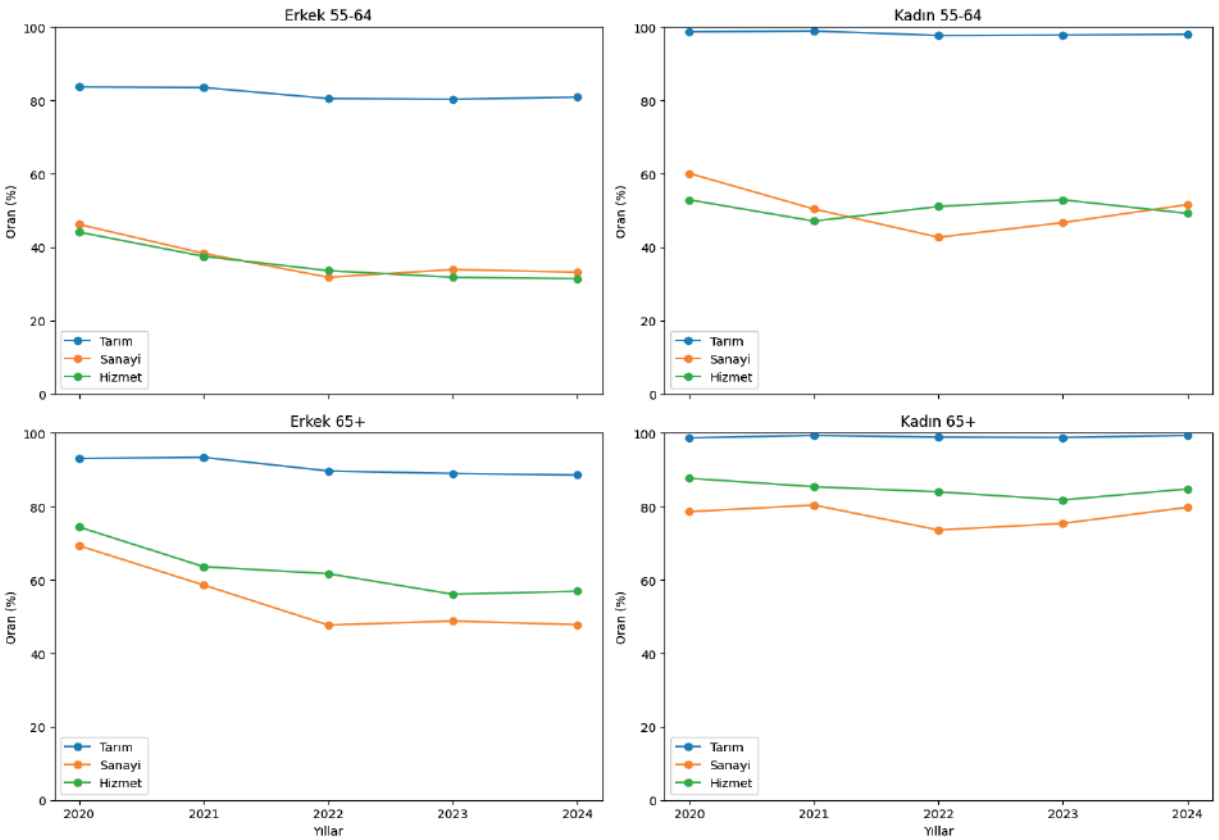
Şekil 1. Türkiye'de yaşlı çalışanların istihdama katılım orantısı

Kaynak: Avrupa Birliği İşgücü Anketleri (EU-LFS) kullanılarak oluşturulmuştur[7].

Tablo 2. Türkiye'de yaşlı çalışanların (4a) yaş grubu ve cinsiyeti içindeki informal istihdam orantısı (cinsiyet ve yaş grubuna göre)

Yaş Grubu	Cinsiyet	2020	2021	2022	2023	2024
	Kadın	78,1	76,3	74,0	73,0	71,0
55-64	Erkek	58,5	52,8	47,7	46,4	45,7
	Toplam	63,8	59,2	55,1	53,9	53,1
	Kadın	95,0	95,1	93,2	91,5	93,4
65+	Erkek	85,6	81,6	76,6	74,0	45,7
	Toplam	88,0	85,3	81,1	78,9	78,9
15+	**Toplam**	31,4	29,9	28,1	27,3	27,7

Kaynak: Avrupa Birliği İşgücü Anketleri (EU-LFS) kullanılarak oluşturulmuştur[7].



Şekil 2. Türkiye'de yaşlı çalışanların sektörlere göre yaş grubu ve cinsiyeti içindeki informal istihdam orantısı

Kaynak: Avrupa Birliği İşgücü Anketleri (EU-LFS) kullanılarak oluşturulmuştur[7].

55-64 yaş grubu yaşlı çalışanlarda informal istihdamı sektörlere göre incelediğimizde, tüm sektörlerde olmakla birlikte özellikle tarım sektöründe her iki cinsiyet içinde yüksek orantılar (erkek: %80,9, kadın: %98,0) olduğunu görmekteyiz. 65 yaş ve üstü gruptaysa, tüm sektörlerde informal istihdamın oldukça yükseldiğini söyleyebiliriz. Dikkat çeken bir diğer nokta da her iki yaş grubunda da kadınların daha fazla informal istihdam içerisinde olmasıdır (**Şekil 2**).

Yaşlı çalışanların ortalama aylık kazançları, tüm çalışanların ortalamasının altındadır. 2020-2024 yılları arasında, tüm çalışanlardaki ortalama aylık kazanç %175 artış gösterirken, 55-64 yaş çalışanlarda %162, 65 yaş ve üstü çalışanlarda ise %128 artış gerçekleşmiştir. Kadın cinsiyette ise erkeklere göre 65 yaş üstü çalışanlar arasında neredeyse yarı yarıya aylık kazanç farkı gözlenmektedir. (**Tablo 3**)

Tablo 3. Türkiye'de yaşlı çalışanların (4a) yaş grubu ve cinsiyete göre ortalama aylık kazançları (Amerikan doları)

Yaş Grubu	Cinsiyet	2020	2021	2022	2023	2024
15+	Toplam	488.9	454.8	411.2	608.5	858.8
	Erkek	501.9	467.6	424.5	633.3	896.2
	Kadın	460.0	426.7	383.9	559.8	786.4
55-64	Toplam	508.5	446.9	392.6	584.3	827.1
	Erkek	538.5	463.4	409.9	629.0	887.1
	Kadın	417.2	393.3	342.8	462.4	663.9
65+	Toplam	399.2	344.1	271.3	390.9	511.4
	Erkek	470.0	408.4	309.1	482.6	624.9
	Kadın	283.0	231.8	206.5	253.3	323.2

Kaynak: Avrupa Birliği İşgücü Anketleri (EU-LFS) kullanılarak oluşturulmuştur.[7]

Not: Para birimi Amerikan Doları olarak gösterilmiştir.

2.2. Yaşlı Çalışanlarda İşçi Sağlığı ve Türkiye'deki Durum

Yaş ve çalışma arasındaki ilişki karmaşıktır. Yaşlanma, kas gücü, kemik yoğunluğu ve aerobik kapasite gibi fiziksel sağlıkta genel bir düşüş ile ilişkilidir.[9]Yaşlı çalışanlar bir takım fiziksel, biyolojik, psikolojik, zihinsel ve sosyal özellikler nedeniyle genç meslektaşlarından farklı olabilirler.[4] Duyusal yetenekler (görme, işitme, vb.), kas fonksiyonu ve kapasitesi, aerobik kapasite, reaksiyon süresi ve hızı, yaşla birlikte azalır.[5,9] Ek olarak, yaşlı işçilerde abdominal obezite, hipertansiyon, hiperglisemi ve dislipidemi gibi yaşlanma ile ilişkili metabolik bozuklukların prevalansı daha yüksektir.[10] Türkiye'de 2015 yılında, Çağlayan ve Etiler tarafından yaşlı işçilerin sağlığı ile ilgili yapılan bir araştırmada, altı aydan uzun süredir devam eden herhangi bir kronik hastalığa sahip olma orantısı 45-64 yaş grubu çalışanlarda %38,4 iken 25-44 yaş grubunda %22,1 olarak saptanmıştır.[11]

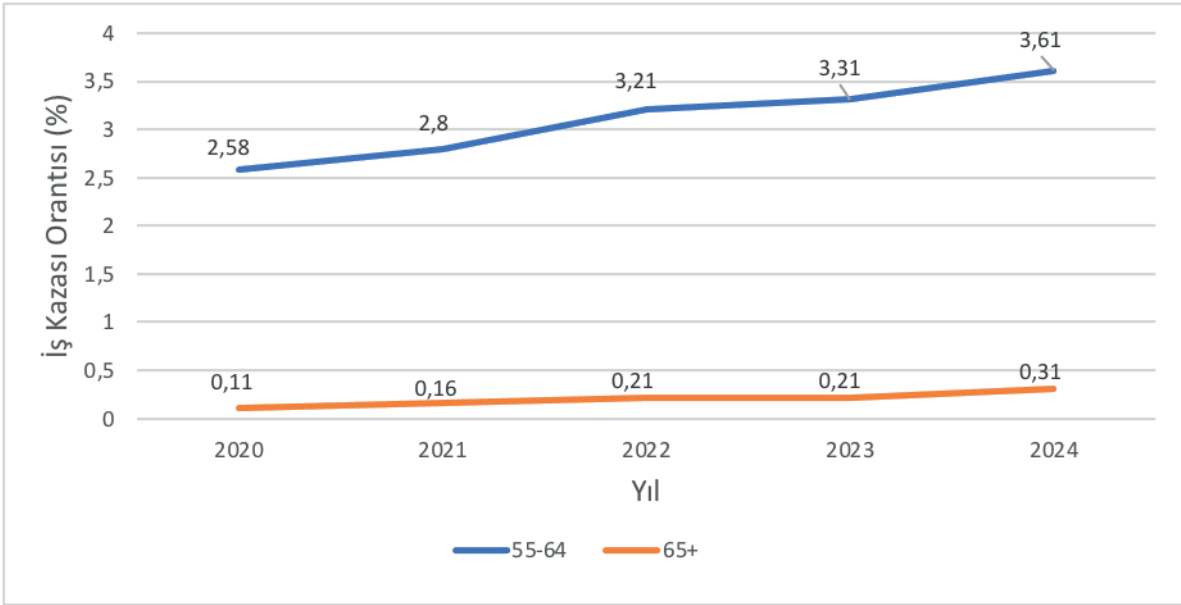
Yaşlanmayla birlikte fiziksel değişikliklerin yanı sıra bilişsel kapasiteyle ilgili de değişiklikler meydana gelmektedir. Bilişsel işlevler açısından, akıcı zeka (yani deneyim veya eğitime dayalı olmayan yetenekler) yaşlandıkça azalma eğilimindedir. Bu durum, karmaşık bilgileri işleme ve karmaşık sorunları çözme yeteneğinin azaldığı anlamına gelir.[12] Ancak, bilişsel işlevler ve öğrenmedeki bu sınırlamalar genellikle 65-70 yaşından itibaren belirgin hale gelir ve çoğu zaman iş hayatındaki işlevselliği pek etkilemez. Ayrıca, yaşlandıkça tüm bilişsel yetenekler azalmaz. Deneyim, "kristalize" zeka (bilgi), sosyal yetenekler ve başa çıkma becerileri yaşla birlikte artar.[4,12,13]

Yaşanan fizyolojik değişikliklerin bir sonucu olarak yaşlı işçiler, iş yerinde meydana gelebilecek kazalarda, yaralanma riskini artırabilecek yorgunluk ve diğer olumsuz belirtilere karşı daha duyarlı hale gelmektedir.[9,14] Ayrıca yaşanan iş kazalarında yaşlı çalışanların gençlere göre daha fazla ölümcül yaralanmayla karşılaştığı gösterilmiştir [15]. Türkiye'de 2020-2024 yılları arasında hem 55-64 yaş çalışanların hem de 65 yaş ve üstü çalışanların iş kazaları içindeki orantısı artmıştır (**Şekil 3**).

İş kazası geçirme hızı 2024 yılında yaşlı çalışanlarda %6,61 iken gençlerde %4,36 olmuştur. (**Şekil 4**) Esasen, birçok çalışmada yaşlı işçilerin iş kazası geçirme sıklığının genç işçilere göre daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bu durumun, yaşlı işçilerin iş sağlığı ve güvenliği konuları bağlamında genç işçilere göre daha deneyimli ve bilgili olmaları, daha az riskli pozisyonlarda (yönetici vb.) çalışmalarına bağlı olduğu düşünülmektedir.[9]

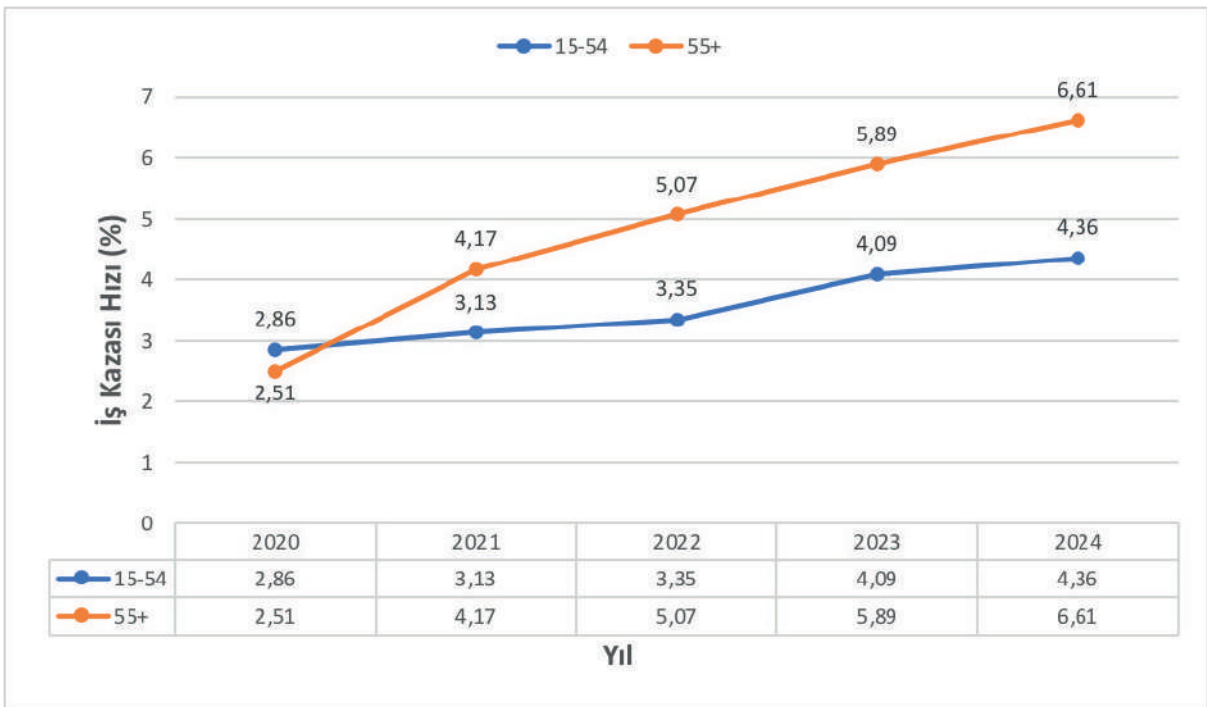
Türkiye'de 2020-2024 yılları arasında, yaşlı çalışanların yaşanan iş kazaları içindeki orantısı ortalama %3,10 olmasına rağmen, geçirilen iş kazalarına bağlı ölüm hızı yaşlı çalışanlarda ortalama binde 18,12 iken gençlerde ortalama binde 2,28 olmuştur. Bu durum yaşlı çalışanların yaklaşık 8 katı daha çok iş kazasına bağlı ölüm yaşadığını göstermektedir (**Şekil 5**).

Sonuç olarak demografik, ekonomik ve politik nedenlerle tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artan bir biçimde hatta sağlık durumu elverişli olmasa bile yaşlı işçiler bir işte çalışmak ve gelir elde etmek isteği ve ihtiyacı içindedir.[11] Ancak yaşlı çalışanlarla ilgili saptadığımız veriler yaşlı işçilerin sosyal ve ekonomik olarak sağlıklı bir biçimde çalışma hayatında yer bulamadıklarını göstermektedir. Bu nedenle etkili ulusal politikalar yoluyla çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve yaşlı çalışanları destekleyen bir işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmeti sağlanmalıdır. Ayrıca işyeri hekimleri ve iş yeri hemşireleri yaşlanma ve işçi sağlığı



Şekil 3. Türkiye'de yaşlı çalışanların yıllara göre iş kazaları içindeki orantısı

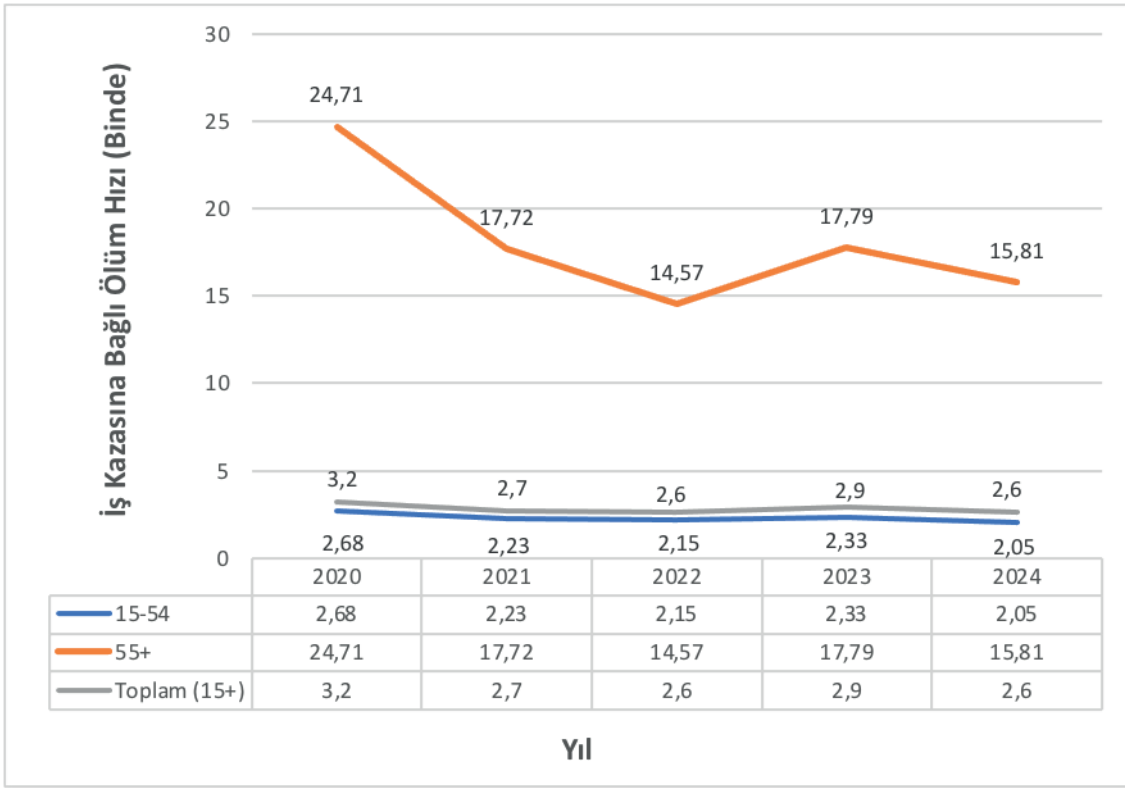
Kaynak: 2020-2024 SGK İstatistikleri – İş Kazası ve Meslek Hastalığı İstatistikleri kullanılarak hazırlanmıştır.[16–20]



Şekil 4. Türkiye'de yıllara göre genç (15-54) ve yaşlı (55+) çalışanların iş kazası geçirme hızı (%)

Kaynak: 2020-2024 SGK İstatistikleri – İş Kazası ve Meslek Hastalığı İstatistikleri kullanılarak hazırlanmıştır[16-20].

üzerindeki etkileri konusunda hem mezuniyet öncesi hem de sonrası dönemde bilgilendirilmelidirler. İşyerlerinde sağlığın teşviki çalışmaları kapsamında yaşlı çalışanlarda periyodik sağlık muayeneleri yapılmalı, görme, işitme yetersizlikleri ve kas-iskelet sistemi gibi hastalıkları özellikle araştırılmalıdır. Ayrıca yaşlı işçilerin sağlık hizmeti gereksinimlerinin saptanması için işyerlerinden başlayarak daha çok ve kanıt değeri olan araştırmalar yapılmasına gereksinim vardır.



Şekil 5. Türkiye'de yıllara göre genç (15-54) ve yaşlı (55+) çalışanların iş kazasına bağlı ölüm hızı (binde)

Kaynak: 2020-2024 SGK İstatistikleri – İş Kazası ve Meslek Hastalığı İstatistikleri kullanılarak hazırlanmıştır[16–20].

KAYNAKLAR

1. Steverson M. Ageing and health [İnternet]. Geneva: World Health Organization; 2024. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
2. TUİK. Aktif Yaşlanma Endeksi, 2024 [İnternet]. [a.yer 24 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Aktif-Yaslanma-Endeksi-2024-57937
3. UNHCR [Internet]. 2025 [a.yer 24 Eylül 2025]. Older persons. Erişim adresi: https://emergency.unhcr.org/protection/persons-risk/older-persons
4. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). The ageing workforce: implications for occupational safety and health – A research review [İnternet]. 2022. (EU-OSHA Publications). Erişim adresi: https://osha.europa.eu/en/publications/ageing-workforce-implications-occupational-safety-and-health-research-review-0
5. World Health Organization. World report on ageing and health [İnternet]. Geneva: World Health Organization; 2015 Eyl. Report No.: 9789241565042. Erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042
6. European Agency for Safety and Health at Work. Safer and Healthier Work at Any Age: Final Overall Analysis Report [İnternet]. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA); 2024 Oca. Erişim adresi: https://osha.europa.eu/en/publications/safer-and-healthier-work-any-age-final-overall-analysis-report
7. Eurostat. EU - Labour Force Survey microdata 1983-2023, release 2024 [Internet]. Eurostat; 2024 [a.yer 25 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://ec.europa.eu/eurostat/documents/203647/20621087/EU+LFS+DOI+2024.pdf
8. Sosyal Güvenlik Kurumu. Emeklilikten Sonra Tekrar Çalışma (SGDP) [İnternet]. [a.yer 25 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.sgk.gov.tr/Content/Post/ada02fa5-e15f-4e0d-b6c9-fef40a54eb3c/Emeklilikten-Sonra-Tekrar-Calisma-SGDP-2022-05-13-09-35-43
9. Çağlayan Ç. Yaşlanma ve Çalışma Yaşamı. Türkiye Klin Halk Sağlığı - Özel Konular [Internet]. 2021 [a.yer 26 Eylül 2025];7(2):10-6. Erişim adresi: https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-yaslanma-ve-calisma-yasami-93038.html
10. Poscia A, Moscato U, La Milia DI, Milovanovic S, Stojanovic J, Borghini A, vd. Workplace health promotion for older workers: a systematic literature review. BMC Health Serv Res. 05 Eylül 2016;16 Suppl 5(Suppl 5):329.
11. Çağlayan Ç, Etiş ler N. HEALTH OF OLDER WORKERS IN TURKEY: A FURTHER ANALYSIS OF A NATIONAL SAMPLE. Turk J Geriatr [Internet]. 01 Aralık 2015 [a.yer 26 Eylül 2025];18(4). Erişim adresi: https://geriatri.dergisi.org/abstract.php?lang=en&id=910
12. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Older workers [İnternet]. 2023. (OSHwiki). Erişim adresi: https://oshwiki.osha.europa.eu/en/themes/older-workers

13.Kanfer R, ACKERMAN P. Aging, Adult Development, and Work Motivation. Acad Manage Rev. 01 Temmuz 2004;29.

14.Bohle P, Pitts C, Quinlan M. Time to call it quits? The safety and health of older workers. Int J Health Serv Plan Adm Eval. 2010;40(1):23-41.

15.Bravo G, Viviani C, Lavallière M, Arezes P, Martínez M, Dianat I, vd. Do older workers suffer more workplace injuries? A systematic review. Int J Occup Saf Ergon [İnternet]. 02 Ocak 2022 [a.yer 26 Eylül 2025];28(1):398-427. Erişim adresi: https://doi.org/10.1080/10803548.2020.1763609

16.Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). SGK İstatistik Yıllığı 2020 [İnternet]. 2020. Erişim adresi: https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4

17.Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). SGK İstatistik Yıllığı 2021 [İnternet]. 2021. Erişim adresi: https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4

18.Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). SGK İstatistik Yıllığı 2022 [İnternet]. 2022. Erişim adresi: https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4

19.Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). SGK İstatistik Yıllığı 2023 [İnternet]. 2023. Erişim adresi: https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4

20.Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). SGK İstatistik Yıllığı 2024 [İnternet]. 2024. Erişim adresi: https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4

Yaşlı Erişkinlere Yönelik Şiddet, İhmal, İstismar ve Yaş Temelli Ayrımcılık

Meltem Şengelen, Dilek Aslan

Yaşlılık döneminde karşılaşılan şiddet, ihmal, istismar sorunları yaşlı erişkinlerin mortalite ve morbiditesinde artışın yanı sıra yaşam kalitesinin gerilemesine de neden olmaktadır. Bu gibi durumların bilimsel yaklaşımlarla tespit edilerek gerekli önlemlerin alınması yaşamsaldır.

Bu yazının amacı yaşlı erişkinlerin karşılaştığı şiddet, ihmal, istismar ve ayrımcılığın son beş yıl içindeki bilimsel verilerinden yararlanarak geleceğe dair öneriler sunmaktır. İlk bölümde tanımlar ve bilimsel araştırmaların sonuçlarına yer verilmiştir. İkinci bölümde ulusal politika belgelerine ilişkin bilgiler yer almıştır. Son bölümde ise halk sağlığı bakış açısıyla önleme düzeylerine göre öneriler geliştirilmiştir.

1. Tanımlar ve Araştırma Sonuçları

Şiddet: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, "*kendine, başka bir kişiye, bir gruba ya da topluluğa karşı, yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişme bozukluğu ya da yoksunlukla sonuçlanan veya sonuçlanma olasılığı yüksek olan, tehdit veya fiili fiziksel güç veya kuvvetin kasıtlı kullanımı*" olarak tanımlanmaktadır.[1]

İstismar: Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide meydana gelen, yaşlı bir kişiye zarar veren ya da stres yaratan, bir kez ya da tekrarlanan bir eylem ya da yapılması gereken eylemin yapılmamasıdır. İstismar bir şiddet tipi olarak kabul edilir[2]. Bu şiddet tipi, aynı zamanda insan haklarının ihlalidir. Fiziksel, cinsel, psikolojik ve duygusal istismar; ekonomik istismar, terk etme; ihmal ve ciddi düzeyde onur ve saygı kaybını içerir. Yaşlı erişkinlere yönelik istismar önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan çalışmalar 60 yaş ve üzeri her altı kişiden birisinin istismara uğradığına işaret etmektedir.[2] Tanımlardan anlaşıldığı üzere, **ihmal** bir istismar türüdür. Bireyin farkında olarak ya da olmayarak gereksinimlerinin karşılanmaması olarak tanımlanır. Örneğin, yaşlı erişkinin gereksinimi olan gözlüğünün sağlanamaması bir ihmal olarak değerlendirilebilir.[3]

Türkiye'de yaşlı erişkinlerin karşılaştığı ihmal, istismar, şiddet konularında ulusal ve uluslararası düzeylerde erişilebilen bazı araştırmaların konu ve kısa içerikleri **Tablo 1**'de sunulmuştur.

Yaşlı erişkinler arasında ihmal, istismar, şiddetin görülmesine neden olan çok sayıda faktör vardır. Bunlara neden olan durumların belirleyicileri arasında "yaş temelli ayrımcılık" da yer almaktadır. **Yaş Temelli Ayrımcılık**[9] DSÖ tanımına göre bir kişinin yaşından dolayı başkalarına ya da kendine karşı olan düşüncelerini (stereotip), önyargılarını (nasıl hissettiği) ve ayrımcı davranışlarını işaret eder.[10] Yaş temelli ayrımcılık her yaş grubunu etkiler. Örneğin; çocuklar, adolesan bireyler de bu konudan olumsuz etkilenebilirler. Bununla birlikte, 65 yaş ve üzeri bireylerin yaş temelli ayrımcılığa maruz kalma sıklıklarının yüksek olduğu bilinmektedir. Dünya nüfusunun yarısının yaşlı erişkinlere yönelik ayrımcılık yaptıkları bilinmektedir. Yaş temelli ayrımcılığın istenmeyen sonuçları arasında; kuşaklar arası dayanışmanın zayıflaması, yaşlı erişkinlerin toplumsal katkılarının alınamaması, yaşlı erişkinler arasında ortalama 7,5 yıl erken ölüm, yetiyitimi, yaşam kalitesinin gerilemesi gibi sorunlar görülebilir. [11] Bu nedenlerle bir ülkede, toplumda konunun tespit edilmesi, önlenmesi son derece önemlidir.

Tablo 2 içeriğinde yaş temelli ayrımcılıkla ilgili yapılmış bazı araştırmaların sonuçları yer almaktadır.

Tablo 1. Son beş yıl içinde uluslararası literatüre yansımış yaşlı erişkinlerde ihmal, istismar, şiddet konulu araştırmalar.

Yazarlar ve yayın yılı	Hedef grup	Amaç	Yöntem	Sonuç	Öneriler
Özer ve Tanrıverdi (2023)[4]	Gaziantep'te Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 60 yaş ve üzeri 315 kişi	Yaşlı erişkinlerin karşılaştıkları ihmal, istismar ve depresyon risklerinin saptanması amaçlanmıştır.	Sağlık kurumuna başvuran bireylere yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanan veri toplama formu	Duygusal istismar, ihmal, ekonomik istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar sırasıyla yaşlı bireylerin %51,4'ünde, %35,6'sında, %21,9'unda, %3,8'inde ve %0,03'ünde tespit edilmiştir. Kadınların, evli olmayanların, düşük öğrenim düzeyine sahip olanların, kendi gelirleri olmayanların ve kendi bakımlarını yapamayanların duygusal istismara ve ihmal edilmeye daha fazla maruz kaldıkları gözlemlenmiştir ($p < 0,05$).	Sorunların tespiti için tarama programları yapılabilir. İstismar ve ihmalin tespiti ve tedavisi için rehberler hazırlanması ve uygulanması önerilmektedir.
Özmete ve ark. (2025)[5]	60 yaş üzeri 484 kişi	Yaşlı erişkinlerin kendilerini ihmal etme yaygınlığının ve ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.	Sağlık kurumuna başvuran bireylere yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanan veri toplama formu	Kendi kendini ihmal %35,05 olarak bulunmuştur. Kadın olmak, yalnız yaşamak, düzenli ilaç kullanımı konusunda farkındalık eksikliği ve günlük yaşam aktivitelerinin az olması, yaşlıların kendilerini ihmal etmelerinin belirleyicileri olarak bulunmuştur. Ayrıca, kronik hastalıklar, sigara ve alkol kullanımı gibi bazı sağlıkla ilgili değişkenler de yaşlıların kendilerini ihmal etmeleriyle ilişkili bulunmuştur.	Yaşlıların kendilerini ihmal etmeleriyle ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi, yaşlıların refahı ve özellikle sağlık profesyonelleri için bir kılavuz sağlayacaktır. Kendilerini ihmal ettiklerinden şüphelenilen yaşlılar erken aşamada tespit edilebilir ve önleyici ve tedavi edici müdahalelere yönlendirilebilirler.
Ünlü ve ark. (2022)[6]	İstanbul'da (Bahçelievler) 65 yaş ve üzeri 385 kişi	Yaşlı erişkinlerin karşılaştıkları ekonomik istismarı etkileyen faktörlerin araştırılması	Yaşlı erişkinlere yönelik oluşturulan form yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur	Yaşlı erişkinlerin %9,4'ü ekonomik istismara uğramıştır. Yaşlı erişkinlerin ekonomik istismara maruz kalma durumlarını etkileyen faktörlerin yaş, gelir durumu, çocuk sayısı, duygusal istismara maruz kalma ve fiziksel istismara maruz kalma olduğu tespit edilmiştir.	Bildirimlerin yapılması, konunun bir sorun olduğunu vurgulayan kampanyaların yapılması önerilmektedir.
Akagündüz ve ark. (2023)[7]	70 yaş ve üzeri kanser hastalığı olan 217 kişi	Kanser hastaları arasında istismar sıklığının ortaya konulması	Yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanan Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi ile istismar sıklığı ortaya konulmuştur.	Kanser hastası olan yaşlı erişkinlerin istismara maruz kalma riskleri %39,2 olarak tespit edilmiştir.	Kanser hastalarında yaşlı istismarının tespitine yönelik tarama, vb. yapılması önerilmektedir. Bu konuda daha ayrıntılı çalışmalar yapılabilir.
Erbay A.[8]	Türkiye'de 2024 yılında yaşanan şiddet olayları	Yerel gazetelerde yayımlanan şiddet haberlerini inceleyerek kişilerarası şiddetin farklı boyutlarının analiz edilmesi	195 yerel haber kaynağının ulaşılabilir dijital yayınları değerlendirilmiştir	2024 yılında kişilerarası şiddet olaylarında mağdur olan 1032 kişiden 118'i (%9,1) 60 yaş ve üzeridir. Yaşlı nüfusa karşı kişilerarası şiddet eylemlerinin neredeyse tamamının öldürme amacıyla olduğu, genellikle ateşli silah kullanıldığı, saldırganın genel olarak yaşlı bireyin çocuğu, damadı veya torunu olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, yaşlıların aile içinde maruz kaldığı şiddetin boyutlarını ortaya koymaktadır.	Hızlı müdahale için yasal düzenlemelerin yapılması. Yaşlı nüfusun ekonomik olarak istismarının önlenebilmesi için sosyal araştırma birimlerinin sahada aktif bir şekilde kullanılması.

Tablo 2. Son beş yıl içinde uluslararası literatüre yansımış yaş temelli ayrımcılık konulu araştırmalar.

Yazarlar ve yayın yılı	Hedef grup	Amaç	Yöntem	Sonuç	Öneriler
Çürük ve Özgül (2022)[12]	Onkoloji hemşireleri	Onkoloji hemşirelerinin yaş ayrımcılığına ilişkin tutumlarını belirlemektir.	Hastanede, Yaş Temelli Turum Ölçeği kullanılmıştır.	Çalışma, onkoloji hemşirelerinin genel olarak yaşlılara karşı olumlu tutumlar sergilediğini ortaya koymuştur.	Geriatri ile ilgili konuların hem lisans eğitimine hem de hizmet içi eğitime dahil edilmesi, yaşlılara karşı olumlu tutumların korunmasına ve onlara karşı olumsuz tutumların önlenmesine yardımcı olabilir. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin yaşlılara karşı tutumlarının, ileriki çalışmalarda yaşlılar tarafından değerlendirilmesi de önerilebilir.
Özmete ve ark. (2021)[13]	18 yaş üzeri 465 kadın ve erkek	İşyeri Yaş temelli ayrımcılık ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır.	Metodolojik bir araştırmadır.	Ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir.	Ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliğinin araştırılması, farklı sosyo-demografik özelliklere ve sağlık durumlarına sahip gruplarda tekrarlanmalıdır.
Solak ve ark (2025)[14]	283 kamu görevlisi	Yaşlı erişkinlere yönelik tutumların belirlenmesi amaçlanmıştır.	Yaş temelli ayrımcılığa yönelik tutum ölçeği kullanılmıştır.	Yaşlı erişkinlere saygı duyulduğu için olumlu tutum sergilendiği saptanmıştır. Kamu çalışanları ile yaşlı erişkinler arasındaki etkileşimin değerlendirilmesi önemlidir.	Yaş temelli ayrımcılığın altında yatan nedenlerin belirlenmesi için yeni araştırmalar önerilmektedir.
Karabulut Gençer ve ark (2025)[15]	Dişhekimliği fakültesinde 3-4-5. sınıflarda okuyan 305 öğrenci	Öğrencilerin diş hekimlerinin hastalara yaklaşımlarının ve tedavi yöntemlerinin oluşumunda kritik bir dönem olan eğitim aşamasında yaşlı hastalara karşı tutumlarını değerlendirmek ve bu süreçte demografik verilerin etkisini incelemektir.	Tanımlayıcı bir çalışmada Dişhekimliği Fakültesi öğrencileri için geliştirilmiş olan Yaş Temelli Ayrımcılık Ölçeği kullanılmıştır.	Ortalama ölçek skoru 3,2 olarak bulunmuştur. Yaş, cinsiyet, sınıf, kalınan yer, anneanne/babaanne ve dedesi olmak ve onlarla yaşamak skoru değiştirmemiştir.	Daha ayrıntılı çalışmaların yapılması önerilmektedir.
Kim ve ark (2020)[16]	Ülke verileri	OECD ülkelerinde Makro Düzey Yaş Temelli Ayrımcılık İndeksi kullanılarak karşılaştırmalar yapılması amaçlanmıştır.	İkincil veri analizi	Yaş temelli ayrımcılık puanı Türkiye'de en yüksek, Japonya'da ise en düşüktür. Türkiye işyerinde yaş ayrımcılığı yapma olasılığı en yüksek ülke iken, Güney Kore bu konuda en düşük olasılığa sahip ülkedir. Bununla birlikte, Güney Kore ekonomik duruma dayalı yaşlılara karşı ayrımcılık konusunda en yüksek puanı alırken, İspanya bu alanda en düşük puanı aldı. Japonya, yaşlılar için ekonomik durum, sağlık durumu ve sosyal katılım açısından elverişli koşullara sahipti.	Araştırmanın sonuçları ve yapısal yaş temelli ayrımcılığa ilişkin objektif bir gösterge geliştirmeye yönelik ileri çalışmalar için öneriler sunulmuştur.

Tablo 2. Son beş yıl içinde uluslararası literatüre yansımış yaş temelli ayrımcılık konulu araştırmalar. (devamı)

Yazarlar ve yayın yılı	Hedef grup	Amaç	Yöntem	Sonuç	Öneriler
Kızılkaya ve Atuğ (2023)[17]	12 kişi	Yaşlı bir aile üyesine bakan kişilerin yaş temelli ayrımcılığı, maneviyat ve ölüm hakkındaki görüşlerini incelemiştir.	Niteliksel veri toplama yöntemi	Araştırma verilerinin analizi sonucunda yaş temelli ayrımcılığın tanımı, manevi açıdan anlamı ve bakım üzerindeki etkileri ile ölümün yaşamdaki yeri olmak üzere üç tema öne çıkmıştır. Yaşlı bir bireyle birlikte yaşamak ve ona bakmanın, bakım sağlayan aile üyelerinin yaşamını anlamlı kıldığını, manevi duyguların yaşlı bireylerin bakımında önemli olduğunu ve bakım verenlerin bakım yükü açısından risk altında kabul edilebileceğini göstermiştir.	Sağlık profesyonellerinin, bakım yükü, ölüm, vb. konularında eğitim programları aracılığıyla, yaşlı bir aile üyesiyle aynı evi paylaşan bakım verenleri desteklemeleri önerilmektedir.
Uzun ve Akın (2024)[18]	Bir üniversite hastanesinde çalışan 448 araştırma görevlisi tıp doktoru	Yaş temelli ayrımcılığın sıklığını belirlemek ve yaşlı hastalara sağlık hizmeti sunma tercihlerini etkileyen faktörleri tespit etmek amaçlanmıştır.	Kesitsel tipte bir araştırma Fraboni Yaş Temelli Ayrımcılık Ölçeği	Asistan hekimler arasında yaş ayrımcılığı yaygındır ve bu durum, yaşlı hastalara bakım sağlama istekliliklerini etkilemektedir. Cinsiyet, algılanan bilgi ve yaş ayrımcılığına yönelik tutumlar, yaşlı hastalara sağlık hizmeti sağlama tercihlerini etkilemektedir.	Yaşlı yetişkinlere yönelik sağlık hizmetlerini iyileştirmek için bu faktörlerin ele alınması çok önemlidir.
Pıcakcıefe ve ark. (2024)[19]	Bir hastanede çalışan 165 intern ve 495 asistan doktor (toplam 660 kişi)	Yaş temelli ayrımcılığa karşı tutum ve bu tutumları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.	Kesitsel tipte bir araştırma Fraboni Yaş Temelli Ayrımcılık Ölçeği	Erkek cinsiyet, büyükanne ve büyükbabalarıyla yaşamayanlar, huzurevlerini ziyaret etmeyenler, geriatri alanında kariyer yapmayı düşünmeyenler ve yaşlılarla daha önce bakım deneyimi olmayanlar daha olumsuz tutum sergilemişlerdir.	Tıp öğrencilerinin geriatri rotasyonu yapmaları, öğrencilere bu konuda danışmanlık verilmesi, yaşlanma ve yaşlanma sürecinin müfredata daha fazla dahil edilmesi ve klinik uygulamalarda ve saha çalışmalarında yaşlılarla etkileşimin artırılması önerilmektedir.
Baykal ve ark (2024)[20]	16 kişi	Hemşirelerin algıları, bu zorlukları nasıl aştıkları ve yaşamın sonu deneyimindeki yaşlı bireyler ile ilgili ihtiyaç ve beklentilerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.	Niteliksel veri toplama yöntemi	Hastaların hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmadıkları, yalnız oldukları ve fiziksel ve psikolojik zorluklar yaşadıkları anlaşılmaktadır. Hemşirelerin yaşlanmaya karşı olumlu bir algıya sahip oldukları anlaşılmıştır. Ayrıca, hemşireler, ölen hastaların bakımında yaşadıkları zorlukları azaltmak için devletten (mali destek, gerontoloji hizmeti vb.) ve toplumdan (saygı, anlayış vb.) beklentileri vardır.	Hemşireler, yaşlı ya da yaşamın son dönemindeki hastalara daha iyi bakım verebilmek için toplumdan ve devletten beklentileri vardır. Bu beklentiler karşılandığında iş yükünün azalacağı düşünülmektedir. Bu nedenle, yaşlı ya da yaşamın son dönemindeki hastaların mevcut ekonomik ve sosyal sorunlarının çözümünde iyi bir planlama ve düzenleme yapılması, sağlık çalışanlarının iş yükünü de azaltacaktır. Gelişmiş ülkelerde yaşlılar için birçok sağlık sistemi kullanılırken, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri informal bakıcılar tarafından sağlanmaktadır. Bu durum, yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine ya da bakıcı bulunmadığında çeşitli zorluklarla karşılaşılmasına neden olmaktadır.

Tablo 2. Son beş yıl içinde uluslararası literatüre yansımış yaş temelli ayrımcılık konulu araştırmalar. (devamı)

Yazarlar ve yayın yılı	Hedef grup	Amaç	Yöntem	Sonuç	Öneriler
Çelik HC (2023) [21]	Prime time TV ve özel bir medya/ film kanalı içerik analizi			Yaşlı erişkinlerin TV prime-time içeriklerinde yer almadıkları tespit edilmiştir. Kadınlar erkeklerden daha az görünür olmuştur. Hiçbir yaşlı karakter ana karakter olarak temsil edilmemiştir. Yaşlılar, yaşlı kadınlar çalışma, vb. açılardan olumsuz şekilde tasvir edilmiştir.	İçerik analizlerinin derinleştirilmesi önerilmektedir.
Demirtas ve Basak (2021)[22]	Mezuniyet öncesi birinci sınıf hemşirelik eğitimi alan 119 öğrenci Müdahale araştırması		Günlük yaşam aktivite simülasyonu müdahale grubuna yönelik uygulanmıştır.	Simülasyon grubunda müdahale sonrası değerler yükselmiştir. Günlük yaşam aktivitelerinin simülasyonu, hemşirelik öğrencilerinin yaşlılara karşı olumlu tutumlarını geliştirmek için etkili bir yöntemdir. Katılımcıların geribildirimler, simülasyonun yaşlı bakımı konusunda empati ve farkındalığı artırdığını göstermiştir.	Öğrencilerin yaşlılara karşı tutumlarını iyileştirmek için günlük yaşam aktivitelerinin simülasyonunun kullanılması önerilir.
Başer ve Hisar (2024)[23]	14101 çalışma içinden 13 çalışma metaanalize dahil edilmiştir.	Metaanaliz çalışması	Sağlık hizmetleri alanındaki öğrencilerinin yaşlılara karşı olumlu tutumlar geliştirmelerini teşvik eden müdahalelerin etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.	Yaşlılara karşı olumlu tutum geliştirmeye yönelik müdahalelerin etkisinin incelendiği on üç çalışma, etkinin deneysel grubu orta derecede desteklediğini ortaya koymuştur.	Literatürde yaşlılara karşı olumlu tutumlar geliştirmeyi amaçlayan çok sayıda çalışma bulunmakla birlikte, yüksek düzeyde kanıt elde etmek için metodolojik kalitesi yüksek, iyi tasarlanmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

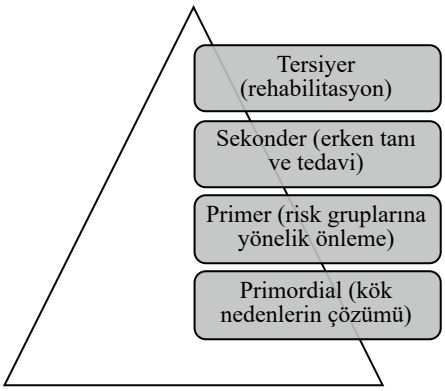
2. Ulusal Politikalar

Türkiye'de yaşlı erişkinlere yönelik ihmal, istismar, yaş temelli ayrımcılık gibi konuların ulusal politikalarda da varlığı dikkat çekmektedir. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı 12. Kalkınma Planı (2024-2028) kapsamında yaşlı ayrımcılığının önlenmesine yönelik bir politika ve tedbir bulunmaktadır.[24] Bununla birlikte, 2023 yılında yayınlanmış olan T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından yayınlanan 12. Kalkınma Planı (2024-2028) Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Özel İhtisas Komisyonu Raporu içeriğinde yaşlı erişkinlere yönelik aktif yaşlanma, bakım hizmetleri gibi konulara yer verilmiştir, ancak ihmal, istismar, şiddet, ayrımcılık gibi özel konularda özel önlemlerin plan kapsamında yer almadığı görülmektedir.[25]

3. Öneriler

Yaşlı erişkinlere yönelik şiddet, ihmal, istismar ve yaş temelli ayrımcılıkla mücadelenin sistematik bir perspektifle çözümü gerekmektedir.[26] Halk sağlığının klasik korunma düzeyleri bu sistematik yaklaşımla da uyumludur (**Şekil 1**).

- **Primordial korunma**; kök nedenlerin çözümü anlamı taşır. Yaş temelli ayrımcılıkla mücadele için önerilen politika ve yasaların çıkarılması, toplumun tamamında farkındalık çalışmalarının yapılması örnekler arasındadır. Özel günlerde toplumsal farkındalık artırılabilir. Birleşmiş Milletler 15 Haziran Dünya Yaşlı İstismarı Farkındalık Günü bu amaç için önemli bir seçenektir. [27] Türkiye'de de kamu ve sivil toplum örgütleri bu özel günde farkındalık çalışmaları yapmaktadırlar.
- **Primer korunma**, risk gruplarına yönelik müdahaleleri kapsar. Bireylerin farkındalıklarının artırılması, yaşlı erişkinlerin gereksinim duyduğu koruyucu ve önleyici hizmetlerin sunulması, bakım verenlere yönelik destek müdahaleleri, eğitimler primer korunma yöntemleri arasındadır.
- **Sekonder korunma** erken tanı ve tedavi seçeneklerini kapsar. Yaşlı erişkinlerde şiddet, ihmal, istismar, ayrımcılık gibi olumsuzlukları düşündürecek bulgu ve belirtilerin tespit edilebilmesine olanak sağlayacak hizmet modellerinin geliştirilmesi uygun olur. Sorunun ulusal düzeydeki boyutu belirlenmeli, yaşlı erişkinlerin ihtiyaç halinde güvenle başvurabilecekleri bir sistem hayata geçirilmelidir.
- **Tersiyer korunma** rehabilitasyon hizmetlerini kapsar. İhmale/istismara/ayrımcılığa uğrayan yaşlı erişkinler için yardım/danışma hatları, güvenli evlerin, acil durumda başvuru mekanlarının oluşturulması, ruh sağlığını iyileştirmeye yönelik programlar mevcut olumsuzlukların bireylerde meydana getirdiği yükü azaltmaya, olumsuzlukların tekrarını azaltmaya odaklanır. Rehabilitasyon hizmetleri ise sosyal ve tıbbi olarak planlanabilir.



Şekil 1. Halk sağlığı perspektifiyle önleme yaklaşımları.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. World Health Organization Violence Prevention Unit: Approach, Objectives and Activities, 2022-2026 [Internet]. [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/who_2022_plv_strategy_2022-2026_finalfile.pdf?sfvrsn=c819ff54_3
2. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people . Abuse of Older People.
3. CDC. https://www.cdc.gov/elder-abuse/about/index.html . Abuse of Older Persons.
4. Özer N, Tanriverdi D. Determining depression, abuse, and neglect in elderly individuals. Psychogeriatrics. 2023 Jul 10;23(4):690–700.
5. Özmete E, Hoş HY, Duru S, Pak M. Prevalence and associated risk factors of elder self-neglect among community-dwelling older adults in Turkey. J Elder Abuse Negl. 2025 Mar 15;37(2):132–49.
6. Ünlü D, Yurtsever E, Artan T, Irmak HS. An Examination of Conditions Exposing Older Adults to Economic Abuse: Logistic Regression Analysis. Journal of Applied Gerontology. 2022 Dec 19;41(12):2480–9.
7. Akagunduz B, Altın Z, Atcı MM, Ozer M, Güven DC, Çil İ, et al. Assessment of abuse and related factors in older patients with cancer. Supportive Care in Cancer. 2021 Dec 2;29(12):7957–64.
8. Kültür Üniversitesi I, Ayhan Erbay D. Türkiye Şiddet Haritası / Violence Map 2024.
9. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism. Ageing: Ageism.

10. World Health Organizaiton. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism. What is ageism.
11. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism. Is ageism really a problem.
12. Çürük GN, Özgül E. Attitudes of oncology nurses regarding ageism. Support Care Cancer. 2022 Jun;30(6):5441–7.
13. Özmete E, Pak M, Duru S. Workplace Age Discrimination and Affecting Factors in Turkey: A Validation Study. Exp Aging Res. 2021;47(5):436–50.
14. Solak Y, Durmuş H, Oral B. The aging population: An inquiry into discrimination against the elderly and the perceptions of elderly workers among public employees. Work. 2025 Jun;81(2):2774–81.
15. Karabulut Gençer B, Şenol AA, Doğu Kaya B, Yılmaz Atalı P, Tarçın B. Evaluation of dental students' attitude to elderly patients based on demographic data: a cross-sectional study. BMC Med Educ. 2025 May 29;25(1):797.
16. Kim JH, Song A, Chung S, Kwak KB, Lee Y. The Comparative Macro-Level Ageism Index: An International Comparison. J Aging Soc Policy. 2021;33(6):571–84.
17. Kızılkaya M, Atuğ M. Views of Family Members Who Take Care of an Elderly Person they Live with on Ageism, Spirituality and Death in Turkey: A Qualitative Approach. J Relig Health. 2023 Oct 2;62(5):3095–109.
18. Uzun SU, Akın M. Beyond the stethoscope: ageism in white coats and resident physicians' preferences for elderly patient care. Psychogeriatrics. 2024 Nov;24(6):1305–12.
19. Picakciefe M, Tiric E, Dede B, Yesilbas S, Guven Cengiz R, Mulayim Gullu D. Ageism among medical trainees and interns in Turkey and related factors. Adv Gerontol. 2024;37(5):491–8.
20. Baykal D, Çömlekçi N, Can G. "I don't Want to Die Alone" Nurses' Perception of Ageism: A Qualitative Study. Omega (Westport). 2024 Jun;89(2):812–27.
21. Çelik HC. Representations of older people in Turkish prime-time TV series and Netflix original Turkish series: A comparative content analysis. J Aging Stud. 2023 Sep;66:101158.
22. Demirtas A, Basak T. Daily life activities simulation: Improving nursing students' attitudes toward older patients. Jpn J Nurs Sci. 2021 Jan;18(1):e12375.
23. Başer G, Hisar F. Effect of interventions for health care students to develop positive attitude toward the elderly: A meta-analysis study. Geriatr Gerontol Int. 2024 Dec;24(12):1370–9.
24. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_11122023.pdf. p. 195 12. Kalkınma Planı (2024-2028) .
25. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2025/08/Sagligin-Korunmasi-ve-Gelistirilmesi-OIK-Raporu_01082025.pdf. 2023. 12. Kalkınma Planı (2024-2028) Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Özel İhtisas Komisyonu Raporu.
26. Atkinson E, Roberto KA. Global Approaches to Primary, Secondary, and Tertiary Elder Abuse Prevention: A Scoping Review. Trauma Violence Abuse. 2024 Jan;25(1):150–65.
27. United Nations. https://www.un.org/en/observances/elder-abuse-awareness-day?ysclid=mf9mpjbty453310088. World Elder Abuse Awareness Day 15 June.

Yaşlılık Döneminde Kazalar

Didem Daymaz Yılmaz

Doğumdan itibaren başlayan yaşlanma, sonuçları itibariyle halk sağlığının önemli konularından biridir. Dünya nüfusu demografik olarak değişmekte olup 2015 ile 2050 yılları arasında, 60 yaş üstü bireylerin dünya nüfusu içindeki yüzdesi neredeyse iki kat artarak %22'ye çıkması beklenmektedir.[1] Türkiye'de de durum benzer olup 2024 için yaşlı nüfus yüzdesinin %10,6 olduğu ve son beş yılda %20,7 arttığı görülmektedir. Yapılan nüfus projeksiyonları da yaşlı nüfusun tüm nüfus içindeki payının her geçen yıl artacağını göstermektedir.[2]

Yaşlanma, biyolojik ve sosyal nedenlerle meydana gelen fiziksel ve zihinsel kapasitede kademeli bir azalmaya ve artan hastalık riskine neden olabilmektedir.[1] Buna bağlı olarak yaşlılık döneminde kazalar, sık karşılaşılan önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Kazalar, ne zaman, nerede, nasıl olacağı tahmin edilemeyen, planlanmayan, beklenmeyen bir anda, ani olarak ortaya çıkan, can, mal kaybı, hasarla sonuçlanan olaylardır.[3] Kazalar sonucu meydana gelen yaralanmalar ise ciddi morbidite ve mortalite yüküne ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Hem istem dışı hem de şiddete bağlı yaralanmalar, her yıl dünyada tüm ölümlerin yaklaşık %8'ini oluşturmaktadır.[4]

Yaşlılık dönemi kazalar açısından öncelikle ele alınması gereken riski yüksek bir dönem olup, bu dönemde gerçekleşen kazalardan bazıları; düşme, trafik kazaları, yanma, boğulma, zehirlenmeler ve iş kazalarıdır. Düşmeler ve motorlu taşıt kazaları yaşlı yetişkinlerde istem dışı yaralanmaların çoğundan sorumludur.[5] Çin'de 2000-2020 yılları arasında 60 yaş üstü yaşlı yetişkinler için yaralanma kaynaklı ölümler, tüm ölümler nedenleri arasında ikinci sırada yer almış ve yaralanma bağlı ölüm nedenlerinden ilk üçü düşme, trafik kazaları ve intihar olarak raporlanmıştır.[6] Türkiye'de 2023 yılında yaşlı ölüm nedenleri arasında dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeleri altıncı sırada yer almış ve ileri yaş ölümlerinin %3,4'ünü oluşturmuştur.[2]

Raporun bu bölümde yaşlılık dönemde görülen kazaların büyük kısmına neden olan düşme ve trafik kazalarından bahsedilecektir.

1. Düşme

Trafik kazalarından sonra kazara ölümlerin ikinci önde gelen nedeni olan düşmeler, bir kişinin yanlışlıkla yere, zemine veya daha düşük bir seviyeye düşmesiyle sonuçlanan bir olay olarak tanımlanmaktadır. Düşme, yaşlılık döneminde görülen kazaların en sık nedenidir. Yaşlı yetişkinlerin %25'inden fazlası her yıl düşmekte ve ölümle sonuçlanan düşmeler açısından en riskli grubu yaşlı yetişkinler oluşturmaktadır. Ölümle sonuçlanmasa dahi, yaşlı yetişkinler düşme sonucu meydana gelen yaralanmalara bağlı uzun süreli bakım, kurumda bakılma ihtiyacı artışı ve fonksiyon kaybıyla karşılaşılmaktadır.[7,8] İleri yaşlardaki en önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden olan kalça kırıklarının %90'ından fazlası düşmelerden kaynaklanmaktadır.[9] Türkiye'de ise 2023 yılı için 65 yaş ve üzeri bireylerin %24'ü konutun içinde ya da dışında düşmüş, kadınların daha fazla düştüğü tespit edilmiştir (%28). Düşmenin çoğunlukla ev içi kaza nedeniyle meydana geldiği, konut dışında düşmelerin ise %32,2 ile en fazla sokakta yürürken ya da karşıdan karşıya geçerken meydana geldiği tespit edilmiştir.[10]

Yaşlılıkta düşme, genellikle altta yatan birden fazla etkenin sonucudur. Düşmeler, yaşa bağlı fizyolojik değişikliklerin yanı sıra çok sayıda içsel ve dışsal risk faktörlerinin bir araya gelmesiyle ortaya çıkmaktadır. Yaşlı yetişkinlerde başlıca risk faktörleri arasında işitme ve görme problemleri, yürüyüş ve denge bozuklukları, ortostatik hipotansiyon, duyusal bozukluk, kullanılan bazı ilaçlar gibi bireysel nedenlerin yanında ve uygun olmayan aydınlatma, kaygan zeminler, ayağın takılabileceği eşyaların bulunması, kaza önleyici korkuluk, tutunma barlarının eksiklikleri gibi ergonomiye

uygun olmayan ev içinde ve dışında çevresel tehlikeler yer almaktadır. Bunun yanında kronik hastalıklar, çoklu morbidite, düşük günlük yaşam becerisi, ruh sağlığı problemleri, sağlık çalışanı desteğine ulaşamama, kuvvet kayıpları ve diğer nörolojik problemler da kazalara zemin hazırlamaktadır.[1,7,11,12] Ayrıca günlük bağımlılığı artmış ve evde yaşayan yaşlı yetişkinde düşme riski artmaktadır. Yapılan bir çalışmada evde yaşayan yaşlıların düşme riski puanları ve düşme davranışı ölçeği puanları, huzurevinde yaşayanlardan daha yüksek bulunmuş ve yaşlılarda bakım bağımlılığının %40'ı düşme korkusuyla açıklanmıştır.[13]

Türkiye Yaşlı Profili Araştırması 2023 verilerine göre, 65-74 yaş arasında bireylerin yaklaşık %10'u görme (%10,1) ve işitme problemi (%10,6) yaşamakta, 75 yaş ve üzerinde bu yüzde iki buçuk kat artmaktadır. Yine aynı şekilde yürüyememe ve merdiven çıkamama sorunları yaşla beraber artış göstermektedir. Gerekli değerlendirme ve önleme çalışmaları yapılmadığı taktirde ve bu durumlar kazaya zemin hazırlamaktadır.[10,14]

2. Trafik Kazaları

Her yıl yaklaşık 1,19 milyon kişi trafik kazaları nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Trafik kazalarında yaşlı yetişkinler öncelikli risk grubunda yer almasa da, yaşlılık dönemi için trafik kazaları önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.[15]

Dünyanın en yaşlı ülkelerinden biri olan İspanya'da, 2019 yılında tüm yaya ölümlerinin %70'ini yaşlılar oluşturmuştur.[16] Yapılan bir çalışmada Türkiye'de de benzer şekilde trafik kazasında geçiren 65 yaş üstü bireylerin %65,1'inin yaya olduğu belirlenmiştir.[17] Trafik kazaları açısından yaşlı yetişkinlerde görülebilen bilişsel tepki süresinde yavaşlama ve hareket kısıtlılığı gibi fiziksel nedenlerden dolayı karmaşık sürüş koşulları (kavşaklar ve okul bölgeleri gibi trafik ve kural yoğun bölgeler gibi) yaşlı yetişkin sürücülerin karıştığı kaza riskiyle pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir.[18] Ayrıca yaşlı yetişkin erkek sürücülerin riskli davranışlara eğilimli olmaya devam etmesi de bir diğer risk faktörü olarak değerlendirilmektedir.[19]

Raporun bu bölümde yaşlılık dönemi için halen büyük bir problem olan kazalara ilişkin Türkiye'de yapılan bazı çalışma ve değerlendirmelere yer verilmiştir (**Tablo 1**).

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan yaşlılık dönemindeki kazaların birçoğu önlenebilir niteliktedir. Konuya ilişkin yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu kazaları önlemeye ilişkin müdahalelerin etkisini ortaya koymaktadır.[26–30] Yaşlılık döneminde kazaları önlemek için risk faktörlerine yönelik kişiye özgü, sistematik klinik ve çevre değerlendirmesi ve belirlenen risklere yönelik çok faktörlü risk azaltma uygulamaları yapılmalıdır. Müdahalelerden bazıları:[7,8,13,31,32]

- Bacak gücünü ve dengeyi geliştirmeye yönelik fonksiyonel egzersizler
- Denge-kuvvetlendirme ve koordinasyon egzersizleri
- Psikotrop ilaçların azaltılması veya kesilmesi
- D vitamini eksikliği olanlar için D vitamini takviyeleri
- Sosyal çevre ve destek durumunun sorgulanması
- Yaşlı yetişkinlerin ve onlara bakan kişilerin kaza nedenleri konusunda farkındalığının arttırılması
- Yaşlı bireylerin evinde ve çevresinde değerlendirme ve değişiklikler ile uygun hale getirilmesi
- Ev güvenliği listeleri ve ergonomiye uygun iç mekân çözümleri oluşturulması
- Ev güvenlik kontrol listelerinin oluşturulması
- İhtiyaç halinde yürüteç, işitme cihazı, baston gibi yardımcı cihaz kullanımının desteklenmesidir.

Dünyada özellikle düşmeyi önlemeye yönelik çok sayıda kılavuz ve program oluşturulmuştur. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) tarafından geliştirilen ve yaşlılık döneminde düşmeleri önlemek için tarama, değerlendirme ve müdahale boyutlarını olan, konuya ilişkin klinik kaynaklar ve videolar içeren STEADI (Yaşlı Kazalarını, Ölümlerini ve Yaralanmalarını Durdurun) girişimi buna örnektir.[26,33]

Türkiye'de yaşlılık döneminde kazaları önlemeye yönelik kapsamlı bir rehber, ulusal bir politika bulunmamakla birlikte, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021-2026 hedefleri arasında 'Toplumun olası hastalıklara ve kazalara karşı yazılı ve görsel iletişim araçları ile bilgilendirilmesi' hedefi yer almaktadır.[34] Ayrıca 2021 yılında yayınlanan Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu'nda güvenli ev ortamı bölümünde kazaların önlenebilir boyutuna değinilmiş, özellikle ev kazalarına yönelik güvenlik listesi ve konut içi düzenlemeler başlığı altında önerilere yer verilmiş, konu hakkında farkındalık çalışmalarının yapılmasına yönelik hedefler oluşturulmuştur.[35]

Tablo 1. Türkiye'de konuya ilişkin son beş yılda yayınlanan bazı çalışmalar

Yayın türü	Yayın yılı	Çalışma özeti
Araştırma makalesi[17]	2020	Eskişehir 1997-2016 arasındaki 20 yıllık dönemde adli nitelikli ölümlerden 65 yaş üstü kişilerde trafik kazasına bağlı olan olgular incelenmiş, 413 yaşlı yetişkinin trafik kazası sonucun öldüğü raporlanmıştır. Hayatını kaybedenlerin %77,7'sinin erkek, %65,1'inin (n=272) yaya olduğu belirlenmiştir.
Araştırma makalesi[20]	2024	1 Haziran 2019 ile 30 Haziran 2023 tarihleri arasında iş kazası nedeniyle acil servise başvuran 65 yaş ve üzeri hastalar retrospektif olarak incelenmiş, iş kazası geçiren toplam 92 yaşlı yetişkin olduğu tespit edilmiştir. En sık görülen kaza yaralanması kesik, (%37) ve en sık etkilenen vücut kısımları üst ekstremite (%42,4) olarak raporlanmıştır. Torasik travması olan, yüksekten düşme sonucu yaralanan ve daha yüksek yaralanma şiddeti skoruna sahip hastaların acil servis ve hastanede kalış süreleri anlamlı derecede daha uzun bulunmuştur.
Sistematik Derleme ve Meta-analiz[21]	2021	Ocak 2009 ile Kasım 2019 tarihleri arasında yaşlı hastalarda yürütülen ve yaşlı cerrahi hastalarında düşme risk faktörlerini araştıran meta-analizde, yaşlı cerrahi hastalarında düşmelerin oldukça yaygın bir halk sağlığı sorunu olduğu, kronik hastalıkların ve daha önce düşme öyküsünün yaşlı hastalarda düşme için son derece yüksek bir risk oluşturduğu ve yaşın veya yürüyüşü kısıtlayan bir durumun yaşlı hastalarda düşme için herhangi bir risk oluşturmadığı belirlenmiştir.
Araştırma makalesi[22]	2022	Yaşlılarda Düşme Davranışı Ölçeği ve DSÖ Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Modülü alt ölçeği ve toplam puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde, yaşlı bireylerin düşmeleri önlemek için güvenli/koruyucu davranış benimsedikleri ve yaşam kalitesiyle ilgili sosyal katılımları arttıkça düşmelerle ilgili davranışlarının azaldığı belirlenmiştir.
Araştırma makalesi[23]	2025	Ocak-Haziran 2024 tarihleri arasında dahiliye polikliniğinde takip edilen 65 yaş ve üzeri 242 Tip 2 diyabet hastasının %41,3'ünün bir önceki yılda en az bir kez düştüğü tespit edilmiştir. Yaş ve diyabet süresi düşmeyle ilişki bulunmuştur. Ayrıca düşme riski, hastaneye yatış, yetersiz beslenme, osteoartrit, polifarmasi, nöropati ve hipoglisemi dahil olmak üzere çeşitli faktörlerle bağlantı olduğu tespit edilmiştir.
Bildiri-özgün araştırma[24]	2024	Manisa ilinde bir kentsel ASM bölgesinde 65 yaş ve üzeri kişilerde düşme sıklığı ve düşmeyi etkileyen faktörler inceleyen çalışmada katılımcı olan 268 kişinin %34,8'ü son bir yıl içinde düştüğünü, %30,9'u ise en az iki kez düştüğünü belirtmiştir. Düşmelerin %44,7 ev içinde gerçekleşmiştir. Düşme riskinin; yaş artışıyla, kadın cinsiyetle, yalnız yaşamayla, gelirin giderden az olmasıyla, kırılganlık ve bağımlı olma durumuyla arttığı tespit edilmiştir.
Bildiri-Sistematik Derleme ve Meta-analiz[25]	2023	Türkiye'de 2010-2021 yılları arasında yaşlılarda düşme sıklığını araştıran 49 çalışma değerlendirilmiş, birleştirilmiş prevalans %33,0 olarak hesaplanmıştır. Tekrarlayan düşmelerde yığılımlı prevalans %13,0 olarak bulunmuştur. En sık tespit edilen risk faktörleri ileri yaş, kadın cinsiyet, yürürken yardımcı araç kullanmak, polifarmasi, kronik hastalık öyküsü ve denge ölçek puanlarında iyi skora sahip olmamak olarak tespit edilmiştir.
Bildiri-Sistematik Derleme ve Meta-analiz[25]	2023	Türkiye'de 2010-2021 yılları arasında Türkiye'de yaşlılarda denge durumunun artırılması ve düşmelerin engellenmesi amacıyla yapılmış fiziksel aktivite programları ile ilgili 25 randomize kontrollü müdahale çalışması değerlendirilmiş, Meta-analiz sonucuna göre Türkiye'de yaşlı bireylerde denge durumunun artırılması amacıyla yapılan fiziksel aktivite çalışmalarının birleştirilmiş standartlaştırılmış ortalama farkı 0.687 (%95 GA;0.467-0.906) olarak hesaplanmıştır. Çalışmalardan en büyük etkinin görüldüğü çalışmalar multikompanent (denge-kuvvetlendirme ve koordinasyon) egzersizleri, tai chi egzersizleri ve pilates egzersizleridir. Yaşlılarda denge durumunun artırılması amacıyla gerçekleştirilmiş müdahale süresi uzadıkça denge puan ortalamaları farkında artış olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak kazalar dünyada olduğu gibi Türkiye'de de yaşlılık döneminin önde gelen sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. Son beş yılda ülkemizde yapılan çalışmaların sayısı önceki yıllara göre görece azalmış olsa da konunun öneminde herhangi bir değişiklik olmadığı göz önünde bulundurulduğunda, konuya ilişkin farkındalık ve önlemeye yönelik girişimlerin artarak devam etmesi bir gerekliliktir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2025 Oct 12]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.
2. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Yaşlılar, 2024 [Internet]. [cited 2025 Oct 12]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2024-54079.

3. İşsever H, Atak M. Kazalar ve Yaralanmalar. Halk Sağlığı Bugün ve Her Zaman. 2024;289–314.
4. World Health Organization. Injuries and violence [Internet]. Geneva: WHO; 19 June 2024 [cited 2025 Oct 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence.
5. Hill L, Moran R. Older Adults and Unintentional Injury. Med Clin North Am [Internet]. 2023;107(6):1001–10. Available from: https://doi.org/10.1016/j.mcna.2023.05.011
6. Yang S lan, Zhang L lang, Zhu X, Tu J xin, Huang H lang, Yu C, et al. Big data on the prevalence of injury deaths among 187 488 elderly Chinese in the past 20 years (2000–2020): a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr [Internet]. 2023;23(1):1–13. Available from: https://doi.org/10.1186/s12877-023-04056-0
7. Colón-Emeric CS, McDermott CL, Lee DS, Berry SD. Risk Assessment and Prevention of Falls in Older Community-Dwelling Adults: A Review. Jama. 2024;331(16):1397–406.
8. World Health Organization. Falls [Internet]. Geneva : WHO; 26 Apr 2021 [cited 2025 Oct 11]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/fall.
9. Lim SK, Choi K, Heo NH, Kim Y, Lim JY. Characteristics of fragility hip fracture-related falls in the older adults: A systematic review. J Nutr Heal Aging [Internet]. 2024;28(10):100357. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jnha.2024.100357
10. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023 [Internet]. Ankara: TÜİK; May 2024 [cited 2025 Oct 15]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profili-Arastirmasi-2023-53809.
11. Asilkan Kaldik G, Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO B, Bakım Hizmetleri Bölümü S, Bakımı Programı Y, yazar S. Yaşlıların Karşılaşabileceği Kaza ve Düşmelerin Nedenleri ve Önlenmesi. Mas Japs [Internet]. 2022;7:1294–302. Available from: http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7512978
12. Zhao Y, Xie D, Zhang C, Wang H, Zhang B, Liu S, et al. Analysis of factors influencing fall risk among elderly people in rural of China. Sci Rep [Internet]. 2024;14(1):1–8. Available from: https://doi.org/10.1038/s41598-024-60430-x
13. BOZOTKAYASAN D, ÖZKAN F. Differences in Fear of Falling, Risk of Falling, Behavior of Falling and Dependence on Care among Older People Living in Nursing Homes and Homes: Descriptive Comparative Research. Halk Sağlığı Hemşireliği Derg. 2022;4(1):28–42.
14. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Cinsiyete göre engellilik ve yaşlılıkla ilgili göstergeler, 2012-2022 [Internet]. Ankara: TÜİK; 2024 [cited 2025 Oct 15]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=engelli.
15. World Health Organization. Road traffic injuries [Internet]. Geneva: WHO; 13 Dec 2023 [cited 2025 Oct 11]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries.
16. Gálvez-Pérez D, Guirao B, Ortuño A. Analysis of the elderly pedestrian traffic accidents in urban scenarios: the case of the Spanish municipalities. Int J Inj Contr Saf Promot [Internet]. 2024;31(3):376–95. Available from: https://doi.org/10.1080/17457300.2024.2335482
17. Karbeyaz K, Balcı İ, Şimşek Ü. A 20 years analysis of fatal traffic accidents in elderly; Eskisehir Turkey. Osmangazi Journal of Medicine. 2020;42(3):282-288. doi:10.20515/otd.512471.
18. Lee J, Gim THT. A spatial econometrics perspective on the characteristics of urban traffic accidents: focusing on elderly drivers' accidents in Seoul, South Korea. Int J Inj Contr Saf Promot [Internet]. 2020;27(4):520–7. Available from: https://doi.org/10.1080/17457300.2020.1817945
19. Cordellieri P, Piccardi L, Giancola M, Giannini AM, Nori R. On the Road Safety: Gender Differences in Risk-Taking Driving Behaviors Among Seniors Aged 65 and Older. Geriatr. 2024;9(5).
20. Guru S, Ozensoy HS, Erturk N, Orun S, Ceyhan MA. Analyses of the characteristics and prognosis of elderly patients visiting a high-capacity Turkish emergency department due to an occupational accident: a cross-sectional study. BMC Geriatr. 2025;25(1).
21. Hacıdursunoğlu Erbaş D, Çınar F, Eti Aslan F. Elderly patients and falls: a systematic review and meta-analysis. Aging Clin Exp Res [Internet]. 2021;33(11):2953–66. Available from: https://doi.org/10.1007/s40520-021-01843-w
22. Durgun H, Turan N, Kaya H. Relationship between fall behavior and quality of life of elderly individuals. Psychol Heal Med [Internet]. 2022;27(6):1366–72. Available from: https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1883686
23. Bayrak M, Kaşali K, Güner M, Cadirci K, Kılıç AF, Binici DN. Risk factors influencing fall risk in geriatric patients with type 2 diabetes: a comprehensive analysis. Aging Male [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 17];28(1). Available from: https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13685538.2025.2469614
24. 8. Uluslararası 26. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Kongre Kitabı 2024 [Internet]. Antalya: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; 2024 [cited 2025 Oct 15]. Available from: https://uhsk.org/2024/dosya/kongre_kitabi.pdf.
25. 7. Uluslararası 25. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Kongre Kitabı 2023 [Internet]. Antalya: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; 2023 [cited 2025 Oct 15]. Available from: https://uhsk.org/2023/dosya/uhsk2023-kongre-kitabi.pdf.
26. Comparing Clinical Guidelines for Preventing Falls in the Elderly. Am J Nurs. 2022;122(3):15.
27. Palvanen M, Kannus P, Piirtola M, Niemi S, Parkkari J, Järvinen M. Effectiveness of the Chaos Falls Clinic in preventing falls and injuries of home-dwelling older adults: A randomised controlled trial. Injury. 2014;45(1):265–71.
28. Dautzenberg L, Beglinger S, Tsokani S, Zevgiti S, Raijmann RCMA, Rodondi N, et al. Interventions for preventing falls and fall-related fractures in community-dwelling older adults: A systematic review and network meta-analysis. J Am Geriatr Soc. 2021;69(10):2973–84.
29. Alsaqer H, Rababah JA, Al-Hammouri MM, Barbarawi MM, Suliman M. The Effect of the Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries Program on Falls

Prevention in Neurosurgical Patients. J Neurosci Nurs. 2024;56(3):92–8.

30. Lima RBDS, Barbosa RGB, Diniz JL, Costa J da S, Marques MB, Coutinho JFV. Three-dimensional Educational Technology for the prevention of accidents caused by falls in the elderly. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 5):1–7.
31. Korkmaz M, Korkmaz D. Ev Kazalarında ve Düşmelerde Yaşlı Bireylere Yönelik Hemşirelik Bakımı Nursing Care for Elderly Individuals in Home Accidents and Falls. 2022;7(December):629–36.
32. Balcı E. Yaşlılıkta Kazalar ve Önlenmesi. 2021;35–40.
33. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Older adult fall prevention [Internet]. Atlanta: CDC; 2024 [cited 2025 Oct 14]. Available from: https://www.cdc.gov/steadi/index.html.
34. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021–2026 [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2021 [cited 2025 Oct 11]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-h.
35. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB). Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar ve Kısa-Orta Vadeli Çözümler [Internet]. Karan MA, Satman İ, editors. İstanbul: TÜSEB; 2021 Dec [cited 2025 Oct 11]. Available from: https://hsgm.saglik.go.

Yerel Yönetimlerin Yaşlılara Yönelik Hizmetleri

Pınar Okyay

Yerel yönetimlerin yaşlılara yönelik hizmetlerinin dayanağını oluşturan en temel mevzuat T.C. Anayasasıdır.[1] Devletin şeklini tanımlayan Anayasamızın 2. maddesinde en son tanımlama "sosyal devlet" niteliğidir. Bu nitelik yaşlıların korunması ve desteklenmesini de kapsar. Yine, kanun önünde eşitlik ile ilgili 10. Maddesinde "Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir." ifadesi ile yaş ayrımcılığının önüne geçilmektedir. Anayasa, 56. Maddesi ile herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı ile sağlık hizmetlerinden yararlanması ile 60. maddesi ile de sosyal güvenlik hakkı güvence altına alınmıştır.

Anayasal dayanaklardan sonra yerel yönetimlerin yaşlılara yönelik hizmetlerinde temel yasal dayanağı 5393 sayılı Belediye Kanunudur.[2] Belediye Kanununda belediyelerin görev ve sorunluluklarının tanımlandığı madde 14. maddedir. Bu maddede belediyelerin sosyal hizmet ve yardım görevi tanımlanmıştır. Ayrıca, hizmet sunumunda yaşlılara da uygun yöntemlerin gerekliliğini tanımlar. Belediye hizmetlerine gönüllü katılımın tanımlandığı 77. Maddede ise, yaşlılara yönelik hizmetlerin yapılmasında beldede dayanışma ve katılımı sağlamak, hizmetlerde etkinlik, tasarruf ve verimliliği artırmak amacıyla gönüllü kişilerin katılımına yönelik programların uygulaması yer alır.

5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununda da büyükşehir ve ilçe belediyelerine benzer görevler yüklenmiştir.[3] Bu kanunda konuyla ilgili ilçe belediyelerinin görev ve sorumlulukları içeren de 7. maddedir. Bu madde ile yaşlılara yönelik sosyal ve kültürel hizmetler ile yaşlılara yönelik tesislerin kurulması ve işletilmesi görevler arasında sayılmıştır.

Yerel yönetimlerin yaşlılara yönelik hizmetleri, yukarıda tanımlanan mevzuata uygun olarak sosyal devlet ilkesi gereği bir sosyal politika gerektirir ve hak temelli olarak yürütülür. Bu hizmetlerle amaçlanan yaşlıların iyilik halini desteklemektir. Bu da onların temel ihtiyaçlarını karşılarken sosyal yaşamlarının desteklenmesi ve sosyal katılımın arttırılarak hayatlarının zenginleştirilmesi ile olur. Sunulan hizmetler bu amaca hizmet edecek şekilde sosyal destek, danışmanlık, sosyal aktivite, evde bakım, evde sağlık ve barınma gibi çok çeşitlidir.

Yerel yönetimler tarafından yaşlılara yönelik sürdürülen hizmetler birkaç başlıkta toplanabilir. Bu hizmetlere yaşlıların kendisi, yakınları, komşuları ya da mahalle muhtarları belediyelerin Hemşeri İletişim Merkezi gibi telefon, WhatsApp uygulamaları ya da web ortamlarından başvuru yapılabilir. Belediyenin yapmış olduğu dezavantajlı bölgelerde yoğunlaşan saha ziyaretlerinde tespit edilen yaşlılar da bu hizmetlere dahil edilebilir. Bazen de basın aracılığı ile haber konusu olan kişiye belediye personeli tarafından ulaşılır. Her tespit standart bir sosyal incelemeden geçirilerek değerlendirilir. Bu değerlendirmedeki tespitlere göre yaşlının gereksinim duyduğu hizmet sunulur. Etkinlik ve kursların duyurulması için belediyenin farklı iletişim kanalları kullanılır.

Belediyelerin farklı başlıklar altında faaliyetleri ve bazı uygulama örnekleri aşağıda verilmiştir.

1. Toplumsal Hayata Katılımın Arttırılmasını Hedefleyen Hizmetler

Yaşlılık döneminde yalnızlaşma en önemli sorunlardan biridir. Yaşlıların yaklaşık dörtte birini etkileyen sosyal izolasyon ve yalnızlık, ileriki yaşlarda ruh sağlığı sorunları için temel risk faktörleridir.[4] Yaşlı bireylerin toplumsal hayattan kopmamasını sağlamak yalnızlık ve sosyal izolasyonun önlenmesinde en önemli gerekliliktir.

- **Yaşlı dayanışma merkezleri:** Belediyeler "Yaşlılar Lokali", "Emekliler Lokali", "Emekli Evi", "Sosyal Yaşam Evi", "Saygınlar Kulübü", "Bilge Çınarlar" gibi farklı isimler altında olsa da benzer hizmetler sunmaktadırlar. Bu merkezlerde yaşlılara yönelik sosyal etkinlikler, kurslar, hobi atölyeleri gibi etkinlikler düzenlenir.
    - o *İzmir Büyükşehir Belediyesi Sağlıklı Yaş Alma ve Dayanışma Merkezi*: 2007 yılında kapılarını açan merkez, 55 yaş ve üzeri, evinde yaşayan yaşlılara, bir araya gelebilecekleri, sosyal ve fiziksel aktivitelerini artırabilecekleri bir merkez olarak hizmet veriyor.[5]
    - o *Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi*: 5 Eylül 1994 tarihinde kurulmuştur. Merkezde sosyal hizmetler, sağlık hizmetleri, bakım hizmetleri gibi birçok hizmet toplanmıştır.[6]
- **Kültürel, sportif faaliyetler ile hayat boyu öğrenme kursları:** Yaşlı bireylerin sosyal, kültürel etkinlikler ile turizm, rekreasyon ve sportif faaliyetlere katılımının teşvik edilmesi belediyelerin faaliyetleri arasındadır. Belediyeler aynı zamanda yaşlı bireylere yönelik hayat boyu öğrenme fırsatları sunarlar. Bu amaçla belediyeler, geziler, spor etkinlikleri, sinema-tiyatro günleri, resim, müzik, el sanatları kursları gibi etkinlikler ile halk eğitim merkezleri veya belediye akademileri aracılığıyla dijital okuryazarlık gibi konular başta olmak üzere eğitim programları düzenlerler.

  Üçüncü Yaş Üniversitesi yaşlılara yönelik hayat boyu öğrenme ve sağlıklı yaş alma felsefesi ile geliştirilmiş bir öğrenme modülüdür.
    - o *İzmir Büyükşehir Belediyesi 3. Yaş Üniversitesi* Ege Geriatri Derneğinin işbirliği ile gerçekleştirilmektedir. Eğitimler gönüllü öğretim üyeleri ve belediyenin çalışanları tarafından verilmektedir.[7]

  Bunların yanı sıra, belediyeler yaşlılarda daha yaygın olan düşük okuryazarlığın artırılması için okuma-yazma kursları açarlar.
- Çankaya Belediyesi, bölgesindeki kadınlardan gelen talep doğrultusunda okuma-yazma kursu açmaktadır. Bu kurs 20 yıldır düzenli olarak verilmektedir. 2024 yılı kursunu 45- 80 yaş aralığındaki 13 kadın başarı ile tamamlayarak ilkokul diploması yerine geçen 2.Kademe Okur-Yazar Belgesini almaya hak kazanmıştır.[8]
- Yaşlılar için düşük dijital okuryazarlık önemli bir sorundur. Karşıyaka Belediyesi, Habitat Derneği iş birliğiyle 65 yaş üstü vatandaşların hayatını kolaylaştıracak bir çalışma başlattı. Çoğu zaman dijital mecraları kullanamadıkları için büyük zorluk çeken ve saatlerce kuyruklarda bekleyen ileri yaştaki vatandaşlara, Dijital Finansal Okuryazarlık Eğitimi veriliyor.[9]

2. Sosyal Destek Hizmetleri

Yerel yönetimlerin en yaygın uygulamaları arası sosyal destek hizmetleri bulunmaktadır.

- **Evde bakım hizmeti:** Yaşlıların ev temizliği, kişisel bakım, gibi ihtiyaçlarının belediye ekipleri tarafından karşılanmasıdır. Mobil ekipler aracılığı ile ev ziyareti yapılır. Yaşlının ihtiyacı doğrultusunda vücut temizliği, tırnak bakımı, saç kesimi, ev temizliği, küçük onarım gibi konularda hizmet sağlanır. Bu hizmetler kimi belediyelerde evde sağlık hizmeti ile birlikte sunulur.
    - o Gaziantep Büyükşehir Belediyesi Evde Yaşama Destek Birimi tarafından 65 yaşın üzerinde olup, bakıma muhtaç yaşlıların evinde hizmet veriliyor. Tespit edilen eve gidiliyor ve ihtiyaç sahibi kişinin; ev temizliği, küçük ev onarım tamiratı/tadilatı, çamaşırın yıkanması ve ütülenmesi, halıların temizlenmesi, traş yapılması, terzi hizmeti, vücut temizliği ile ev temizliği yapıyor.[10]
- **Sıcak yemek / aşevi hizmeti:** Ekonomik durumu yetersiz olan yaşlılara düzenli sıcak yemek ulaştırılması.

  Yaşlıların sıcak yemek yapabilme kapasiteleri azalabilmekte; günlerce sıcak yemek yemeden geçirmekte olan yaşlılar bulunmaktadır.
    - o İstanbul Büyükşehir Belediyesi Gezici Aşevleri Hizmeti ile sosyal ve ekonomik dezavantajlı mahallelere ulaştırılan sıcak yemek doğrudan ihtiyaç sahiplerine sunuluyor.[11]
- **Sosyal yardım destekleri:** Yakacak, gıda kolisi, hijyen malzemesi gibi ayni yardımlar veya nakit destek programları.
    - o Şanlıurfa Büyükşehir belediyesinde oluşturulan Gıda Bankası ile muhtaçlığı belirlenen yaşlılara da gıda yardımı yapılmaktadır. Yardım paketinde, köftelik ve pilavlık bulgur, pirinç, sıvı yağ, çay, toz şeker, makarna, kuru fasulye, nohut, kırmızı mercimek, gibi gıda ürünleri bulun-

maktadır. Yalılar kendine verilen "gıda bankası kartı" ile kent merkezinde bulunan Gıda Bankasından almakta ya da yardım paketleri bankaya gelemeyecek kadar yaşlı veya engelli vatandaşların evlerine ulaştırılmaktadır.[12]

3. Sağlık ve Rehabilitasyon Hizmetleri

Belediyeler, yaşlıların sağlıklarını korumak ve yaşam kalitelerini artırmak amacıyla evde sağlık hizmetleri, hasta nakil ambulansı, diyet ve beslenme danışmanlığı, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, akılcı ilaç kullanımı danışmanlığı gibi çeşitli sağlık hizmetleri sunar.

- **Evde sağlık hizmeti:** Hemşire, doktor veya sağlık personeli desteğiyle periyodik sağlık kontrolleri yapılması, yara bakımı ve ilaç takibi gibi sağlık hizmetlerinin yaşlıların ev ortamında sunulması ve danışmanlık hizmetlerini içerir.
  - İstanbul Büyükşehir belediyesi Evde sağlık Hizmeti, İstanbul'da yaşayan hasta veya bakıma muhtaç bireylerin ve yakınlarının, yaşadıkları ortamda, sağlık, bakım ve rehabilitasyon gereksinimlerinin karşılanmasıdır.[13]
- **Sağlık taramaları:** Göz, diş, tansiyon, diyabet gibi periyodik kontrollerin ücretsiz yapılması gibi hizmetleri içerir.
  - Pursaklar'ın Dedelerine Sağlık Taraması adı altındaki hizmette, Pursaklar Belediyesi'ne bağlı Dede Torun Evlerine gelen dedelere yönelik düzenlenen sağlık seminerinin ardından, genel sağlık taraması yapıldı. Yaşlılara yönelik düzenlenen programda uzman doktorlar tarafından Pursaklar'ın dedelerinin; tansiyonlarına, şekerlerine bakılıp ağız ve diş sağlıkları kontrol edildi.[14]
- **Fizyoterapi ve rehabilitasyon merkezleri:** Hareket kısıtlılığı olan yaşlılar için destekleyici egzersiz ve terapi programları.
  - Antalya Büyükşehir Belediyesine bağlı Aktif Yaşlı Hizmet Merkezi, yaşlı bireyleri spor, fizik tedavi, sanat ve sosyal aktivitelerle buluşturmaktadır.[15]

Yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri verilen yerlerin çoğunda belediyeler yalnız yaşayan yaşlılar için sosyal hizmet uzmanı veya psikolog desteği de vermektedir. Yaşlılara yönelik psikososyal destek onların yaşam kalitesi yönünden çok değerlidir.

Bunların dışında Türkiye'nin tek belediye hastanesi durumundaki İzmir Büyükşehir Belediyesi Eşrefpaşa Hastanesi yaşlılara yönelik ulaşılabilirliği arttırmak için çalışmalarını sürdürmektedir. Yaşlılara randevu önceliğine ek olarak özel bir telefon hattı ile randevu ve işlem bilgileri desteklenmekte ve hastanede gerektiği durumlarda yaşlılara eşlikçi sağlanmaktadır. Eşrefpaşa Hastanesinin palyatif bakım merkezi de ağırlıklı olarak dezavantajlı yaşlı hastalara hizmet vermektedir.[16]

4. Yaşlı Bakım ve Huzurevi Hizmetleri

Belediyeler özellikle dezavantajlı hemşerilerine hizmet vermek üzere huzurevleri ve gündüz yaşam evleri hizmeti vermektedir. Bu merkezler **t**am veya yarı zamanlı barınma, sağlık ve sosyal hizmetlerin sunulduğu merkezlerdir.

- İzmir Büyükşehir Belediyesi Buca Sosyal Yaşam Kampüsü - Zübeyde Hanım Huzurevi Türkiye'nin en büyük huzurevlerindendir. 425 kişi kapasiteli, 60 yaşın üzerindeki sosyal ve ekonomik yoksunluk içinde bulunan, bakıma muhtaç, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yerine getirebilen, akıl sağlığı yerinde olan yaşlıların, huzur ortamı içinde bakılması, korunması, sağlık yönüyle kontrol altında tutulması, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının giderilmesini amaçlayan bir sosyal hizmet kuruluşu olarak görev yapmaktadır.[17]

5. Ulaşım ve Mekânsal Düzenlemeler

Yapılı çevre, ulaşım sistemleri ile bilgi ve iletişim teknolojilerinde erişilebilirliğin yaygınlaştırılması ile ilgili yaşlılara yönelik düzenlemeler ile ilgili hizmetler belediyelerin pek çoğu tarafından verilmektedir.

Bunlar içinde 65 yaş üstü vatandaşlara toplu taşımada ücretsiz veya indirimli seyahat hakkı ve hareket güçlüğü çeken bireyler için özel araçlarla yaşlı ulaşım desteği çok yaygın uygulamalardır.

Bunun dışında erişilebilir şehir planlaması kapsamında rampalar, yaşlı dostu parklar, dinlenme alanları ve yaya güvenliğini esas alan düzenlemeler her geçen gün artmaktadır.

6. Diğer Hizmetler

Yukarıda bahsedilen hizmetler dışında, belediyeler farklı hizmetler de verebilmektedir.

Örneğin, otogarlarda Ankara Büyükşehir Belediyesi AŞTİ Yaşlı Dinlenme Salonu ile yolculuk yapan yaşlılara dinlenme, çay, gazete okuma imkânı sunar. İstanbul Büyükşehir belediyesi İstanbul Senin Uygulaması Üzerinden Randevu sistemi yaşlılar için kolay erişimli

dijital destek hattıdır. Bursa Yaşlı Refakat Merkezi üzerinden yaşlıların hastane randevularına ulaşım ve refakat desteği sunulur. Bursa Gönüllü Ziyaret Programları ile üniversite öğrencileriyle yaşlı bireyleri buluşturan sosyal sorumluluk projeleri gerçekleştirilmektedir. Bu örnekler çoğaltılabilir.

Yeni yaygınlaşan hizmetler de bulunmaktadır. Belediyelerde yaşlıların sosyal hakları, şiddet ve istismar durumlarında danışmanlık desteği vermek üzere birimler kurulmaya başlanmıştır. Acil ihtiyaç veya yardım çağrısı için 7/24 hizmet veren telefon hatları bulunmaktadır.

Belediyelerin tüm politika ve planlarının yaşlı dostu olarak planlanması da önem taşımaktadır. Özellikle afet planlamasında yaşlı bireylerin özellikli durumları sıklıkla yer almaktadır. Bu ve benzeri politikaları yaşlı dostu kent politikaları geliştirmek üzere belediye meclislerinde ya da Kent Konseylerinde "yaşlı meclisleri" veya "danışma kurulları" oluşturulması yaygınlaşmaktadır.

7. Yaşlı Dostu Şehirler Ağı

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2010 yılında kurulan Yaşlı Dostu Şehirler ve Topluluklar Küresel Ağı, yerel yönetimlerin yaşlılık sürecini daha kapsayıcı ve planlı bir şekilde ele almasını teşvik eden uluslararası bir girişimdir. Bugün itibarıyla 60 ülkeden 1700'ü aşkın şehir ve topluluk bu ağın bir parçası haline gelmiştir. Ağa üye şehirler, yaşlı bireylerin toplumsal hayata tam katılımını desteklemeyi, aktif ve sağlıklı yaşlanmayı teşvik etmeyi ve bunun için yerel düzeyde etkili adımlar atmayı taahhüt etmektedir.[18]

Haziran 2025 itibari ile Türkiye'den ağa üye olan belediyeler, büyükşehir belediyeleri olarak İzmir ve Mersin ile ilçe belediyeleri olarak da Beşiktaş (İstanbul), Bornova (İzmir), Kadıköy (İstanbul), Muratpaşa (Antalya) ve Seyhan (Adana) belediyeleridir.[18]

8. Sonuç

Yerel yönetimlerin yaşılar ile ilgili hizmetleri çok sayıdadır; birçok belediye tarafından gerçekleştirilmektedir. Ancak, yaşlı hizmetleri alanında birden fazla kurumun (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, belediyeler, valilikler) yetkili olması uygulamada koordinasyon sorunlarına yol açmaktadır. Bu sorunlar arasında yetki sorunları, görev tanımı belirsizliği ve standart eksiklikleri öne çıkmaktadır. Bu da her belediyenin kendine göre bir model uygulaması ile sonuçlanmaktadır.

Yerel yönetimler açısından yaşlı hizmetlerine ayrılan kaynak yetersizdir. Bütçelerinde bu hizmetlere yönelik özel bir fon bulunmamaktadır. Özellikle araç ve nitelikli personel gerektiren evde bakım ve evde sağlık hizmetleri bu nedenle dar kapsamlı sunulabilmektedir.

Çok sayıda şehir yaşlı dostu olmaktan uzaktır. Şehir planlaması ile fiziksel çevrenin erişilebilir olma düzeyi çok düşüktür. Yaşlıların topluma katılması için en temel koşullar bile yerine getirilememektedir. Yaşlılarda inkontinans yaygındır; ancak tuvalet çok yetersizdir. Kamusal alanlarda dinlenme alanları, gölgelikler ya da dijital erişim desteği de yeterli değildir.

Aslında yol haritası açıktır. Yaşlı dostu kent olmak ile ilgili ağa katılmaktan başlanabilir. Böylece kentler birbirinden öğrenir hale gelir, iyi uygulamalar paylaşılır. İzmir Büyükşehir Belediyesi tarafından hazırlanan "Geleceğin Yaşlı Dostu Kentlerine Dünyadan İyi Uygulama Örnekleri" bu amaçla yayımlanmıştır. [19] Yaşlı dostu şehir yaklaşımı, genel olarak, evde bakım ve sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, sosyal katılım merkezlerinin artırılması, dijital dönüşümle yaşlıların erişimini kolaylaştırma ve yaşlı haklarına duyarlı kent planlamasıdır. Her şehir kendi özelliğe göre bu temellere dayalı bir eylem planı hazırlayabilir. İzmir Büyükşehir Belediyesi İleri Yaş İzmir Eylem Planı buna örnek verilebilir.[20] Sonrasında bu eylemlerin planda tanımladığı üzere izlenmesi ve sürekli geliştirilmesi gerekmektedir. Bu süreçlerin tümünde yaşlı bireylerin katılımı esas olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. T.C. Anayasası. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2709&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5. 26.10.2025 tarihinde ulaşıldı.
2. Belediye Kanunu. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5393&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5. 26.10.2025 tarihinde ulaşıldı.
3. Büyükşehir Belediyesi Kanunu. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5216&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5. 26.10.2025 tarihinde ulaşıldı.
4. WHO. Mental health of older adults. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults. 27.10.2025 tarihinde ulaşıldı.
5. İzmir Büyükşehir Belediyesi Sağlıklı Yaş Alma ve Dayanışma Merkezi. https://www.izmir.bel.tr/tr/SaglikliYasAlmaVeDayanismaMerkezi/38/116. 27.10.2025 tarihinde ulaşıldı.
6. Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi. https://www.ankara.bel.tr/files/7916/2799/6128/Yasllara-Hiz-Merk-Tantm.pdf . 27.10.2025 tarihinde ulaşıldı.
7. İzmir Büyükşehir Belediyesi 3. Yaş Üniversitesi. https://www.izmir.bel.tr/tr/Haberler/3-yas-universitesi-nde-

ikinci-merkez-ikinci-hayat/57138/156. 27.10.2025 tarihinde ulaşıldı.

8. Çankaya Belediyesi Okuma Yazma Kursları. https://www.cankaya.bel.tr/index.php/haberler/cankayali-kadinlar-okuma-yazma-sertifikalarini-aldi. 27.10.2025 tarihinde ulaşıldı.
9. Karşıya Belediyesi Dijital Finansal Okuryazarlık Eğitimi. https://www.karsiyaka.bel.tr/karsiyaka-belediyesinden-65-yas-ustunu-kuyruklardan-kurtaracak-calisma. 27.10.2025 tarihinde ulaşıldı.
10. Gaziantep Büyükşehir Belediyesi Evde Yaşama Destek Birimi. https://www.gaziantep.bel.tr/tr/haberler/buyuksehirden-kimsesi-olmayan-yaslilara-yasam-destegi.27.10.2025 tarihinde ulaşıldı.
11. İstanbul Büyükşehir Belediyesi Gezici Aşevi Hizmetleri. https://sosyalhizmetler.ibb.gov.tr/haberdetay.aspx?ID=9088. 27.10.2025 tarihinde ulaşıldı.
12. Şanlıurfa Büyükşehir Belediyesi Gıda Bankası. https://www.sanliurfa.bel.tr/icerik/43/4/sosyal-yardimlar. 27.10.2025 tarihinde ulaşıldı.
13. İstanbul Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Hizmeti. https://saglik.ibb.istanbul/evde-saglik-hizmeti-2-2/ . 27.10.2025 tarihinde ulaşıldı.
14. Pursakların Dedelerine sağlık Taraması. https://www.antalya.bel.tr/Haberler/HaberDetay/3342/aktif-yasli-hizmet-merkezinde-etkinlikler-yeniden-basladi. 27.10.2025 tarihinde ulaşıldı.
15. İzmir Büyükşehir Belediyesi Eşrefpaşa Hastanesi. https://esrefpasahastanesi.izmir.bel.tr/ . 27.10.2025 tarihinde ulaşıldı.
16. İzmir Büyükşehir Belediyesi Zübeyde hanım Huzurevi. https://www.izmir.bel.tr/tr/ZubeydeHanimHuzurevi/62/114. 27.10.2025 tarihinde ulaşıldı.
17. Yaşlı Dostu Şehirler Ağı. https://www.tbb.gov.tr/sites/default/files/online/dergiler/2025/2025_temmuz_agustos/index.html. 27.10.2025 tarihinde ulaşıldı.
18. Türkiye Belediyeler Birliği. Yaşlı Dostu Şehirler Ağı. İller ve Belediyeler-TBB Dergisi Temmuz-Ağustos 2025. https://www.tbb.gov.tr/sites/default/files/online/dergiler/2025/2025_temmuz_agustos/index.html. 1 Kasım 2025 tarihinde ulaşıldı.
19. İzmir Büyükşehir Belediyesi ve İzmir Planlama Ajansı. Geleceğin Yaşlı Dostu Kentlerine Dünyadan İyi Uygulama Örnekleri. https://izmir.bel.tr/CKYuklenen/Projeler/Salk_leri/tr_dijital_011025_gelecegin-yasli-dostu-kentlerine-dunyadan-iyi-uygulama-ornekleri.pdf . 1 Kasım 2025 tarihinde ulaşılmıştır.
20. İzmir Büyükşehir Belediyesi İleri Yaş İzmir Eylem Planı. https://planizm.com/sites/default/files/2025-01/ileri-yas-eylem-plani_151124_rev8.pdf. 1 Kasım 2025 tarihinde ulaşıldı.

Sağlıklı Yaşlanma İçin Çevre

Atalay Aktuna, Hür Hassoy

Dünya genelinde demografik dönüşüm süreci hızla devam etmekte ve küresel nüfus yaşlanmaktadır. Küresel düzeyde doğumda yaşam beklentisi 2024 yılı itibariyle ortalama 73,3 yıla ulaşmış durumdadır.[1] Günümüzde 830 milyon olan 65 yaş ve üzeri küresel nüfusun, 2050'lerde iki katına çıkarak 1,7 milyara ulaşması beklenmektedir.[2] Üstelik 2050 yılına gelindiğinde küresel yaşlı nüfusun yaklaşık %80'inin Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı öngörülmektedir.[3] Nitekim, Türkiye'de Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2019'da 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı %9,1 iken 2024'te %10,6'ya yükselmiş, son beş yılda %20,7 artışla 9 milyon 112 bin kişiye ulaşmıştır. Dahası, nüfus projeksiyonları, yaşlı nüfus oranının 2030'da %13,5'e, 2040'ta %17,9'a, 2060'ta %27'ye ve 2080'de %33'ün üzerine çıkacağını öngörmektedir.[4] Dolayısıyla sağlık ve sosyal hizmet sistemlerin bu dönüşüme en iyi şekilde hazırlanması, başta Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler olmak üzere, tüm ülkeler için bir zorunluluk ve öncelik haline gelmiştir.

Son yıllarda, demografik dönüşüm süreciyle halk sağlığı gündemindeki başlıca konulardan biri haline gelen "yaşlı sağlığı" gibi, "çevre sağlığı" da gündemde daha fazla yer bulmaya başlamıştır. Hava kirleticilerin çok daha düşük düzeylerde dahi zararlı olduğuna dair kanıtlar nedeniyle Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) 2021 Küresel Hava Kalitesi Kılavuzlarında eşik değerleri ciddi biçimde düşürmesi [5], aynı dönemde Hükümetler Arası İklim Değişikliği Paneli Altıncı Değerlendirme Raporunda iklim değişikliğinin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin ortaya konması[6], 2022 yazında Avrupa'da yaklaşık 62 bin fazladan yüksek hava sıcaklıklarına bağlı ölümün tahmin edilmesi[7], çevre sağlığı alanındaki önemli gelişmeler olarak dikkat çekmiştir. Aynı zamanda tüm bu gelişmeler ve literatür, çevresel faktörlerin yaşlılardaki ağır sağlık ve sosyal yükünü ortaya koymakta, yaşlı nüfusu çevresel faktörler açısından daha duyarlı bir grup olarak tanımlamaktadır.[5–7] Bu nedenle günümüzde yaşlı sağlığı ve çevre sağlığının ortak bir çerçevede, bütüncül bir yaklaşımla ele alınması kaçınılmaz hale gelmiştir.

1. Yaşlılıkta Çevresel Etmenlere Duyarlılık Artışı ve Maruziyet

İlerleyen yaşla birlikte olumsuz çevresel koşulların sağlık üzerindeki tahrip gücü artmaktadır. Yaşlıların çevresel etmenlere karşı gençlere kıyasla daha duyarlı olmasına yol açan mekanizmalar oldukça karmaşık olmakla birlikte başlıca nedenler şu şekilde sıralanabilir.

Fizyolojik değişimler: İlerleyen yaşla birlikte vücudun dengeleyici mekanizmaları zayıflamaktadır. Örneğin terleme, damar genişlemesi gibi ısı düzenleme mekanizmalarının yaşlılarda etkinliği azalmaktadır. Bu nedenle yaşlı bireyler sıcak stresine karşı çok daha savunmasızdır. Benzer şekilde böbrek fonksiyonlarındaki azalma, susama mekanizmasının zayıflaması gibi nedenlerle dehidratasyon riski artmaktadır.[8,9] İmmün sistemin zayıflaması yaşlılarda enfeksiyonlara yatkınlığı yükseltmektedir.[10] Yaşlılıkta akciğer ve solunum yollarının temizleme kapasitesi azalmakta, bu da hava kirliliğinin zararlı etkilerini artırmaktadır.[11]

Kronik hastalık yükü ve çoklu ilaç kullanımı: Yaşlı bireylerde hipertansiyon, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kalp yetmezliği gibi kronik hastalıklar yaygın olarak ve çoğu zaman da bir arada (çoklu kronik hastalık varlığı) bulunmaktadır. Çevresel stresörler (ör. hava kirliliği, aşırı sıcak) hali hazırda var olan bu kronik hastalıkların alevlenmelerine ve kötü seyrine yol açar.[5,6,12] Örneğin hava kirliliği ve aşırı sıcaklıklar özellikle hipertansiyon, obezite, diyabet gibi hastalığı olan yaşlılarda kalp krizi riskini[12,13], KOAH hastalarında akut alevlenmeleri ciddi oranda yükseltmektedir[14]. Benzer şekilde yaşlı bireyler söz konusu kronik hastalıklar sebebiyle çoğu zaman birden

fazla ilaç kullanmaktadır. Bu ilaçların etkileri de çevresel stresörlere duyarlılığı artırabilmektedir. Örneğin diüretik ilaçlar, sıcak havalarda sıvı kaybını artırarak sıcak çarpmasına yatkınlığı artırabilmektedir[15]. Türkiye'de 2023 yılı itibariyle 65 yaş ve üzeri bireylerde herhangi bir kronik hastalığı olanların oranı %78,7'dir. Aynı yılda, yaşlıların %79,8'inin düzenli kullanılan reçete veya raporlu ilacı mevcut iken, bunların %14,5'i ilaçlarını doğru zamanda ve dozda kendi başlarına kullanamamaktadır [16]. 2018'de aile hekimlerince yazılan e-reçetelere dayanan kesitsel bir çalışmada, 65 yaş ve üzerinde polifarmasinin yaygın olduğu; reçete alanların %14,3'ünün yıl içinde en az dört kez ≥5 ilaç aldığı (kronik polifarmasi) ve aylık bazda ≥5 ilaç içeren reçete alma oranının %16,4–%20,7 arasında seyrettiği ortaya konmuştur.[17]

Mobilite ve duyusal fonksiyonlarda azalma: Birçok yaşlı birey hareket kabiliyetinde kısıtlılık yaşar. Yürüme güçlüğü, engellilik veya tekerlekli sandalyeye bağımlılık gibi durumlar, çevresel tehlikeler karşısında savunmasızlığı büyütür. Örneğin, olağandışı durumlarda yaşlıların tahliyesi güçleşir, güvenli yere ulaşmaları zaman alır veya mümkün olmaz.[18] İşitme ve görme gibi duyularının zayıflaması, yaklaşan tehlikeleri fark etmeyi zorlaştırır; ev içinde ve dışında kaza riski artar.[19] Türkiye'de yaşlılarda şiddetli düzeyde işlevsel zorluk çekenler (çok zorlanan ya da hiç yapamayan) görme açısından %10,1, duyma açısından %10,6 ve konuşma açısından %2,2'dir. Yürüme, merdiven çıkma/inmede şiddetli zorluk çekenlerin oranı %27,1, bir şeyler taşıma veya tutmada şiddetli zorluk çekenlerin oranı %29,7'dir. Tüm zorluklarda kadınlarda daha yüksek oranlar görülmektedir. Cinsiyete ve günlük aktiviteye göre değişkenlik göstermekle birlikte, yaşlıların %19,9 ila %3,8'i en az bir günlük aktiviteyi (banyo yapabilme, giyinebilme, tuvaletini yapabilme, yataktan kanepeye geçebilme, tuvaletini tutabilme ve yemek yiyebilme) kendi başına gerçekleştirememektedir.[16]

Sosyal ağlar ve psikolojik etkenler: Yaşlılıkta çevresel tehlikelere karşı tıpkı bir tampona benzetilen sosyal ağlar, iş yaşamından ayrılma, emeklilik, yakınların kaybı ve hareket kısıtlılığı gibi sebeplerle daralabilmektedir. Sosyal desteğin azalması tehdit algısını yükseltip baş etme becerilerini, fonksiyonel işlevleri ve risk iletişimini zayıflatabilmektedir. Bilgi ve kaynak akışına (Örn. erken uyarılar) erişimi azalan yaşlılar, gürültü, hava kirliliği, ısı dalgaları, kalabalık ve yetersiz konut koşulları gibi çevresel tehlikelere daha duyarlı hale gelmektedir.[3,20,21] Türkiye'de yaşlılarda yalnız yaşıyor olma durumu ve depresif belirtiler son derece yaygındır ve topluma katılımları düşük seviyelerdedir. Türkiye'de yaşlıların %20,4'ü (erkeklerin %11,9'u, kadınların %27,'si) yalnız yaşamaktadır.[16] 2024 Aktif Yaşlanma Endeksine göre yaşlıların topluma katılımı %12,5 (Erkeklerde: %11,5; Kadınlarda: %13,3) düzeyindedir.[22] Yaşlıların %34,1'i (erkeklerde: %28,6, kadınlarda: %38,5) hafif düzeyde, %12,1'i (erkeklerde: %7,3, kadınlarda: %16,0) ağır düzeyde depresyonla karşı karşıyadır.[16]

Sosyoekonomik etkenler: Çevresel risklerin yaşlı nüfus içindeki etkileri homojen değildir. Cinsiyet, eğitim, gelir ve bölge gibi etmenlere bağlı olarak çevresel tehlikelere maruziyetlerde ve sonuçlardaki eşitsizlikler görülmektedir. Türkiye'de 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun %55,4'ü kadın, %44,6'sı erkektir ve kadınlar genellikle erkeklere göre daha uzun yaşamaktadırlar.[4] Dolayısıyla, kadınlar yaşamlarının ileri evrelerinde çevresel risklerle daha uzun süre karşı karşıya kalmaktadır. Bunun yanında düşük eğitim seviyesindeki yaşlılar, düşük sosyal statüden kaynaklı maruziyet dezavantajlarının yanı sıra, bunların olumsuz sonuçlarını yönetebilme becerisinde kısıtlılık yaşayabilmektedir.[23,24] Türkiye'de yaşlıların %12,4'ü (%88,2'si kadın) okuma-yazma bilmemekte ve %12,6'sı (%77,5'i kadın) okuma yazma bilmekle birlikte bir okul bitirmemiştir.[16] Gelir durumu yine yaşlıların çevresel risklere maruziyetinde önemli bir sosyal belirleyicidir. Gelir yetersizliği ile karşı karşıya kalan yaşlılar büyük şehirlerde ana yol kenarlarında, endüstriyel bölgelere yakın, yani yüksek maruziyetli bölgelerde daha ucuz konutlar bulunduğundan buralarda ikamet edebilmektedir.[23,24] Geçmişte ağır işlerde çalışmış, mesleki çevresel maruziyeti yüksek mavi yakalı işçiler (madencilik, sanayi vb. sektörlerden emekli olanlar) meslek kaynaklı kronik etkileri yaşlılık dönemine taşıyabilmektedir.[23–25] Bununla beraber, yaşlılık döneminde istihdama katılım istendik bir durum ve aktif yaşlanmanın göstergelerinden biridir.[22] Ancak çalışma yaşamının olumsuz sağlık etkileri, yaşlıların neden ve nasıl çalıştığıyla ilintili olarak ortaya çıkmaya devam edebilir. Türkiye'de emeklilik sonrasında yaşlıların yalnızca %1'i (Erkeklerde: %0,8, kadınlarda: %1,2) tam zamanlı çalışma isteğine sahip iken %11,3'ü (erkeklerde: %18,8'i, kadınlarda: %5,4) halen çalışmaya devam etmektedir. Nitekim, gelirleriyle ihtiyacını karşılamanın zor ve çok zor olduğu bildiren yaşlıların oranları sırasıyla %34,2 (Erkeklerde: %34,2, Kadınlarda: %34,3) ve %13,6'dır (Erkeklerde: %11,9, Kadınlarda: %15,6).[16] Özetle, yaşlı nüfus çevresel maruziyet ile etkilenme düzeyi bakımından kendi içinde farklı katmanları barındırır ve riskler bu grupta birikimli bir yük oluşturur.[23,24] Kadın, düşük gelirli, eğitim seviyesi düşük, yalnız yaşayan veya kırsal/kentsel dezavantajlı

bölgelerdeki yaşlılar çevresel tehlikeler karşısında çoklu kırılganlık yaşamakta ve Türkiye'de yaşlılarda bu çoklu kırılganlık yaygın bir şekilde görülmektedir.

Yaşlılık döneminde başlıca çevresel tehlikeler: Yaşlılık döneminde fiziksel, kimyasal ve biyolojik; tüm çevresel tehlikeler açısından duyarlılık artışı söz konusu olmakla birlikte, kimi çevresel tehlikeler yarattıkları riskin yüksekliği nedeniyle bu grup özelinde öncelikli durumdadır. Yaşlılık dönemi için başlıca çevresel tehlikeler şunlardır:

- **Uygunsuz dış mekanlar ve konutlar:** Konut dışında erişilebilir olmayan kaldırımlar, kırık basamaklar, yetersiz aydınlatma ve asansörsüz binalar; ev içinde kaygan zemin, gevşek halı, merdiven korkuluğu eksikliği ve banyo/tuvalette tutunma yeri yokluğu gibi unsurlar düşme ve yaralanmalara yol açabilmektedir. Diğer bir yandan konuttaki kötü yalıtım, nem-küf ve yetersiz ısıtma/soğutma solunum ve kardiyovasküler sorunlarla ilişkilidir. Konut ve çevrenin uygunsuzluğu dışarı çıkmayı güçleştirerek fiziksel aktiviteyi ve sosyal katılımı azaltarak yaşlıları çevresel tehlikelere daha da duyarlı hale getirebilmektedir.[26]
- **İklim değişikliği (ısı dalgaları ve aşırı soğuklar):** Isı dalgaları dehidratasyon, böbrek fonksiyon bozulmaları, inme ve kalp yetmezliği alevlenmeleri, aşırı soğuklar hipotermi, solunum yolu enfeksiyonları ve kardiyovasküler olaylarla ilişkilidir. Serinleme merkezlerine, gölgelik alanlara veya güvenli ısınma olanaklarına erişimin sınırlı olması maruziyetin süresini uzatarak olumsuz sonuçları şiddetlendirebilmektedir.[6]
- **İç ve dış ortam hava kirliliği:** Dış ortamda PM10/2.5, ozon ve NO_2; iç ortamda tütün dumanı, katı yakıt emisyonları (soba/ocak kaynaklı), gazlı ocak kaynaklı NO_2, küf sporları ve temizlik malzemeleri kaynaklı uçucu organik bileşikler solunum ve kardiyovasküler sistemlerindeki olumsuz etkilerle ilişkilidir. Bu kirleticiler yaşlılık döneminde sık görülen kronik hastalıklar olan, KOAH/astım, pnömoni, aritmiler, kalp yetmezliği ve inmenin var olan sonuçlarını kötüleştirebilir, alevlenmelere yol açabilir.[5,11,13,14] Hava kirliliğine uzun süreli maruziyet bilişsel işlevlerde gerileme ile de ilişkilendirilmektedir.[27]

2. Türkiye'de Yaşlı Sağlığı-Çevre Sağlığı Kesişiminde Güncel Veriler

Türkiye'de yaşlıların çevresel risklerine ilişkin özel olarak gerçekleştirilen bir çalışma olmamakla birlikte, konu hakkında en kapsamlı ve güncel veriler 2023 yılında TÜİK tarafından gerçekleştirilen Türkiye Yaşlı Profili Araştırmasında yer almaktadır. Söz konusu araştırmaya ait Türkiye'de yaşlıların çevresel riskleri hakkında önemli ipuçları ortaya koyan veriler, aşağıda maddeler halinde sunulmuştur[16]:

- Yaşlıların %81,8'i yaşanılan konutun mülkiyetine sahip olmakla birlikte, konutla ilgili harcamaların haneye, %28,5'i çok, %50,9'u biraz yük getirdiğini belirtmektedir.
- Yaşlıların %32,1'i tek konutlu, %51,1'i 3 veya daha fazla konutlu apartmanlarda yaşamaktadır. Konutların bulunduğu binaların %65,3'ü 2000 ve öncesindeki yıllarda inşa edilmiştir.
- Yaşlıların yaşadığı konutların %38,7'si kat kaloriferi, %37'si kömür/odun sobası, %11,8'si doğalgaz/gaz/tüp vb. sobası ve %5,4'ü bina içi merkezi kalorifer sistemi ile ısınmaktadır.
- Yaşlıların yaşadığı konutların %17,5'inde alaturka tipi, %15,9'unde alafranga tipi tuvalet; %1,3'ünde ise banyo bulunmamakta veya konut dışında yer almaktadır.
- Yaşlıların yaşadığı konutların yer aldığı binaların %77,1'inde asansör, %9,2'sinde sıcak su sistemi ve %1,4'ünde elektrik tesisatı bulunmamaktadır. Binaların %60,3'ünde ısı yalıtımı ve %10,3'ünde kanalizasyon sistemi yoktur.
- Yaşadıkları konutların bahçe/site/avlu girişinde veya yolunda yaşlıların en sık karşılaştığı sorunlar merdiven basamaklarının uygunsuzluğu (%13,7) veya kayganlığı (%7,1), rampa/asansör/kaldırma platformunun bulunmaması (%8,4), kapıda eşik bulunmaması (%8,0) ve aydınlatmanın yetersiz olmasıdır (%6,6).
- Yaşadıkları konutla ilgili yaşlıların en sık karşılaştığı problemler sızdıran çatı, nemli duvar, çürümüş çerçeveler (%20,2), elektrik kesintisi (%19,9), ısınma (%15,5), şebeke suyu kesintisi (%15,2), haşere/böcek (%14,6), gürültü (komşular gelen: %6,1, sokaktan gelen: %12,1), karanlık/yetersiz gün ışığı (%10,6) ve kaynaklı problemlerdir.
- Yaşlıların yaşadıkları konutlarda en sık yaşadığı zorluklar banyoda (%10,9) ve tuvalette (%10,7) tu-

Tablo 1. Ulusal eylem planlarında yaşlı ve çevre sağlığı bağlamı

Eylem planı	Strateji	Etkinlikler	Çıktı(Ç)/Sonuç(S) Göstergeleri	Sorumlu(S) / İlgili(İ) Kurumlar ve Kuruluş
Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021-2026, SB[33]	**4.1.** Yaşlılar için ev içi ve dışında güvenli ve sağlıklı çevre koşullarının sağlanması	4.1.1. Yaşlılar için ev içinde ve dışında güvenli ve sağlıklı çevre koşullarının sağlanması konusunda toplumda farkındalık yaratacak eğitim ve materyallerin oluşturulması	Sağlık Bakanlığı Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi'nde yer alan ilgili modül (Ç) İlgili eğitim materyallerinin kullanılması, basılı materyallerin dağıtımı (S)	SB (S) Ü (S) Yİ (S)
		4.1.2. Evde sağlık hizmeti yönetmeliğinin gözden geçirilmesi ve evde sağlık hizmetlerinde güvenli ve sağlıklı çevre oluşturmaya dair personel eğitimlerinin düzenlenmesi	Sağlık Bakanlığı Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi'nde yer alan ilgili modül (Ç) Üniversitelerin ilgili eğitim müfredatlarından oluşan eğitim materyallerinin kullanılması, basılı materyallerin oluşturulması (Ç) İlgili eğitim materyallerinin kullanılması, basılı materyallerin dağıtımı (S)	SB (S) Ü (S)
		4.1.3. Yaşlı bireylere, ev içinde güvenli ve sağlıklı çevre koşullarının sağlanması konusunda sağlık çalışanları tarafından eğitimlerin verilmesi	Konuyla ilgili toplantı tutanakları (Ç) Eğitim verilen yaşlı birey sayısı (S)	SB (S) ASHB (S) Ü (S) STK (S)
Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı 2023-2025, ASHB[35]	**1.1.** Yapılı çevrede erişilebilirliğin yaygınlaştırılması	1.1.1. Erişilebilirlik konusunda kamuda çalışan teknik personele eğitimler verilecektir.	Eğitim Sayısı, Katılımcı Sayısı	ASHB (S) TKKK (İ) TBB (İ) Ü (İ) STK (İ)
		1.1.2. Yerel yönetimlere yönelik farklı temalarda Erişilebilirlik Atölyeleri düzenlenecektir.	Toplantı Sayısı, Katılımcı Sayısı, Rapor Sayısı	ASHB (S) TBB (İ) Ü (İ) STK (İ)
		1.1.3. Kentsel dönüşüm kapsamında yaş dostu kentler başta olmak üzere erişilebilirliğe ilişkin farkındalık çalışmaları yapılacaktır.	Oluşturulan Kamu Spotu Sayısı	ASHB (S) ÇİŞDB (İ) Yİ (İ) STK (İ)
		1.1.4. Erişilebilirlik mevzuat ve standartlarının yeni bir mevzuat çerçevesinde birleştirilmesine yönelik çalışmalar yapılacaktır.	Yeni Sayılan Erişim Sayısı	ASHB (S) CB (İ) Ü (İ) STK (İ)
		1.1.5. Erişilebilirlik kılavuzunun kullanımını güncelleme ve yaygınlaştırılacak çalışmalar yapılacaktır.	Oluşturulan Kılavuz Sayısı	ASHB (S) TKKK (İ) Ü (İ) STK (İ)
		1.1.6. Açık alanlarda erişilebilirlik kılavuzu oluşturulacaktır.	Sempozyum Sayısı, Katılımcı Sayısı	ASHB (S) TKKK (İ) Ü (İ) STK (İ)
		1.1.7. Uygunlaştırılan konut uygulamalarını konusunda sempozyum yapılacaktır.	Uygulama Sayısı, Katılımcı Sayısı, Sonuç Raporu	ASHB (S) TKKK (İ) Ü (İ) STK (İ)
		1.1.8. Yaşlı bakım kuruluşlarında kaza risklerinin azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılacaktır.	Oluşturulan Kılavuz Sayısı	ÇŞİDB (S) ASHB (İ) Ü (İ) STK (İ)
		1.1.9. Yaşlı bakım kuruluşlarında kaza risklerinin azaltılmasına yönelik standartlar oluşturulacaktır.	Düzenlenen Eğitim Sayısı, Katılımcı Sayısı, Oluşturulan Mevzuat Sayısı	Ü (S) STK (S) ASHB (İ) TSE (İ) STK (İ)
		1.1.10. Denetimlerde erişilebilirliğe yönelik olarak Erişilebilirlik Yetki Kişi Sertifikası alınmasının zorunlu hale getirilmesine yönelik mevzuat düzenlenecektir.	Oluşturulan Mevzuat Sayısı	ÇŞİDB (S) ASHB (İ) Ü (İ) STK (İ)

Tablo 1. Ulusal eylem planlarında yaşlı ve çevre sağlığı bağlamı (devamı)

Eylem planı	Strateji	Etkinlikler	Çıktı(Ç)/Sonuç(S) Göstergeleri	Sorumlu(S) / İlgili(İ) Kurumlar ve Kuruluş
Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı 2023-2025, ASHB[35]	**1.2.** Ulaşım sistemlerinin erişilebilirliğinin güçlendirilmesi	1.2.1. Erişilebilir ücretsiz şehir içi transfer hizmetlerinin yaşlı bireyler için geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılacaktır.	Odak Toplantı/Çalıştay Sayısı, Katılımcı Sayısı, Rapor Sayısı	ASHB (S) ÇŞİDB (İ) UAB (İ) STK (İ)
		1.2.2. Erişilebilir taksi uygulamaları konusunda iyi uygulama örneklerine yönelik araştırma yapılacaktır.	İyi Uygulama Örneği Sayısı, Rapor Sayısı	ASHB (S) UAB (İ) STK (İ)
		1.2.3. Yaşlı bireyler için akıllı ulaşım sistemlerinin geliştirilmesine yönelik ihtiyaç analizi yapılacaktır.	Çalıştay/Toplantı Sayısı, Katılımcı Sayısı, Rapor Sayısı	ASHB (S) TBB (S) UAB (İ) STK (İ)
		1.2.4. Ulaşım hizmetlerinde görevli personele yaşlı bireylere yönelik tutum ve iletişim eğitimleri verilecektir.	Eğitim Sayısı, Katılımcı Sayısı	UAB (S) ÇŞİDB (S) ASHB (İ) STK (İ)
		1.2.5. Şehirlerarası ulaşım terminalleri ve mola noktalarında yaşlı bireyler için bilgilendirme ve yönlendirme hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılacaktır.	Toplantı Sayısı, Katılımcı Sayısı, Rapor Sayısı	UAB (S) ÇŞİDB (S) ASHB (İ) STK (İ)
		1.2.6. Ulaşım sistemlerinde dijital okuryazarlığı olmayan yaşlı bireyler için biletleme, bilgilendirme gibi hizmetlere erişimi sağlayan çözümler geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılacaktır.	Toplantı Sayısı, Katılımcı Sayısı, Rapor Sayısı	UAB (S) ÇŞİDB (S) ASHB (İ) STK (İ)
İklim Değişikliğine Uyum Stratejisi ve Eylem Planı 2024–2030, ÇŞİDB	**Stratejik Hedef 3.** Toplumun iklim değişikliğine uyumu için kriz yönetimi anlayışından uzaklaşarak risk yönetimi modeline geçilmesi ve bu kapsamda gerekli olan yasal, kurumsal, idari, bilimsel, beşerî ve finansal kapasitenin güçlendirilmesi	SKL5. İklim değişikliğinin, kırılgan gruplar (yaşlı, çocuk, engelli bireyler) başta olmak üzere toplumun tüm kesimlerinin farklılaşan ihtiyaçları doğrultusunda sosyal hayatlarını nasıl etkilediğine dair analizlerin yapılması ve her bir nüfus grubunun çeşitli ihtiyaçlarını dikkate alarak yerel yönetimler destekli kalkınma programları başlatılması	Tamamlanan analiz sayısı, Desteklenen yerel kalkınma programları sayısı	ASHB (S) ÇŞİDB (İ) STB (İ) Ü (İ) TÜBİTAK (İ) MEB (İ)
İklim Değişikliği Azaltım Stratejisi ve Eylem Planı 2024–2030, ÇŞİDB	**Strateji U-S.2.** Ulaştırma Sektöründe Verimliliğin Artırılması	U-S.2.5. Özel araç kullanımından lastik tekerlekli toplu taşımaya geçişin artırılması Açıklama: Cinsiyet, yaş ve sosyal eşitlik/adalet konusunda destek yaratılacaktır; Toplu taşıma sistem parçalarının (araç, durak, vb.) hareket kısıtlılığı olan kişiler (engelli, yaşlı, hamile, çocuklu bireyler vb.) için erişilebilirlik standartlarına uygunluğu sağlanacaktır.	Kent içi lastik tekerlekli toplu taşıma hat ve frekanslarındaki artış (adet) Lastik tekerlekli toplu taşıma hat kullanımlarındaki artış (yolcu ve yolcu-km) Özel araç kullanımından lastik tekerlekli toplu taşımaya kayma miktarı (yolcu, yolcu-km)	Yİ (S) ÇŞİDB (İ) UAB (İ)
		U-S.2.8. Lastik tekerlekli paylaşımlı/talep güdümlü taşımacılığın teşvik edilmesi Açıklama: Cinsiyet, yaş ve sosyal eşitlik/adalet konusunda destek yaratılacaktır; Toplu taşıma sistem parçalarının (araç, durak, vb.) hareket kısıtlılığı olan kişiler (engelli, yaşlı, hamile, çocuklu bireyler vb.) için erişilebilirlik standartlarına uygunluğu sağlanacaktır.	Yayımlanan paylaşımlı araç/talep güdümlü taşımacılık için mevzuat ve yol haritası Paylaşımlı taşımacılık hizmeti veren kuruluş sayısındaki artış (adet) Paylaşımlı taşımacılık kullanımındaki artış (yolcu, yolcu-km)	Yİ (S) UAB (İ) HMB (İ) ÇŞİDB (İ) ASHB (İ)

SB: Sağlık Bakanlığı, ASHB: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, ÇŞİDB: Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, STK: Sivil Toplum Kuruluşları, TBB: Türkiye Belediyeler Birliği, UAB: Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı, STB: Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, MEB: Milli Eğitim Bakanlığı, HMB: Hazine ve Maliye Bakanlığı, Yİ: Yerel İdareler, Ü: Üniversiteler, TKKK: Tüm kamu kurum ve kuruluşları, CCB: Cumhurbaşkanlığı, TÜBİTAK: Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu

tunma yerlerinin olmaması ve merdiven basamaklarının yüksek gelmesidir (%10,6).

- Yaşlıların %13,4'ü (kadınlarda: %17,1, erkeklerde %8,7) evde yalnızken kendilerini güvende hissetmemektedir.
- Yaşlıların %24'ü (kadınlarda: %28, erkeklerde: %19,1) son 12 ay içerisinde konutun içinde veya dışında en az 1 kez düşmüştür. Düşmeler en sık sokakta yürürken veya karşıdan karşıya geçerken (%32,2), evin odası/salonun (%29,0), banyo veya tuvalette (%17,6), konutun dışındaki herhangi bir binada (%13,8), merdivende (%12,6), yataktan kalkarken veya yatarken (%8,7) ve mutfakta (%7,4) gerçekleşmiştir.
- Yaşlıların %29,1'i (erkeklerde: %19, kadınlarda: %37,1) bir açık alana gidememekte veya faydalanamamaktadır. Yaşlıların açık alanlardan faydalanmamasındaki başlıca nedenler sağlık sorunları (%51,4), vakit bulamama (%30,3), ulaşım sorunları (%7,7), çevre sorunları (%5,8), düşme korkusu (%3,5) ve güvenlik sorunlarıdır (%0,8). En az bir açık alana gidebilen yaşlıların açık alanlarda yaşadığı başlıca sorunlar ise merdiven, rampa ve kaldırımlar/yaya yollarının uygunsuzluğu (%22,1), tuvalet ve lavaboların uygunsuzluğu (%21,4), oturma/dinlenme alanlarının uygunsuzluğu (%16,5), yeşil alanların yetersiz olması (%14,1), ulaşım sorunları (%12,7), çevre sorunları (%9,6), aydınlatmanın yetersiz olması (%7,8), güvenlik sorunlarıdır (%6,2).
- Yaşlıların %28,4'ü (erkeklerde: %18,0, kadınlarda: %37,0) gece yalnız yürürken kısmen veya tamamen kendilerini güvende hissetmemektedir.
- Yaşlıların %34,8'i (erkeklerde: %23,4, kadınlarda: %42,4) trafikte yaya olarak zorluk yaşamaktadır. Yaşlılar en sık karşıdan karşıya geçme (%30,5) ve kaldırımda yürümede (%28,9) zorluk yaşamaktadır.
- Yaşlıların %38,9'u toplu taşıma kullanabilmekte; toplu taşıma kullanan yaşlılar en sık taşıtta ayakta durma (%37,9), durakta uzun süre bekleme (%25,7) ve taşıta binme/inme (%24,7) ile ilgili zorluk yaşamaktadır.
- Yaşlıların %38,2'si (Erkeklerde %42,9, kadınlarda %34,4) ücretsiz ulaşım hakkından faydalanmaktadır. Bu oran en yüksek TR1-İstanbul (%67,6) ve en düşük TRA-Kuzeydoğu Anadolu (%15,4) bölgelerindedir.
- Yaşlıların %42'si iklim değişikliğinin yaşlıları daha olumsuz etkilediği ifadesine katılmamaktadır.

Yukarıdaki verilere ek olarak TÜİK 2022 Kent-Kır Nüfus İstatistiklerine göre, yaşlı nüfusun %30,1'inin kırsal yerleşim yerlerinde, %14,6'sını orta yoğun kentlerde, %55,3'ü yoğun kentlerde ikamet etmektedir. Yaşlıların önemli bir bölümü yoğun kentlerde yaşamakta ve ülke genelinde 2022 yılında yaşlı nüfus oranı %9,9 olmakla birlikte, kırsal yerleşim yerlerinde yaşlı nüfusu %17,3 düzeyindedir. Diğer yaş gruplarına göre yaşlılarda, kırsal yerleşim yerlerinde yaşama oranları yüksek görünmektedir.[28]

3. Yaşlı Sağlığı ve Çevre Sağlığı Bağlamında Mevzuat, Politika Metinleri ve Programlar

Türkiye'de 2015 sonrası dönemde yaşlı sağlığı ile çevre sağlığı arasındaki bağlantılar küresel gelişmelerle tutarlı olarak giderek daha görünür hâle gelmiştir. Bu durum, özellikle 2020'den sonra yayımlanan politika belgelerine yansımıştır. Genel makro politikaların yönünü belirleyen üst politika belgeleri olan kalkınma planlarından, ilk olarak Onuncu Kalkınma Planında (2014-2018), kentleşme politikalarına sosyal kapsayıcılık perspektifi kazandırılarak yaşlılar, engelliler ve çocuklar için yaşanabilirliği artıran mekânsal planlama ve kentsel tasarım uygulamaları gündeme taşınmış[29]; On Birinci Kalkınma Planında da (2019-2023) sağlıklı ve aktif yaşlanmayı, bakım hizmetlerinin geliştirilmesini ve erişilebilir konutlar ile kamusal alanların oluşturulmasını hedefleyen yüksek standartlı, erişilebilir kentsel altyapının yaşlı refahı için önemi vurgulanmıştır.[30] En güncel belge olan On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028) ise, yaşlılar ve çevre konusunda çok daha somut politikalar içermektedir[31]:

- Öncelikle yoksullar, kadınlar, çocuklar, engelliler ve yaşlılar olmak üzere nüfusun tümünün afetler ile ekonomik, sosyal ve çevre sorunları gibi durumlar için dirençleri artırılacaktır. (Madde 774.1.)
- Yaşlı dostu ve erişilebilir konut tanımına ilişkin standartlar belirlenecek ve konut tasarımları bu standartlara uygun yapılacaktır. (Madde 806.1.)
- Yaşlı dostu ve erişilebilir kentler tasarlanacaktır. (Madde 806.2.)
- Mevcut konut stoku yaşlı nüfusun ihtiyaçlarına uygun hale getirilecektir. (Madde 806.3.)
- Erişilebilirlik mevzuat ve standartlarının tek bir mevzuat çerçevesinde birleştirilmesine yönelik çalışmalar yapılacaktır. (Madde 806.4.)

- Toplu ulaşım ağı içerisindeki erişilebilirlik standartlarına uygun olmayan unsurlar belirlenerek eksiklikler giderilecektir. (Madde 806.5.)
- Turuncu masa hizmetlerinin diğer hizmet sektörlerine yaygınlaştırılması sağlanacaktır. (Madde 806.6.)

Politika metinlerindeki bir diğer yansıma bakanlıklar tarafından oluşturulan eylem planlarında izlenmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2015–2020 ve 2021–2026 Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planları ve Uygulama Programları, yaşlı bireylerin sağlıklı ve bağımsız yaşamalarını desteklemek amacıyla sağlık hizmetlerini çevresel koşullarla birlikte ele almış, ev içi ve dışı güvenliğin sağlanması, düşmelerin önlenmesi ve yaşlı dostu birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi gibi hedefler ortaya koymuştur.[32,33] Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yayımlanan 2023 tarihli Yaşlanma Vizyon Belgesi ve bu vizyon belgesi doğrultusunda hazırlanan 2023-2025 Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı, yaşlıların yaşam kalitesinin yalnızca sağlık hizmetleriyle değil, fiziksel çevre ve sosyal desteklerle şekillendiğini açıkça vurgulamış, erişilebilirlik, ulaşım, yaşlı dostu kentler ve yerinde yaşlanmayı destekleyen hizmetleri ulusal düzeyde kurumsallaştırmıştır.[34,35] Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı doğrudan yaşlılara yönelik bir politika metni yayımlamasa da 2024-2030 yıllarına yönelik hazırlanan İklim Değişikliği Azaltım Stratejisi[36] ve Eylem Planı ve İklim Değişikliğine Uyum Stratejisi ve Eylem Planında[37] yaşlılara yönelik stratejilere ve faaliyetlere yer vermiştir. Söz konusu eylem planlarındaki stratejiler, sorumlu ve ilgili kuruluşlar, faaliyetler ve göstergeler **Tablo 1**'de sunulmuştur.

Eylem planlarında sorumlu ve ilgili kurum kuruluşlar arasında sıklıkla yer verilen yerel yönetimler de geçtiğimiz dönemde konu hakkında girişimlerde bulunmaktadır. İzmir Büyükşehir Belediyesi tarafından hayata geçirilen İleri Yaş Eylem Planı [38] ve DSÖ'nün Yaş Dostu Şehirler Ağına[39] ve Türkiye Sağlıklı Kentler Birliğine[40] katılım sağlayan yerel yönetimler, belediyelerin yaşlı dostu çevre oluşturma konusunda atılan adımlara örnekler olarak gösterilebilir. Ayrıca, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın bir programı olan Yaşlı Destek Programı (YADES), evde bakım, konutlardaki küçük ölçekli tadilatlar ve sosyal destek hizmetlerini yaygınlaştırmaları amacıyla gerçekleştirilecek yerel yönetim projelerine 2016 yılından bu yana hibe yoluyla finansal destek sağlamaktadır.[41] Benzer şekilde Çevre Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı koordinasyonunda Avrupa Birliği ve Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı desteği ile birçok ilde hazırlanan çevre sağlığı ilintili eylem planları, yaşlılar ve diğer kırılgan grupları da kapsayan faaliyetleri içermektedir.[42]

Yukarıda sözü edilenler haricinde, hava kalitesi, gürültü kontrolü, su güvenliği, enerji verimliliği ve kentsel dönüşüm gibi başlıklarda, halihazırda uygulamada olan çevre sağlığı mevzuatı doğrudan yaşlılara odaklı politika metinleri olmamasına karşın, uygulamaların mevzuata uygunluğu yaşlı sağlığı açısından kritik öneme sahiptir. Söz konusu politika metinleri **Tablo 2**'de özetlenmiştir.

4. Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de demografik dönüşüm süreciyle uyumlu olarak son yıllarda yaşlılık ve çevre ilişkisine yönelik çalışmaların arttığı görülmekle birlikte, politika ve uygulamalara yön verecek nitelikli veriler ve göstergelere ihtiyaç bulunmaktadır. Mevcut eylem planlarında kullanılan ölçütler çoğunlukla gerçekleştirilen faaliyetlerin sayısına odaklanmakta, yaşlı-çevre etkileşimini doğrudan yansıtmamaktadır. Özellikle yerel düzeyde üretilecek, kaynaklara ve gerçekleştirilecek uygulamalara yön verecek, kamuoyuyla ve ilgili kurumlarla şeffaf biçimde paylaşılacak göstergeler oluşturulmalı ve düzenli olarak takibi mümkün kılınmalıdır.

Çevre sağlığının doğası gereği çok paydaşlı yapısı, mevzuat ve planlarda kapsamlı hükümlere yer verilmiş olsa bile uygulamanın sahada beklenen düzeye ulaşmasını zorlaştırabilmektedir. Yaşlı ve çevre sağlığı bağlamı bu zorlukların görünür olduğu alanlardan biridir. Bu nedenle çevre sağlığının başat ilkelerinden olan kurumlar arası iş birliği, güçlü bir eşgüdüm mekanizması ile oluşturulmalıdır.

Türkiye'de yaşlı ve çevre sağlığı bağlamında, politika belgelerinde erişilebilirlik ve konut temalarının mevcut verilerle uyumlu olarak öne çıktığı görülmektedir. Araştırmalar, yaşlılar için konut içi güvenlik, uygun barınma koşulları ve erişilebilir fiziksel çevrenin yaşamsal önemini açıkça ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, yaşlı sağlığını derinden etkileyen özellikle hava kirliliği, iklim değişikliği ve aşırı hava olayları gibi makro çevresel riskler, politika ve strateji belgelerinde yeterince yer almamaktadır. Bu alanlarda somut hedeflerin ve müdahalelerin tanımlanması gereklidir. Örneğin Meteoroloji Genel Müdürlüğü'nün aşırı sıcak ve olumsuz hava koşullarına ilişkin Meteo Uyarı sistemi değerli bir araçtır[(43)], ancak bu uyarıların özellikle risk altındaki yaşlı bireylere nasıl ulaştırılabileceği noktasında çalışmalar yürütülmelidir.

Tablo 2. Yaşlı sağlığı açısından önem taşıyan çevre sağlığı mevzuatı

Mevzuat (Kurum, Yıl)	Önemi
Enerji Kaynaklarının ve Enerjinin Kullanımında Verimliliğin Artırılmasına Dair Yönetmelik (ÇŞİDB, 2011)	Binalarda enerji verimliliği ve yalıtım tedbirleri, yaşlılar için iç mekân ısıl konforunu artırarak sıcak/soğuk stresi ve enerji yoksulluğu etkilerini azaltır.
5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun (TBMM, 2005)	Kanun, erişilebilirliğin kamusal alan ve binalarda zorunlu olmasını düzenleyerek yaşlıların bağımsız hareketi ve hizmetlere erişimi için yasal temel sağlar.
Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği (ASHB, 2020)	Yönetmelik, binalar ve açık alanlarda erişilebilirliğin denetlenmesini sağlayarak belediyelerin yaşlı dostu düzenlemeleri hayata geçirmesini teşvik eder.
Planlı Alanlar İmar Yönetmeliği (ÇŞİDB, 2017)	Yönetmelik, yeni ve yenilenen yapılarda TS 9111 gibi standartlara uyumu zorunlu kılarak rampalar, merdivenler ve dolaşım alanlarında yaşlılar için güvenli tasarımı bağlayıcı hâle getirir.
Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği (ÇŞİDB, 2014)	Yönetmelik, plan kademelerinde sağlıklı ve güvenli çevre ilkelerinin yer almasını sağlayarak yaşlı dostu kamusal alan ve ulaşım kararlarının plana entegrasyonunu mümkün kılar.
Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmeliği (ÇŞİDB, 2008)	Yönetmelik ve yönetmelik doğrultusunda hazırlanan il düzeyindeki Temiz Hava Eylem Planları, PM/NO_2 gibi kirleticilerin azaltılmasıyla yaşlılarda kronik hastalık alevlenmeleri ve mortalitenin düşürülmesini hedefler.
Çevresel Gürültü Kontrol Yönetmeliği (ÇŞİDB, 2022)	Yönetmelik, stratejik gürültü haritaları ve eylem planlarıyla özellikle yoğun trafik akslarındaki gürültüyü azaltarak yaşlılarda uyku bozukluğu ve hipertansiyon riskini düşürmeyi amaçlar.
İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelik (SB, 2005)	Yönetmelik, şebeke suyu kalitesinin güvence altına alınmasıyla yaşlıların su kaynaklı hastalıklara maruziyetini azaltmayı hedefler.
Kaplıcalar Yönetmeliği (SB, 2001)	Yönetmelik, yaşlılar tarafından sıklıkla kullanılan termal tesislerde hijyen ve tıbbi gözetim standartlarını düzenleyerek güvenli kullanımı teminat altına alır.
Ücretsiz veya İndirimli Seyahat Kartları Yönetmeliği (ASHB, 2014)	Yönetmelik, yaşlılar için şehir içi ücretsiz ve şehirlerarası indirimli ulaşımı güvence altına alarak yaşlıların kent içi erişimini ve sosyal katılımını artırır.

SB: Sağlık Bakanlığı, ASHB: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, ÇŞİDB: Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

Kaynak: T.C. Cumhurbaşkanlığı İdari İşler Başkanlığı, Hukuk ve Mevzuat Genel Müdürlüğü. Mevzuat Bilgi Sistemi [İnternet]. Ankara: T.C. Cumhurbaşkanlığı; [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.mevzuat.gov.tr

Yerel girişimlerin desteklenmesi ve tüm belediyelerin Yaşlı Dostu Şehir Ağına katılımının teşvik edilmesi de olumlu bir adım olacaktır. Bununla birlikte, yerel düzeyde geliştirilen uygulamaların ulusal stratejilerle uyumlu hâle getirilmesi ve gereksinimlere dayalı olarak ölçeklenmesi, bölgeler arası eşitsizliklerin derinleşmesini önlemek açısından kritik önemdedir.

Öte yandan politika çerçeveleri çoğunlukla ulusal ve kentsel düzeyde şekillenirken, Türkiye'de yaşlı nüfusun önemli bir kısmı kırsal alanlarda yaşamaktadır. Bu bölgelerde çevresel altyapı ve hizmetlere erişim, kentsel alanlara kıyasla daha sınırlıdır. Kırsalda ısınma biçimleri, iç ve dış ortam hava kalitesi, temiz su ve sanitasyon hizmetleri, ulaşım ve acil durum altyapısı gibi unsurlar yaşlı sağlığını farklı şekillerde etkilemektedir. Bu nedenle kırsal bölgelerin özgün koşullarını dikkate alan uygulamalar hayata geçirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects 2024: Summary of Results* [İnternet]. 2024 Revision. New York: United Nations; 2024 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://population.un.org/wpp/assets/Files/WPP2024_Summary-of-Results.pdf
2. Global Change Data Lab. *Population by age group with projections* [İnternet]. Our World in Data. Oxford: Global Change Data Lab; 2024 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://ourworldindata.org/grapher/population-by-age-group-with-projections
3. World Health Organization. *Ageing and health* [İnternet]. WHO Fact Sheets. Geneva: World Health Organization; 2024 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
4. Türkiye İstatistik Kurumu. *İstatistiklerle Yaşlılar, 2024* [İnternet]. TÜİK Haber Bülteni. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2025 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?dil=1&p=%C4%B0statistiklerle-Ya%C5%9Fl%C4%B1lar-2024-54079

5. World Health Organization. *WHO global air quality guidelines* [İnternet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/551b515e-2a32-4e1a-a58c-cdaecd395b19/content
6. Intergovernmental Panel on Climate Change. *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability* [İnternet]. IPCC Sixth Assessment Report (AR6), Working Group II. Cambridge: Cambridge University Press; 2022 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/downloads/report/IPCC_AR6_WGII_FullReport.pdf
7. Ballester J, Quijal-Zamorano M, Méndez Turrubiates RF, Pegenaute F, Herrmann FR, Robine JM, et al. Heat-related mortality in Europe during the summer of 2022. *Nat Med* [İnternet]. 2023;29(7):1857–66 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://doi.org/10.1038/s41591-023-02419-z
8. Preston J, Biddell B. The physiology of ageing and how these changes affect older people. *Medicine* [İnternet]. 2021;49(1):1–5 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.10.011
9. Flint B, Tadi P. Physiology, Aging. In: *StatPearls* [İnternet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556106
10. Nikolich-Žugich J. The twilight of immunity: emerging concepts in aging of the immune system. *Nat Immunol* [İnternet]. 2018;19(1):10–9 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://doi.org/10.1038/s41590-017-0006-x
11. Eckhardt CM, Wu H. Environmental exposures and lung aging: molecular mechanisms and implications for improving respiratory health. *Curr Environ Health Rep* [İnternet]. 2021;8(4):281–93 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://doi.org/10.1007/s40572-021-00328-2
12. Liu J, Varghese BM, Hansen A, Zhang Y, Driscoll T, Morgan G, et al. Heat exposure and cardiovascular health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Planet Health* [İnternet]. 2022;6(6):e484–95 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://doi.org/10.1016/S2542-5196(22)00117-6
13. Tabaghi S, Sheibani M, Khaheshi I, Miri R, Haji Aghajani M, Safi M, et al. Associations between short-term exposure to fine particulate matter and acute myocardial infarction: a case-crossover study. *Clin Cardiol* [İnternet]. 2023;46(11):1319–25 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://doi.org/10.1002/clc.24111
14. Jung YJ, Kim EJ, Heo JY, Choi YH, Kim DJ, Ha KH. Short-term air pollution exposure and risk of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in Korea: a national time-stratified case-crossover study. *Int J Environ Res Public Health* [İnternet]. 2022;19(5):2823 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://doi.org/10.3390/ijerph19052823
15. Centers for Disease Control and Prevention. *Heat and medications – guidance for clinicians* [İnternet]. Atlanta (GA): CDC; 2024 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.cdc.gov/heat-health/hcp/clinical-guidance/heat-and-medications-guidance-for-clinicians.html
16. Türkiye İstatistik Kurumu. *Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023* [İnternet]. TÜİK Haber Bülteni. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2024 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profili-Arastirmasi-2023-53809
17. Aydos TR, Aydıngöz SE, Lux KM, Efe OE, İşli F, Aksoy M, et al. Polypharmacy prevalence among geriatric patients in primary healthcare settings across Turkey: a cross-sectional analysis through the nationwide prescription information system. *Turk Geriatri Derg* [İnternet]. 2020;23(2):169–79 [erişim 28 Eyl 2025] https://doi.org/10.31086/tjgeri.2020.151
18. Hutton D. *Older people in emergencies: considerations for action and policy development* [İnternet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Older-Persons-in-Emergencies-Considerations-for-Action-and-Policy-Development-English.pdf
19. World Health Organization. *Falls* [İnternet]. WHO Fact Sheets. Geneva: World Health Organization; 2021 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls
20. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med* [İnternet]. 2000;51(6):843–57 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4
21. World Health Organization. *World report on ageing and health*. Geneva: WHO; 2015. [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042
22. Türkiye İstatistik Kurumu. *Aktif Yaşlanma Endeksi, 2024* [İnternet]. TÜİK Haber Bülteni. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2025 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Aktif-Yaslanma-Endeksi-2024-57937
23. European Environment Agency. *Unequal exposure and unequal impacts: social vulnerability to air pollution, noise and extreme temperatures in Europe* [İnternet]. Copenhagen: European Environment Agency; 2019 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.eea.europa.eu/en/analysis/publications/unequal-exposure-and-unequal-impacts
24. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Environmental health inequalities in Europe: second assessment report*. Copenhagen: WHO/Europe; 2019. [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://iris.who.int/items/d3d1767e-ecdb-482c-ab0e-cb5bf23e28de
25. World Health Organization; International Labour Organization. *WHO/ILO joint estimates of the work-related burden of disease and injury, 2000–2016: global monitoring report*. Geneva: WHO/ILO; 2021. [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.who.int/publications/i/item/9789240034945
26. World Health Organization. *Housing and health guidelines* [İnternet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550376

27. Wilker EH, Osman M, Weisskopf MG. Ambient air pollution and clinical dementia: systematic review and meta-analysis. *BMJ* [İnternet]. 2023;381:e071620 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071620
28. Türkiye İstatistik Kurumu. *Kent-Kır Nüfus İstatistikleri, 2022* [İnternet]. TÜİK Haber Bülteni. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2023 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://data.tuik.gov.tr/bulten/index?p=kent-kir-nufus-istatistikleri-2022-49755
29. T.C. Kalkınma Bakanlığı. *Onuncu Kalkınma Planı (2014–2018)* [İnternet]. Ankara: T.C. Kalkınma Bakanlığı; 2013 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu_Kalkinma_Plani-2014-2018.pdf
30. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. *On Birinci Kalkınma Planı (2019–2023)* [İnternet]. Ankara: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı; 2019 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/On_Birinci_Kalkinma_Plani-2019-2023.pdf
31. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. *On İkinci Kalkınma Planı (2024–2028)* [İnternet]. Ankara: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı; 2023 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_11122023.pdf
32. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (2015–2020)* [İnternet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2015 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1kl%C4%B1%20Ya%C5%9F.%202015-2020%20Pdf.pdf
33. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (2021–2026)* [İnternet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2021 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye_Saglikli_Yaslanma_Eylem_Plani_ve_Uygulama_Programi_2021-2026.pdf
34. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Yaşlanma Vizyon Belgesi* [İnternet]. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2023 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.aile.gov.tr/media/133623/yaslanma_vizyon_belgesi.pdf
35. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı (2023–2025)* [İnternet]. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2023 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://aile.gov.tr/media/133624/yasli_haklari_ulusal_eylem_plani.pdf
36. T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, İklim Değişikliği Başkanlığı. *İklim Değişikliği Azaltım Stratejisi ve Eylem Planı (2024–2030)* [İnternet]. Ankara: T.C. ÇŞİDB; 2024 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://iklim.gov.tr/db/turkce/icerikler/files/%C4%B0klim%20De%C4%9Fi%C5%9Fikli%C4%9Fi%20Azalt%C4%B1m%20Stratejisi%20ve%20Eylem%20Plan%C4%B1%20(2024-2030).pdf
37. T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, İklim Değişikliği Başkanlığı. *İklim Değişikliğine Uyum Stratejisi ve Eylem Planı (2024–2030)* [İnternet]. Ankara: T.C. ÇŞİDB; 2024 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.iklim.gov.tr/db/turkce/icerikler/files/iklim%20Degisikligine%20Uyum%20Stratejisi%20ve%20Eylem%20Plan.pdf
38. İzmir Büyükşehir Belediyesi. *İleri Yaş Eylem Planı* [İnternet]. İzmir: İzmir Büyükşehir Belediyesi; 2024 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.izmir.bel.tr/CKYuklenen/BASIN/%C4%B0LER%C4%B0%20YA%C5%9E%20EYLEM%20PLANI_151124_rev8.pdf
39. World Health Organization. *WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities* [İnternet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-network
40. Sağlıklı Kentler Birliği. *Üyelerimiz* [İnternet]. Bursa: Sağlıklı Kentler Birliği; 2025 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.skb.gov.tr/uyelerimiz
41. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. *YADES 2025 Uygulama Usul ve Esasları* [İnternet]. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2025 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.aile.gov.tr/media/209453/yades-2025_uygulama_usul_esaslari.pdf
42. T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, İklim Değişikliği Başkanlığı. *Dört pilot il için Yerel İklim Değişikliğine Uyum Stratejileri ve Eylem Planları hazırlandı* [İnternet]. Ankara: T.C. ÇŞİDB; 2025 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://iklim.gov.tr/dort-pilot-il-icin-yerel-iklim-degisikligine-uyum-stratejileri-ve-eylem-planlari-hazirlandi-haber-4442
43. Meteoroloji Genel Müdürlüğü. *MeteoUyarı – Türkiye* [İnternet]. Ankara: Meteoroloji Genel Müdürlüğü; 2025 [erişim 28 Eyl 2025]. Erişim: https://www.mgm.gov.tr/meteouyari/turkiye.aspx

Türkiye'de Yaşlı Sağlığı Alanında Geleceğe Yönelik Değerlendirme

Emine Baran Deniz, Meral Saygun

"Dünya nüfusunun yaşlanma hızı geçmişe göre çok daha hızlı."

Dünya Sağlık Örgütü[1]

1. Giriş

Dünyamızda yer alan ülkelerin her birinde yaşayan her bir insan, uzun ve sağlıklı bir yaşam sürme fırsatına sahip olmalıdır. Ancak, içinde yaşanılan fiziksel ve sosyal çevre, sağlığı olumlu yönde etkileyebileceği gibi, sağlığa zararlı da olabilir. Yaşlı bireylerin yaşadıkları çevre; davranışları, sağlık risklerine (örneğin hava kirliliği veya şiddet) maruz kalmaları, sağlık ve sosyal bakım gibi hizmetlere erişimleri ve yaşlanmanın getirdiği fırsatlar üzerinde oldukça etkilidir.[2]

60 yaş ve üzeri insanların nüfus içindeki sayısı ve oranı artmaktadır. 2019 yılında 60 yaş ve üzeri insan sayısı dünyada 1 milyardı. Bu sayı 2030 yılına kadar 1,4 milyara, 2050 yılına kadar ise 2,1 milyara yükselecektir.[2] 2015 ile 2050 yılları arasında, dünya nüfusunun 60 yaş üstü oranı %12'den %22'ye neredeyse iki katına çıkacaktır.[1] Yaşlı nüfustaki bu artış benzeri görülmemiş bir hızla gerçekleşmekte olup önümüzdeki on yıllarda, özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu hızın daha fazla artacağı beklenmektedir.[2] 2050 yılında, yaşlıların %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayacaktır.[1]

Ülkemize baktığımızda 2024 yılında 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %10,6'dır. Mevcut yapının devam edeceğini varsayımına dayalı nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %13,5, 2040 yılında %17,9, 2060 yılında %27,0, 2080 yılında %33,4 ve 2100 yılında %33,6 olacağı öngörülmektedir. Bu durum nüfusumuz içerisinde her on kişiden biri 65 yaş ve üzeri iken gelecekte bu oranın 2100 yılında her üç kişiden biri olacağı yönündedir.[3]

Küresel nüfustaki bu tarihsel açıdan önemli değişim, toplumlarda tüm sektörlerin -sağlık ve sosyal bakım, ulaşım, konut ve şehir planlaması gibi- yapılandırılarak değişime uyarlanmasını gerektirmektedir. Dünyayı daha yaşlı dostu hale getirmek için çalışmak, değişen demografimizin temel ve acil bir parçasıdır.[1]

Biyolojik düzeyde yaşlanma, zaman içinde çok çeşitli moleküler ve hücresel hasarların birikmesiyle ortaya çıkar. Bu durum, fiziksel ve zihinsel kapasitede kademeli bir azalmaya, artan hastalık riskine ve nihayetinde ölüme yol açar. Bu değişiklikler ne doğrusaldır ne de tutarlıdır ve kişinin yaşıyla sıkı olmayan bir şekilde ilişkilidir. Dolayısıyla yaşlılıkta görülen çeşitlilik rastgele değildir. Biyolojik değişikliklerin ötesinde yaşlanma, genellikle emeklilik, daha uygun bir eve taşınma ve arkadaşların ve/veya eşlerin ölümü gibi diğer yaşam geçişleriyle de ilişkilendirilir. Yaşlı insan prototipi yoktur. Bazı 80 yaşındakilerin fiziksel ve zihinsel kapasiteleri, birçok 30 yaşındakilerle benzerdir. Bazı insanlar ise çok daha genç yaşlarda kapasitelerinde önemli düşüşler yaşarlar. Yaşlıların sağlıklarındaki bazı farklılıklar genetik olsa da farklılıkların çoğu kişinin fiziksel ve sosyal ortamlarından (evleri, mahalleleri ve toplulukları dahil) ve cinsiyet, etnik köken veya sosyoekonomik durum gibi kişisel özelliklerinden kaynaklanır. İnsanların çocukluklarında ve hatta gelişmekte olan fetüsler olarak yaşadıkları ortamlar, kişisel özellikleriyle bir araya gelerek yaşlanma süreçleri üzerinde uzun vadeli etkilere sahiptir. Fiziksel ve sosyal ortamlar, sağlığı doğrudan veya fırsatları, kararları ve sağlık davranışlarını etki eden engeller veya teşvikler aracılığıyla etkileyebilir. Dolayısıyla yaşa eklenen yıllara sağlıklı geçişin sağlanması ve bu durumun sürdürülmesi önemlidir. Yaşa eklenen yıllar, ileri eğitim, yeni bir kariyer veya uzun süredir ihmal edilen bir tutku gibi yeni aktivitelere yönelme fırsatı sunmaktadır. Yaş-

lı insanlar da ailelerine ve toplumlarına birçok yönden katkıda bulunurlar/bulunabilirler. Ancak bu fırsatların ve katkıların kapsamı büyük ölçüde tek bir faktöre bağlıdır: sağlık.[1]

Bilimsel kanıtlar, sağlıklı yaşam oranının genel olarak sabit kaldığını göstermekte ve bu da eklenen yılların sağlıksız olduğu anlamına gelmektedir. İnsanlar bu eklenen yaşam yıllarını sağlıklı bir şekilde yaşayabilir ve destekleyici bir ortamda yaşarlarsa, değer verdikleri şeyleri yapma becerileri genç bir insandan çok da farklı olmayacaktır. Eklenen yıllara fiziksel ve zihinsel kapasitedeki düşüşler hâkimse, bu durumun yaşlı insanlar ve toplum için etkileri daha olumsuzdur.[1]

2. Birleşmiş Milletler Sağlıklı Yaşlanma On Yılı 2021-30

Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu, 2021-2030 yıllarını BM Sağlıklı Yaşlanma On Yılı olarak ilan etmiş ve Dünya Sağlık Örgütü'nden (DSÖ) uygulamaya liderlik etmesini istemiştir. Birleşmiş Milletler Sağlıklı Yaşlanma On Yılı; hükümetleri, sivil toplumu, uluslararası kuruluşları, profesyonelleri, akademiyi, medyayı ve özel sektörü 10 yıllık daha uzun ve sağlıklı yaşamları teşvik etmek için koordineli bir şekilde iş birliğine dayalı bir eylem planı için bir araya getiren küresel bir iş birliğidir.[1]

Bu On Yıl, DSÖ Küresel Strateji ve Eylem Planı ile BM Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı'nı temel almakta ve BM Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi 2030 ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin gerçekleştirilmesini desteklemektedir.[1]

Birleşmiş Milletler Sağlıklı Yaşlanma On Yılı, dört alanda kolektif eylem yoluyla sağlık eşitsizliklerini azaltmayı ve yaşlıların, ailelerinin ve toplumlarının yaşamlarını iyileştirmeyi amaçlamaktadır: yaş ve yaşlı ayrımcılığına karşı düşünce, his ve davranış biçimimizi değiştirmek; yaşlıların yeteneklerini geliştirecek şekilde toplulukları geliştirmek; yaşlılara duyarlı, kişi merkezli entegre bakım ve birinci basamak sağlık hizmetleri sunmak ile ihtiyaç duyan yaşlılara kaliteli uzun süreli bakıma erişim sağlamak.[1]

3. Türkiye'de Yaşlı Sağlığının Geleceğine Yönelik Program ve Uygulamalar

Dünya Sağlık Örgütü 2002 yılında yayınladığı "Aktif Yaşlanma: Bir Politika Çerçevesi" başlıklı dokümanda aktif yaşlanmayı "insanların yaşlandıkça yaşam kalitelerini artırmak amacıyla sağlık, katılım ve güvenlik fırsatlarını iyi duruma getirme süreci" olarak tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, hükümetlerin, uluslararası kuruluşların ve sivil toplumun "aktif yaşlanma" politikaları ve programları yürürlüğe koyması halinde ülkelerin yaşlanmayı göze alabileceğini savunmaktadır. Çerçevede tüm ülkelerde ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde, yaşlıların sağlıklı ve aktif kalmasına yardımcı olacak önlemlerin bir lüks değil, bir zorunluluk olduğu da belirtilmektedir.[4]

Ülkemizde On Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (2019-2023) yaşlı bireylere bakım modellerinin aktif yaşlanma anlayışı ve sosyal çevre ile etkileşimi temelinde geliştirildiği belirtilmektedir.[5]

Ülkemizde ayrıca sağlık sisteminin yaşlı nüfustaki artışa uygun olarak dönüştürülmesi amacıyla Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılık ve Sağlık Eylem Planı (2016-2020) ile uyumlu olan ve 2020'den 2030'a kadar Sağlıklı Yaşlanmanın On Yılı'nı destekleyen bilimsel kanıtları ve ortaklıkları oluşturmak üzere 2021-2026 Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı ülkemizin hedef ve stratejilerinin sürdürülmesi amacıyla oluşturulmuştur. Programda aktif yaşlanma çerçevesinde yaşlı sağlığı ve aktif yaşlanma uygulamalarının doğrudan birinci basamak sağlık hizmet sunumu içerisinde yer alması öngörülmüştür.[6]

3.1. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021-2026

Programda Türkiye sağlıklı yaşlanma eylem planı stratejileri olarak dört temel strateji belirlenmiştir:

Strateji 1- Yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşlanma

Strateji 2- Sağlığa yönelik risklerden toplumun korunması

Strateji 3- Yaşlı bireyler için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerine tam erişimin sağlanması

Strateji 4- İzleme ve değerlendirmenin güçlendirilmesi

Eylem Planı ve Uygulama Programında öncelikli müdahale yaklaşımları olarak beş müdahale öncelik sırasıyla dikkat çekmektedir. İlk öncelikli müdahalenin koruyucu sağlık hizmeti olması önemlidir:

Birinci öncelikli müdahale: Bütün yaşlılar için egzersiz, fiziksel aktivite ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi

İkinci öncelikli müdahale: Yaşlılara yönelik evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi

Üçüncü öncelikli müdahale: Yaşlılıkta nöropsikiyatrik hastalıklar, yeti yitimi, yaşlı istismarı ve şiddet konularında planlamalar ve etkinlikler yapılması

Dördüncü öncelikli müdahale: Yaşlılıkta tanı, tedavi ve izleme hizmetlerinin uygun ve etkili işlemesinin sağlanması

Beşinci öncelikli müdahale: Sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti verenlerin eğitiminin düzenlenmesi

Eylem Planı ve Uygulama Programında öncelikli müdahaleler yanında üç destekleyici müdahaleden de söz edilmektedir:

Birinci destekleyici müdahale: Bütün yaşlılar için gıda maddelerine ulaşımın ve yeterli beslenmenin sağlanması

İkinci destekleyici müdahale: Evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi

Üçüncü destekleyici müdahale: Bakım hizmetlerine tam erişimin sağlanması için paydaş kuruluşlar ile işbirliğinin sağlanması[6]

3.2. Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar ve Kısa-Orta Vadeli Çözümler, 2021

Ülkemizde yaşlı sağlığına yönelik olarak Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü, kuruluş vizyonu ve görevleri kapsamında 2021 yılında yaşlı sağlığı ve hastalıklarıyla ilgili güncel yaklaşımların, ülkemizdeki durum ve sorunlarının ortaya konularak çözüm önerilerinin tartışıldığı bir rapor yayınlamıştır. Raporda yer alan önerilerinden dikkat çekenlerin bazıları şu şekildedir:

- İnterdisipliner Geriatri ekibinin içerisinde yer alan geriatri uzmanı, geriatri hemşiresi, gerontolog, psikolog, fizyoterapist, beslenme ve diyet uzmanı, iş uğraş terapisti, sosyal çalışmacı gibi mesleklerin ihtiyacı karşılayacak şekilde eğitim ve istihdamını sağlanması
- Yaşlara yönelik fiziksel aktivite olanaklarının onların da önerileri alınarak ve sosyal grup etkileşimi de dahil olmak üzere arttırılması
- Ülkemize ihmal edilen bir konu olan yetişkin aşılamasında yer alan 65 yaş ve üzerine önerilen pnömokok, yılda bir grip, 10 yılda bir difteri-tetanoz aşılarının uygulanmasının sağlanması
- Sağlık kurumlarının yaşlı dostu olması
- Yaşlı bireylere ve onların bakıcılarına sağlık okuryazarlığı farkındalığının sağlanması ve sağlık okuryazarlığı eğitiminin verilmesi
- Nesiller arası iletişimin artırılması
- Yaşam boyu eğitime yaşlı bireylerin teşvik edilmesi
- Yaşamın her döneminde yer alınabilecek olan gönüllü faaliyet merkezlerinin artırılması
- Emeklilik maaşlarında ve emekli maaşı olmayan yaşlıların da yaşlılık maaşlarında iyileştirmelerin yapılması
- 60 yaş ve üstü bireylere yönelik başlatılan Tazelenme Üniversitesi sosyal sorumluluk projesinin desteklenerek arttırılması
- Sağlık hizmetlerinde yaşlıların kırılganlık durumlarının saptanarak hizmetin buna göre planlanması
- Yaşlı bireylere yönelik beslenme, düşme riski ve denge, sarkopeni, görme, işitme, inkontinans, demans, osteoporoz ve benzeri taramaların yapılması
- Günlük bakım merkezleri ve kısmi zamanlı konaklama merkezleri gibi uygulamaların artırılması
- Yaşlı bireylerin toplumla içiçe olabileceği ve etkileşimde bulunabileceği alan ve imkânların yaratılması
- Özel sektöre yaşlı bireyleri istihdam etmelerine yönelik teşvikler verilmesi, yaşlı bireylerinin çalışma koşullarında talep etmeleri halinde daha az iş yoğunluğu ve daha esnek çalışma saati ayarlamasının sağlanması, ileri yaşlardaki bireylerin istekleri halinde çalışmasına yönelik istihdam politikalarının üretilmesi, yaşlılara yönelik politika ve kampanya üretebilecek sivil toplum kuruluşlarının artırılması
- Demans sendromunun gelecekte daha önemli bir hak sağlığı sorunu olacağı öngörüsüyle çok disiplinli yaklaşımla ele alınarak gerekli çalışmaların yapılması
- Yaşlılık depresyonun normal bir durum olmadığı bilinciyle bu konuda farkındalığın artırılması
- Yaşların istismar-ihmal konusunda ulaşabileceği merkezler konusunda bilgilendirilmesi, yaşlılara ve ailelerine bu konuda danışmanlık hizmeti verilmesi, siber istismara karşı medya okuryazarlıklarının artırılması
- Anaokulundan itibaren ilk, orta ve yüksek öğretim kurumlarında sağlıklı aktif yaşlanmaya ve fiziksel aktiviteye yönelik programların müfredata eklenmesi
- Palyatif bakımın bir parçası olarak yaşam süresi altı ay ya da daha az olan hastaların bakıldığı yer olarak tanımlanan hospisin (destekevi) ülkemizde sadece bu iş için yapılandırılmış tam teşekküllü bir merkezinin bulunmaması göz önüne alınarak gerekli mevzuat düzenlemeleri yapılarak bu merkezlerin hayata geçirilmesi (Ülkemizde hospis benzeri hizmet veren on yetişkin ve bir çocuk merkezi bulunmakta)

- Ülkemizde palyatif bakım ve hospislere yönelik kılavuzlar geliştirilerek standartlar belirlenmesi
- Ülkemizde yaşlılarda dijital sağlık okuryazarlığının aktif yaşlanmayı içerecek şekilde geliştirilmesi
- Yaşlara yönelik tele-tıp, tele-hemşirelik, tele-rehabilitasyon ve tele-bakım hizmetlerinin geliştirilmesi

Yaşlılara yönelik ulaşım, konut, dış mekanlar ve binaların sağlanması, yaşlıların sosyal ve işgücüne katılımlarının, vatandaşlık görevlerini yerine getirebilmelerinin, toplum desteklerinin, sağlık hizmetlerinin, bilgi edinmelerinin ve iletişimlerinin sağlanması temelinde yer alan yaşlı dostu şehirler ve yaşlı dostu hastanelerin oluşturulmasına yönelik modellemelerin yapılması. Çevrenin bu çerçevede aktif yaşlanmayı destekleyici şekilde düzenlenmesi[7]

3.3. Hastalık Yönetimi Platformu

Hastalık Yönetimi Platformu, kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarının belirti ve bulgularının kontrol altına alınarak işlev kayıpları ve engellilik yaşamalarının önlenmesi amacıyla geliştirilen online bir platformdur. Uygulamada Yaşlı İzlemi ayrıca yer almaktadır. Temmuz 2021 tarihinden başlayarak yaşlı değerlendirme modülleri uygulamaya alınmıştır. Platform birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında aile hekimliği sistemi içerisinde yer almaktadır. Yaşlı değerlendirme modülleri içerisinde aile hekimi tarafından anamnez, ilaç değerlendirme, nutrisyonel değerledirme ve Klinik Kırılganlık Ölçeği ve bağımlılık durumunu da içeren birincil geriatrik değerlendirme, duygu-durum testlerini (Geriatrik Depresyon Ölçeği gibi) içeren ikincil geriatrik değerlendirme, Klinik Kırılganlık Ölçeği ve bağımlılık durumuna göre ek geriatrik testlerinin gerçekleştirildiği üçüncül geriatrik değerlendirme modülü bulunmaktadır. Üçüncü modülde bu kapsamda günlük yaşam aktiviteleri ölçeklerle değerlendirilmekte, bağımlı hastalarda bası yarası değerlendirmesi yapılmakta, ağrı ölçeği kullanılarak ağrı durumu test edilmekte, ihmal/istismar değerlendirilmekte, tam bağımlı olmayan hastalarda düşme, yürüme ve denge de değerlendirmeye alınmaktadır. Platformda ayrıca "Yaşlı İzlem Hemşire" başlıklı ayrı bir modül de yer almaktadır.[8]

Ülkemizde 1 Ekim Dünya Yaşlılar Günü nedeniyle T.C. Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı bilgi notunda Bakanlık, Hastalık Yönetimi Platformu uygulaması üzerinden yılda en az bir kez 65 yaş ve üzeri bireylere yönelik "çok yönlü yaşlı izlemleri"nin yapıldığını; bütüncül bir bakış açısıyla sarkopeni, demans, depresyon, fonksiyonel kapasite ve beslenme durumu gibi yaklaşık 20 farklı parametrenin değerlendirildiğini ve sonrasında uygun tedavi ve takip planlarının oluşturulduğunu belirtmektedir. Aynı bilgi notunda ayrıca son bir yılda, aile hekimliği birimleri tarafından yaklaşık 2,7 milyon yaşlı izleminin gerçekleştirildiği bilgisi yer almaktadır.[9] Yaşlı birey sayısının 2024 yılında 9 milyon 112 bin 298 kişi olduğu bilinmektedir.[10] Yaşlı izleminin 2,7 milyon yaşlıya yapıldığı varsayımıyla yaşlı bireylerin %29,6'sının aile hekimlerinin takibinde olduğu düşünülebilir. 2021 yılında başlayan ve yaşlı bireylerin yılda en az bir kez izlem içerisinde yer alacağı belirtilen uygulamada halen her üç yaşlı bireyin ikisinin izlem dışı olması düşündürücüdür. [9]

3.4. Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri

Ülkemizde On birinci Kalkınma Planında (2019-2023) yaşlılar için sağlık hizmetlerinin sunumunun etkinleştirileceği (m.656) belirtilmektedir.[5]

Bu kapsamda T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü tarafından 2023 yılında Sağlıklı Yaş Alma Merkezi Genelgesi (2023/5) yayınlanmıştır. Genelgede Sağlıklı Yaş Alma Merkezi hizmet alanı ve içeriği; 80 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırma, evinde ve yerinde sağlık hizmeti verme, tıbbi izlem yapma, gerektiğinde uzaktan sağlık hizmeti ile muayene ve danışmanlık hizmeti verme, hasta naklini organize ederek gerek hastaneye gerekse hastane içinde gerekli hizmete yönelik koordinasyonu sağlama olarak belirlenmiştir.[11]

Bakanlığın web sayfasında en güncel olarak 29 Mayıs 2024 tarihli veri paylaşımında ise 81 ilde 653 Sağlıklı Yaş Alma Merkezinin 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşlarında hizmet verdiği belirtilmektedir. Verinin yayın tarihine bakarak 2024 yılının ilk altı ayı olduğu düşünülen süre içerisinde 151.715 yaşlı ile iletişim kurulduğu belirtilmiştir.[12] Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2024 yılı 80 yaş ve üstü birey sayısı 1.656.249'dur.[10] Bu durumda 80 yaş ve üstü bireylerin %9,2'sine ulaşıldığı, diğer bir deyişle her on bireyden birinin hizmetten faydalandığı söylenebilir.

3.5. On İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2024-2028)

Ülkemizde Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1996-2000) ilk kez birinci basamak sağlık hizmetleri içerinde yaşlı sağlığına yönelik programlar geliştirileceğine değinilmiştir.[13]

En son yapılan kalkınma planı olan On İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planının (2024-2028) hedefleri içerisinde "aktif yaşlanma ve yaşlı nüfusa yönelik sağlık hizmetleri" yer almaktadır.[14]

Planda, ülkemizde yıllar içerisinde yaşlı nüfusun arttığına ve bu durumun bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik

koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinin gereğine dikkat çekilmektedir. Planda ayrıca kamu programlarının artan yaşlı nüfusa yönelik olarak uyarlanmasına değinilmektedir (m.258). Yaşlılara yönelik bakım hizmetlerinin karşılanmasına yönelik bakım sigortası kurulacağı da dikkat çeken maddeler arasında yer almaktadır (m.407.1).[14]

Temel politika öncelikleri içerisinde yaşlıların gözetilmesi, genel yaşam standartlarının artırılması ve bu gruba yönelik olarak sosyal yardım ve sosyal hizmetlerin etkin hale getirilerek yaygınlaştırılmasına da değinilmektedir (m.652).[14]

Planda aktif yaşlanma çerçevesi içerisindeki hedefler arasında yaşlı bireylerin, ruhsal ve fiziksel olarak hastalıklardan korunması için, sağlıklı yaşam biçimlerinin desteklenmesi ve sağlık hizmetlerine erişimlerinin geliştirilmesi, yaşam boyu öğrenme fırsatlarından faydalanmalarının sağlanması, kuşaklar arası ilişkilerin güçlendirilmesiyle toplumsal, kültürel ve ekonomik hayata etkin katılımlarının yanında fiziksel ve ekonomik bağımsızlıklarını sürdürebilmelerinin sağlanması ile yaşam kalitelerinin yükseltilmesi yer almaktadır (m.656).[14]

Yaşlı bakımında sağlık ve sosyal hizmetlerin bir araya getirilmesi yeni bir bakış açısı olarak öne sürülmekte ve kurumlar arası koordinasyonun sağlanmasından söz edilmektedir (m.712.1).[14]

Hedefler arasında yaşlılara yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetleri güçlendirmek (m.712.2), yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştıracak yaşlı sağlığı ve palyatif bakım hizmetleri sunan merkezlerin sayısını artırmak ve bu merkezleri evde sağlık ve bakım hizmetleriyle entegre etmek (m.712.3), yaşlı bakım hizmetlerinin niteliğini ve niceliğini iyileştirilerek yaygınlaştırmak (m.721.2) ile yaşlıya karşı istismar ve şiddeti içerecek şekilde aile içi şiddet araştırmalarının kapsamını genişletmek (m.723.3) yer almaktadır.[14]

Kalkınma Planında "Nüfus ve Yaşlanma" başlığı altında yaşlanan nüfusun bedensel ve ruhsal sağlık düzeyinin ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi, aktif ve bağımsız olarak hayatlarını sürdürebilmeleri için işlevsel olma durumlarının artırılması, ekonomik ve sosyal hayata katılımının sağlanması, kaliteli bakım ve sağlık hizmetlerinden etkin bir biçimde yararlanabilmesi temel amaçlar olarak göze çarpmaktadır. Planda bu amaca yönelik tedbir ve politikalar: aktif ve sağlıklı yaşlanma için yaşlılara verilen sağlık ve bakım hizmetlerinin etkinliğinin ve kalitesinin artırılması (m.805), yaşlı dostu olan erişilebilir ve güvenli konutların/kentlerin tasarlanarak oluşturulması (m.806), sosyal olarak dışlanmalarının önüne geçecek tedbirler alınması (m.807), aile içi ve kuşaklararası ilişkilerin ve iletişimin güçlendirilmesi ve gönüllülük faaliyetlerinin arttırılması (m.808), eğitim ve yaşam boyu öğrenme olanaklarının oluşturulması (m.809), ekonomik durumlarının iyileştirilmesi (m.810), bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmalarının ve dijital becerilerinin geliştirilmesi (m.811), haklarının korunması, geliştirilmesi ve ayrımcılığın önlenmesi (m.812) ile afet ve acil durumlarda yaşlıların korunmasına yönelik önlemlerin alınması (m.813) olarak sıralanmıştır.[14]

4. Yaşlı Sağlığının Geleceğine Yönelik Bir Öneri: Sosyal Sağlığı Geliştirmek

Ülkemizde eylem planları ve uygulamalarının içerisinde de değerlendirilen yaşlı bireylerin sosyal hayata aktif katılımı sağlığın temel bileşenlerinden biri olan sosyal sağlığın içerisinde yer almaktadır.

Bakıldığında herkesin, her yerde yalnız veya sosyal olarak izole olabileceği öngörülebilir. Her yaştan insan üzerinde ve dünyamızın her bir bölgesinde, yalnızlık ve sosyal izolasyonun fiziksel ve ruhsal sağlığımız ile toplumlarımızın refahı üzerinde ciddi yan etkileri vardır. Bu bağlamda Kasım 2023'te DSÖ'de üç yıllığına sosyal kopukluğun küresel bir halk sağlığı önceliği olarak kabul edilmesini ve kaynak ayrılmasını sağlama amacıyla Sosyal Bağlantı Komisyonu kurulmuştur. Görev süresinin yarısında (2025) Komisyon, harekete geçilmesi gerektiğini savunan amiral gemisi raporunu yayınlamıştır: Yalnızlıktan sosyal bağlantıya - sağlıklı toplumlara giden yolu çizmek. Rapor sosyal sağlığın önemine değinmekte, sosyal kopukluğun içerisinde yer alan yalnızlığa ve sosyal izolasyona odaklanmakta, bu iki sorunun neden ve sonuçlarını gözler önüne sermekte ve DSÖ'nün önerilerine yer vermektedir. Rapor içerisindeki öneriler yaşlı sağlığının geleceğine yönelik çözüm yollarından bazılarını sunmaktadır.[15]

4.1. Yalnızlıktan Sosyal Bağlantıya - Sağlıklı Toplumlara Giden Yolu Çizmek Raporu

Sosyal sağlık, fiziksel ve ruhsal sağlığınız kadar önemli olup her üçü de birbiriyle bağlantılıdır. İyi bir sosyal sağlık olmadan, iyi bir sağlığın tadını çıkarmak zordur. Sosyal kopukluk, bir kişinin yeterli sosyal teması olmadığında, sahip olduğu ilişkiler tarafından desteklenmediğinde veya ilişkileri gergin veya olumsuz olduğunda ortaya çıkar. Bu durum farklı şekillerde meydana gelebilir, ancak Rapor iki önemli türe odaklanmaktadır: yalnızlık ve sosyal izolasyon. Yalnızlık acı veren kişisel bir duygudur. Sahip olunan ilişkiler isteklerle veya ihtiyaçlarla uyuşmadığında ortaya çıkar. Kişi etrafı insanlarla çevrili olsa bile yalnız hissedebilir.[15]

Ne yazık ki, sosyal kopukluk yaygındır: 2014 ile 2023 yılları arasında, bu gezegendeki her altı kişiden biri kendini yalnız hissetmiş ve bu durum erkekleri ve kadınları hemen hemen eşit derecede etkilemiştir. Daha yoksul ülkelerde yaşayan insanlar kendilerini daha yalnız hissedip bu durum düşük gelirli ülkelerde yaşayan yaklaşık olarak her dört insandan birini içermektedir. Daha zengin ülkelerde ise bu oran daha düşüktür: her on insandan biri. Yoksulluk, başkalarıyla buluşmak için zaman ve mekanları sınırlayarak güçlü ilişkiler kurmayı zorlaştırabilmektedir. Sosyal izolasyon ise daha çok sayılarla ilgilidir; çok az ilişki yaşamak veya insanları yeterince sık görmemek gibi. Dünyamıza bakıldığında yaşlı yetişkinlerin üçte biri izole durumdadır (1990-2022).[15]

Sosyal kopukluk ciddi sağlık sorunlarına neden olmakta ve hatta erken ölüm riskini artırmaktadır. Dünya genelinde her yıl 871.000'den fazla ölüm yalnızlıkla ilişkilendirilmiştir. Yalnızlık ve sosyal izolasyon; kalp hastalığı, felç, yüksek tansiyon ve diyabet gibi sorunlara yol açabilmektedir. Sosyal olarak bağlı insanlar genellikle daha sağlıklıdır. Örneğin, başkalarından gelen destek, iltihaplanma seviyelerini düşürebilir, kalp hastalığı ve felç riskini azaltabilir. Yalnızlık; depresyona, kaygıya ve hatta kendine zarar verme veya intihar düşüncelerine yol açabilir. Yalnız insanların depresyona girme olasılığı yalnız olmayanlardan iki kat daha fazladır. Dolayısıyla sosyal bağlantı sağlığımızı korumak için olmazsa olmazımızdır. Sosyal bağ kurmak depresyona, kendine zarar verme veya intihar düşüncelerine ve genel olarak ruh sağlığı sorunlarına karşı koruma sağlayabilir. Sosyal bağlantısızlık beyne de zarar verebilir. Yaşlılarda hafıza sorunları, bunama ve Alzheimer hastalığı riskini artırır. Tam tersi olarak sosyal bağlantı beyni koruyabilir ve bunama olasılığını azaltabilir. Güçlü sosyal bağlara sahip topluluklar daha uzun yaşarlar, daha güvenli olma eğilimindedirler ve felaketlerde daha hızlı toparlanırlar. Ulusal düzeylerde yalnızlık, kaybedilen üretkenlik ve neden olduğu sağlık hizmetleri maliyetleri nedeniyle milyarlara mal olur. Kısacası, sosyal olarak bağlantılı kalmak yalnızca bireysel olarak iyi değildir; toplum için de iyidir.[15]

Yalnızlık ve sosyal izolasyon birçok nedenden dolayı ortaya çıkabilir ve kişiden kişiye farklılık gösterebilir: kötü sağlık durumu, düşük gelir, düşük eğitim, dijital teknolojilerin sağlıksız kullanımı, yaşam dönemeçleri (yaşlı yetişkinlerde emeklilik, sağlık sorunları veya eş kaybı, izolasyonu artırabilir), zayıf toplum içyapısı (güvenli ve misafirperver olamayan yapılar gibi), tek başına yaşamak, kişilik (bazı insanlar daha utangaç veya endişelidir ve bu durum sohbet başlatmayı veya gruplara katılmayı zorlaştırabilir), ötekileştirme gibi (engellilere, lezbiyenlere, geylere, biseksüellere, transseksüellere, intersekslere ve diğer topluluklara, göçmenlere ve mültecilere, etnik azınlıklara homofobi ve ırkçılık gibi önyargılarla yaklaşmak ve ayrımcılık yapmak bu kişileri sosyal izolasyona ve yalnızlığa itebilir).[15]

Yalnızlığı ve sosyal izolasyonu azaltmaya yönelik çözümler; farkındalığı artırmadan politikaları ve sistemleri değiştirmeye, bireylerin daha tatmin edici ilişkiler geliştirmesinin desteklemesinden daha güçlü topluluklar inşa etmeye kadar uzanmaktadır.[15]

Savunuculuk, kamu kampanyaları, küresel ağlar ve koalisyonlar -özellikle toplumlar düzeyinde- sosyal bağlantıyı teşvik etmek için giderek daha fazla kullanılmaktadır. Bu müdahaleler doğru yapıldığında, toplumun sosyal izolasyon ve yalnızlığa bakış açısını değiştirmeye ve daha güçlü, daha nazik ve daha bağlantılı topluluklar oluşturmaya yardımcı olabilir.[15]

Sosyal bağlantıyı etkileyen politikalar, sosyal bağlantıyı iyileştirmenin güçlü bir yolu olabilir. Son yıllarda sekiz ülke sosyal bağlantı konusunda politikalar benimsemiştir: Danimarka, Finlandiya, Almanya, Japonya, Hollanda (Krallık), İsveç, Birleşik Krallık (yalnızca İngiltere, İskoçya ve Galler) ve Amerika Birleşik Devletleri. Bu durum, hükümetlerin sosyal bağlantıyı ciddiye almaya başladığını göstermektedir. Birçok kişi, hükümetlerin okullar, sağlık sistemleri, konut, ulaşım, topluluklar ve işletmeler gibi tüm sektörlerle birlikte çalıştığı "toplumun bütünü" yaklaşımını önermektedir. Bu politikaların önerdiği yaygın faaliyetler arasında; kamuoyu farkındalık kampanyaları, utanç ve damgalanmayı azaltma, daha fazla araştırmaya fon sağlama ve yalnızlık deneyimi yaşamış kişileri politika tasarlama sürecine dahil etme yer almaktadır. Bu politikalar ayrıca güçlü bilimsel kanıtlara ve sektörler arası iş birliğine olan ihtiyacı vurgulamaktadır. Ancak zorluklar da mevcuttur. Bu politikaların uygulamaya konulması para ve siyasi destek ile birlikte hükümetlerin ve toplumların farklı kesimleri arasında ekip çalışmasını gerekli kılmaktadır. Ayrıca, çok az ülke politikalarının ne kadar iyi işlediğini incelediği için, neyin en çok yardımcı olduğunu bilmek de zordur. Daha fazla ülke, sosyal bağlantıyı destekleyen politikalar benimsemeye teşvik edilmelidir. Daha iyi planlama, finansman ve neyin işe yaradığının kontrol edilmesiyle birlikte bu politikalar, dünya çapında daha dost canlısı, daha bağlantılı ve daha şefkatli topluluklar oluşturmada büyük rol oynayabilir.[15]

Topluluklar; sosyal bağlantıların gerçekleştiği, insanların yaşadığı, çalıştığı, öğrendiği, eğlendiği ve yaşlandığı yerlerdir. Bu nedenle, topluluk düzeyindeki stratejiler, insanların daha bağlantılı olmaları ve daha az yalnız hissetmeleri açısından önemlidir. Sosyal bağlantıyı geliştir-

menin en iyi yollarından biri, "sosyal altyapı" olarak da bilinen topluluk alanlarını ve hizmetlerini -parklar, kütüphaneler, kafeler, toplu taşıma, okullar ve sağlık merkezleri gibi yerler- daha güçlü ve daha misafirperver hale getirmektir. Bu alanlar başlangıçta sosyalleşmeyi teşvik etmek için inşa edilmemiş olsalar bile, genellikle insanların doğal olarak buluştuğu ve ilişkiler kurduğu yerler haline gelirler. İnsanların gerçekten bağlantı kurmasına yardımcı olmak için bu alanlar, ister genç ister yaşlı, ister engelli veya sağlık sorunu olan, ister bölgeye yeni gelmiş kişiler olsun herkese güvenli ve misafirperver gelmelidir. İyi topluluk alanları, ister spor veya topluluk bahçeciliği gibi grup aktiviteleri, ister insanların dinlenip sohbet edebileceği yürüyüş yolları veya banklar gibi daha sakin alanlar olsun, herkese hitap eden bir şeyler sunmaktadır. Bu iyileştirmeler sosyal bağları güçlendirebilir ancak, bu fikirlerin ne kadar işe yaradığını görmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Topluluklar, insanların etkinlikler ve grup aktiviteleri aracılığıyla bağlantı kurmalarına da yardımcı olabilir. Egzersiz dersleri, topluluk koroları ve festivaller insanları bir araya getirmenin harika yollarıdır. Bir diğer yaklaşım ise doktorların veya sağlık çalışanlarının insanlara verdiği -tıbbi tedavi içermeyen ancak topluluk aktivitelerine katılmalarının önerildiği- sosyal reçetelerdir. Bu ve diğer topluluk stratejileri umut verici olsa da, neyin gerçekten işe yaradığını anlamak için daha nitelikli araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu stratejilerin başarılı olması için topluluk üyeleri, planlama ve tasarım da dahil olmak üzere süreçlerin içinde yer almalıdır. Ayrıca kamu ile özel sektör ortaklıkları ile sağlık, eğitim ve sosyal sektörlerdeki iş birlikleri de uzun vadeli başarıyı destekleyebilir.[15]

Bireylerin yalnızlık ve sosyal izolasyondan kaçınmak için ilişkilerini güçlendirmelerinin birçok yolu vardır. Bunlar biri olan beceri eğitimi, insanların sosyal ve iletişim becerilerini geliştirmelerine yardımcı olur. Bu durum, sohbet başlatmayı, sosyal aktivitelere katılmayı ve hatta başkalarıyla bağlantı kurmak için interneti kullanmayı öğrenmek anlamına gelebilir. Amaç, özgüven oluşturmak olup böylece insanlar, yeni arkadaşlar edinme veya başkalarına ulaşma konusunda kendilerini daha iyi hissedebilirler. Bu programlar insanlara gerçek bağ kurma fırsatları sunmaktadır. Örnekler arasında, gönüllülerin kendini yalnız hisseden biriyle düzenli olarak zaman geçirdiği arkadaşlık programları, akran destek grupları ve hatta hayvan ve robot arkadaşlar yer almaktadır. Bu programlar, sadece tavsiye vermek yerine, düzenli terapi ve psikolojik destek için de fırsatlar yaratır. Bazen yalnızlık, olumsuz düşünce kalıplarından, düşük özsaygıdan veya duyguları yönetmede zorluktan kaynaklanır. Faydalı olduğu kanıtlanmış terapiler arasında; düşünme şeklinizi değiştirmenize yardımcı olan bilişsel davranışçı terapi, bir meditasyon türü olan farkındalık ile yalnızlık ve duyguları yönetme hakkında eğitim oturumları bulunur. Bu stratejilerin, yalnızlığı azaltmada ve ruh sağlığını iyileştirmede güçlü sonuçları olduğu gösterilmiştir. Çevrimiçi terapi, sohbet robotları, sanal gerçeklik ve sosyal medya gibi dijital teknolojiler, özellikle evden çıkamayanlar için bu müdahalelerin sunulmasında giderek artan bir rol oynamaktadır. Ancak hangilerinin yardımcı, hangilerinin zararlı olabileceğini belirlemek için daha fazla araştırma yapılması şarttır. Bu stratejilerin en iyi sonuçları verenlerini belirlemek üzere dikkatle değerlendirmeye devam edilmesi, kolay erişilebilir ve kültürel olarak uygun olması yanında stratejilerin sağlık, eğitim ve sosyal bakım sistemleri tarafından da desteklenmesi gerekir.[15]

Daha bağlantılı bir dünya yaratmak, yalnızlığı ve sosyal izolasyonu azaltmaya yardımcı olmak için DSÖ Sosyal Bağlantı Komisyonu, beş temel alana odaklanmayı önermektedir: politika, araştırma, müdahaleler, ölçüm ve veri ile katılım. Her alan üç ana eylemi içermektedir. Bu stratejilerin başarılı olması için, kendini yalnız veya dışlanmış hissedenler dinlenmeli ve farklı gruplar bir araya getirilmelidir. Temel ortaklar arasında; sağlık ve sosyal bakım çalışanları, okullar, teknoloji, medya, hükümet, sivil toplum kuruluşları, DSÖ ve diğer BM kuruluşları, araştırmacılar, işletmeler ve her yaştan insan yer almaktadır. Herkesin üstlenebileceği bir rol vardır. Birlik ve beraberlik içinde, odaklanmış bir şekilde çalışıldığında, gerçek ve kalıcı bir değişim yaratılabilir, daha bağlantılı ve şefkatli bir dünya inşa edebilir.[15]

1. Politika – Sosyal bağlantı daha fazla ciddiye alınmalı:

- Hükümetler, sosyal bağlantıyı teşvik eden ve hükümetin tüm düzeyleri ile toplumun tüm kesimlerinin birlikte çalışmasını sağlayan ulusal bir politika oluşturmalı ve desteklemelidir.
- Hükümetlerin, DSÖ'nün, BM'nin, okulların, üniversitelerin ve kâr amacı gütmeyen kuruluşların liderleri, insanların daha bağlantılı hissetmelerini sağlamak için konuşmak, fikir paylaşmak ve öncülük etmek üzere sık sık bir araya gelmelidir.
- Dünya Sağlık Örgütü ve diğerleri paydaşlar tarafından, dünyanın dört bir yanındaki politika yapıcıların sosyal bağlantıyı iyileştirmeye yardımcı olan politika paylaşımda bulunabilmeleri ve öğrenebilmeleri için ortak bir çevrimiçi platform oluşturulmalıdır.

2. Araştırma – Sosyal bağlantı daha iyi anlaşılmalı:

- Soruna ilişkin anlayışımızı geliştirmek ve daha iyi çözümler bulmak için küresel ve ulusal araştırma kapasitesi oluşturulmalıdır.
- Her beş yılda bir uzmanlar, hangi araştırma sorularının en önemli olduğuna karar vermeli ve bunların keşfetmesi için uzmanlara kaynak sağlanmalıdır.
- Sosyal bağlantıyla ilgili en önemli sorunları ele almak için farklı alanlar ve kuruluşlar arasında inovasyonu ve ekip çalışmasını teşvik etmek amacıyla bir Sosyal Bağlantıda Büyük Zorluklar girişimi başlatılmalıdır.

3. Müdahaleler – Maliyet etkin müdahaleler yaygınlaştırılmalı:

- Dünya Sağlık Örgütü, sosyal izolasyonu ve yalnızlığı azaltmak ve sosyal bağlantıyı teşvik etmek için neyin işe yaradığı konusunda net ve bilime dayalı bir kılavuz oluşturmalıdır.
- Hem zengin hem de fakir ülkelerde işe yarayan maliyet etkin müdahaleleri test etmek ve geliştirmek için bir "müdahale hızlandırıcı" başlatılmalıdır.
- Ülkeler, kanıtlanmış müdahaleleri uygulamaya koymaları ve yaygınlaştırmaları yönünde desteklenmelidir.

4. Ölçüm ve Veri – Sorunun boyutu ve kimleri etkilediği konusunda daha iyi küresel verilere ihtiyaç var:

- Hükümetler sosyal bağlantıyı, sosyal izolasyonu ve yalnızlığı izlemek için daha iyi ve daha sık veri toplamalıdır. Bu veriler farklı yaş, cinsiyet veya yeteneklere sahip insanlar gibi farklı grupları içermelidir.
- Mümkün olduğunca çok ülkede, insanların ne kadar bağlantılı hissettiklerini ölçmek için küresel bir "**sosyal bağlantı endeksi**" oluşturulmalıdır.
- Bu verileri düzenli olarak tüm ülkelerden toplamak için 10 yıllık bir çaba başlatılmalıdır. Böylece küresel kalıplar daha iyi anlaşılabilir ve yerel olarak da daha iyi kararlar alınabilir.

5. Katılım – Sosyal bağlantıyı bir öncelik haline getirmek için tüm kilit oyuncuların katılımı gerekir:

- Sosyal bağlantı, siyasette ve politikada en önemli öncelik haline getirilmeli ve liderler bunu desteklemek için bir araya gelmelidir.
- Farkındalığı net olan tek bir küresel mesaj kullanarak artırmak için ülkelerde büyük kamu kampanyaları yürütülmelidir.

Sektörler arasında, çalışarak ve sürekli fon sağlayarak kalıcı bir hareket inşa edilmelidir. [15]

Komisyon üyeleri, bu eylemlerin yaygın olarak uygulamaya konulması durumunda yaşamları iyileştirebileceğine, topluluklara yardımcı olabileceğine ve tüm toplumlara fayda sağlayabileceğine inanmaktadır. Bu eylemler bedensel ve ruhsal sağlığı iyileştirebilir, hayat kurtarabilir, öğrenmeyi ve yapılan işleri destekleyebilir ve sosyal kopukluğun maliyetlerini düşürebilir. Daha güçlü sosyal bağlar kurarak herkes için daha sağlıklı, daha üretken ve daha tatmin edici bir gelecek yaratılabilir.[15]

5. Sonuç ve Öneriler

Dünya nüfusu gibi ülkemiz nüfusu da yaşlanmaktadır. Bu durum, ülkelerin mevcut sistemlerini yaşlı sağlığını önceleyecek şekilde yapılandırmalarını gerekli kılmaktadır. Ülkemizde bu bağlamda 2021-25 yılları arasında yaşlı sağlığına yönelik uygulamalara bakıldığında; On birinci (2019-2023) ve On İkinci Kalkınma Planlarında (2024-2028) yaşlı sağlığına yönelik çalışmalara yer verildiği görülmektedir. Kalkınma planları kapsamda ülkemizde 80 yaş ve üzeri bireylere yönelik Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri oluşturulmuştur. Sağlıklı Yaş Alma Merkezlerinin hedef nüfusunun sadece %9,2'sine ulaşabilmesi hedef kitlenin merkezlerden haberdar olmadığını ve hizmetten aktif bir şekilde faydalanmadığını göstermektedir. Başta 80 yaş ve üzeri bireyler olmak üzere Sağlıklı Yaş Alma Merkezlerinin 65 yaş ve üzeri tüm bireyleri etkin bir şekilde içererek hizmet vermesi, bu bireylerin daha nitelikli sağlık hizmetine erişimini kolaylaştıracak ve sağlık durumlarını iyileştirecektir. Aynı dönem içerisinde Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021-2026 oluşturulmuş yaşlı sağlığına yönelik öncelikli ve destekleyici müdahaleler belirlenmiştir. Ülkemizde Kalkınma Planları ve Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programının yıllık gerçekleşme verilerine rastlanmamaktadır. Yıllık ilerleme raporlarının oluşturulması, planların uygulanma durumunu göstererek gerekirse erken müdahale etme imkânını da sağlayacak ve böylece beş yıl sonunda planlar da gerçekleştirilmiş olacaktır.

2021 yılında ülkemizde ayrıca Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar ve Kısa-Orta Vadeli Çözümler Raporu yayınlanmıştır. Raporda emekli maaşlarında ve emekli maaşı olmayan yaşlıların da yaşlılık maaşlarında iyileştirmelerin yapılması, anaokulundan itibaren öğretim kurumlarında sağlıklı aktif yaşlanma ve fiziksel aktiviteye yönelik programların müfredatı eklenmesi, gelişmiş ülkelerde çok sayıda olan hospislerin gerçek anlamda kurularak sayılarının artırılması, tele-tıp, tele-hemşirelik, tele-rehabilitasyon ve tele-bakım hizmetlerinin geliştirilmesi, gönüllü faaliyet merkezleri-

nin artırılması, 60 yaş ve üstü bireylere yönelik başlatılan Tazelenme Üniversitesi projesinin yaygınlaştırılması dikkat çeken önerilerdir. Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri ve yaşlı izlemini de içeren Hastalık Yönetimi Platformu, Raporda yer alan önerilerin gerçekleştirilenleri içerisindedir. Raporda yer alan diğer önerilerin ivedilikle gerçekleştirilmesi yaşlı sağlığının geleceği açısından önemlidir.

Hastalık Yönetimi Platformunda aile hekimleri tarafından 65 yaş ve üstü bireylerin yaklaşık %29,6'sının izleminin gerçekleştirilmesi bu konuda çok daha fazla çabanın harcanması gerektiğini göstermektedir. Platformda yaşlı sağlığı çok yönlü olarak değerlendirilmekte olup bu durum, ulaşılmayan yaşlı bireylere ivedilikle ulaşılmasının önemini ortaya koymaktadır.

Dünya Sağlık Örgütünün "Yalnızlıktan Sosyal Bağlantıya - Sağlıklı Toplumlara Giden Yolu Çizmek Raporu" sosyal sağlığın önemine değinerek hep birlikte herkes için daha sağlıklı, üretken ve tatmin edici bir dünyanın mümkün olabileceğini ortaya koymaktadır. Raporda yer alan önerilerin ülkemizde yaşlı sağlığının geleceği konusunda yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Yaşlı sağlığına bütüncül yaklaşan ve her aşamasında yaşlı bireylerin de yer aldığı politikalar, kaçınılmaz olarak yaşlanan topluma giden yolun, sağlıklı ve aktif olarak yürünmesini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Ageing and health Key facts 1 October 2025 World Health Organization. [Erişim tarihi: 1 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
2. Ageing Overview. World Health Organization. [Erişim tarihi: 21 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1.
3. İstatistiklerle Yaşlılar 2024. Türkiye İstatistik Kurumu. [Erişim tarihi: 21 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C4%B0statistiklerle-Ya%C5%9Fl%C4%B1lar-2024-54079&dil=1
4. Active Aging A Policy Framework. World Health Organisation. [Erişim tarihi: 23 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/0418705f-1c82-4fe2-82d6-d4faee89dfa0/content.
5. On Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2019-2023. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. [Erişim tarihi: 23 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/On_Birinci_Kalkinma_Plani-2019-2023.pdf.
6. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021-26. T.C. Sağlık Bakanlığı. Yayın No: 1242 . Ankara, 2021.
7. Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar ve Kısa-Orta Vadeli Çözümler. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü. Yayın No: 48569, İstanbul, 2021.
8. Hastalık Yönetimi Platformu Projesi Kullanım Kılavuzu. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. [Erişim tarihi: 24 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Rehberler/HYP_Kullanim_Kilavuzu.pdf
9. 1 Ekim Dünya Yaşlılar Günü Bilgi Notu. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı. [Erişim tarihi: 24 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-16/1-ekim-dunya-yaslilar-gunu-2.html
10. İstatistiklerle Yaşlılar, Tablolar, 2024. Türkiye İstatistik Kurumu [Erişim tarihi: 24 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C4%B0statistiklerle-Ya%C5%9Fl%C4%B1lar-2024-54079&dil=1#:~:text=Ya%C5%9Fl%C4%B1%20n%C3%BCfus%20ya%C5%9F%20grubuna%20g%C3%B6re,ve%20daha%20yukar%C4%B1%20ya%C5%9F%20grubunda.
11. Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri Genelgesi (2023/5). T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. [Erişim tarihi: 26 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48375/0/saglikli-yas-alma-merkezleri-genelgesipdf.pdf?_tag1=FB5CE19FC633A5D5EE9EF908D78D369525013845.
12. Sağlıklı Yaş Alma Merkezlerinin Kurulmasına Dair Genelge Yayımlandı. Güncelleme Tarihi 29 Mayıs 2024. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. [Erişim tarihi: 26 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-96308/saglikli-yas-alma-merkezlerinin-kurulmasina-dair-genelge-yayimlandi.html.
13. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000). T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. [Erişim tarihi: 26 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://ms.hmb.gov.tr/uploads/sites/23/2025/02/7-yedinci_bes_yillik_kalkinma_plani-1996-2000.pdf.
14. On İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2024-8). T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. [Erişim tarihi: 27 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_11122023.pdf
15. From loneliness to social connection - charting a path to healthy societies: report of the WHO Commission on Social Connection. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Erişim tarihi: 27 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381746/9789240112360-eng.pdf?sequence=1

BÖLÜM 7

BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR

Bölüm Editörü: *Sultan Eser*

Sunuş

Sultan Eser

2021 yılında, bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) dünya genelinde 43 milyon ölümden sorumlu tutulmuştur. Bu sayı, pandemi hariç tutulduğunda tüm ölümlerin %82'sine karşılık gelmektedir. Bu ölümlerin 18 milyonu 70 yaş öncesi erken ölümler olup, tüm erken ölümlerin %82'si düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir.

Günümüzde etkili halk sağlığı önlemlerini hayata geçiren toplumlarda bulaşıcı hastalıkların yükü azalmış, yerlerini uzayan yaşam süresi -dolayısıyla yaşlanan nüfus, çevresel ve bireysel maruz kalımlar ile yaşam tarzı değişikliklerine bağlı olarak artış gösteren bulaşıcı olmayan hastalıklara bırakmıştır. Epidemiyolojik dönüşüm olarak tanımlanan bu sürecin sonucunda BOH'lar, oluşturduğu 18,4 milyon DALY (2021) yük ile ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir.

Ülkemizdeki ölüm nedenleri incelendiğinde, COVID-19'un 2021 yılında ölümlerin %11,5'ini oluşturarak dolaşım sistemi hastalıkları (%33,51) ve neoplazmlardan (%13,99) sonra üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir. Pandeminin etkisinin azalmasıyla birlikte COVID-19'a bağlı ölümlerin oranı 2023'te ise %0,33'e kadar gerilemiştir. Bu düşüşle birlikte, dolaşım sistemi hastalıkları (%33,4), neoplazmlar (%15,0) ve solunum sistemi hastalıkları (%13,2) gibi bulaşıcı olmayan hastalık grupları yeniden ilk üç sıradaki yerlerini almıştır.

Bu bölümde, Türkiye Sağlık Raporu'nun (TSR) önceki basımlarında yer alan Kalp Damar Hastalıkları, Kanserler, Kronik Solunum Yolu Hastalıkları, Diyabet ve Ağız ve Diş Sağlığı alanlarındaki son altı yıla (2020-2025) ait ülkemizdeki durumu ve gelişmeleri özetlemeye çalıştık. Öte yandan, "Öne Çıkan Diğer Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar" başlığı altında, daha önceki basımlarda yer almayan Kronik Böbrek Hastalıkları, Kronik Nörobilişsel Hastalıklar, Kronik Kas İskelet Sistemi Hastalıkları ve diğer kronik sistemik hastalıklar hakkında bir bölüme yer verdik.

Ayrıca, BOH'ların ortak risk faktörleri olarak kabul edilen ve birincil korumada önemli ve stratejik fırsatlar sunan tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite ve obezitenin 2020-2025 yılları arasında ülkemizdeki durumunu "Tütün Kontrolü", "Sağlıklı Beslenme", "Yetersiz Fiziksel Aktivite" ve "Obezite" başlıkları altında inceledik.

Son olarak, Türkiye'nin Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara yönelik politikalarını iki ana başlıkta inceledik: "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Yönelik Politikaların Etkinliği: Hedefler, Uygulamalar ve Sonuçlar" ile "DSÖ'nün Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar İçin En Karlı Müdahaleleri (NCD Best Buys) Kapsamında Türkiye Değerlendirmesi".

Bölüm boyunca, ağırlıklı olarak 2020-2025 yıllarına ait veri ve gelişmeleri sunduk. Ancak, önceki TSR Raporu'nda yer almayan konuları ele aldığımız bölümlerde, karşılaştırma ve bağlam oluşturabilmek amacıyla daha erken tarihli verilerden de yararlandık.

Türkiye'de Kalp Damar Hastalıkları

Melike Nur Ünver Şimşek, Belgin Ünal

1. Giriş

Kalp damar hastalıkları (KDH), küresel hastalık yükünün en önde gelen nedenidir.[1] KDH'ye bağlı hastalık yükünü oluşturan hastalıklar, iskemik kalp hastalığı, hemorajik ve iskemik inme ve hipertansif kalp hastalığıdır.[1]

Küresel olarak KDH'na bağlı ölüm sayısı, 1990 yılında 13,1 milyon iken, 2023 yılında 19,2 milyona yükselmiştir. KDH prevalansının 1990'dan bu yana iki kattan fazla artarak 311 milyondan 2023 yılında 626 milyona ulaştığı tahmin edilmektedir.[1]

Kalp damar hastalıkları yükünün yaklaşık %80'i değiştirilebilir risk faktörlerine atfedilmektedir. Küresel düzeyde, yüksek sistolik kan basıncı, beslenme ile ilgili riskler, yüksek düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) kolesterol ve hava kirliliği, 2023 yılında atfedilebilir KDH yükünün en büyük kısmından sorumlu olan değiştirilebilir risk faktörleri olarak görülmektedir.[1]

2. Türkiye'de Kalp Damar Hastalıkları Mortalitesi

Ülkemizde mortalite verileri Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayınlanmaktadır. 2024 yılında yayınlanan ölüm nedenleri verisi incelendiğinde, toplam 489 bin 361 ölüm olduğu ve %36,0 ile dolaşım sistemi hastalıklarının ilk sırada yer aldığı görülmektedir. İkinci sırada %16,3 ile iyi ve kötü huylu tümörler, üçüncü sırada ise %15,0 ile solunum sistemi hastalıkları yer almaktadır[2]. Dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanan ölümler alt ölüm nedenlerine göre incelendiğinde, ölümlerin %42,9'unun iskemik kalp hastalıkları, %23,9'unun diğer kalp hastalıkları, %18,3'ünün serebrovasküler hastalıklar kaynaklı olduğu görülmektedir.[2]

2.1.Kalp Damar Hastalıklarına Bağlı Mortalite Hızı

TÜİK ölüm nedeni istatistiklerinde KDH (ICD 10 sınıflamasına göre I00-I99) hipertansif hastalıklar, iskemik kalp hastalığı, diğer kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve serebrovasküler hastalıkları içermektedir.[2] **Tablo 1**'de 2024 yılı yaşa ve cinsiyete özel KDH mortalite hızları TÜİK ölüm sayılarının ilgili yaş grubu nüfusuna bölünmesi ile hesaplanmıştır.

KDH mortalite hızı 15-64 yaş grubunda yüzbinde 57, 65 yaş üstünde ise yüzbinde 1565'tir. Kadın ve erkeklerin KDH mortalite hızı incelendiğinde 15-64 yaş grubunda erkeklerin mortalite hızının kadınlarınkinin iki katından fazla olduğu (yüzbinde 70 ve yüzbinde 33); ancak 65 yaş üstü grupta erkek ve kadın KDH mortalite hızları arasındaki bu farkın azaldığı dikkati çekmektedir. Altmış beş yaş üstü grupta, erkeklerde KDH mortalite hızı yüzbinde 1627 kadınlarda ise yüzbinde 1514'tür. KDH mortalite hızı 15 yaş üstü grupta yüzbinde 260, erkeklerde yüzbinde 266, kadınlarda ise yüzbinde 252'dir (**Tablo 1**).

Şekil 1'de 2023 Sağlık İstatistikleri Yıllığında illere göre dolaşım sistemi hastalıkları harita üzerinde renklendirilerek sunulmuştur. Dolaşım sistemi ölüm hızlarının Batı ve Orta Karadeniz Bölgeleri, Kuzey Ege ve Marmara Bölgelerindeki illerde yüksek olduğu Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde düşük olduğu görülmektedir. Ancak bu bulgu dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölüm hızlarının yaşla birlikte artış göstermesi ve hızların illerin yaş dağılımına göre standardize edilmemiş olması nedeniyle dikkatle yorumlanmalıdır.

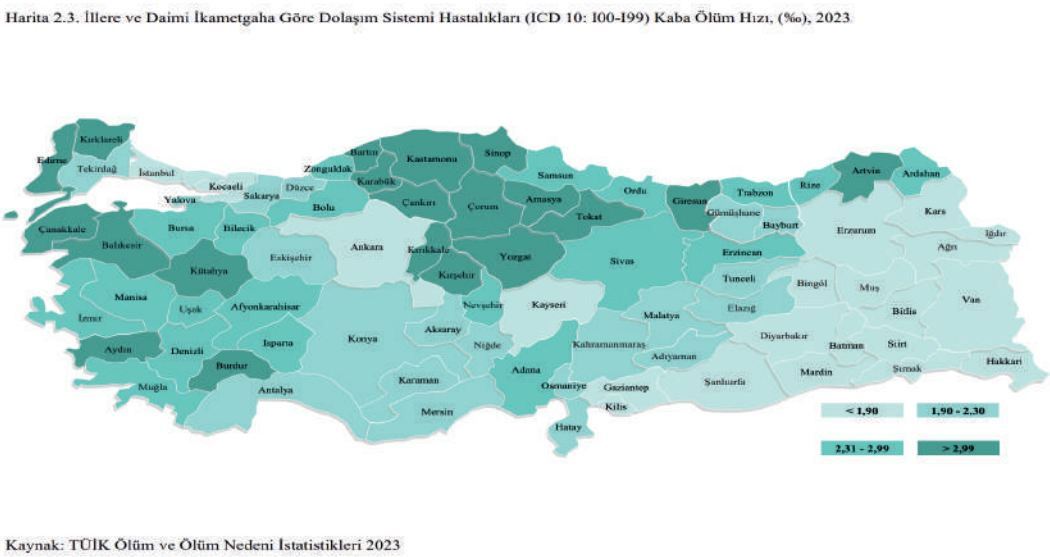
2.2. Kalp Damar Hastalıklarına Bağlı Mortalite Hızının Değişimi

Küresel Hastalık Yükü (KHY) 2023 tahminlerine göre, Türkiye'de iskemik kalp hastalıklarına bağlı ölüm hızı 2013 yılına kıyasla yüzbinde 14,4 artış göstermiştir.[4] İskemik kalp hastalıkları, hem 2013 hem de 2023 yıl-

Tablo 1. Türkiye'de 2024 yılı cinsiyete ve yaşa özel kalp damar hastalıkları mortalite hızı (Yüzbinde)

Kalp Damar Hastalıkları Mortalite Hızı						
Erkek			Kadın		Toplam	
Yaş grubu	n	Yüzbinde	n	Yüzbinde	n	Yüzbinde
0-14	250	2.7	248	2.8	498	2.7
15-64	23425	79.1	9702	33.4	33127	56.5
65+	66191	1627.3	76395	1514.2	142586	1564.7
Toplam	89866	209.7	86345	201.6	176211	205.6
Toplam*	89616	266.2	86097	252.6	175713	259.3

*15 yaş üstü için



Şekil 1. İllere göre dolaşım sistemi hastalıkları (ICD 10: I00- I99) Ölüm Hızı, (binde), 2023

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2023[3] (TÜİİK Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2023)

larında ülkemizde en fazla ölüme neden olan hastalık grubu olma özelliğini sürdürmektedir. İnme kaynaklı ölüm hızı ise aynı dönemde yüzbinde 5,5 oranında azalmıştır. 2023 yılı itibarıyla inme, Türkiye'de ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır.[4]

TÜİK tarafından yayınlanan 2014-2024 yılları arası yıllık ölüm sayılarının tüm nüfusa bölünmesi ile hesaplanan koroner kalp hastalığı (KKH), serebrovasküler hastalık ve KDH ölüm hızları incelendiğinde KKH ölüm hızlarının 2014 yılından 2019 yılına kadar hafif bir plato çizerek azalma eğilimi gösterdiği (yüzbinde 81'den yüzbinde 75'e düştüğü) ancak 2020'de pandeminin etkisiyle yüzbinde 91'e 2021'de yüzbinde 94'e yükseldiği ve son yıllarda yine düşme eğilimine geçtiği söylenebilir. Pandemi dönemindeki artış KDH ölüm hızlarında da gözlenmiş, 2022'den başlayarak azalma eğilimi devam etmiştir (**Tablo 2**, **Şekil 2**).

Serebrovasküler ölüm hızında 20 yıllık dönemde doğrusal bir azalma eğilimi gözlenmiş, 2014'te yüzbinde 49'dan 2024'te yüzbinde 38'e düşmüştür (**Tablo 2**, **Şekil 2**).

3. Kalp Damar Hastalıkları Morbiditesi

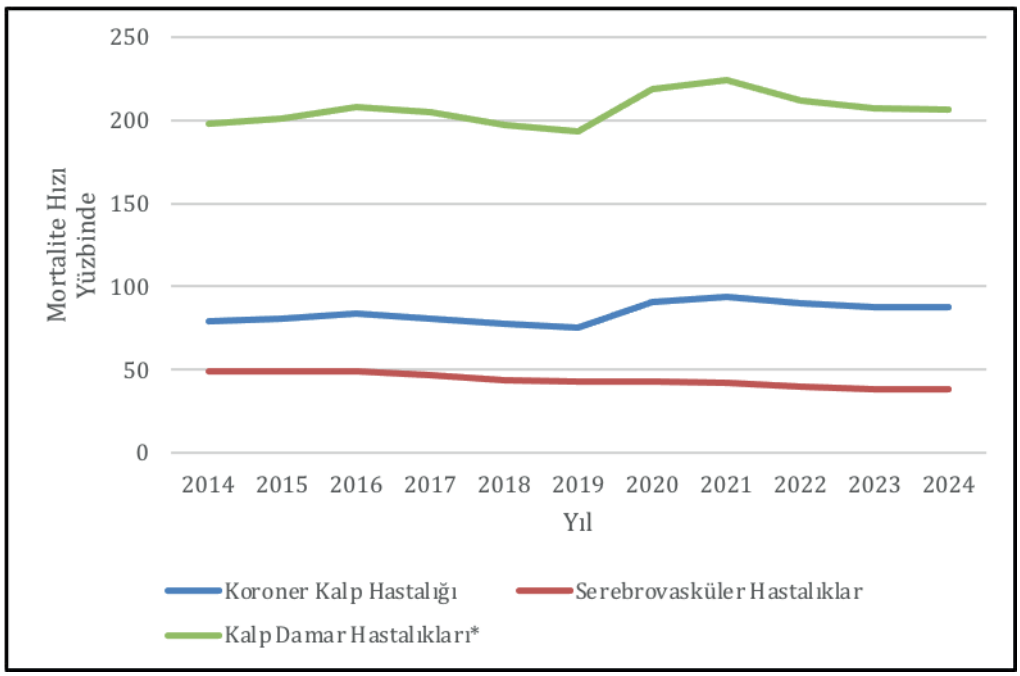
TÜİK tarafından ilk defa 2008 yılında yapılan Türkiye Sağlık Araştırması, 2022 yılında yedinci kez sağlık göstergelerine yönelik bilgilerin elde edilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma, Türkiye nüfusunu temsil edecek şekilde düzenlenmiş olmakla birlikte uluslararası karşılaştırmalara da imkan vermektedir. Çalışma hem 15 yaş ve üzeri bireylere, hem de 0-14 yaş grubundaki çocuklara yönelik sorular içermektedir.[6] Kalp damar hastalıkları üzerine bilgiler 15 yaş ve üzeri yaklaşık 23000 kişiden oluşan bir örneklemden toplanmıştır. Koroner kalp hastalığı (KKH) tanımı anjina, göğüs ağ-

Tablo 2. Koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık ve kalp damar hastalıkları nedenli ölüm sayısı ve hızı, 2020-2024

	Koroner Kalp Hastalığı		Serebrovasküler Hastalıklar		Kalp Damar Hastalıkları*	
Yıl	n	Yüzbinde	n	Yüzbinde	n	Yüzbinde
2020	75973	91	35880	43	183109	219
2021	79549	94	35898	42	189877	224
2022	77145	90	34477	40	180899	212
2023	75427	88	32749	38	176995	207
2024	75656	88	32277	38	176211	206

Kaynak: 2020-2024 yılları arası TUİK yıllık ölüm sayılarının tüm nüfusa bölünmesi ile hesaplanmıştır.

*TUIK ölüm nedeni istatistiklerinde kalp damar hastalıkları (ICD 10 sınıflamasına göre I00-I99) hipertansif hastalıklar, iskemik kalp hastalığı, diğer kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve serebrovasküler hastalıkları içermektedir.



Şekil 2. Yıllara göre (2014- 2024) KKH ve SVH'a bağlı mortalite hızı, Türkiye

Kaynak:2014-2024 yılları arası TUİK yıllık ölüm sayılarının tüm nüfusa bölünmesi ile hesaplanmıştır[5]

rısı ve spazm şikayetlerini kapsamaktadır[6]. İnme- felç tanımı ise beyin kanaması ve serebral tromboz durumlarını kapsamaktadır.[6] **Tablo 3**'te görüldüğü üzere, çalışmada katılımcılardan alınan öyküye göre KKH sıklığı %6,4 (erkeklerde %5,8 ve kadınlarda %7,0) olarak belirtilmiştir.[6]

TÜİK Sağlık Araştırmalarında rapor edilen sıklıklar incelendiğinde, KKH sıklığının 2012'de %4.1 ile 2022'de %6.4 aralığında değiştiği dikkat çekmektedir.[5] Bu dalgalanmalar araştırmanın örneklemi ya da veri toplama yöntemindeki değişikliklerle ilgili olabilir. TÜİK Sağlık Araştırmalarında hastalık öyküsü, 2014 yılından itibaren, hekim tarafından tanı konmuş hastalık/sağlık sorunu yerine, 'Son 12 ay içerisinde koroner kalp hastalığı (anjina, göğüs ağrısı, spazm) yaşadınız mı?' ve 'Son 12 ay içerisinde inme, felç (beyin kanaması, serebral tromboz) yaşadınız mı?' şeklinde sorularak saptanmıştır. Dolayısıyla farklı yıllardaki çalışmalarda belirtilen sıklıklar dikkatle yorumlanmalıdır.

İlki 2017 yılında yapılan Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı, DSÖ'nün STEPwise yaklaşımı kullanılarak bulaşıcı olmayan hastalık temel risk faktörlerinin prevalansını tanımlamak amacıyla 2023 yılında ikinci kez gerçekleştirilmiştir. Çalışma Türkiye'nin 15 yaş üzeri nüfusunu temsil ettiği belirtilen yaklaşık 6000 kişilik bir örneklem üzerinde yapılmıştır.[7]

Raporda KDH sıklığı ile ilgili çok sınırlı bulgu yer almaktadır. Çalışmada kişilerden alınan öyküye göre katılımcıların kalp krizi ya da kalp hastalığına bağlı göğüs ağrısı (anjina) veya inme (serebrovasküler olay

Tablo 3. Türkiye'de yapılan çalışmalarda cinsiyete göre KKH sıklığı

Araştırma	Yapıldığı yer, yıl	Yaş Grubu, Kişi Sayısı	Erkek (%)	Kadın (%)	Toplam (%)
TÜİK Sağ. Arş.,2022[6]	Ulusal Çalışma, 2022	15 yaş üstü 22742 kişi	5.8	7.0	6.4
Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması, 2023[7]	Ulusal Çalışma, 2023	15 yaş üstü 6017	7.5*	6.6*	7.0*

*"Hiç kalp krizi geçirdiniz mi veya kalp hastalığı nedeni ile göğüs ağrınız (anjina) oldu mu veya inme/felç (serebrovasküler hastalık veya olay) geçirdiniz mi?' sorusuna yanıt alınarak KKH ve SVH birlikte kalp damar hastalığı olarak değerlendirilmiştir.

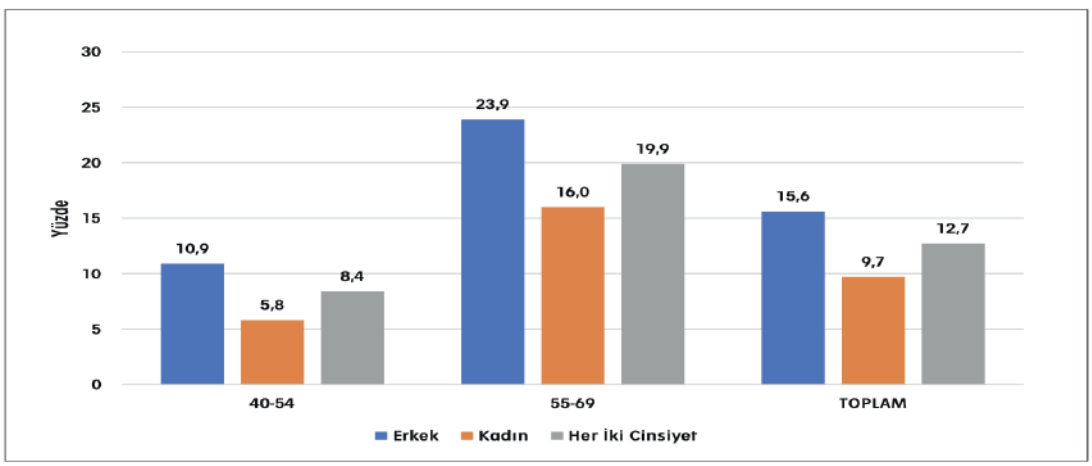
ya da hastalık) geçirmiş olma sıklığı %7,0 olarak tahmin edilmiştir. Sıklığın erkekler için %7,5 ve kadınlar için %6,6 olduğu ve yaşla arttığı belirtilmiştir. Raporda KKH, inme öyküsü ya da KDH öyküsü sıklığı, yaş gruplarına göre sunulmamıştır.[7] Aynı yöntemle yapılan 2017'deki çalışmaya göre 2023'te KDH sıklığının toplamda %5'ten %7'e yükseldiği, benzer artışın kadın ve erkeklerde de görüldüğü belirtilmektedir.[7]

Yapılan bir projeksiyon çalışmasında Türkiye'de 2025 yılında KDH olan kişi sayısının 4.2 milyon olacağı ve bu sayının 2035'e kadar 5,4 milyona yükseleceği tahmin edilmiştir.[8] Kaba bir hesaplama ile tüm toplum için %7 olan KDH sıklığının 2025 yılı 15 yaş üstü nüfusuna (n=4.741.687) uygulanmasıyla tahmin edilen KDH hasta sayısı 4.741.687 kişidir.

TÜİK Sağlık Araştırması 2022'de serebrovasküler hastalık öyküsü, 'Son 12 ay içerisinde inme, felç (beyin kanaması, serebral tromboz) yaşadınız mı?' şeklinde sorularak saptanmıştır. Türkiye Sağlık Araştırması 2022'de serebrovasküler hastalık sıklığı %1,0 (erkeklerde %1,0 ve kadınlarda %0,9) olarak bildirilmiştir.[6] Serebrovasküler hastalık sıklığı 2008 yılından 2022'ye kadar yapılan ulusal çalışmalarda, toplamda ve her iki cinsiyette belirgin bir değişiklik göstermemiştir.[5]

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması'nda katılımcıların 10 yıllık KDH geliştirme riski hesaplanmıştır. Ancak bu bulgu tablolarda sunulurken araştırma yapıldığında KDH hastalığı olma durumuyla birlikte sunulmuştur.[7] Buna göre 40–69 yaş arasındaki nüfusun %12,7'sinde 10 yıllık kalp damar hastalığı riski ≥%30 veya kalp damar hastalığı mevcut olduğu belirtilmektedir (erkeklerde: %15,6, kadınlarda: %9,7 (Şekil3).[7]

Araştırmada 10 yıllık kalp damar hastalığı riski ≥%30 veya kalp damar hastalığı mevcut olanların %65'inin kalp krizi ve inmelerini önlemek için ilaç tedavisi ve danışmanlık aldığı belirtilmiştir (kadınlar için %71,9 ve erkekler için %60,0).[7] Ancak raporda sunulan tablolarda toplam kişi sayılarının verilmemesi bulguların kapsamı ve yorumu konusunda belirsizlik yaratmaktadır.



Grafik 11: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre 10 Yıllık KDH Riski ≥%30 Olanlar veya Hâlen KDH Olanların Yüzdesi

**10 yıllık KDH riski ≥%30 olması, yaş, cinsiyet, kan basıncı, sigara içme durumu (mevcut içiciler veya değerlendirmeden önce 1 yıldan kısa süre önce bırakmış olanlar), total kolesterol ve diyabete (önceden tanı almış ya da plazma glikoz konsantrasyonu >7,0 mmol/l (126 mg/dl) göre tanımlanmıştır.*

Şekil 3. Cinsiyet ve yaş gruplarına göre 10 yıllık kalp damar hastalığı riski ≥%30 olan veya halen KDH olanların yüzdesi

Kaynak: Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı" 2023

Gösterge	Yıl	Her iki cinsiyet (%95 GA)	Erkek (%95 GA)	Kadın (%95 GA)
40–69 yaş arasındaki nüfusta 10 yıllık kalp damar hastalığı riski ≥%30 olanlar veya hâlen kalp damar hastalığı olanların yüzdesi[1]	2017	%10,5 (8,1–12,9)	%13,3 (9,2–17,4)	%7,8 (5,3–10,3)
	2023	%12,7 (9,3–16,1)	%15,6 (9,8–21,4)	%9,7 (6,6–12,9)
Kalp hastalığı ve inmeden korunmak için ilaç tedavisi ve danışmanlık alan uygun kişilerin yüzdesi	2017	%55,9 (45,3–66,6)	%55,1 (39,6–70,7)	%57,0 (44,3–69,8)
	2023	%64,5 (52,2–76,8)	%60,0 (43,6–76,3)	%71,9 (58,1–85,7)

[1]10 yıllık KDH riski yaş, cinsiyet, kan basıncı, sigara kullanma durumu (hâlen kullananlar veya değerlendirmeden en az 1 yıl önce sigarayı bırakanlar), kolesterol ve diyabet (daha önceden tanısı konulmuş veya açlık şekeri >126 mg/dl olanlar) durumuna göre tanımlanmıştır.

Şekil 4. "Kalp Damar Hastalığı Riski" Bölümü İçin THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması

Kaynak: Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı" 2023

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2017 ve 2023 sonuçları karşılaştırıldığında 40–69 yaş arası kişilerde KDH'ye yakalanma riskinin yıllar içinde artış gösterdiği belirtilmiştir.[7] Buna göre 10 yıllık KDH riski ≥%30 olan veya KDH varlığı olan 40–69 yaş arası kişilerin yüzdesi 2017'de %10,5 iken 2023'te %12,7'ye yükseldiği belirtilmiştir [7] (**Şekil 4**). Ancak riski yüksek olanlar ve hali hazırda KDH olanlar birlikte sunulduğu için artışın hangi gruptaki artıştan kaynaklandığı konusunda yorum yapmak mümkün değildir.

Aynı araştırmada 10 yıllık kalp damar hastalığı riski ≥%30 veya KDH mevcut olanların %65'inin kalp krizi ve inmelerini önlemek için ilaç tedavisi ve danışmanlık aldığı belirtilmiştir (kadınlar için %71,9 ve erkekler için %60,0) (**Şekil 4**).[7]

4. Türkiye'de Kalp Damar Hastalıkları Yükü ve Maliyeti

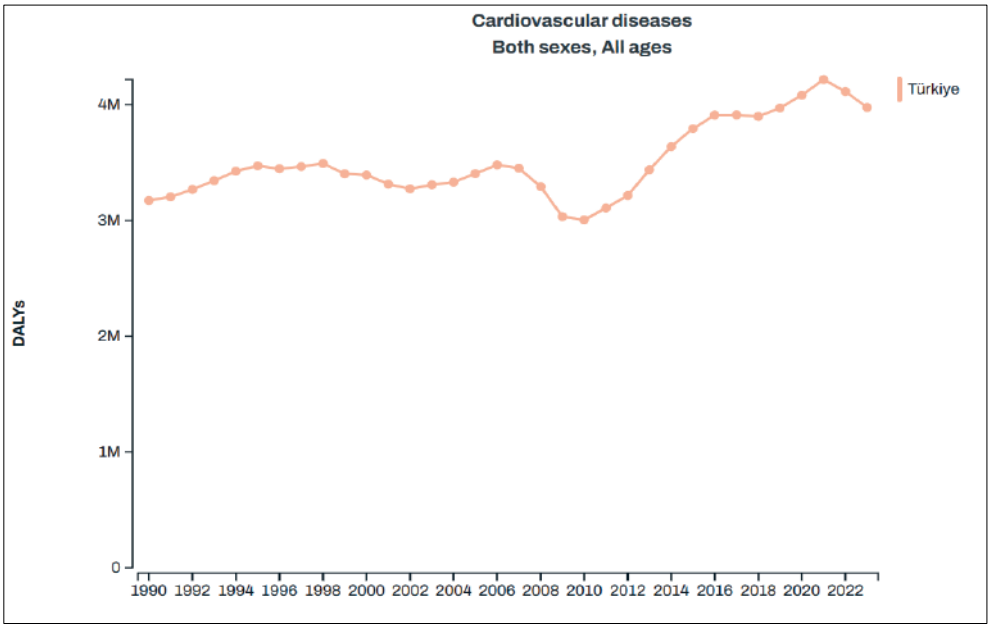
Türkiye'de KDH yükü yıllar arasında dalgalanma gösterse de artışını sürdürmektedir. Kalp damar hastalıklarına bağlı DALY miktarının 1990-2022 yılları arasındaki değişiminin sunulduğu grafiğe bakıldığında ülkemizde özellikle 2009-2010 yıllarında KDH hastalık yükünün azaldığı ancak 2014 yılından başlayarak yükselme eğilimine girdiği, pandeminin etkisinin arttığı 2021 yılında en yüksek seviyeye ulaştığı izlenmektedir. KDH'na bağlı hastalık yükünün son 10 yılda artış eğiliminde olduğu söylenebilir (**Şekil 5**).

Küresel Hastalık Yükü Çalışmasının 2013 yılı sonuçlarında iskemik kalp hastalığı, hastalık yükü nedenleri sıralamasında ilk sırada yer almıştır. Ancak, 2023 yılında Türkiye'de yaşanan depremler nedeniyle hastalık yükü nedenlerinin sıralamasında değişiklik olmuştur. 2023 çalışmasına göre, DALY nedenleri değerlendirildiğinde, ilk sırada doğal afetler yer almıştır. İskemik kalp hastalıkları ikinci, inme ise dördüncü sırada yer almaktadır.[4]

5. Kalp Damar Hastalıklarının Kontrolü Konusundaki Çalışmalar

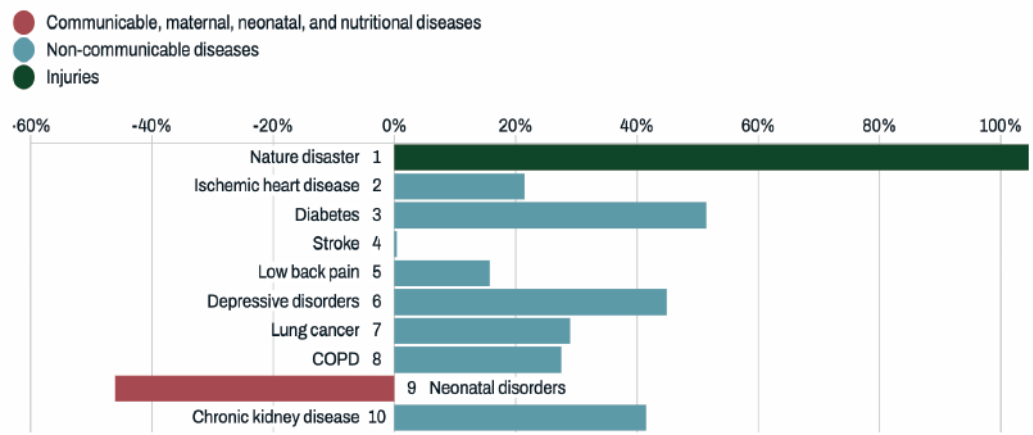
Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve KDH, toplumlar için önemli ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından, 2018 yılında Dünya Sağlık Örgütü işbirliğiyle hazırlanan bir rapora göre 2016 yılında Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan toplam ekonomik kaybın 69,7 milyar TL olup gayri safi yurt içi hasılanın (GSYH) %3,6'sına karşılık geldiği saptanmıştır.[10]

Türkiye'de güncel olarak Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025) yürürlüktedir.[11] Bu eylem planında belirlenen hedeflerin gerçekleştirilmesi halinde önlenebilecek ölümleri tahmin etmek amacıyla, Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği simülasyon aracı kullanılarak yapılan bir çalışmanın sonucunda tütün kullanımında %30, tuz tüketiminde %30 ve fiziksel inaktivitede %10 oranında azalma sağlanması durumunda Türkiye'de 2017 yılında yaklaşık 20000 ölümün önlenebilecek olduğu ve ölümlerdeki azalmanın %85'inin KDH'na bağlı ölümler olacağı tahmin edilmiştir.[12] Dolayısıyla toplum düzeyinde yapılacak risk faktörlerine yönelik çok sektörlü müdahalelerin KDH ölümlerinin önlenmesi açısından önemli bir potansiyele sahip olduğu görülmektedir. Ancak eylem planında her ne kadar çok sektörlü bir yaklaşım



Şekil 5. DALY, kalp damar hastalıklarına bağlı, Türkiye, tüm yaşlar, her iki cinsiyet

Kaynak: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)[9]



Şekil 6. Türkiye'de sıklığa göre DALY nedenleri ve 2013- 2023 yılları arası değişimi (yüzde)

Kaynak: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)[4]

benimsenmeye çalışılmışsa da bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörlerini önlemeye yönelik çalışmalarda kurumlar arası koordinasyon ve iş birliğinin sağlanması ve sürdürülmesi konusunda çalışılması gereklidir.

Güncel olarak ülkemizde Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2021-2026) yürürlüktedir. Bu programın amaçları; risk faktörlerinin önlenmesi, erken tanı-tedavi-izlem ile komplikasyonların önlenmesi şeklinde özetlenebilir[13]. Amaçlar doğrultusunda hedeflerden biri 40 yaş ve üzeri bireyler için kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılması ve bireyin risk skoruna göre ulusal ve uluslararası kılavuzlara uygun sağlıklı yaşam tarzına yönelik tedavi ve danışmanlık hizmeti sağlanmasıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimliği düzeyinde uygulanmaya başlanan Hastalık Yönetim Platformu, kronik hastalıkların erken tanı, tedavi ve izlemine yönelik hizmetlerin yapılandırılması açısından önemli bir adımdır. Ancak aile hekimi başına ve aile sağlığı elemanı başına düşen nüfusun görece büyüklüğü ve sağlık sisteminin randevu yoğunluğu göz önüne alındığında uygulamada zorluklar yaşanmaktadır.

6. Sonuç ve Öneriler

Kalp damar hastalıkları hem küresel hem ulusal düzeyde ölümlerin önemli ve çoğunlukla önlenebilir bir ne-

Ek Tablo 1. Türkiye'de 2020-2025 yılları arasında toplumda yapılan kalp damar hastalıkları prevalansı ile ilgili çalışmalar ve özellikleri

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kalp hastalığının tanımı	Serebrovasküler hastalığın tanımı
TUİK Sağlık Araştırması, 2022[6]	Kesitsel, 2022, Türkiye 15 yaş üstü 22742 kişi	Tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Dışsal tabakalama kriteri olarak kır –kent ayrımı kullanılmıştır. (Nüfusu 20 000 ve altında olan yerleşim yerleri kır, nüfusu 20 001 ve üstünde olan yerleşim yerleri kent olarak ele alınmıştır). Birinci aşama örnekleme birimi ortalama 100 hane adresi ihtiva eden kümelerin (bloklar) içerisinden büyüklüğüne orantılı seçimle rasgele seçilen bloklar; ikinci aşama örnekleme birimi ise seçilen her kümeden sistematik rasgele olarak seçilen hanehalkı adresleridir.	Son 12 ay içerisinde koroner kalp hastalığı (anjina, göğüs ağrısı, spazm) yaşadınız mı?' sorusuna yanıt alınarak değerlendirilmiştir.	Son 12 ay içerisinde inme, felç (beyin kanaması, serebral tromboz) yaşadınız mı? sorusuna yanıt alınarak değerlendirilmiştir
Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2025[7]	Kesitsel, 2023, Türkiye 15 yaş üstü 6017	Araştırmada DSÖ STEPwise yaklaşımı doğrultusunda çok aşamalı küme örneklemesi uygulanmıştır. Birincil örnekleme birimi olarak belediye teşkilatı olan yerleşimlerde mahalle sınırları, diğer yerleşim yerlerinde ise ortalama 100 adreslik bloklar esas alınmış; toplam 865 küme küme büyüklüğüne orantılı olasılıklı seçim (PPS) ile seçilmiştir. İkinci aşamada her bir seçilmiş kümeden sistematik örnekleme ile 10 adres seçilmiştir. Üçüncü aşamada 15 yaş ve üzeri fertler hedeflenmiş; alan listelemesinden sonra bilgisayar programı ile Kish yöntemi kullanılarak hanelerdeki uygun katılımcılardan bir fert rastgele seçilmiştir. Her hane en az üç kez ziyaret edilmiş; ilk ziyarette müsait olmayan ve sonraki 10 gün içinde müsait olabilecek bireylerden randevu alınmıştır. Hesaplanan örneklem büyüklüğü 6.915 kişi olup, %20 kayıp payı eklenerek hedef nüfus 8.644 kişiye çıkarılmıştır. Saha uygulamasında ziyaret edilen yaklaşık 8.650 haneden kriterleri karşılayan ve gönüllü olan 6.017 kişi çalışmaya katılmıştır.		'Hiç kalp krizi geçirdiniz mi veya kalp hastalığı nedeni ile göğüs ağrınız (anjina) oldu mu veya inme/felç (serebrovasküler hastalık veya olay) geçirdiniz mi?' sorusuna yanıt alınarak KKH ve SVH birlikte kalp damar hastalığı olarak değerlendirilmiştir.

denidir. Türkiye'de KDH epidemiyolojisi ve risk faktörleri konusunda eğilimleri izlemek için belli aralarla yapılan ulusal çalışmalar vardır. Ancak çalışmaların yöntem ve tanım farklılıkları eğilimleri değerlendirmede kısıtlılık yaratmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörlerinin toplumdaki sıklığını ve değişimini değerlendirebilmek için, ulusal düzeyde tüm bölgeleri temsil eden, karşılaştırılabilir ve geçerli yöntemlerle çalışmalar yapılması gereklidir. Ayrıca, hastalıkların yıllar içindeki eğilimini izleyebilmek için araştırma tasarımı, örneklem yapısı ile veri tanım ve ölçümlerinin zaman içinde korunması önemlidir.

Ülkemizde KDH'a yönelik planlanan ve uygulanan kontrol programlarının etkililiği, hastalıkların görülme sıklığının zaman içindeki değişimi ve seçilen göstergelerdeki değişim ile değerlendirilmelidir. Gelecekte hazırlanması planlanan kontrol programlarının mevcut programların etkililiği değerlendirilerek düzenlenmesi ve özellikle birinci basamak sağlık hizmetleriyle birlikte önlemeye yönelik müdahalelerin güçlendirilmesi önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Global, regional, and national burden of cardiovascular diseases and risk factors in 204 countries and territories, 1990-2023 Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. [erişim tarihi 28 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.healthdata.org/research-analysis/library/

global-regional-and-national-burden-cardiovascular-diseases-and-risk

2. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm ve Ölüm Nedeni 2024. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2025. [erişim tarihi 28 Eylül 2025]; Erişim adresi: https://www.data.tuik.gov.tr
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı [2023]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025:28. [İnternet]. Erişim adresi: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy-202307032025pdf.pdf
4. IHME. IHME Türkiye What Causes The Most Deaths? [İnternet]. [erişim tarihi 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/turkiye
5. HASUDER Türkiye Sağlık Raporu 2020.
6. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Araştırması. Ankara; 2022.
7. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2025 (STEPS). Editörler: Mehmet Enes Gökler, Hamit Harun Bağcı, Kanuni Keklik, Toker Erguder, İlayda Üçüncü Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2025.
8. Balbay Y, Gagnon-Arpin I, Malhan S, et al. Modeling the burden of cardiovascular disease in Turkey. Anatol J Cardiol. 2018;20(4):235–240.
9. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Results Tool [Internet]. Seattle (WA): IHME, University of Washington; 2021 [İnternet]. [erişim tarihi 30 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/
10. World Health Organization. Prevention and control of noncommunicable diseases in Turkey: the case for investment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.
11. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025) Sağlık Bakanlığı Yayın no: 1056, Ankara, 2017 [İnternet]. Erişim adresi: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/%C3%A7ok%20payda%-C5%9Fl%C4%B1%20eylem.pdf
12. Breda J, Allen LN, Tibet B, Erguder T, Karabulut E, Yildirim HH, vd. Estimating the impact of achieving Turkey's non-communicable disease policy targets: A macro-simulation modelling study. Lancet Reg Health - Eur. Feb 2021;1:100018.
13. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2021-2026) Sağlık Bakanlığı Yayın no: 1215, Ankara, 2021 [İnternet]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/KalpDamarEylemPlani_2021-2026.pdf

Kanserler ve Kanser Kontrolü

Sultan Eser, Mustafa Enes Özden

Epidemiyolojik dönüşüm sürecinin sonucu olarak kanser; sık görülmesi (yaklaşık 240 bin yeni tanı, 2022), sık öldürmesi (yaklaşık 124 bin ölüm, 2023) ve sık yeti yitimine yol açması (3,2 milyon DALY, 2023) nedeniyle ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu ve sağlık otoriteleri açısından öncelikli bir müdahale alanı haline gelmiştir.[1,2] Müdahale alanlarının belirlenmesi ve kaynakların doğru önceliklendirilmesinde kanser epidemiyolojisinin doğru tanımlanması ve güvenilir sürveyans sistemleri üzerinden elde edilen verilerin analiz edilmesi, hem küresel hem ulusal ölçekte sağlık politikalarının oluşturulmasında vazgeçilmezdir.[3] Türkiye'de de ulusal kanser kontrol programlarının hazırlanması, epidemiyolojik verilerin düzenli olarak toplanması ve uluslararası standartlarla uyumlu şekilde raporlanması, sağlık hizmetlerinin planlanmasında kritik rol oynamaktadır.

1. Ulusal Kanser Kontrol Programı

Ülkemizde ilk Ulusal Kanser Kontrol Programı 2008 yılında, 2009-2015 dönemi için hazırlanmıştı (UKKP 2009). 2021 yılında yayımlanan son Türkiye Kanser Programı ise, bir ulusal kanser kontrol programından çok, günümüze kadar yapılan faaliyetlerin bir özeti niteliğinde olup, çok küçük bir bölümünde asbest kontrolü, radon haritalaması ve kontrolü, kanser kayıtçılığı ve yürürlükteki kanser taramaları için, tamamlanma tarihi 2023 yılı olacak şekilde, eylem planlarına yer verilmiştir.[4]

2. Kanser Sürveyansı ve Referans Veri Tabanları

1992 yılında kurulan İzmir Kanser Kayıt Merkezi (KKM), Türkiye'nin uluslararası standartlarda çalışan ilk nüfus tabanlı kanser kayıt merkezidir. Ülkemizdeki kanser görülme sıklığına ilişkin güncel veriler, bölgesel temsiliyet sağlamak üzere, zaman içinde kademeli olarak kurulan İzmir, Antalya, Trabzon, Samsun, Edirne, Erzurum, Eskişehir, Ankara, Bursa, Mersin, Adana, Gaziantep ve Malatya KKM'lerinden oluşan sentinal sürveyans sisteminden elde edilmektedir. İstanbul KKM ise bu merkezlerin verilerini tamamlayıcı bir işleve sahiptir (buradan sonra Türkiye Sentinel Kanser Kayıt Ağı (TKKA) olarak anılacaktır).[5] Öte yandan, veri kalitesi göz ardı edilerek 2013'te uygulamaya konulan ülke çapında veri toplama kararı, yeni bir geçerli bilgi üretmekte başarısız olmuş ve bunun TKKA'nın gelişimini engelleyeceği öngörüsü doğrulanmıştır.

2013 yılında, GICR (The Global Initiative for Cancer Registry Development in Low and Middle-Income Countries, Düşük ve Orta Gelirli Ülkelerde Kanser Kayıtçılığının Gelişimi için Küresel Girişim,) Projesi çerçevesinde, "IARC (International Agency for Research on Cancer) Regional Hub for North Africa, Western and Central Asia" olarak atanan İzmir KKM (IARC Izmir Hub), bu işlevini sürdürmektedir.[6]

Bu bölümde sunulan kanser insidans ve mortalite verilerinin hazırlanmasında yararlanılan veri tabanları ve ülkemizi temsil eden kanser kayıt merkezleri aşağıda sunulmuştur:

2.1. Global Cancer Observatory (GCO)

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) bağlı Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) tarafından geliştirilen Global Cancer Observatory (GCO), kanser kontrol aktivitelerine ve araştırmalara temel oluşturmak amacı ile küresel düzeyde kanser istatistiklerini sunan web tabanlı bir platformdur. GCO, GLOBOCAN Projesi kapsamında ülkelerin mevcut en iyi verilerini kullanır; en güncel 2022 raporunda Türkiye insidans verileri, İzmir, Antalya, Samsun, Bursa, Erzurum, Eskişehir, Edirne, Trabzon ve Ankara illeri kanser kayıt merkezlerinden elde edilen 2008-2017 kayıtlarının temsil ettiği

bölgelerin 2022 yılı nüfusuna ağırlıklandırılmasıyla hesaplanmıştır. Mortalite tahmininde ise 2010-2019 yılları arasındaki, DSÖ'nün Türkiye'ye ait ölüm verileri, 2022 yılı nüfusuna ağırlıklandırılarak kullanılmıştır.[7]

2.2. Beş Kıtada Kanser İnsidansı (Cancer Incidence İn Five Continents, CI5)

Uluslararası Kanser Kayıt Merkezleri Birliği (International Association of Cancer Registries, IACR) ve IARC iş birliği ile yayımlanan CI5 serisi, dünya genelinde nüfus tabanlı kanser kayıt merkezlerinden elde edilen yüksek kaliteli insidans verilerini içeren temel referans kaynaktır. Yaklaşık beş yılda bir güncellenen bu serinin en güncel CI5-XII, 2013–2017 dönemine ait verileri kapsamaktadır. CI5-XII'de 65 ülkeden 460 kanser kayıt merkezinin verileri yer almakta olup, Türkiye'yi Antalya, Bursa, Edirne, Erzurum, Eskişehir, İzmir, Samsun, Trabzon, Gaziantep ve Malatya kanser kayıt merkezleri temsil etmektedir. CI5'te sunulan tüm hızlar, Dünya Standart Nüfusuna göre standardize edilir.[5]

2.3. Uluslararası Çocukluk Çağı Kanserleri (International Incidence Of Childhood Cancers, IICC)

IARC tarafından yürütülen IICC projesi, nüfus tabanlı kanser kayıt merkezlerinden elde edilen yüksek kaliteli veriler aracılığıyla uluslararası çocukluk çağı kanser insidansını sunan web tabanlı bir platformdur. Türkiye'den İzmir, Antalya, Trabzon, Samsun, Bursa, Erzurum, Ankara ve Edirne kanser kayıt merkezleri bu projeye veri sağlamış, bu veriler IICC-3 cildinde (1992–2012 dönemi) yayımlanmıştır. Ancak Türkiye Sağlık Raporu-2020'den bu yana IICC'nin yeni bir cildi yayımlanmamış olup, mevcut bilgiler hala IICC-3 verilerine dayanmaktadır, dolayısıyla bu bölümde çocukluk çağı kanserlerinden tekrar bahsedilmemiştir.[8,9]

2.4. Küresel Kanser Sağkalımı Sürveyans (CONCORD) Programı

Dünya genelinde nüfus tabanlı kanser kayıt merkezlerinden elde edilen veriler kullanılarak kanser sağkalım eğilimlerini izlemek amacıyla 1999 yılında başlatılmıştır. Türkiye'den dokuz kanser kayıt merkezinin (Ankara, Antalya, Bursa, Edirne, Erzurum, Eskişehir, İzmir, Samsun ve Trabzon) verileri CONCORD-3'te yer almakta olup, Türkiye Sağlık Raporu-2020'den bu yana yeni bir cilt (CONCORD-4) yayımlanmamıştır. Bu nedenle mevcut bilgiler hala CONCORD-3 verilerine dayanmaktadır.[9,10]

2.5. SURVCAN

IARC tarafından IACR ve Küresel Kanser Kayıt Geliştirme Girişimi (GICR) iş birliğiyle yürütülen Geçiş Sürecindeki Ülkelerde Kanser Sağkalımı (SURVCAN) projesi, kanser sağkalım istatistiklerinin geliştirilmesi ve kayıt merkezlerinin bu alandaki kapasitelerinin güçlendirilmesini amaçlamaktadır. Mevcut SURVCAN-3 2008-2012 arası verileri kullanmaktadır ve ülkeler arası karşılaştırma yapma imkanı sunmaktadır.[11] SURVCAN-3'te, Türkiye'den, yüksek kalite standartlarını karşılayan sekiz kanser kayıt merkezinin (Antalya, Bursa, Edirne, Erzurum, Eskişehir, İzmir, Samsun, Trabzon) verisi kullanılmıştır.[12]

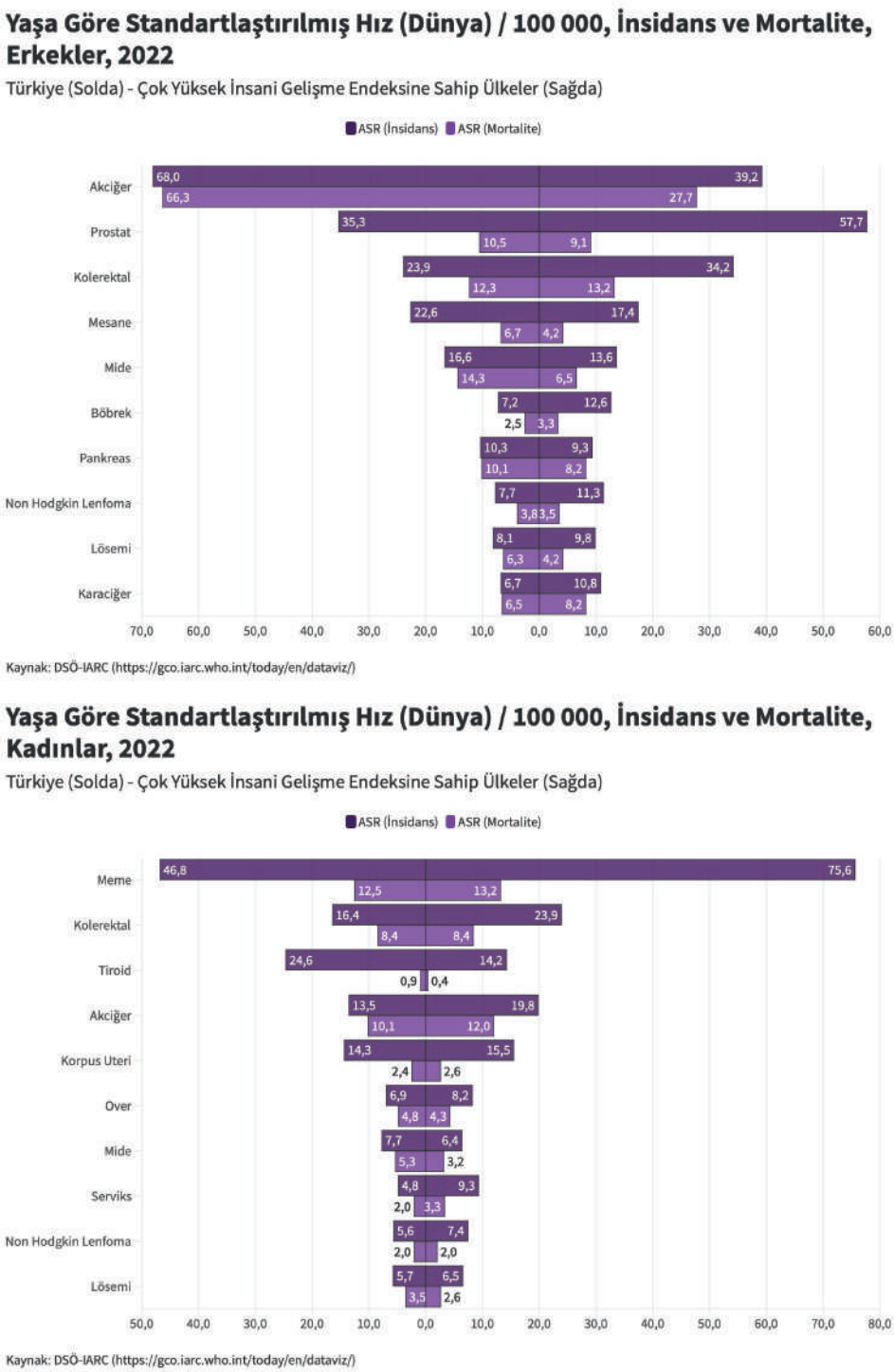
2.6. Türkiye Kanser İstatistikleri

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı tarafından yayımlanan "Türkiye Kanser İstatistikleri" raporları ile sunulmaktadır. En güncel rapor 2023 yılında yayınlanmış olup 2020 yılı verilerini içermektedir. Veriler Ankara, Antalya, Bursa, Edirne, Erzurum, Eskişehir, İzmir, Samsun, Trabzon, Gaziantep, İstanbul, Kocaeli, Malatya ve Mersin kanser kayıt merkezlerinden elde edilmektedir[13]. Bu raporların hazırlanmasında, tüm illerden alınan verilerin tek bir veri havuzunda birleştirilmesi ve önceki yıllara ait verilerin KKM'lerden yeniden talep edilmemesi, üretilen ve raporda sunulan bilginin doğruluğunu olumsuz etkileyen iki önemli unsurdur.

3. Türkiye'de Kanser ve Kanser Ölümü Sıklığı

Türkiye'de 2022 yılı tahminlerine göre erkeklerde 132.476, kadınlarda 107.537 olmak üzere toplam 240.013 yeni kanser olgusu ortaya çıkmıştır; beş yıllık prevalans tahmini erkeklerde 337.979, kadınlarda 341.356 olmak üzere toplam 679.335'tir.[14] Erkeklerde en sık görülen kanserler sırasıyla akciğer (%24,9), prostat (%13,0), kolorektal (%8,8), mesane (%8,4) ve mide (%6,1) olurken kadınlarda bu sıralama meme (%23,5), tiroid (%11,6), kolorektal (%9,3), akciğer (%7,4) ve uterus korpusu (%7,3) şeklindedir.[14] Mevcut durum 2018 verileriyle karşılaştırıldığında kanser insidansının yaklaşık 30 bin arttığı ve kadınlarda etiyolojisinde tütün kullanımının büyük yer oynadığı akciğer kanserinin sıralamasının yükseldiği dikkat çekmektedir.[9]

2022 yılı mortalite tahminlerine bakıldığında ise ülkemizde erkeklerde 82.446, kadınlarda 47.226 olmak üzere toplamda 129.672 kanser nedenli ölüm gerçekleşmiştir. En fazla ölüme neden olan ilk üç kanser sırasıyla erkeklerde akciğer, mide ve kolorektal; kadınlarda meme, akciğer ve kolorektal kanserlerdir.[14]



Şekil 1. Türkiye'de sık görülen kanserlerin yaşa standardize insidans ve mortalite hızlarının çok yüksek İnsani Gelişme Endeksi puanına sahip ülkelerdeki hızlarla karşılaştırması, 2022.

Veri kaynağı: DSÖ-IARC (https://gco.iarc.who./today/en/dataviz/)

Şekil 1'de, ülkemizde sık görülen kanserlerin yaşa standardize insidans hızı (YSİH) ve kanserlerin yaşa standardize mortalite hızının (YSMH) çok yüksek insani gelişme endeksi (HDİ) puanına sahip ülkelerle karşılaştırılması sunulmuştur. Erkeklerde en yüksek YSİH değerine sahip kanserler Türkiye'de sırasıyla akciğer, prostat ve kolorektal bölge kanserleriyken (sırasıyla yüz binde 68,0; 35,3 ve 23,9), çok yüksek HDİ puanına sahip ülkelerde ise sırasıyla prostat, akciğer ve kolorektal bölge kanserleridir (sırasıyla yüz binde 57,7; 39,2

ve 34,2). Erkeklerde Türkiye'de özellikle akciğer kanserlerindeki YSİH ve YSMH değerleri çok yüksek HDİ puanına sahip ülkelere kıyasla belirgin şekilde yüksektir. Kadınlarda en yüksek YSİH değerine sahip kanserler Türkiye'de sırasıyla meme, tiroid ve kolorektal bölge kanserleriyken (sırasıyla yüz binde 46,8; 24,6 ve 16,4), çok yüksek HDİ puanına sahip ülkelerde ise sırasıyla meme, kolorektal ve akciğer kanserleridir (sırasıyla yüz binde 75,6; 23,9 ve 19,8). Meme kanseri, Türkiye'de kadınlarda en sık görülen kanser olmakla birlikte, insidans hızı, çok yüksek HDİ puanına sahip ülkelerdekinden 1,6 kat daha düşüktür. Öte yandan, tiroid kanseri insidans hızı, çok yüksek HDİ puanına sahip ülkelere kıyasla belirgin şekilde yüksektir.[14]

Tablo 1'de Türkiye ve çok yüksek insani gelişme endeksi (HDİ) puanına sahip ülkelerde seçilmiş kanser türleri için hesaplanan yaşa standardize insidans:mortalite (YSİH:YSMH) oranları sunulmuştur. Hem erkekler hem de kadınlarda tüm kanser türleri için, çok yüksek HDİ puanına sahip ülkelere göre, Türkiye'de düşük YSIH:YSMH oranları gözlenmektedir. Bazı kanser türlerinde (erkeklerde prostat, mesane; kadınlarda meme, akciğer), bu fark çok daha belirgindir. Çok yüksek HDİ puanına sahip ülkelere göre, Türkiye'de hem erkekler hem de kadınlarda tüm kanser türleri için düşük YSIH:YSMH oranları gözlenmektedir. Bazı kanser türlerinde (erkeklerde prostat, mesane; kadınlarda meme, akciğer), bu fark çok daha belirgindir. Bu bulgular, özellikle tedavide başarı şansı yüksek olan bu kanser türlerindeki belirgin farklılıklar da dikkate alındığında, ülkemizde kanserin erken tanısı ve tedavisi konusunda ciddi sorunlar olduğunu göstermektedir.

Tablo 1. Türkiye ve çok yüksek insani gelişme endeksi (HDİ) puanına sahip ülkelerde seçilmiş kanser türleri için yaşa standardize insidans:mortalite (YSİH:YSMH) oranlarının karşılaştırılması, 2022.

Erkekler	YSIH/YSMH oranı	
Bölge	Türkiye	Çok yüksek HDI puanına sahip ülkeler
Akciğer	1,03	1,42
Prostat	3,88	6,34
Kolorektal	1,94	2,59
Mesane	3,37	4,14
Mide	1,16	2.09
Kadınlar	YSIH/YSMH oranı	
Bölge	Türkiye	Çok yüksek HDI puanına sahip ülkeler
Meme	3,74	5,73
Kolorektal	1,95	1,99
Akciğer	1,33	2,36
Serviks	2,40	2,81

Veri kaynağı: DSÖ-IARC (https://gco.iarc.who./today/en/dataviz/)

3.1. Bölgelere Göre Kanser İnsidansı

Bu bölümde CI5-XII'de verisi yayımlanan illerdeki kanser insidansları sunulacaktır.

CI5-XII'de verileri yer alan on kanser kayıt merkezinin verilerine göre erkeklerde tüm kanserler için YSİH değerleri (yüz binde) Antalya için 253,1; Bursa için 239,7; Edirne için 324,4; Erzurum için 280,0; Eskişehir için 273,1; Gaziantep için 229,4; İzmir için 318,8; Malatya için 215,1; Samsun için 279,0 ve Trabzon için 319,3 olup kadınlarda bu hızlar Antalya için 181,9; Bursa için 150,7; Edirne için 216,9; Erzurum için 197,6; Eskişehir için 205,8; Gaziantep için 165,2; İzmir için 228,2; Malatya için 151,5; Samsun için 180,2 ve Trabzon için 219,6'dır.[5] **Şekil 2**'de illere göre en sık görülen 10 kanser türünün cinsiyetlere göre YSİH dağılımları sunulmuştur.

Erkeklerde akciğer kanseri tüm illerde en yüksek insidans hızına sahipken (non-melanom deri kanserleri hariç), ikinci sırayı Erzurum'da mide kanseri, diğer tüm illerde ise prostat kanseri almaktadır. Kadınlarda en yüksek insidans hızına sahip kanser illerin büyük çoğunluğunda meme kanseridir (non-melanom deri kanserleri hariç); Erzurum ve Trabzon'da ise tiroid kanseri ilk sıradadır. İkinci sıklık açısından bakıldığında, Erzurum ve Trabzon'da meme kanseri ikinci sırada yer alırken, diğer illerde ikinci sırayı tiroid kanseri oluşturmaktadır.[5] Erzurum ve Trabzon'da hem erkek hem kadınlardaki yüksek mide insidans hızları ve Erzurum'da yine her iki cinsiyetteki yüksek özofagus kanseri insidans hızları dikkat çekicidir.

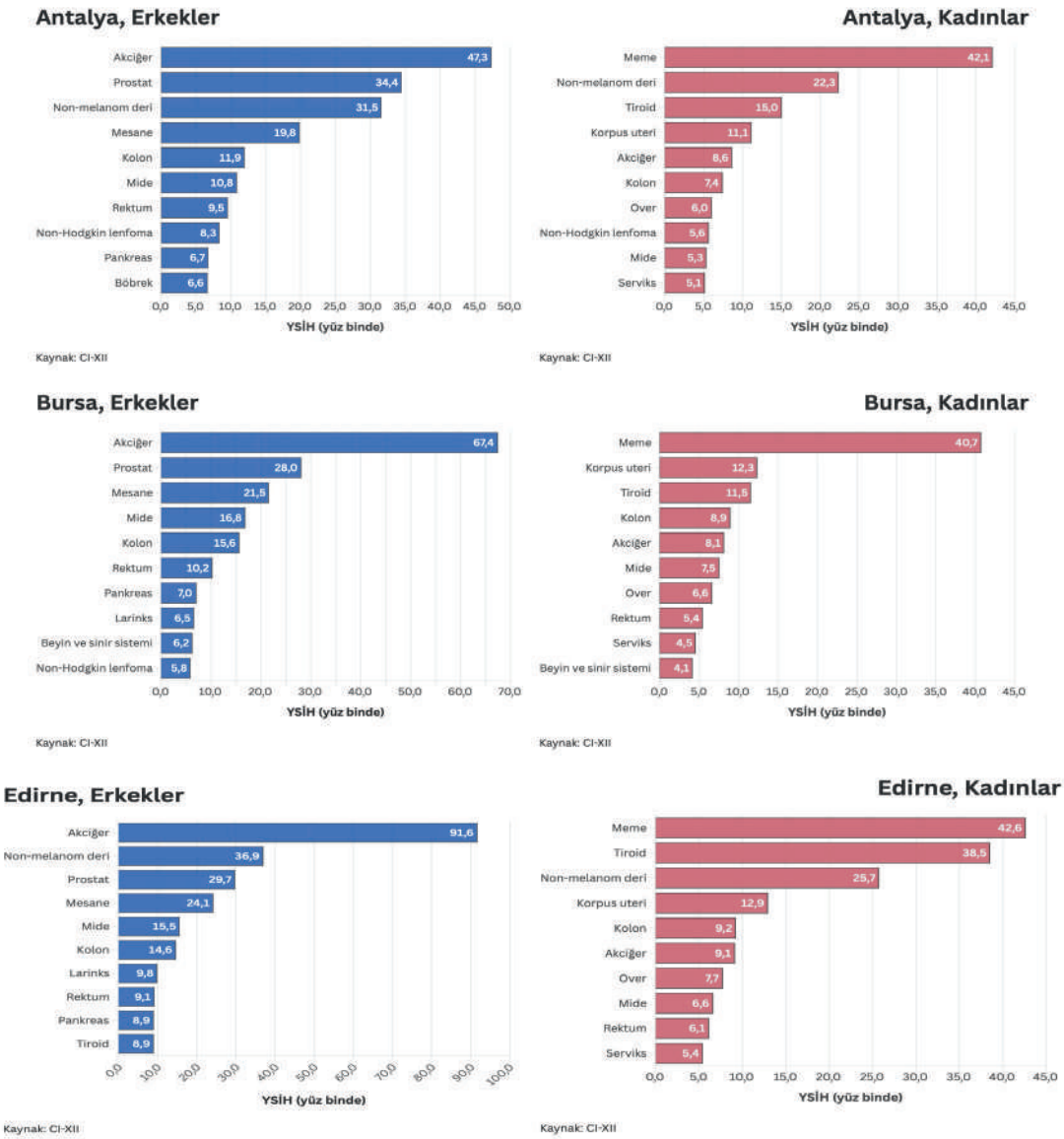
4. Türkiye'de Sık Görülen Bazı Kanserlerin Yaşa Standardize İnsidans Hızlarının Çeşitli Popülasyonlardaki Hızlarla Karşılaştırılması

4.1. Akciğer Kanseri

Akciğer kanseri dünya genelinde en yüksek insidans ve mortalite hızlarına sahip kanserdir. 2022 yılı tahminlerine göre dünya genelinde 2.480.675 yeni vaka ve 1.817.469 ölümden sorumludur.[14] **Şekil 3**'te dünyada 2022 yılı akciğer kanseri insidansları dağılımı sunulmuş olup Türkiye erkeklerde en yüksek YSİH değerine sahip ülkeler arasında yer alırken kadınlarda yüz binde 8,0-15,9 aralığında yer alan ülkeler arasındadır (**Şekil 3**).

4.2. Kolorektal Kanserler

Kolorektal kanserler gelişmiş ülkelerde yüksek insidans hızlarıyla seyreden, gelişmekte olan ülkederde ise artış



Şekil 2. İllere göre en sık görülen kanserlerin Yaşa Standardize İnsidans Hızları (YSİH, yüz binde), 2013-2017

Veri kaynağı: Bray F, Colombet M, Aitken JF, Bardot A, Eser S, Galceran J, ve ark., editörler. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XII [İnternet]. Erişim adresi: https://publications.iarc.who.int/641. erişim tarihi: 09.09.2025.

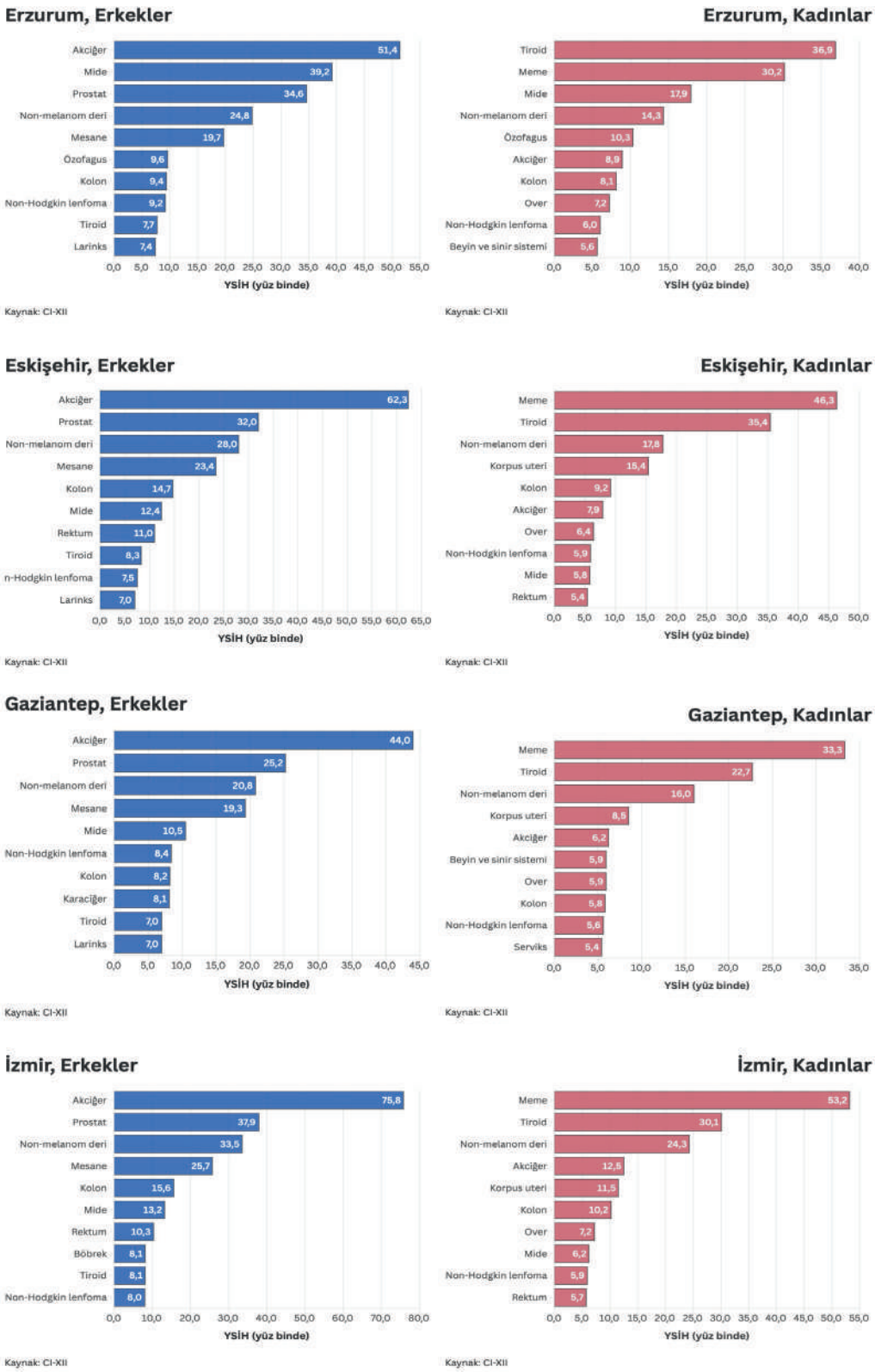
eğilimini sürdüren kanserlerdir. 2022 yılı tahminlerine göre dünya genelinde 1.872.119 yeni vaka ve 881.984 ölümden sorumludur.[14] **Şekil 4**'te dünyada 2022 yılı kolorektal kanserler insidansları dağılımı sunulmuş olup, Türkiye erkeklerde yüz binde 25,6-38,3 bandında, kadınlarda yüz binde 15,3-21,3 bandında yer almaktadır (**Şekil 4**).

4.3. Mesane Kanseri

Mesane kanseri dünya genelinde 2022 yılı için kanserler arasında insidans (614.298) açısından dokuzuncu, mortalitede (220.596) 13. sırada yer almaktadır. **Şekil 5**'te dünyada 2022 yılı mesane kanseri insidansları dağılımı sunulmuş olup, Türkiye erkeklerde en yüksek YSİH'ına sahip ülkeler arasında yer alırken kadınlarda yüz binde 2,1-4,2 bandında yer almaktadır (**Şekil 5**).

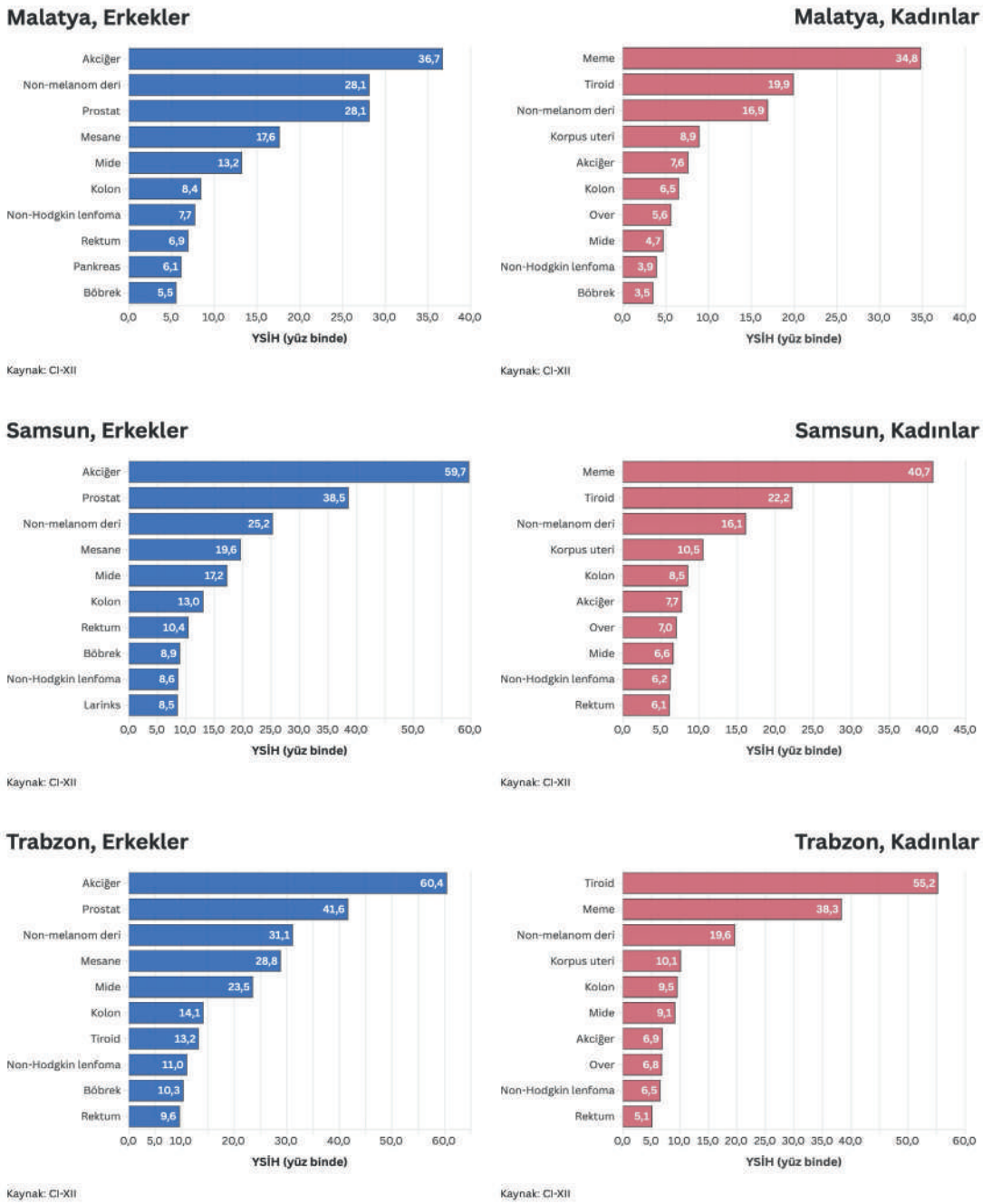
4.4. Mide Kanseri

Mide kanseri dünya genelinde 2022 yılı için kanserler arasında insidans (968.784) açısından ve mortalitede (660.175) beşinci sırada yer almaktadır. **Şekil 6**'da dünyada 2022 yılı mide kanseri insidansları dağılımı sunulmuş olup, Türkiye her iki cinsiyette de en yüksek YSİH'ına sahip ülkeler arasında yer almaktadır (**Şekil 6**).



Şekil 2. İllere göre en sık görülen kanserlerin Yaşa Standardize İnsidans Hızları (YSİH, yüz binde), 2013-2017 (devam)

Veri kaynağı: Bray F, Colombet M, Aitken JF, Bardot A, Eser S, Galceran J, ve ark., editörler. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XII [İnternet]. Erişim adresi: https://publications.iarc.who.int/641. erişim tarihi: 09.09.2025.



Şekil 2. İllere göre en sık görülen kanserlerin Yaşa Standardize İnsidans Hızları (YSİH, yüz binde), 2013-2017 (devam)

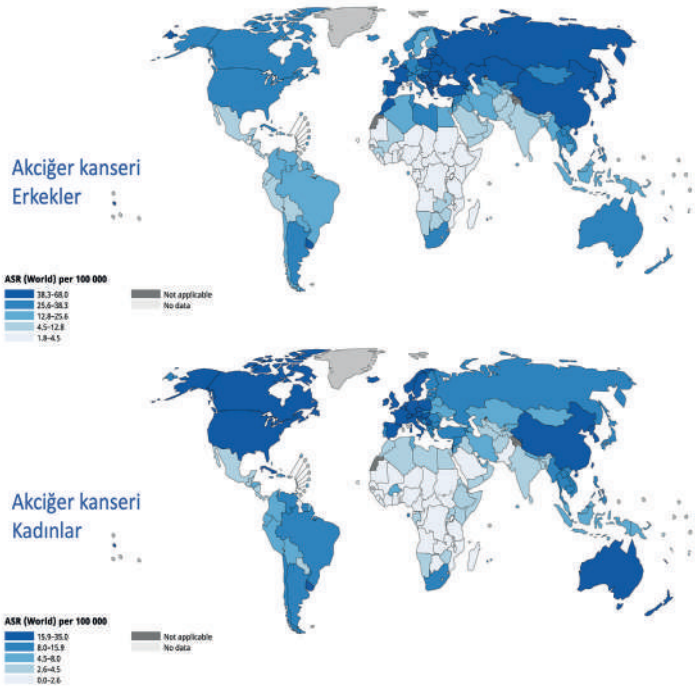
Veri kaynağı: Bray F, Colombet M, Aitken JF, Bardot A, Eser S, Galceran J, ve ark., editörler. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XII [İnternet]. Erişim adresi: https://publications.iarc.who.int/641. erişim tarihi: 09.09.2025.

4.5. Tiroid Kanseri

Tiroid kanseri dünya genelinde 2022 yılı için kanserler arasında insidans (821.214) açısından yedinci ve mortalitede (47.507) yirmi dördüncü sırada yer almaktadır. Şekil 7'de dünyada 2022 yılı tiroid kanseri insidansları dağılımı sunulmuş olup, Türkiye her iki cinsiyette de en yüksek YSİH'ına sahip ülkeler arasında yer almaktadır (Şekil 7).

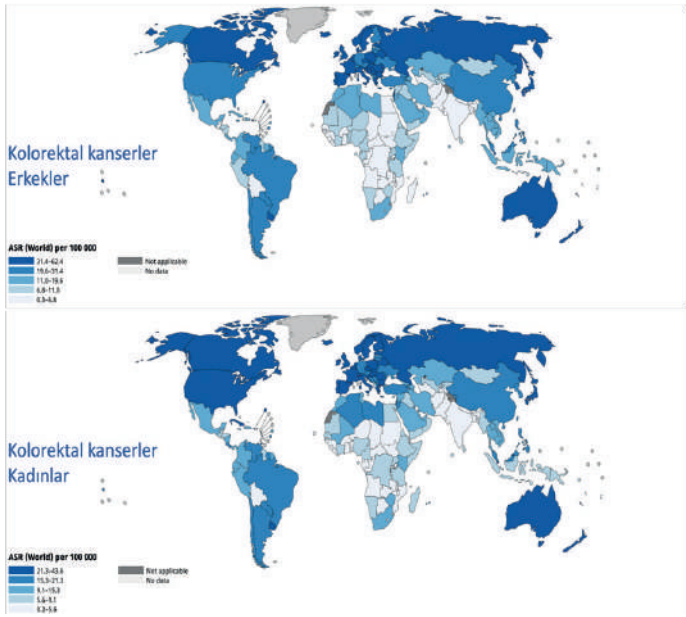
4.6. Prostat Kanseri

Prostat kanseri dünya genelinde 2022 yılı için kanserler arasında insidans (1.467.854) açısından dördüncü ve mortalitede (397.430) sekizinci sırada yer almaktadır. Şekil 8'de dünyada 2022 yılı prostat kanseri insidansları dağılımı sunulmuş olup, Türkiye yüz binde 44,6-68,2 bandında yer almaktadır (Şekil 8).



Şekil 3. Dünyada akciğer kanseri yaşa standardize insidans hızları (yüz binde),2022

Kaynak: WHO. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory https://gco.iarc.fr/



Şekil 4. Dünyada kolorektal kanserler yaşa standardize insidans hızları (yüz binde), 2022

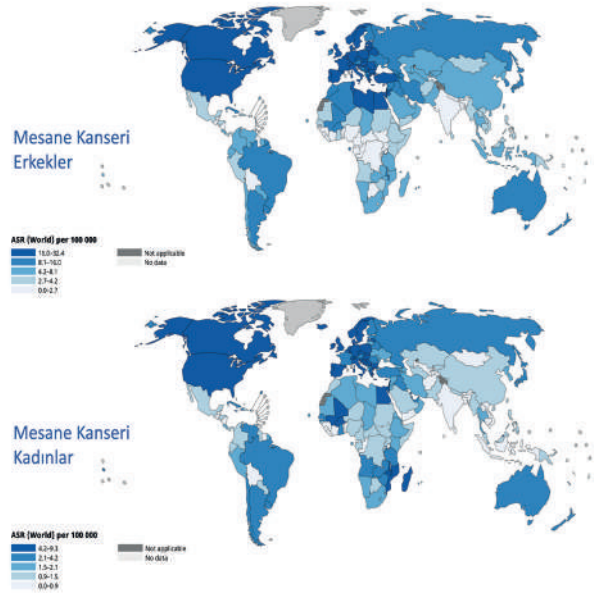
Kaynak: WHO. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory https://gco.iarc.fr/

4.7. Meme Kanseri

Meme kanseri dünya genelinde 2022 yılı için kanserler arasında insidans (2.296.840) açısından ikinci ve mortalitede (666.103) dördüncü sırada yer almaktadır. **Şekil 9**'da dünyada 2022 yılı meme kanseri insidansları dağılımı sunulmuş olup, Türkiye yüz binde 52,2-71,1 bandında yer almaktadır (**Şekil 9**).

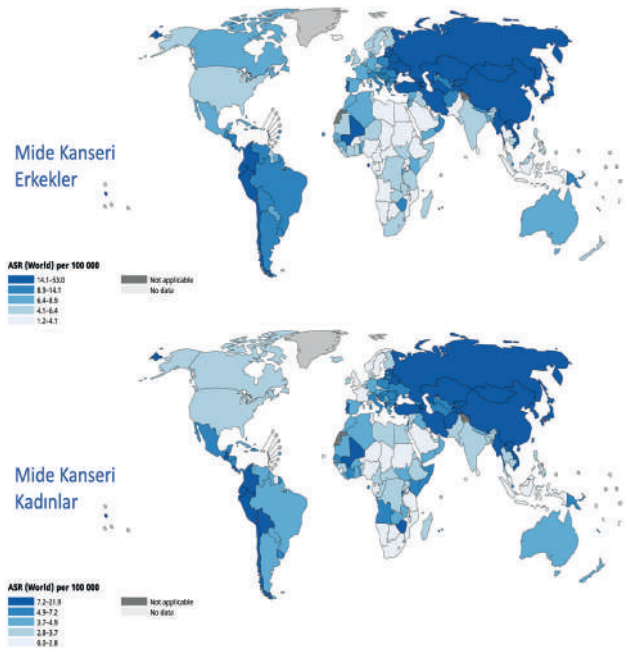
4.8. Serviks Kanseri

Serviks kanseri dünya genelinde 2022 yılı için kanserler arasında insidans (662.301) açısından sekizinci ve mortalitede (348.874) dokuzuncu sırada yer almaktadır. **Şekil 10**'da dünyada 2022 yılı serviks kanseri insidansları dağılımı sunulmuş olup, Türkiye yüz binde 2,1-7,1 bandında yer almaktadır (**Şekil 10**).



Şekil 5. Dünyada mesane kanseri yaşa standardize insidans hızları (yüz binde), 2022

Kaynak: WHO. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory https://gco.iarc.fr/



Şekil 6. Dünyada mide kanseri yaşa standardize insidans hızları (yüz binde), 2022

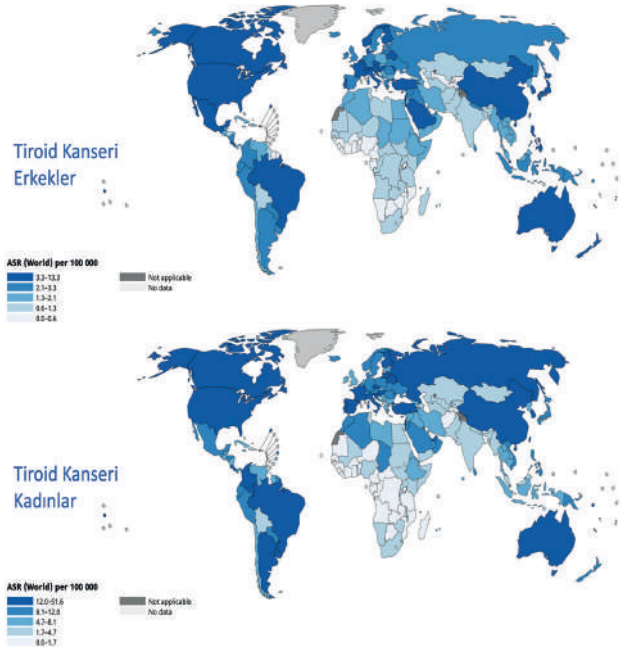
Kaynak: WHO. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory https://gco.iarc.fr/

5. Yaş Özel İnsidans Hızları

Türkiye'de sık görülen kanserlerin yaşa göre YSİH (yüz binde) dağılımı **Şekil 11**'de sunulmuştur. Çoğu kanser türünde kadınlarda 35, erkeklerde ise 40 yaşından itibaren YSİH değerlerinde artış izlenmektedir.[15] 70-74 yaş grubunda, hem erkek hem de kadınlarda, neredeyse tüm kanser türleri için insidans düşüşü, sonrasında tekrar yükselme eğilimi görülmektedir. Bütün kanser türlerinde benzer olan bu patern, bu yaşlardaki bireylerin doğum tarihleri ve yaşlarının hatalı (yuvarlayarak) kaydına bağlı olabilir.[16]

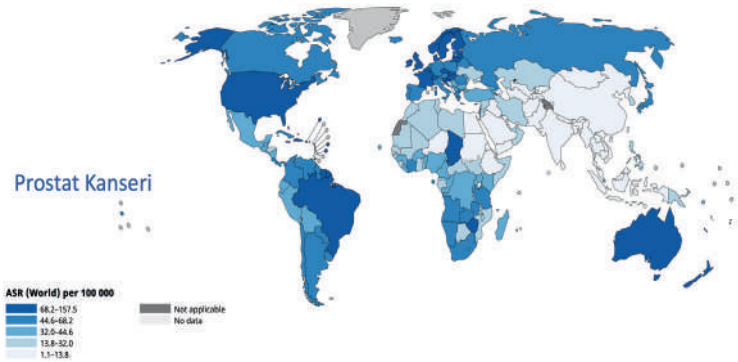
6. Zaman Eğrileri

Türkiye'de sık görülen kanserlerin yıllara göre değişimi **Şekil 12**'de sunulmuş olup grafikler GCO'nun CI5-plus verilerini kullanan zamanla kanser değişimi



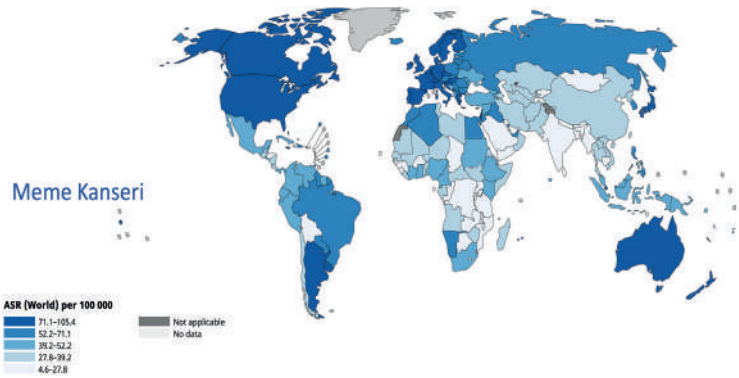
Şekil 7. Dünyada tiroid kanseri yaşa standardize insidans hızları (yüz binde), 2022

Kaynak: WHO. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory https://gco.iarc.fr/



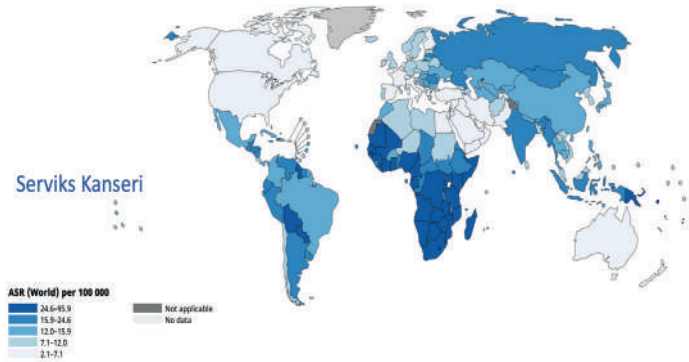
Şekil 8. Dünyada prostat kanseri yaşa standardize insidans hızları (yüz binde), 2022

Kaynak: WHO. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory https://gco.iarc.fr/



Şekil 9. Dünyada meme kanseri yaşa standardize insidans hızları (yüz binde), 2022

Kaynak: WHO. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory https://gco.iarc.fr/



Şekil 10. Dünyada serviks kanseri yaşa standardize insidans hızları (yüz binde), 2022

Kaynak: WHO. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory https://gco.iarc.fr/

(cancer over time) arayüzü kullanılarak elde edilmiştir. Bu veritabanında, Türkiye'den sadece İzmir KKM ve Antalya KKM verileri kullanılmaktadır.[15] Veriler Türkiye Sağlık Raporu 2020 ile aynı aralığı kapsadığı için bu bölümde tekrar detaylandırılmayacaktır.

7. Net Sağkalım

Hala güncel olan CONCORD-3'e ait veriler Türkiye Sağlık Raporu-2020'de mevcut olup, bu bölüm SURVCAN-3 verileri üzerinden sunulacaktır.[9,10] Türkiye-de 2008-2012 yılları arasında en yüksek beş yıllık sağ kalım oranı meme kanserinde (%77,9) görülürken bu durumu, ve prostat (%63,2), serviks (%61,4) ve mesane (%59,7) kanserleri takip etmektedir. En düşük sağkalım oranı ise sırasıyla karaciğer (%8,8), akciğer (%12,2) ve özofagus (%14,3) kanserleri için raporlanmıştır (**Şekil 13**).[11]

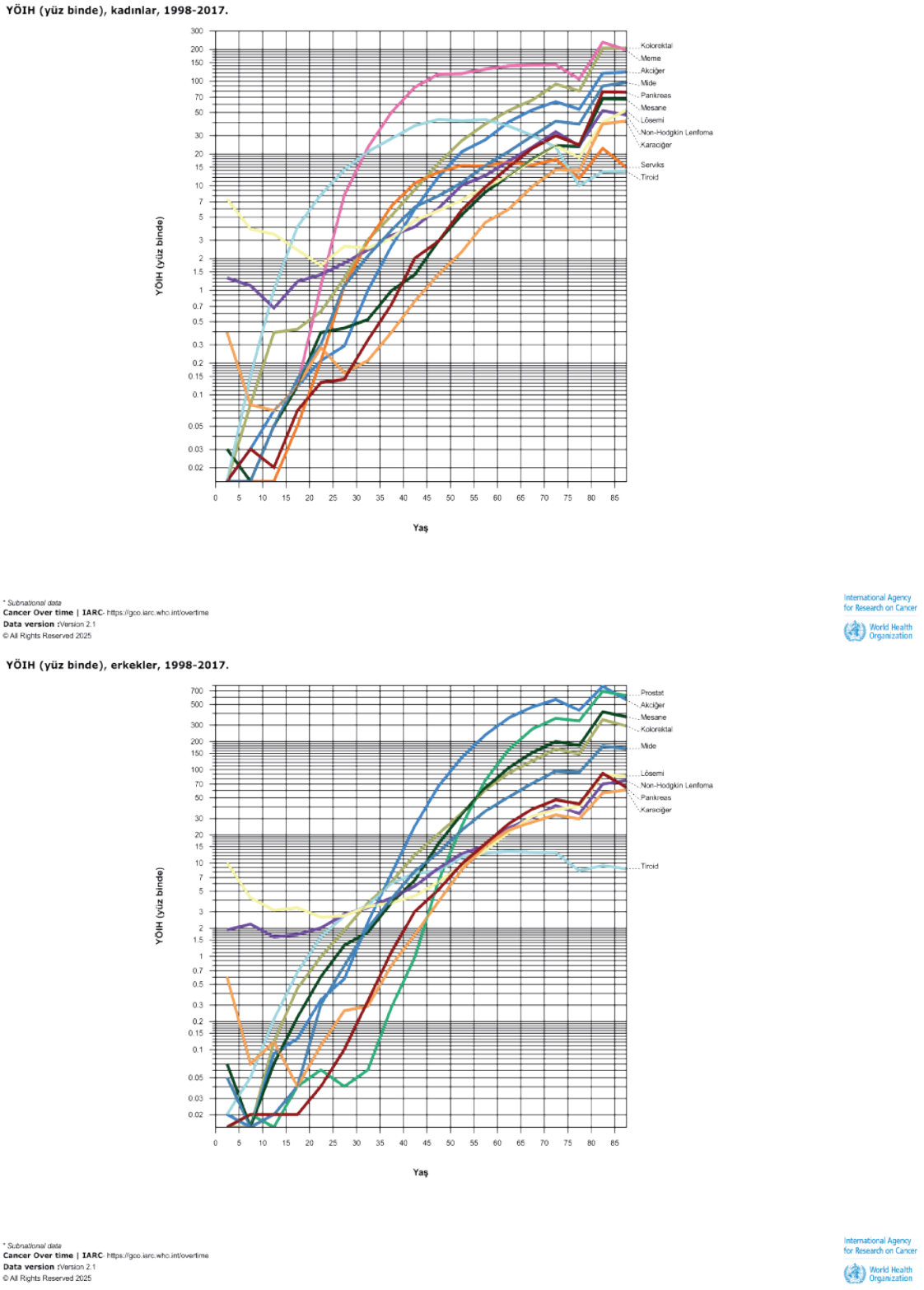
Türkiye diğer SURVCAN ülkeleri ile kıyaslandığında, en yüksek sıralamayı mesane kanserinde (2. sırada- birinci sıradaki Güney Kore'nin %94'ü seviyesinde), en düşük sıralamayı ise prostat kanserinde (sondan 6. sırada- birinci sıradaki Porto Riko'nun %75'i seviyesinde) aldığı görülmektedir. En yüksek sağ kalıma sahip ülke ile arasındaki en düşük oran bakıldığında, Türkiye'nin akciğer kanserinde sağ kalım açısından birinci sıradaki İsrail'in %53'ü seviyesinde olduğu görülmektedir (**Şekil 14**).[11]

8. Kanserden Koruma

Bu bölümde kanserlerin kontrolüne yönelik ülkemizdeki ve küresel birincil, ikincil ve üçüncül koruma hizmetlerine yer verilmiştir. Bu hizmetlerinin başarısının her şeyden önce güçlü bir kanser sürveyans sisteminin varlığına bağlı olduğu unutulmamalıdır.

8.1. Birincil Koruma

Kansere yönelik birincil koruma, kanserlerin ortaya çıkmadan önlenmesi amacıyla, kanserlerin etkenlerine yönelik bireysel ve toplum düzeyinde müdahaleleri kapsar. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünya genelinde tüm kanser vakalarının %30-50 arası değişen miktarı bu müdahalelerle önlenebilir niteliktedir[17] ve GLOBOCAN-2020 verilerine dayanan bir çalışma, 30–69 yaş arası kanserlere bağlı erken yaşta yaşam yılı kaybının yaklaşık %68'inin önlenebilir olduğunu ve bu yükün özellikle birincil koruma önlemleriyle anlamlı biçimde düşürülebileceğini göstermiştir.[18] Dünya Sağlık Örgütü önerilerinde öne çıkan önlenebilir kanser etkenleri olarak tütün kullanımı, alkollü içeceklerin tüketimi, hareketsizlik ve sağlıksız beslenme, HPV ve HBV olmak üzere çeşitli onkojenik infeksiyonların, çevresel ve mesleki maruz kalımların ve radyasyon maruz kalımının olduğu görülmektedir.[17] Türkiye Ulusal Kanser Kontrol Programı'nda kanserin önlenmesine yönelik çalışmalar; tütün ve alkol kullanımının kontrolü, obezite ile mücadele, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin teşviki, enfeksiyonlara karşı aşılama, asbest ve radon gibi çevresel maruz kalımların engellenmesi ile iyonize ve non-iyonize radyasyonun kontrolüne odaklanmaktadır.[4] Türkiye'de artan kanser insidanslarına ve kontrol programlarında yer almasına rağmen, hava kirliliğinin hala DSÖ ve AB standartlarının üzerinde seyrettiği[19], tütün kullanımı[20] ve fazla kilololuluk yaygınlığının[21] giderek arttığı görülmektedir. Ülkemizde aşısı mevcut olan onkojenik enfeksiyonlardan olan HBV aşısı 1998 yılından itibaren aşı programı kapsamında olup 2023 yılına bildirilen ait aşılama hızı %99'dur[25], HPV aşısının çeşitli formları ise ruhsatlı olup rutin aşılama programına dahil edilme çalışmaları sürmektedir.[26] Risk faktörlerine ilişkin ülkemizdeki durum, ilgili bölümlerde ayrıca ele alınmıştır.

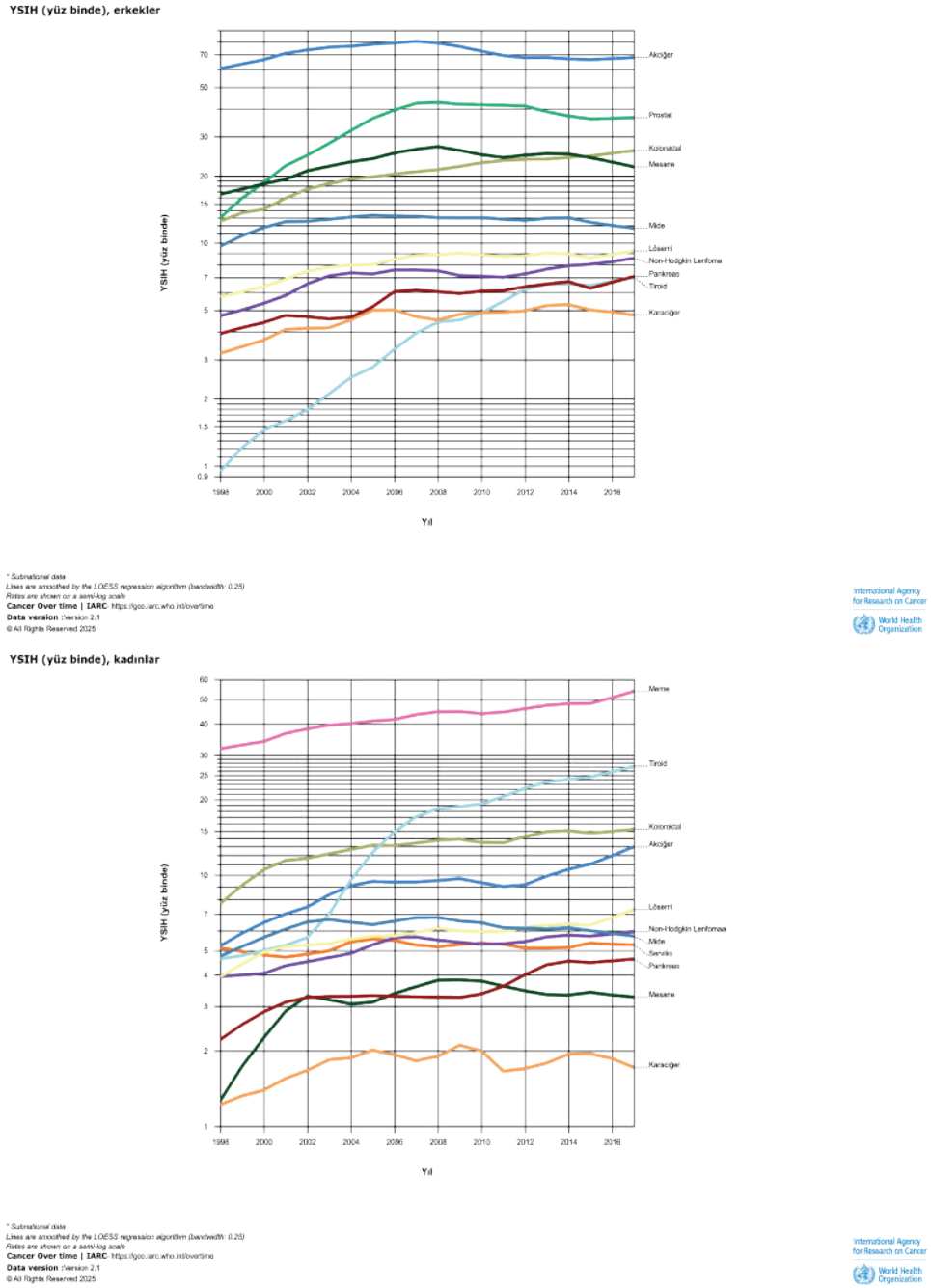


Şekil 11. Türkiye'de sık görülen kanserlerin yaşa özel insidans hızları, 2017

Kaynak: WHO. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory https://gco.iarc.fr/

8.2. İkincil Koruma

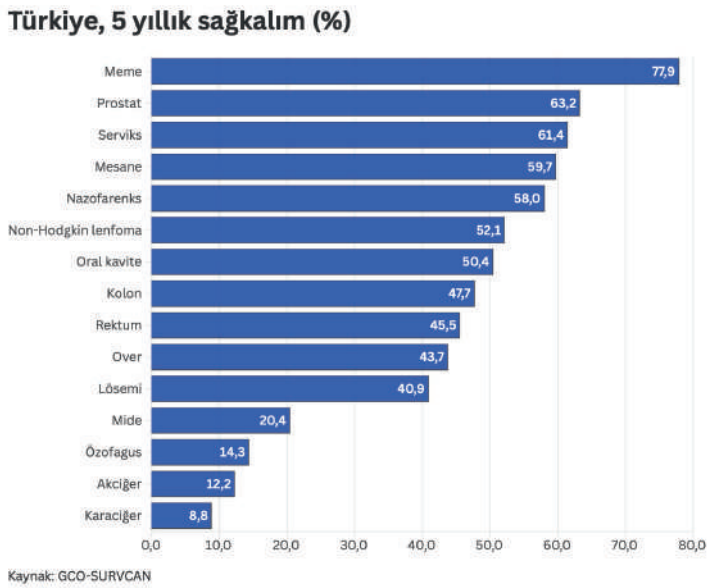
Kansere yönelik ikincil koruma, kanserlerin ortaya çıktıktan sonra erken evrelerde saptanarak iyileştirilmesini amaçlayan tespit ve tedavi müdahaleleridir. Erken tanı (semptom ortaya çıktıktan sonra) ve tarama programları (semptom ortaya çıkmadan) stratejileri bu kap-



Şekil 12. Türkiye'de sık görülen kanserlerin yıllara göre YSİH dağılımı (1998-2016)

Kaynak: WHO. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory https://gco.iarc.fr/

samda kritik önemdedir.[22] Kanser türlerinin erken tanı veya taramaya uygunlukları farklılık gösterir. Bazı kanser türleri için mortaliteyi düşüren etkin tarama testleri mevcut olsa da, birçok diğer kanser türünde erken tanı (evre düşürme programları) müdahaleleri büyük önem taşır.[24] Bir çok kanser türü için evre düşürme programları, az sayıda kanser için de tarama testleri yaygın bir şekilde uygulandığında, kanserlerin pre-kanser/erken evrede tespit edilmesini sağlayarak tedavi başarısını ciddi düzeyde artırır. Örnek olarak serviks kanseri tarama programlarından sonra gelişmiş ülkelerde serviks kanseri insidansı ve mortalitesi %70'in üzerinde azalmıştır.[23] Ülkemizde, erken tespit programları, erken tanı bileşeni göz ardı edilerek, tarama ağırlıklı olarak yürütülmektedir. Ülkemizde ulusal tarama programları kapsamında, 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mamografi çekimi, 30-65 yaş arası kadınlarda 5 yılda bir HPV-DNA testi yapılması ve 50-70 yaş arası her iki



Şekil 13. Türkiye'de SURVCAN-3 kapsamında kaydedilen kanserlerin 5 yıllık net sağkalım yüzdeleri dağılımı, 2008-2012

Veri kaynağı: WHO. International Agency for Research on Cancer, Cancer Survival in Countries in Transition (SURVCAN). Global Cancer Observatory. https://gco.iarc.fr/survival/survcan

cinsiyette de 2 yılda bir gaitada gizli kan testi ile 10 yılda bir kolonoskopi taraması önerilmektedir.[4] Bunlara ek olarak dünyada tütün kullanım öyküsü olan kişilerde düşük dozlu tomografi ile akciğer kanseri taraması ve gastrointestinal sistem kanser taramalarına yönelik öneriler bulunmaktadır.[23,24]

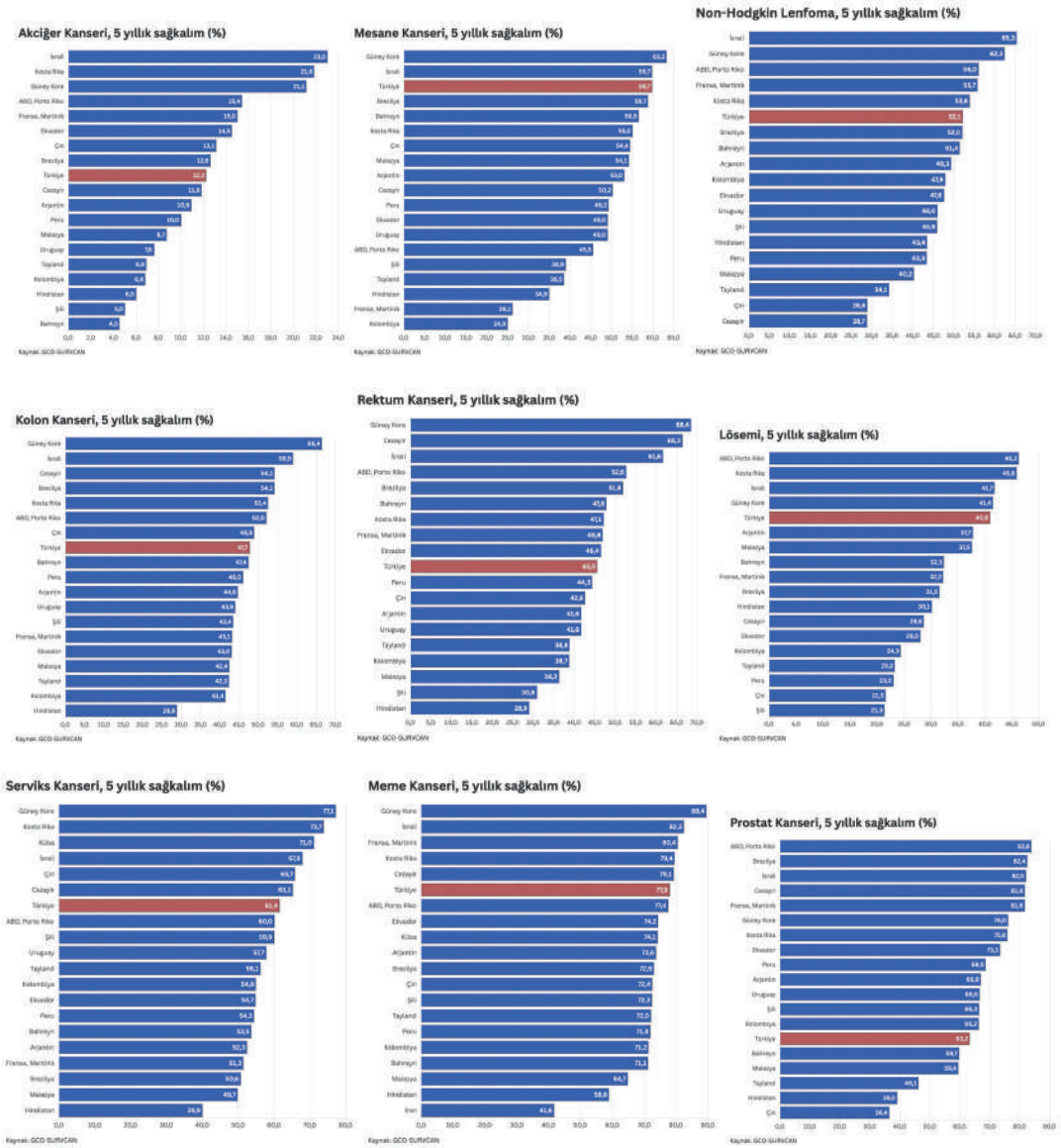
Türkiye'de kanser taraması hizmetleri birinci basamakta, ağırlıklı olarak Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) birimlerinde verilmektedir ve 2023 yılı itibariyle 46'sı mobil araçlar olmak üzere 381 KETEM birimi bildirilmiştir.[25] Bu birimlerin mevcut olmadığı konumlarda hizmetler birinci basamakta İlçe Sağlık Müdürlükleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, Sağlıklı Hayat Merkezleri ve Aile Sağlığı Merkezleri tarafından sunulmaktadır.[4] Ancak, taramalar, organize bir toplum tabanlı tarama programı için gerekli davetlerden başlayarak izlemlere kadar olan süreçteki bütün basamakları içermemektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 01.06.2025 tarihli yönergesiyle aile hekimleri, tarama kriterlerine uygun kendilerine kayıtlı kişileri taramalara yönlendirmek için teşvik edilmeye başlanmış olsa da, uygulamada taramalar, "fırsatçı tarama" şeklinde, yani tarama kriterlerine uygun kişilere test önerilmesi yoluyla yürütülmektedir. Öte yandan, taramalara katılım oranları da oldukça düşüktür. 2022 Türkiye Sağlık Araştırması'ndan yapılan bir ikincil analizde, hedef grup içerisinde hiç taramaya girmeyen kişi yaygınlığı kolorektal kanserler için %54,1; meme kanseri için %45,9 ve serviks kanseri için %51,4 olarak bulunmuştur.[26]

8.3. Üçüncül Koruma

Kansere yönelik üçüncül koruma, tanı almış bireylerde etkin tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarıyla hastalığın ilerlemesinin durdurulması, nükslerin önlenmesi ve sağkalımın uzatılmasını amaçlayan müdahaleleri kapsar. Cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi ve hedefe yönelik tedaviler gibi yaklaşımlar yanında, tedavi sonrası gelişebilecek komplikasyonların yönetimi ve hastaların yaşam kalitesinin korunması da bu basamakta kritik önemdedir. Hastalığın ileri evrelerinde palyatif bakım uygulamaları, semptom kontrolü, psikososyal destek ve terminal dönem bakımı ile üçüncül korumanın tamamlayıcı bileşenini oluşturur. Ülkemizde uzun süre ihmal edilen bir alan olan palyatif bakımın geliştirilmesine yönelik, 2010 yılında Palya-Türk Projesi başlatılmış olup, 2023 yılında 437 palyatif bakım merkezi sayısına ulaşılmıştır, ek olarak kamu hastaneleri organizasyonunda görev yapan "Evde Sağlık Hizmetleri" birimleri hastaların kendi evlerinde bu hizmetleri sağlamaktadır.[27,28]

8.4. Kanserin Sosyal Belirleyicileri

Kanserin önlenmesinde biyolojik faktörlerin yanı sıra sosyal belirleyiciler de kritik rol oynamaktadır ve Türkiye'de de bu etki açıkça görülmektedir. Sosyoekonomik durum, bireylerin onkojenik etkenlere maruz kalımını şekillendirmektedir. Sosyoekonomik açıdan



Şekil 14. Geçiş sürecindeki ülkelere ait çeşitli kanserlerin beş yıllık net sağkalım yüzdelerinin dağılımı, 2008-2012

Veri kaynağı: WHO. International Agency for Research on Cancer, Cancer Survival in Countries in Transition (SURVCAN). Global Cancer Observatory. https://gco.iarc.fr/survival/survcan

dezavantajlı gruplar, çoğunlukla dış ortamda veya hava kalitesi kötü ortamlarda çalışmakta ve bu nedenle daha fazla risk (UV, PM 2.5, mesleki onkojenler) altında kalmaktadır.[29,30] Aynı zamanda yapılan araştırmalar, gelir düzeyi düşük kişilerde tütün ürünleri kullanımının daha yaygın olduğunu göstermektedir.[20] Düşük gelire sahip hanelerde yakıt tercihlerinden kaynaklanan iç ortam hava kirliliği sık görülmekte[33], sağlıklı gıdalara erişim kısıtlı kalmaktadır.[32] Serviks kanseri etyolojisinde önemli bir yer oynayan HPV'ye yönelik geliştirilen aşılara ulaşımda sosyoekonomik durumun önemli bir bariyer olduğu görülmektedir [33]. Cinsiyet eşitsizlikleri de kanser riskinde önemli bir rol oynamakta, özellikle kadınlar ev içi sorumluluklar nedeniyle iç ortam hava kirliliğine daha yoğun maruz kalmaktadır. YSIH:YSMH oranları incelendiğinde (**Tablo 1**), örneğin akciğer kanserinde, Türkiye ile çok yüksek HDİ'ye sahip ülkeler arasındaki karşılaştırmada, kadınlarda gözlemlenen oran farkının (1.8 kat), erkeklerdekine (1,4 kat) kıyasla belirgin şekilde daha yüksek olması, kadınların tanı ve tedaviye erişiminde cinsiyet temelli eşitsizliklere işaret ediyor olabilir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin tarama programlarına katılım oranlarının daha yüksek olduğu görülmekte olup özellikle meme kanseri ve serviks kanseri tarama programlarının odağında olan kadınların sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük

olduğu görülmektedir.[34,35] Aile hekimliği sistemine geçişle birlikte aile sağlığı merkezlerinin ilçe merkezlerinde toplanması, kırsal bölgelerde yaşayan bireylerin bu hizmetlere erişimini zorlaştırmış[36]; tarama testleri ve erken tanı imkanlarına ulaşımda gecikmelere yol açmıştır. Dolayısıyla sosyoekonomik eşitsizliklerin giderilmesi, iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının güçlendirilmesi, hava kirliliğiyle mücadele edilmesi, tütün kontrol programlarının daha sıkı uygulanması, sağlık okuryazarlığının artırılması ve cinsiyet eşitsizliklerinin azaltılması, kanser kontrol programlarının etkinliği için temel bir ön koşuldur.

9. Sonuç ve Öneriler

Türkiye'deki kanser profili, büyük oranda sigara kullanımıyla bağlantılı kanser türleri tarafından belirlenmektedir. Erkeklerde en yaygın görülen ve en fazla ölüme yol açan kanser türü olan akciğer kanserinin, -insidans hızları 2010 sonrasında bir düşüş eğilimine girmiş olsa da, hem insidans hem de mortalite hızları hala oldukça yüksektir. Kadınlarda ise en sık rastlanan kanser meme kanseri, en fazla ölüme neden olan kanserler ise meme ve akciğer kanserleridir. Önleme stratejileriyle kontrol altına alınması (insidans ve mortalitede düşüş sağlanması) mümkün olan kolorektal kanserlerin ise, insidans ve mortalite hızları her iki cinsiyette de artmaktadır. Türkiye'nin nüfus yapısındaki değişim süreci düşünüldüğünde, nüfusun yaşlanıyor olmasına bağlı olarak, gelecekte kanser riski artmasa dahi, kanser olgu sayılarının artacağı kolaylıkla öngörülebilir. Üstelik, kolorektal ve meme kanseri gibi belirli türler için risk artışı da söz konusudur. Öte yandan, yaygın görülen kanser türlerinde ve toplum tabanlı tarama programlarına dahil olan kanserlerde beş yıllık sağkalımlar maalesef düşük seyretmektedir. Bu artışın önüne geçilebilmesi, ancak ülkemize uygun, bilimsel olarak etkinliği kanıtlanmış birincil ve ikincil koruma yöntemlerinin hayata geçirilmesiyle mümkündür. Bu durum, ülkemizde kanserden korunma, erken teşhis, uygun tedavi ve palyatif bakım hizmetlerinde ciddi bir iyileştirmeye ihtiyaç duyulduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

Ülkemizde daha iyi bir kanser kontrolü süreci için önerilerimizi şöyle sıralayabiliriz:

1. DSÖ rehberleri doğrultusunda, 2025-2030 Ulusal Kanser Kontrol Planının, hazırlanması;
2. Sağlık Bakanlığı, Kanser Dairesi insan gücünün nicelik ve nitelik (epidemiyolog, halk sağlığı uzmanı vb.) olarak geliştirilmesi;
3. Kanser Kayıt Sisteminin güçlendirilmesi: İzleme ve değerlendirme çalışmaları için kanser kayıt sistemlerinin güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bunun için:
   i. COVID-19 pandemisi sırasında, tüm KKM (Kanser Kayıt Merkezi) personelinin pandemi sürveyansına yönlendirilmesi, veri toplama süreçlerinde ciddi gecikmelere yol açmıştır. Bu durum, verilerin tamlığı, geçerliliği ve güncelliği üzerinde olumsuz bir etki yaratmaya devam etmektedir. Söz konusu sorunların giderilmesi için, Türkiye Sentinel Kanser Kayıt Ağındaki (TKKA) KKMlerde kanser kayıt elemanı sayısının artırılması da dahil olmak üzere acil önlemler hayata geçirilmelidir.
   ii. Günümüzde belirli bir seviyeye gelmiş olan sentinel kanser kayıt modeli, geliştirilerek sürdürülmelidir. Bunun için, bütün ülke genelinde (81 ilde) aktif kanser kaydı durdurulmalı, bunun için ayrılan kaynaklar (insan gücü, zaman, maddi kaynaklar) Türkiye Sentinel Kanser Kayıt Ağını (TKKA) iyileştirmek ve güçlendirmek için kullanılmalıdır. Bunun için izlenecek yol, mevcut KKM'lerin nitelikli personel ile desteklenmesinin yanı sıra, kapsamın yeterli temsiliyet olmayan bölgelerde genişletilmesi olacaktır. TKKA'nın İzmir IARC İzmir Hub ve TÜSEB Kanser Enstitüsü ile ilişkilendirilmesi sağlanmalıdır.
   iii. Türkiye Kanser Raporu veritabanı (TKRV), illerden eski yıllara ait veriler yeniden alınarak tekrar işlenip güncellenmeli ve illerin sisteme veri sağlama yıllarına göre dahil edildiği farklı zaman serileri oluşturulmalıdır.
   iv. TKRV ile üretilecek bilgiler, hazırlanacak interaktif gösterge paneli (dashboard) ile topluma sunulmalıdır.
   v. Karar vericiler ve araştırmacılar arasında kanser epidemiyolojisi ve kanser kontrolü ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyini artırmak için etkinlikler düzenlenmelidir.
   vi. Kanser Kayıt Merkezleri tarafından üretilen yüksek kaliteli verinin başta kanser epidemiyolojisi alanında olmak üzere, araştırmacılar tarafından kullanılabilmesinin önündeki engeller kaldırılmalı ve bilim insanlarının veriye erişimini kolaylaştıracak, veri çekme algoritmalarını düzenleyen yapılandırmalar uygulamaya konmalıdır.

4. Kanser erken tanısı ve taramaların iyileştirilmesi;
    i. Meme, serviks ve kolorektal kanser taramaları, birer organize tarama programına dönüşecek ve değerlendirme süreçlerini de içerecek şekilde geliştirilmelidir.
    ii. Tarama programındaki kanserler ve erken tanı için uygun olan diğer kanserler için (ağız boşluğu, nazofarinks, larinks, mide, deri malign melonomu, mesane, prostat, retinoblastom, testis) hem toplum hem sağlık çalışanlarının farkındalığını artırmak üzere, evre düşürme programları yürütülmelidir.
    iii. Bölgelere özgü uygulamalar yapılmalıdır. Örneğin insidans hızlarının çok yüksek seyrettiği Doğu Anadolu bölgesinde mide kanserinin erken tanısı ve tedavisinin iyileştirilmesi için program yürütülmelidir. Yüksek riskli gruplar için endoskopi ile tarama programı uygulanması değerlendirilmelidir.
    iv. Ağır sigara içicileri için spiral tomografi ile akciğer kanseri taraması programı uygulanması değerlendirilmelidir.
5. Tedavinin iyileştirilmesi: Kanserlerin tedavisi ve çıktıların değerlendirilmesi için ulusal algoritma standartlarının geliştirilmesi;
6. Özellikle *nadir kanserlerin tanı ve tedavileri için*, mevcut yapılar içinde "*Uzmanlık Merkezleri"nin yapılandırılması*;
7. Palyatif bakımın, birinci basamak bileşenlerini de içerecek şekilde iyileştirilmesi

Birincil koruma ile ilgili öneriler ilgili bölümlerde sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). *Cancer Today* [İnternet]. Geneva: WHO; Erişim adresi: https://gco.iarc.who.int/today/. erişim tarihi: 09.09.2025.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Global Burden of Disease (GBD) Results* [İnternet]. Seattle: IHME; Erişim adresi: https://vizhub.healthdata.org/gbd-results. erişim tarihi: 09.09.2025.
3. Jansen OM, Parkin DM, Maclennan R, Muir CS, Skeet RG. *Cancer registration: principles and methods.* Lyon, France: International Agency for Research on Cancer (IARC); 1991. (IARC Scientific Publication No. 95).
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM). *Türkiye Kanser Kontrol Programı.* Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2021.
5. Bray F, Colombet M, Aitken JF, Bardot A, Eser S, Galceran J, ve ark., editörler. *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XII* [İnternet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer (IARC); 2024. (IARC Scientific Publication No. 169). Erişim adresi: https://publications.iarc.who.int/641. erişim tarihi: 09.09.2025.
6. International Agency for Research on Cancer (IARC). *Global Initiative for Cancer Registry Development (GICR): Northern Africa, Central and Western Asia Hub* [İnternet]. Lyon, France: IARC; Erişim adresi: https://gicr.iarc.fr/hub/northern-africa-central-and-western-asian/. erişim tarihi: 11.10.2025.
7. World Health Organization (WHO), International Agency for Research on Cancer (IARC). *Data and Methods: GLOBOCAN 2022* [İnternet]. Geneva: WHO; Erişim adresi: https://gco.iarc.who.int/today/. erişim tarihi: 09.09.2025.
8. World Health Organization (WHO), International Agency for Research on Cancer (IARC). *International Incidence of Childhood Cancer* [İnternet]. Lyon, France: IARC; Erişim adresi: https://iicc.iarc.fr/. erişim tarihi: 10.09.2025.
9. Eser S, Özdemir R. Kanser ve kanser kontrolü. İçinde: Üner S, Okyay P, editörler. *Türkiye Sağlık Raporu 2020.* Ankara: Hipokrat Yayınevi; 2020. s. 750-73.
10. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M, ve ark. *Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries.* The Lancet. March 2018;391(10125):1023-75.
11. International Agency for Research on Cancer (IARC). *SURVCAN: Cancer Survival in Countries in Transition* [İnternet]. Lyon, France: IARC; Erişim adresi: https://gco.iarc.fr/survival/survcan/about. erişim tarihi: 11.10.2025.
12. International Agency for Research on Cancer (IARC), Global Cancer Observatory (GCO). *SURVCAN Database* [İnternet]. Lyon, France: IARC; Erişim adresi: https://gco.iarc.fr/survival/survcan/database. erişim tarihi: 11.10.2025.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) Kanser Dairesi Başkanlığı. *Türkiye Kanser İstatistikleri 2020* [İnternet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Istatistikler/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2020.pdf. erişim tarihi: 09.09.2025.
14. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, ve ark. *Global Cancer Observatory: Cancer Today* [İnternet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer (IARC); Erişim adresi: https://gco.iarc.who.int/today. erişim tarihi: 10.09.2025.
15. Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Ferlay J, Miranda-Filho A, ve ark. *Global Cancer Observatory: Cancer Over Time* [İnternet]. Lyon, France: IARC; Erişim adresi: https://gco.iarc.who.int/overtime. erişim tarihi: 12.09.2025.
16. Dirikoç A, Faki S, Başer H, Özdemir D, Aydın C, Ersoy R, ve ark. *Thyroid malignancy risk in different clinical thyroid diseases.* Turk J Med Sci. 2017;47:1509-19.

17. World Health Organization (WHO). *Preventing cancer* [İnternet]. Geneva: WHO; Erişim adresi: https://www.who.int/activities/preventing-cancer. erişim tarihi: 12.09.2025.
18. Frick C, Rumgay H, Vignat J, Ginsburg O, Nolte E, Bray F, ve ark. *Quantitative estimates of preventable and treatable deaths from 36 cancers worldwide: a population-based study.* The Lancet Global Health. November 2023;11(11):e1700-12.
19. Temiz Hava Hakkı Platformu (THHP). *Kara Rapor 2024* [İnternet]. İstanbul, Türkiye: THHP; Erişim adresi: https://temizhavahakki.org/wp-content/uploads/2024/12/Kara-Rapor-2024_final.pdf. erişim tarihi: 13.09.2025.
20. Summers A, Sirin H, Palipudi K, Erguder T, Ciobanu A, Ahluwalia I. *Changes in prevalence and predictors of tobacco smoking and interest in smoking cessation in Turkey: Evidence from the Global Adult Tobacco Survey, 2008–2016.* Tob Prev Cessation. September 19 2022;8(September):1-15.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM). *Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2023* [İnternet]. Ankara, Türkiye: T.C. Sağlık Bakanlığı; Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/05/12/turkiye-hanehalki-saglik-arastirmasi-2023.pdf. erişim tarihi: 12.05.2025.
22. World Health Organization (WHO). *Guide to Cancer Early Diagnosis* [İnternet]. Geneva: WHO; Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254500/1/9789241511940-eng.pdf. erişim tarihi: 09.09.2025.
23. Bedell SL, Goldstein LS, Goldstein AR, Goldstein AT. *Cervical cancer screening: past, present, and future.* Sex Med Rev. January 2020;8(1):28-37.
24. Tezcan S. Sağlıkla ilgili niceliksel araştırma yöntemleri. İçinde: *Temel Epidemiyoloji.* Ankara: Hipokrat Kitabevi; 2017. s. 10-1.
25. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (SBSGM), Birinci Ş, Ülgü MM, Sezer Ö. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023* [İnternet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; Report No.: 978-975-590-682-9. Erişim adresi: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy-202307032025pdf.pdf. erişim tarihi: 09.09.2025.
26. Klimik Derneği. Sağlık Bakanı Kemal Memişoğlu: "HPV aşısını 2025 sonu itibarıyla insanımıza ücretsiz ulaştıracağız" [İnternet]. İstanbul: Klimik Derneği; 13 Haziran 2025 [erişim 17 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.klimik.org.tr/2025/06/13/saglik-bakani-kemal-memisoglu-hpv-asisini-2025-sonu-itibariyla-insanlarimiza-ucretsiz-ulastiracagiz/
27. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM). *Dünya Palyatif Bakım Günü* [İnternet]. Ankara, Türkiye: T.C. Sağlık Bakanlığı; Erişim adresi: https://www.saglik.gov.tr/TR-100111/dunya-palyatif-bakim-gunu.html. erişim tarihi: 13.09.2025.
28. Kutluk T, Ahmed F, Cemaloğlu M, Aydın B, Şengelen M, Kirazlı M, ve ark. *Progress in palliative care for cancer in Turkey: a review of the literature.* Ecancer [İnternet]. Erişim adresi: https://ecancer.org/en/journal/article/1321-progress-in-palliative-care-for-cancer-in-turkey-a-review-of-the-literature. erişim tarihi: 13.09.2025.
29. Aykaç N, Çakmakcı Karakaya S, Erçelik Koncak M, Seren OT, Olcay SS, Çağaç NK, ve ark. *Premature deaths and socio-economic status: the role of fine particulate matter in Türkiye (2019).* Thorac Res Pract [İnternet]. Erişim adresi: https://thoracrespract.org/articles/premature-deaths-and-socio-economic-status-the-role-of-fine-particulate-matter-in-turkiye-2019/doi/ThoracResPract.2025.2024-2-4. erişim tarihi: 13.09.2025.
30. Yıldız AN, Şahan C. İş sağlığı ve güvenliği: temel kavramlar. İçinde: *İş Sağlığı ve Güvenliği Meslek Hastalıkları.* Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2020.
31. İpek Ö, İpek E. *Effects of indoor air pollution on household health: evidence from Turkey.* Environ Sci Pollut Res. December 2021;28(47):67519-27.
32. Sezer FE, Alpat Yavaş İ, Saleki N, Bakırhan H, Pehlivan M. *Diet quality and snack preferences of Turkish adolescents in private and public schools.* Front Public Health. March 2024;12:1365355.
33. Mete B, Utuk FA, Demirhindi H, İnaltekin A, Tanır F, Kara E, ve ark. *Human papillomavirus vaccine administration among women in the Eastern Mediterranean region of Turkey: prevalence and barriers.* Eur Rev Med Pharmacol Sci. April 2023;27(8):3526-33.
34. Durmuş V. *Differences in health literacy level of patients from public and private hospitals: a cross-sectional study in Turkey.* Public Health. November 2021;200:77-83.
35. Yalçın Gürsoy M, Uçan Yamaç S. *Health literacy and mammography screening behaviors among women living in a rural area of Turkey.* Rural Remote Health [İnternet]. Erişim adresi: https://www.rrh.org.au/journal/article/8602. erişim tarihi: 13.09.2025.
36. Demiray G, Güneş M, Tokuç B, Eskiocak M. *Health service utilization in rural areas of Edirne and Kırklareli.* Namık Kemal Med J. December 18 2024;12(4):273-9.

Kronik Solunum Yolu Hastalıkları

Elif Altundaş Hatman

1. Giriş

Sağlıklı nefes alıp verebilmek, insan vücudunun tüm organ ve dokularının işlevlerini yerine getirmesinde yaşamsal bir rol oynar. Solunum yolu hastalıkları ise özellikle kronik hale geldikleri durumda yaşamsal fonksiyonlarda ve yaşam kalitesinde önemli ölçüde bozulmaya neden olabilir. Kronik solunum yolu hastalıkları (KSYH), çocuklardan yaşlı bireylere kadar her yaştan insanda görülebilen, başta hava yolları ve akciğer parankimi olmak üzere akciğerin farklı yapılarını etkileyebilen bir süreğen hastalık grubudur. Kronik solunum yolu hastalıkları ifadesi bir şemsiye terim olarak kullanıldığından yukarıda ifade edildiği gibi solunum sistemini etkileyen pek çok hastalığı içerir. Dünyada en yaygın olarak görülen başlıca KSYH'ları kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOAH), astım, bronşektazi, kanserler, interstisyel akciğer hastalıkları (İAH), pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH), uyku ile ilişkili solunum yolu hastalıkları şeklinde sıralanabilir. Yine bu tanım ile multisistemik bir hastalık olup, nadir hastalıklar kategorisinde yer alsa da oluşturduğu hastalık yükü nedeniyle kistik fibrozis (KF) gibi hastalıkları da içeren çok geniş bir hastalık grubundan bahsedildiği unutulmamalıdır. Tüm dünyada her yaştan 545 milyon insanın, ülkemizin de içinde olduğu Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Avrupa Bölgesi'nde ise yaklaşık 81 milyon insanın KSYH olduğu tahmin edilmekte[1,2], DSÖ Avrupa bölgesinde her yıl 6,8 milyon bireye KSYH tanısı konulduğu bildirilmektedir.[3]

Kronik solunum yolu hastalıklarının nedenleri arasında en çok öne çıkan ve üzerinde durulan faktör olan tütün dumanına maruziyet de dahil olmak üzere, sosyal, ekonomik ve çevresel risk faktörleri başlığı altında toplanabilecek dış ortam hava kirliliğine yol açan çevresel kirleticiler, mesleki risk faktörlerinden özellikle fiziksel ve kimyasal risk faktörlerinin toz, gaz, buhar ve duman formları, iç mekân hava kirleticileri ve yine tekrarlanan çocukluk çağı alt solunum yolu enfeksiyonlarının neredeyse tamamı KSYH'ı için önlenebilir risk faktörleridir. Söz konusu risk faktörleriyle ilgili bir diğer önemli nokta yoksullar, kadınlar ve çocuklar gibi dezavantajlı grupların bu risklerle daha fazla karşılaşmaları sonucunda KSYH'dan daha çok etkilendikleri gerçeğidir. Yukarıda sözü edilen etkileri iyi bilinen, iyi tanımlanmış bu risk faktörlerine ek olarak Covid-19 pandemisiyle birlikte Covid-19 enfeksiyonunun akciğerler üzerinde uzun erimli etkileri ve küresel iklim değişikliği, artan ısı etkisi sonucu değişken hava olayları, orman yangınları gibi nedenler de KSYH'na yol açabilen yeni risk faktörleri olarak karşımıza çıkmaktadır.[4-7]

Kronik solunum yolu hastalıkları yukarıda sıralanan risk faktörlerini ortadan kaldırmayı en azından azaltmayı hedefleyen stratejilerle büyük ölçüde önlenebilir. Ancak bir kez geliştikten sonra tedavi edilmesi çoğu kez mümkün olmayan bu hastalık grubunun hava yollarını açmaya ve nefes darlığını iyileştirmeye yardımcı olan çeşitli tedavi yöntemleri, tekrarlayan enfeksiyonların yol açacağı inflamasyon hasarını en aza indirecek aşı uygulamaları ve ileri olgularının pulmoner rehabilitasyon ile yönetilebilmesi ve semptomların kontrol altına alınması hastaların yaşam kalitelerinin artmasını sağlayabilir. Yine erken tanı ve etkin tedavi olanakları için sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, mevcut tanı yöntemlerinin başta risk gruplarını önceleyecek şekilde yaygın kullanımının yanı sıra sağlık teknolojilerinin geliştirilmesi de tüm bulaşı olmayan hastalıklar gibi KSYH'nın yönetimine katkı sağlayacaktır.

Kronik solunum yolu hastalıkları büyük ölçüde engellenebilir, geliştiği taktirde ise yönetilebilir bir hastalık grubu olduğu halde, başta KOAH, astım ve solunum yolları kanserleri olmak üzere artmış morbidite ve mortalitenin yanı sıra bunların da beraberinde getir-

diği ekonomik ve sosyal maliyetlerle de bulaşıcı olmayan hastalıklar yükü içerisinde önemli bir paya sahiptir. DSÖ Avrupa Bölgesi için yapılan değerlendirmede KSYH kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanserler ile gerçekleşen ölümlerin %90'ından ve engellilikle yaşanan yılların %85'inden sorumlu tutulmaktadır [1]. Yine 21. yüzyılda nüfus artışı ve yaşlanmaya paralel bir biçimde KSYH'na bağlı hastalık yükünün önemli ölçüde artması beklenmektedir.[8]

Bu bölümde ülkemizde KSYH'nın büyük bir bölümünü oluşturan başta KOAH ve astım olmak üzere, bronşektazi, İAH ve kistik fibrozis (KF) hastalıklarının yaygınlığı, risk faktörleri, oluşturduğu hastalık yükü, yol açtığı morbidite ve mortaliteye ilişkin veriler ve ülkemizin KSYH'nın önlenmesi ve yönetilmesine ilişkin ortaya koyduğu hedefler ve stratejiler ele alınacaktır.

2. Prevalans ve İnsidans

2.1. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı ve Astım

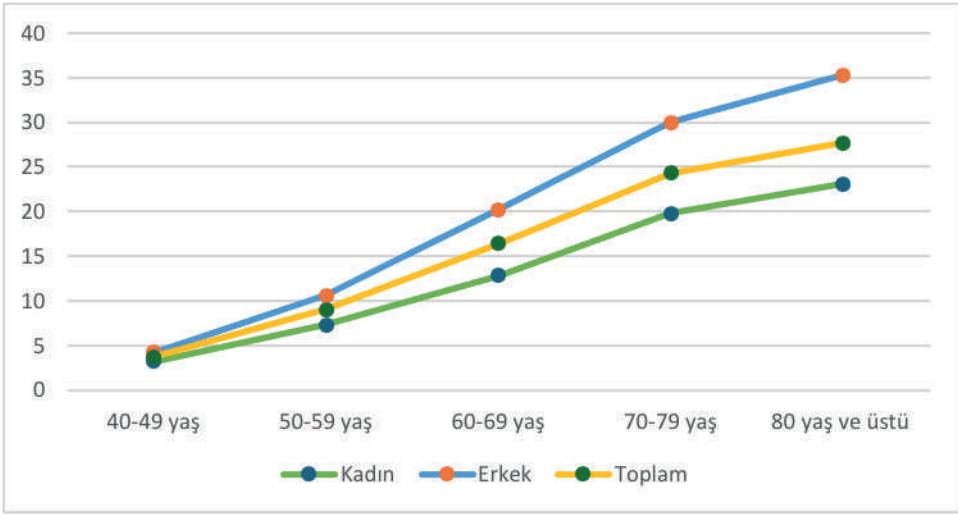
DSÖ Uluslararası Hastalık Sınıflandırması grubunda en yaygın görülen Kronik Solunum Yolu Hastalığı (KSYH) KOAH ve Astım olup, KOAH vakalarının 2020'den 2050'ye kadar %23 artarak dünya genelinde sayılarının 590 milyona ulaşacağı ve bu artıştan en çok kadınlar ile dünyanın düşük ve orta gelirli bölgelerinde yaşayan nüfusun etkileneceği değerlendirilmektedir.[9-10] Astım, dünya çapında erişkinlerde KOAH'tan sonra ikinci en yaygın KSYH ve çocuklarda en yaygın kronik hastalıktır. Astım hastalarında yetersiz ve yanlış tanının yaygınlığı hastalığın yetersiz tedavi edilmesine yol açmaktadır. Küresel olarak 300 milyon astım olgusunun varolduğu tahmin edilirken, yaklaşık her on çocuktan ve 20 yetişkinden biri astım hastasıdır.[11]

Kronik solunum yolu hastalıkları dünya genelinde son derece yaygın ve oluşturduğu hastalık yükü ise fazla olduğu halde, KSYH ile ilgili araştırmalar için sağlanan fonlar diğer bulaşıcı olmayan hastalıklarla karşılaştırıldığında önemli oranda daha düşüktür. Dünya çapında 2022 yılında tüm araştırma fonlarının yalnızca %3'ü solunum yolu enfeksiyonları dışındaki solunum yolu hastalıklarına ayrılmıştır. Başta KOAH olmak üzere, solunum yolu hastalıklarının artan yükü ile kıyaslandığında yıllar içerisinde verilen hibelerin gittikçe azaldığı ve örneğin KOAH için ayrılan fonların tüm araştırmalar için yapılan sıralamada 50. Sırada olduğu 2000 yılından sonra 2022 yılına kadar 114. sıraya düştüğü, astımın ise 2022 yılında 34. Sırada olduğu görülmektedir.[12] İngiltere'de KSYH'ı çok yüksek bir hastalık yüküne sahip olmasına rağmen, sağlık araştırma fonlarının yalnızca %1,8'i bu hastalıklara ayrılmaktadır.[13]

Solunum yolu hastalıklarının artan yüküne rağmen 1990'ların başından bu yana yayınlanan bilimsel makaleler içerisinde KSYH ile ilgili yapılan yayınların oranının hastalık yüküne tezat bir şekilde azaldığı görülmektedir. 2019 yılında PubMed veri tabanından yayınlanan makalelerin yalnızca %4,1'i solunum yolu hastalıkları üzerine olup, bu rakam 50 yılın en düşük seviyesidir. Araştırmalara ayrılan finansmanın düşüklüğü hem araştırma faaliyetlerinin hem de bilimsel makale ve raporlar gibi araştırma çıktılarının da azalmasıyla sonuçlanmaktadır.[14] Ülkemizde de KSYH üzerine hem veri niteliği yetersiz hem de bu alanda başta epidemiyolojik araştırmalar olmak üzere, bilimsel araştırmalar ve çıktıları olan yayınlar az sayıdadır.

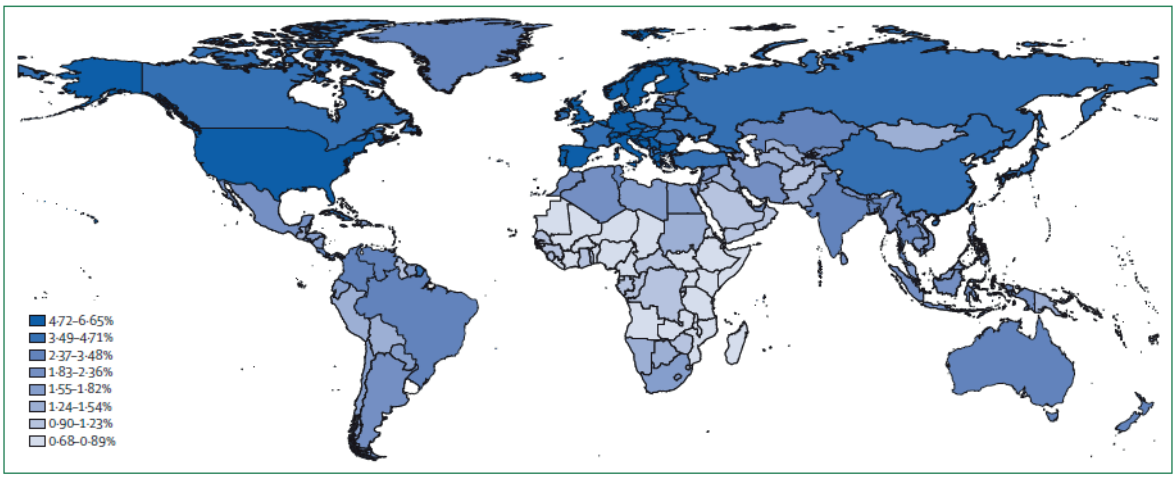
Türkiye'de KOAH yaygınlığı üzerine ülke nüfusu açısından en kapsamlı veri 2023 yılında yayınlanan ve 2007-2016 yılları sosyal güvenlik kurumu (SGK) tanı kodlarına dayalı olarak yapılan bir araştırmada analiz edilmiştir. Bu araştırmada KOAH prevalansı yaş gruplarına göre standardize edildiğinde 40-49 yaş grubunda %3,7 [kadınlarda (k): %3,2, erkeklerde (e): %4,2)] 50-59 yaş grubunda %9,0 (k: %7,3, e: %10,6) 60-69 yaş grubunda %16,4 (k: %12,8, e: %20,2) 70-79 yaş grubunda %24,3 (k: %19,8, e:30,0) ve 80 yaş ve üzeri yaş grubunda %27,7 (k: %23,1, e: 35,3) olarak bulunmuştur [15]. **Şekil 1**'de Türkiye'de yaş grupları ve cinsiyete göre KOAH prevalansı izlenmektedir.

Sosyal güvenlik kurumu 2012-2016 yıllarına ait veri setinden ICD tanı kodları baz alınarak yapılan ve 2020 yılında yayınlanan bir diğer makalede ise KOAH için 2012 yılına ait prevalans %4,3, 2016 yılına ait prevalans ise %5,8 olarak hesaplanmıştır. Aynı araştırmada insidans hızları ise 2012 ve 2016 yılları için sırasıyla %0,85 ve %0,63 olarak saptanmıştır [16]. Kayseri örnekleminde 40 yaş üstü bireylerde 2017 yılında yapılan bir başka araştırmada toplam KOAH prevalansı %17,6 olup, kadınlarda prevalansın %13, erkeklerde ise %22 olduğu görülmektedir.[17] Son olarak Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması (THSA) 2023'te, bir hekim tarafından KOAH (amfizem, kronik bronşit) teşhis edilenlerin sıklığı %4,4 iken; sıklık erkeklerde %4,1 ve kadınlarda ise %4,8'dir. Aynı araştırmada KOAH prevalansı 15–29 yaş grubunda %1,8 iken, 30-44 yaş aralığında %2,6, 45-59 yaş aralığında %5,2, 60-69 yaş aralığında %9,7 ve 70 ve üzeri yaş grubunda ise %11,5 olarak bulunmuştur.[18] KOAH'ın küresel yükü: epidemiyoloji ve önleme stratejilerinin etkisi başlıklı makale 2021 yılı Küresel Hastalık Yükü, Yaralanmalar ve Risk Faktörleri Çalışması da Türkiye'nin KOAH prevalansının yüksek prevalanslı ülkeler arasında %4,72-%6,65 aralığında olduğunu göstermektedir.[19] Küresel Hastalık Yükü,



Şekil 1. Türkiye'de yaş grupları ve cinsiyete göre KOAH prevalansı (2007-2016)

Kaynak: Türkiye'de Hekim Tanılı Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yaş Gruplarına Göre Prevalansı[15]



Şekil 2. Küresel Hastalık Yükü, Yaralanmalar ve Risk Faktörleri Çalışması 2021'e göre ülkelere göre KOAH Prevalansı

Kaynak: KOAH'ın küresel yükü: epidemiyoloji ve önleme stratejilerinin etkisi, 2025[19]

Yaralanmalar ve Risk Faktörleri Çalışması 2021'e göre ülkelere göre KOAH prevalansına **Şekil 2**'de yer verilmiştir.

2019 yılı Türkiye Sağlık Araştırması (TSA)'nın ikincil analizine dayalı olarak yapılan bir araştırma Türkiye'de 15 yaş üstü bireylerde astım prevalansını %9,8 olarak saptanmıştır.[20] 2023 yılında yapılan THSA, KOAH gibi astım prevalansını da ortaya konmuş, kadınlarda prevalansın (%11,2) erkeklerden (%5,2) daha yüksek, toplamda %8,2 olduğu gösterilmiştir. Astım sıklığının tıpkı KOAH ile ilgili araştırmalarda saptandığı gibi yaşla arttığı gösterilmiş, astım için 15–29 yaş grubunda prevalans %5,3 iken, 30-44 yaş aralığında %6,4, 45-59 yaş aralığında %9,5, 60-69 yaş aralığında %14,4 ve 70 yaş ve üzerinde %13,9 olarak bulunmuştur.[18] Ülkemizde bu iki araştırmayı önceleyen astım prevalansına ilişkin ülke verisi yaklaşık 20 yıl önce, Türk Toraks Derneği tarafından yapılan çok merkezli bir araştırma (PARFAIT) ile 2004 yılı itibari ile erkeklerde %7,1, kadınlarda ise %9,0 olarak saptanmıştır.[21]

2.2. Bronşektazi

Bronşektazi geri dönüşsüz bronşiyal genişlemelerle karakterize ve alevlenmelerle seyreden bir KSYH'dır. Bronşektazi, son yıllarda nadir veya yetim bir hastalık olmaktan sıyrılan, artan farkındalık ve tanı olanaklarına paralel bir biçimde prevalans ve insidans artışı ile karakterize olan ve dünya çapında prevalansı etyolojisine bağlı olarak oldukça heterojen olan bir hastalıktır. Dünya genelinde 50-1000/100000 görülme sıklığı ile

İngiltere dışında batı Avrupa'da prevalansı daha düşük saptanmakla birlikte, Asya'da daha yaygın olarak görülmektedir.[22] Türkiye'de bronşektazi yaygınlığına ilişkin bir araştırma henüz yapılmamış olmakla birlikte 2019-2022 yılları arasında yürütülen çok merkezli bir araştırmanın sonuçları bronşektazi hastalarında etyoloji, mortalite (%11,8) ve mortaliteyi etkileyen faktörleri ortaya koymuştur.[23]

2.3. İnterstisyel Akciğer Hastalıkları

İnterstisyel Akciğer Hastalıkları (İAH) akciğer parankiminde fibrozis ile karakterize, etyolojisinde mesleki (silikozis, aluminozis, çifçi akciğeri vb.) ve çevresel maruziyetler (kuşçu akciğeri, küf vb) otoimmün hastalıklar (sistemik lupus, romatoid artirit vb), ilaçlar, radyasyon, genetik nedenlerin rol oynayabileceği gibi nedeni bilinmeyen idiyopatik pulmoner fibrozisinde yer aldığı, çok çeşitli nadir solunum yolu rahatsızlıkları için kullanılan genel bir terimdir. Tanı sürecinin karmaşıklığı, gecikmiş ve yanlış tanılar konulmasına yol açabildiğinden, İAH tanısında alanında yetkin göğüs hastalıkları uzmanları, radyologlar, patologlar, romatologlar meslek hastalıkları uzmanları gibi uzmanların yer aldığı multidisipliner ekiplerin rol alması ve bu hastaların uzmanlaşmış merkezlerde takip ve tedavi edilmesi çok önemlidir.[24] 2023 yılında yayınlanan ve 1990-2019 yıllarına ait hastane ve sigorta sistemlerine ait veriye dayalı olarak küresel trendleri analiz eden bir araştırma tüm dünyada İAH prevalansının 52,66/100000'dan 57,62/100.000'ye bir artış gösterirken, aynı yıllarda Türkiye'de İAH prevalansının ise 33,04/100.000'den 50,91/100000'e çıkarak belirgin bir artış göstermiştir.[25] Söz konusu artış, artan tanı olanakları ile ilişkili olabileceği gibi, İAH olgularının yaklaşık %50'sinin nedeni olarak değerlendirilen tütün kullanımı, hava kirliliği ve mesleki maruziyetlerin artan rolünün de dikkate alınması ve araştırılması gerekliliği de ilgili makalede vurgulanmaktadır.

2.4. Kistik Fibrozis

Kistik fibrozis (KF), otozomal resesif kalıtılan multisistemik bir hastalıktır. Solunum sitemi tutulumu nedeniyle bronşektazi, kronik bronşiyal enfeksiyon ve hava yolu obstrüksiyonu gibi bulgularla seyreder. Yenidoğan taraması, KF'de erken tanı ve müdahale için hayati önem taşır ve fizyoterapi ve beslenme desteği gibi temel tedavilerin erken uygulanmasını sağlar. Son dönemlerde geliştirilen maliyetli ancak etkin tedavi olanaklarıyla birçok KF hastasının yaşam kalitesi önemli ölçüde artırmıştır[8]. Yenidoğan tarama programlarını önceleyen yıllarda hastalar genelde klinik bulgular ile tanı alırken, ülkemizde 1 Ocak 2015 tarihinde başlayan yenidoğan tarama programıyla erken tanı alan ve izleme alınan KF hasta sayısı artmıştır[26] Avrupa Kistik Fibrozis Derneği Hasta Kayıtları 2023 yıllık raporuna[27] göre Türkiye'de 3000'e yakın KF olgusu vardır.

3. Mortalite

Ülkemizde ölüm ve ölüm nedenlerine ilişkin Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2024 yılında yayınladığı veriye göre tüm ölümlerin %15'i solunum sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşmiştir. Solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümler, dolaşım sistemi hastalıkları ve kanserlere bağlı ölümlerin ardından gelen en çok görülen 3. ölüm nedenidir. 2023 yılında solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin 2024'e benzer şekilde %13,8 olarak görülmesine ve ölüme en çok neden olan 3. sıradaki neden olmasına rağmen, bir yıl içerisindeki artış oranı kendisini önceleyen dolaşım sistemi hastalıkları ve kanserlere göre yaklaşık 2 kat daha fazladır. 2024 yılında bir önceki yıla göre dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümler %7,1, kanserler %7,9, solunum sistemi hastalıkları ise %13,6 oranında artmıştır. 2024 yılında her 100 ölümden 4'ü KOAH, her 1000 ölümden 2,7'si ise astım nedeniyledir.[28]

2023 yılında KSYH'a bağlı yaşa göre standardize edilmiş erken ölüm hızı 11,75/100.0000 olarak hesaplanırken, erken ölümler içerisinde KSYH'ına bağlı ölümlerin yine malign neoplazmlar ve dolaşım sistemi hastalıklarının ardından geldiği görülmektedir. Ülkemizde KSYH'a bağlı erken ölümlerin çok büyük bir bölümünün, %97'sinin KOAH nedeniyle gerçekleşmesi ise dikkat çekici olan bir başka veridir. Yine 2023 yılında hesaplanan önlenebilir ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada akciğer kanseri (%13,1) dördüncü sırada ise kronik alt solunum yolu hastalıkları (%6,7) bulunmaktadır.[29]

Dünya genelinde 2023 yılı için yaşa göre düzenlenmiş ölüm nedenleri arasında Covid-19'a bağlı ölümlerin 2021 yılında birinci sırada olması nedeniyle 4. sıraya gerileyen KOAH'a bağlı ölümler iskemik kalp hastalıkların ve inmenin ardından yeniden 2019 yılındaki yerine, 3. sıraya yükselmiştir [30]. DSÖ Avrupa Bölgesi'nde her yıl yaklaşık 400.000 kişinin ölümüne neden olan KSYH, ölüm nedenleri arasında altıncı sıradadır ve tüm KSYH'na bağlı ölümlerinin yaklaşık %80'i KOAH nedeniyledir.[31,32]

Astımdan ölümler KOAH ile kıyaslandığında ülkemizde olduğu gibi küresel ölçekte de düşük olmakla birlikte, 2022 Küresel Astım Raporu'nda belirtildiği gibi, astıma bağlı ölümler ciddi endişe kaynağıdır çünkü bu vakaların çoğunun, özellikle genç yaş gruplarında,

yönetilebilir olduğuna dair kanıtlar vardır. Kimi ülkelerde hastaneye yatışlarının ve ölüm oranlarının yüksekliği, etkili astım yönetimindeki eksiklikleri ortaya koymaktadır.[33]

İnterstisyel akciğer hastalıklarının özellikle fibrotik ve progresif formları önemli ölçüde mortalite, morbidite ve bakım maliyetiyle ilişkilendirilmektedir [24]. 1990-2019 yılları arasında İAH için yaşa göre standardize edilmiş ölüm oranında, 100000 kişi başına 1,72'den 2,17'ye bir yükseliş olduğu gösterilmiştir. Bu dönemde İAH ile ilişkili yaşam kaybında %86'lık bir artışa denk gelmektedir. Aynı dönemde Türkiye'de ise İAH ile ilişkili standardize edilmiş ölüm oranında 1,21/100000'den 1,17/100000'e hafif bir düşüş olduğu görülmektedir.[25] Ülkemizdeki bu düşüş İAH daha erken dönemde tanı alması ve ülkemizde uzmanlaşmış merkezlerin artışı ile İAH tanı ve tedavi kapasitelerindeki gelişmelerle ilişkilendirilebilir.

4. Engellilik ve Yaşam Kalitesi

Astım ve KF gibi diğer erken başlangıçlı hastalıklar büyük ölçüde çocukluk döneminde başlarken, KOAH'ın etkisi daha ileri yaşlarda belirgin hale gelmektedir. Bu durum astım ve KOAH gibi farklı hastalıkların hastalık yüküne katkısının yaşam boyu değişiminin de nedenidir.

Küresel hastalık yükü çalışmasına göre 2021 yılında ülkemizde erken ölümler sebebiyle kaybedilen yaşam yılları (YLL) açısından yaklaşık 600.000 YLL'den KOAH sorumludur. Yirmi yıl içerisinde (2002-2021) KOAH nedeniyle olan YLL %84 artış göstermiş ve KOAH 2021 yılında YLL'ye göre ilk 10 hastalık sıralamasında beşinciliğe yükselmiştir.[34]

Türkiye için KOAH, YLL gibi erken yaşlardaki ölümler ile ölümle sonuçlanmayan ancak uzun dönemli işlev kaybı nedeniyle kaybedilen yıllar (DALY) üzerinden de hastalık yükü açısından önde gelen bir hastalıktır. Ülkemizde en fazla DALY'e yol açan ilk 10 hastalık arasında KOAH 2021 ve 2023 yıllarında sekizinci hastalıktır.[34,35] Türkiye'de 2021 yılında 761.035 DALY'nin nedeni olan KOAH, 2021 yılında 2002 yılı ile karşılaştırıldığında, 20 yıl içerisinde %80,8 artış oranı ile tüm nedenler arasında diyabetten sonra en çok DALY artışı olan ikinci hastalıktır.[34] Yine 2013 yılı ile kıyaslandığında 2023 yılında DALY artışı %27,5 olarak gerçekleşmiştir.[35]

Engellilik ve yeti yitimi açısından bir başka önemli gösterge, sakatlık ve yaşam kalitesinin göstergesi olan, yeti yitimi ile geçirilen yılların (YDL), DSÖ Avrupa Bölgesinde yer alan batı Avrupa ülkelerinde ve Türkiye'de Astım ve KOAH için neredeyse eşit olduğunu görülmektedir (**Şekil 3**). Astımın KOAH ile karşılaştırıldığında DALY artışına etkisi daha azdır. Ancak yeti yitimi ile geçirilen yılların yüksekliği, bu ülkelerde, yüksek tanı kapasitesi, risk faktörlerinin dağılımı, KSYH'nın daha iyi tespit edilmesi ve sağlık bilgi sistemlerinin katkısı ve daha uzun yaşam beklentisi gibi diğer faktörlerin etkisiyle ilişkilendirilmektedir.[8]

2021 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 3,5 milyon DALY, KSYH nedeniyleydi ve 2023 yılında KOAH tüm cinsiyetler, tüm yaşlar için hesaplanan DALY'ın nedenleri arasında yedinci sıradaydı [30, 36]. Yapılan projeksiyonlarla dünya genelinde KOAH ile ilişkili DALY'lerin 2022'de bulunduğu altıncı sıradan 2050'ye kadar dördüncü sıraya yükseleceğini tahmin ediliyor. Yine KOAH'ın, 2022'de olduğu gibi, 2050 yılında da küresel olarak iskemik kalp hastalığı ve felçten sonra üçüncü önde gelen ölüm nedeni olmaya devam etmesi bekleniyor.[9]

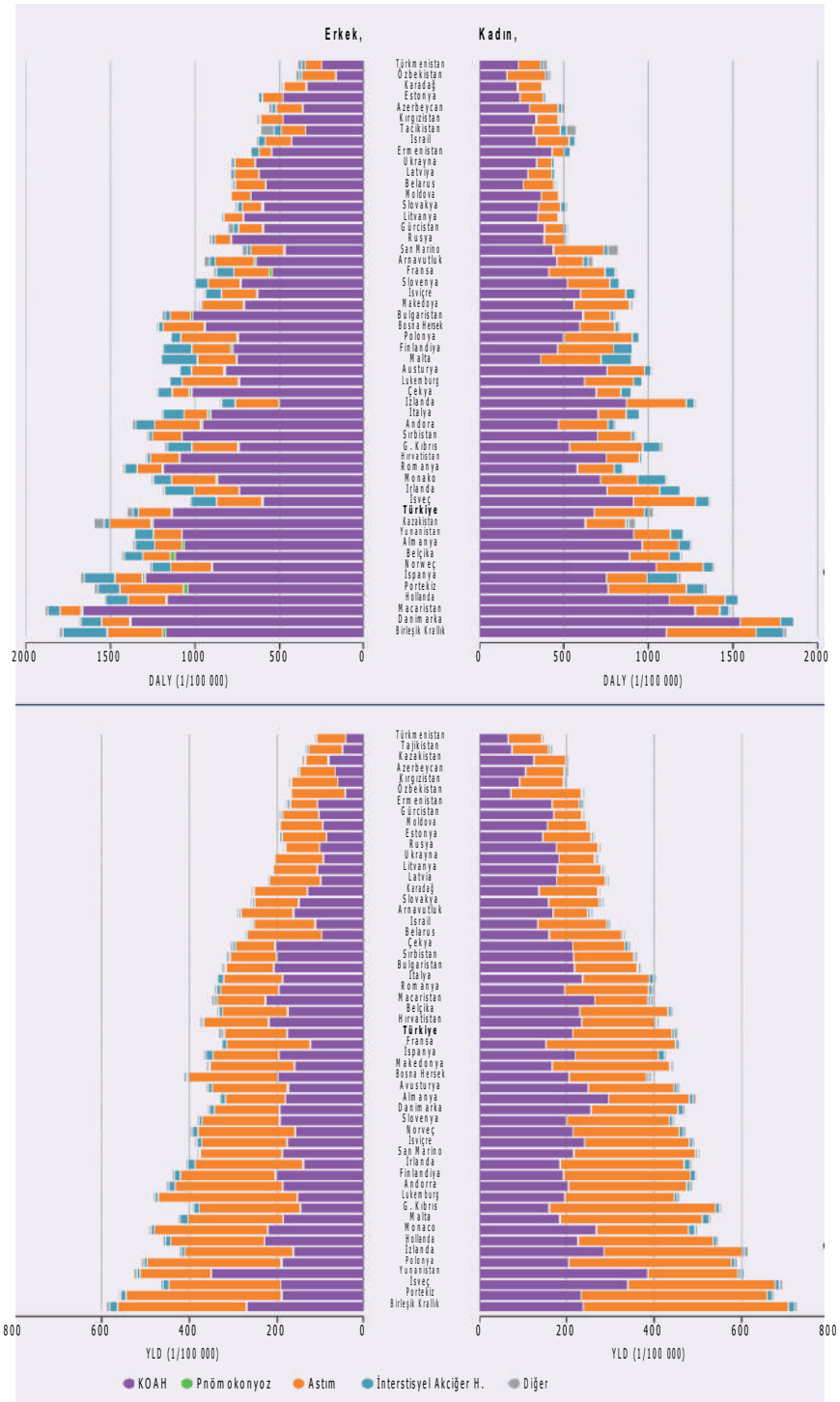
5. Risk Faktörleri

Türkiye Sağlık Raporu 2020-2025, bulaşıcı olmayan hastalıklar bölümünde, bulaşıcı olmayan hastalıklarda ortak (temel) risk faktörleri başlıklı bir yazıda risk faktörleri ayrıca ele alındığından ve KSYH açısından çok önemli bir diğer risk faktörü olan hava kirliğine de çevre sağlığı bölümde yer verildiğinden bu bölümde KSYH için başat kimi risk faktörlerine değinilmekle yetinilecektir.

2023 yılında, yüksek kan basıncı, hava kirliliği (partikül madde) ve sigara kullanımı, dünya çapında erken ölüm ve engellilik için en önemli üç risk faktörüdür. Küresel risk faktörleri arasında hem çevresel hem de mesleki bir risk faktörü olan kurşun maruziyetinin de onuncu risk faktörü olarak hava kirliliği ve sigara kullanımın yanı sıra KHYS açısından önemli bir risk faktörü olarak öne çıktığı görülmektedir.[37]

Türkiye'de 2021 yılında da risk faktörlerine göre atfedilen DALY sıralamasında ilk 10 faktör arasında KSYH'nin doğrudan nedenleri arasında olan tütün kullanımı, hava kirliliği ve mesleki risk faktörleri sırasıyla birinci, beşinci ve dokuzuncu risk faktörü olarak tanımlanmıştır.[29] DALY söz konusu olduğunda 2023 yılında da bu üç risk faktörünün yine ülkemizde ilk on risk faktörü içerisinde yer aldığı görülmektedir. Söz konusu risk faktörlerinin sıralaması 2013 yılı ile karşılaştırıldığında 2013 yılında tütün ve tütün mamulleri tüketimi nedeniyle olan DALY 100000'de 181,4 artmakla birlikte yüksek beden kitle endeksindeki artış

Fig. 1.8. DALYs and years lived with a disability rates (per 100 000 population) due to CRDs, all ages, 2021



Şekil 3. DSÖ Avrupa Bölgesi ülkelerinde KSYH nedeniyle olan DALY'lerin ve YLD'lerin (100.000 kişi başına), 2021

Kaynak: Chronic respiratory diseases and health equity by 2050: a spotlight on chronic obstructive pulmonary disease and asthma in the WHO European Region, 2025[8]

Tablo 1. 2013-2023 yıllarında 100.000 kişi başına DALY'a katkıda bulunan ilk 10 risk faktörünün sıralaması.

Risk	2023	2013
Yüksek beden kitle endeksi	1	3
Tütün	2	1
Yüksek açlık kan şekeri	3	4
Yüksek kan basıncı	4	2
Hava kirliliği	5	5
Beslenmeyle ilgili riskler	6	7
Böbrek fonksiyon bozukluğu	7	9
Yüksek LDL	8	8
Malnutrisyon	9	6
Mesleki riskler	10	10

Kaynak: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2023 [35]

çok daha büyük olduğundan risk sıralamasında 2. sıraya gerilemiştir.[35]

2017 yılında Türkiye'de tütün kullanım oranı 15 yaş üzeri nüfusta %31,5 ve her gün tütün kullananların oranı %29,2 iken 2023 yılında15 yaş ve üzeri nüfusun %34,8'i tütün ürünü kullanmakta olup her gün tütün ürünü kullananların oranı ise %31,3 saptanmıştır. Erkeklerin sigara içme oranı (%46,1) kadınlara (%23,6) göre daha yüksek seyretmeye devam etmekle birlikte kadınlarda tütün mamulleri kullanımı daha fazla artmaktadır.[18] Türkiye'de başta KSYH olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıklar için ortak ve temel bir risk faktörü olan tütün ve tütün mamulleri tüketimindeki bu artış endişe vericidir.

6. Maliyet ve Tedavi İstatistikleri

Kronik hava yolu hastalıkları için üretkenlik kaybı maliyetleri hem doğrudan hem de dolaylı giderleri içerir. Doğrudan maliyetler, KSYH yönetimiyle doğrudan ilgili olanlardır. Bunlara hastane yatışları, acil servis, birinci, ikinci ve üçüncü basamak poliklinik başvuruları ve tedaviler dahildir. Tedaviler, inhalasyon ilaçları gibi farmakolojik veya pulmoner rehabilitasyon ve akciğer nakli gibi farmakolojik olmayan tedaviler olabilir.

DSÖ Avrupa Bölgesi'nde yer alan 53 ülkeyi içeren tahminlere göre, KSYH'nın ülkemize maliyeti 762 milyon dolardır. Türkiye KSYH tedavi maliyetleri söz konusu olduğunda bu 53 ülke arasında Almanya, İngiltere, Rusya Federasyonu, Hollanda ve Fransa'nın ardından, İtalya ile maliyetlerin en yüksek olduğu yedinci ülke olarak gelmektedir.[8]

2018 yılı itibarıyla hastane yatışlarının en önemli ilk beş nedeni arasında birinci sırada solunum sistemi hastalıklarının (%12,7) yer alması[38], yine yataklı tedavi kurumlarında yatarak tedaviden kaynaklanacak maliyetler açısından önemli bir gösterge olarak değerlendirilmelidir.

Ülkemizde solunum yolu hastalıklarının tedavisinde kullanılan ilaçların satış hacimleri de diğer hastalık grupları içerisindeki payı ile artmaktadır. Türkiye'de 2020 ve 2021 yıllarında sindirim sistemi ve metabolizma hastalıkları için kullanılan ilaçlar ve sinir sistemi için kullanılan ilaçlar kategorisinden sonra satış hacmi olarak en yüksek 3. satış hacmine sahip ilaç grubuyken bu sıralamada solunum yolu hastalıklarının tedavisinde kullanılan ilaçlar 2022 ve 2023 yıllarında bir basamak yükselerek en yüksek satış hacmine sahip ikinci hastalık grubu olmuştur. Hastalık yükü ile paralel bir biçimde 1000 kişiye düşen ilaç tüketim miktarında solunum yolu hastalıkları için kullanılan ilaçlar 2020-2023 yılları arasında sırasıyla 97,9, 98,2, 117,5 ve 116,5 adet ile genel bir artış trendine sahip olup, söz konusu dört yıl boyunca kişi basına ilaç tüketimi en yüksek olan beşinci hastalık grubu olmuştur. 2022 ve 2023 yılları için KOAH için 1000 kişiye düşen ilaç miktarı ise 45 ve 41 adettir. Solunum yolu hastalıkları için kullanılan ilaçların ilaç satış bedeli satış hacmine paralel biçimde Sindirim Sistemi ve Metabolizma, Antineoplastik ve İmmünmodülator Ajanlar ve Sistemik Antibiyotiklerden sonra 3. Sırada gelerek 21.780 milyon Türk lirası olarak gerçekleşmiştir.[29]

7. Kronik Solunum Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında yaptığı yılında kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için acil eylem çağrısına yanıt olarak Kronik Solunum Hastalıklarına Karşı Küresel Birlik (Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases - GARD) kurulmuştur. "Herkesin özgürce nefes aldığı bir dünya" vizyonu çerçevesinde 2005 yılında GARD üyesi olan TTD'nin girişimleri sonucunda sağlık bakanlığı tarafından onaylanan "Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı" KSYH için ulusal program olarak kabul edilerek 2009-2013 hedefleri 2014 yılında revize edilerek 2014-2017 yılları arasında uygulanmıştır.

Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023) oluşturulduğunda ise KSYH önleme ve kontrolünde;

1. Koruyucu önlemler (kronik hava yolu hastalıkları konusunda toplumu bilgilendirmek, toplumsal far-

kındalığı arttırmak, başlıca risk faktörleri konusunda olumlu ve kalıcı davranış değişiklikleri oluşturmak için çalışmalar yürütmek) geliştirmek suretiyle kronik hava yolu hastalıklarının (astım ve KOAH) gelişimini önlemek,

2. Hastalıkların erken dönemde saptanması ve ilerlemesinin önlenmesi,
3. Hastalıkların etkin tedavisi, komplikasyonların gelişiminin önlenmesi ve bu hastalıklara yönelik rehabilitasyon hizmetleri sunulması,
4. Kronik hava yolu hastalıklarını izlemek, kontrol altına almak,
5. Kronik hava yolu hastalıklarının morbidite ve mortalite hızını azaltmak, böylece bu hastalıkların oluşturduğu hastalık ve ekonomik yükü azaltmak amaç olarak belirlenmiştir.[39]

Uzmanlık dernekleri, hasta ve hasta yakınlarının örgütlendikleri dernek ve organizasyonlar, sivil toplum örgütleri ve ilgili kuruluşların bir araya gelerek oluşturacakları daha geniş örgütlenmelerin KSYH'nın önlenmesi, morbidite, sakatlık ve erken ölüm oranlarını azaltma çabalarına katkı sağlayabilecektir. Türkiye Ulusal Solunum Koalisyonu, bu doğrultuda atılan önemli bir adım olup, 2023 yılında, TTD ve Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği'nin öncülüğünde, aralarında Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin de olduğu 22 kurumun katılımıyla Avrupa Solunum Derneği-Uluslararası Solunum Koalisyonu şemsiyesi altında kurulmuştur. Koalisyonun temel hedefi, 2030 yılına kadar solunum hastalıklarına bağlı ölümleri üçte bir oranında azaltmaktadır.[40] Koalisyon, bunun ilk adımı olarak akciğer sağlığına ilişkin gerçeklerin bilinmesi, farkındalık oluşturulması ve önleme programlarının güçlendirilmesi için çalışmalarını sürdürmektedir.

8. Sonuç

Türkiye ve dünya genelinde prevalans, mortalite ve morbidite oranlarındaki artış eğilimi, KSYH'nın hem bireysel hem de toplumsal düzeyde sağlık sistemleri için önemli bir yük oluşturmasına neden olmaktadır. Özellikle KOAH ve astım hem görülme sıklığı hem de yol açtığı engellilik, yeti yitimi ve erken ölüm oranları bakımından KSYH içinde en büyük paya sahiptir. Türkiye'de yaşla birlikte artan KOAH ve astım prevalansı, tütün kullanımı, hava kirliliği, mesleki maruziyetler gibi önlenebilir risk faktörlerinin halen güçlü biçimde etkili oluşuyla ilişkilidir.

Son yirmi yılda Türkiye'de KOAH'a bağlı hastalık yükü (DALY ve YLL) önemli ölçüde artarken, astımda da kadınlarda ve ileri yaş gruplarında belirgin bir yükselme görülmüştür. Bronşektazi ve İAH gibi hastalıkların tanı konma oranlarındaki artış, bir yandan farkındalığın ve tanı olanaklarının geliştiğini, diğer yandan çevresel ve mesleki etkenlerin giderek büyüyen rolünü göstermektedir. Kistik fibrozis gibi genetik geçişli hastalıkların erken tanısında yenidoğan tarama programlarıyla sağlanan ilerleme, erken müdahalenin yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkisini açıkça ortaya koymaktadır.

Kronik solunum yolu hastalıklarının neden olduğu ekonomik yük, doğrudan sağlık harcamaları kadar üretkenlik kayıplarıyla da artmaktadır. Türkiye, DSÖ Avrupa Bölgesi içinde KSYH tedavi maliyetlerinin en yüksek olduğu ülkelerden biridir. Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler, hastalığın geç tanı almasına, tekrarlayan alevlenmelerin artmasına ve mortalitenin yükselmesine neden olmaktadır. Buna karşın, son yıllarda geliştirilen ulusal programlar ve sivil toplum inisiyatifleri, özellikle farkındalık ve erken tanı konularında umut verici adımlar atıldığını göstermektedir.

Kronik solunum yolu hastalıklarının büyük ölçüde önlenebilir hastalıklar olduğu gerçeği, bu alandaki en temel stratejik fırsatı oluşturmaktadır. Tütün ve tütün ürünleri kullanımı, iç ve dış ortam hava kirliliği ile mesleki maruziyetler gibi başlıca risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik politikaların güçlendirilmesi, hastalık yükünü azaltmada belirleyici olacaktır. Buna ek olarak, Covid-19 pandemisi sonrası dönemde akciğer sağlığının korunmasının sadece bireysel davranış değişiklikleriyle değil, çevresel ve iklimle ilgili etkilerin yönetimiyle de yakından ilişkili olduğu anlaşılmıştır.

Türkiye'de 2009 yılından bu yana uygulanna Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı ve 2023'te kurulan Türkiye Ulusal Solunum Koalisyonu, bu konuda çok paydaşlı ve sürdürülebilir bir mücadele için önemli bir zemin sunmaktadır. Ancak, mevcut veriler, politika uygulamalarının sahadaki etkisinin daha güçlü izleme ve değerlendirme mekanizmalarıyla desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Sonuç olarak, KSYH önlenmesi ve kontrolü, yalnızca sağlık hizmetlerinin değil; eğitim, çevre, ekonomi ve iş sağlığı politikalarının da bütüncül biçimde ele alınmasını gerektirmektedir. Erken tanı, etkin tedavi, rehabilitasyon ve risk faktörlerinin azaltılması yönündeki bütüncül yaklaşımlar, toplumun yaşam kalitesini artırmanın yanı sıra sağlık sisteminin ekonomik sürdürülebilirliği açısından da kritik önemdedir. Türkiye, mev-

cut bilimsel bilgi birikimi, ulusal program deneyimi ve artan toplumsal farkındalık potansiyeliyle, "herkesin özgürce nefes aldığı bir dünya" vizyonuna ulaşma yolunda güçlü bir temel oluşturabilecek konumdadır.

KAYNAKLAR

1. GBD Chronic Respiratory Disease Collaborators. Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990–2017: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Respir Med. 2020;8(6):585–96. doi:10.1016/S2213-2600(20)30105-3.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. Chronic respiratory diseases in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Erişim adresi: https://iris.who.int/handle/10665/381512
3. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare [İnternet]. Seattle (WA): IHME; 2025. Erişim adresi: http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare
4. Singh SJ, ve ark. Respiratory sequelae of COVID-19: pulmonary and extrapulmonary origins, and approaches to clinical care and rehabilitation. Lancet Respir Med. 2023;11(8):709–25.
5. Meng M, ve ark. Long-term risks of respiratory diseases in patients infected with SARS-CoV-2: a longitudinal, population-based cohort study. EClinicalMedicine. 2024;69:102307.
6. Van Daalen KR, ve ark. The 2024 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change: unprecedented warming demands unprecedented action. Lancet Public Health. 2024;9(7):e495–e522.
7. Ebi KL, ve ark. Hot weather and heat extremes: health risks. Lancet. 2021;398(10301):698–708.
8. World Health Organization Regional Office for Europe. Chronic respiratory diseases and health equity by 2050: a spotlight on chronic obstructive pulmonary disease and asthma in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Erişim adresi: https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12340-52112-79990
9. Boers E, Barrett M, Su JG, ve ark. Global burden of chronic obstructive pulmonary disease through 2050. JAMA Netw Open. 2023;6(12):e2346598.
10. García Castillo E, Alonso Pérez T, Peláez A, ve ark. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in an urban area: changes in COPD ten years on. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2022;17:2431–41.
11. Jayasooriya SM, Devereux G, Soriano JB, ve ark. Asthma: epidemiology, risk factors, and opportunities for prevention and treatment. Lancet Respir Med. 2025;13(8):725–38. doi:10.1016/S2213-2600(24)00383-7.
12. World Health Organization. Number of grants for biomedical research by funder, type of grant, duration and recipients [İnternet]. Geneva: WHO; [Erişim tarihi belirtilmeli]. Erişim adresi: https://www.who.int/observatories/global-observatory-on-health-research-and-development/monitoring/number-of-grants-forbiomedical-research-by-funder-type-of-grant-duration-and-recipients
13. The Lancet Respiratory Medicine. Respiratory research funding: consequences of neglect. Lancet Respir Med. 2025;13(2):101. doi:10.1016/S2213-2600(25)00007-4.
14. Pott H, Sykes DL, Charriot J, ve ark. Breathing barriers: bridging lung health, research, and awareness. Lancet Respir Med. 2025;13(8):665–7. doi:10.1016/S2213-2600(25)00215-2.
15. Özdemir T, Özdilekcan Ç, Türkkanı MH, ve ark. Physician-diagnosed chronic obstructive pulmonary disease prevalence according to age groups in Türkiye. Lokman Hekim Health Sci. 2023;3(3):161–5.
16. Özdemir T, Yılmaz Demirci N, Kılıç H, ve ark. An epidemiologic study of physician-diagnosed chronic obstructive pulmonary disease in the Turkish population: COPDTURKEY-1. Turk J Med Sci. 2020;50(1):132–40. doi:10.3906/sag-1908-35.
17. Timur A, Balcı E, Durmuş H. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in individuals over 40 in central Kayseri. J Clin Pract Res. 2020;42(3):322–8. doi:10.14744/etd.2020.13245.
18. Gökler ME, Bağcı HH, Keklik K, Erguder T, Üçüncü İ, editörler. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2025 (STEPS). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025.
19. de Oca MM, Perez-Padilla R, Celli B, ve ark. The global burden of COPD: epidemiology and effect of prevention strategies. Lancet Respir Med. 2025;13(8):709–24. doi:10.1016/S2213-2600(24)00339-4.
20. Davas A, Çiçeklioğlu M. Understanding the determinants of self-reported asthma in Turkey: insights from national data on individual, lifestyle, socioeconomic, and healthcare access factors. BMC Pulm Med. 2024;24(1):349. doi:10.1186/s12890-024-03159-7.
21. Kurt E, Metintas S, Basyigit I, ve ark. Prevalence and risk factors of allergies in Turkey (PARFAIT): results of a multicentre cross-sectional study in adults. Eur Respir J. 2009;33(4):724–33. doi:10.1183/09031936.00082207.
22. Nigro M, Laska IF, Traversi L, ve ark. Epidemiology of bronchiectasis. Eur Respir Rev. 2024;33(174):240091. doi:10.1183/16000617.0091-2024.
23. Çakır Edis E, Çilli A, Kızılırmak D, ve ark. Bronchiectasis in Türkiye: data from a multicenter registry (Turkish Adult Bronchiectasis Database). Balkan Med J. 2024;41(3):206–12. doi:10.4274/balkanmedj.galenos.2024.2023-12-57.
24. Spagnolo P, Guler SA, Chaudhuri N, ve ark. Global epidemiology and burden of interstitial lung disease. Lancet Respir Med. 2025;13(8):739–55. doi:10.1016/S2213-2600(25)00129-8.
25. Zeng Q, Jiang D. Global trends of interstitial lung diseases from 1990 to 2019: an age–period–cohort study based on the Global Burden of Disease study 2019, and projections until 2030. Front Med. 2023;10:1141372.
26. Türk Toraks Derneği. Kistik Fibrozis Tanı ve Tedavi Rehberi [İnternet]. 2024. Erişim adresi: https://toraks.org.tr/site/sf/books/2024/07/d7148617dcdc2a00f56f99ced65a0c55cbbfe610a9e59767d76c6a03275d336f.pdf

27. Zolin A, Adamoli A, Bakkeheim E. ECFSPR Annual Report 2023. European Cystic Fibrosis Society; 2025.
28. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2023–2024 [İnternet]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2024-54195
29. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 [İnternet]. Ankara: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2024. Erişim adresi: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf
30. Naghavi M, Kyu HH, Aalipour MA, ve ark. Global burden of 292 causes of death in 204 countries and territories and 660 subnational locations, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. Lancet. 2025;405(10524):tbd.
31. World Health Organization. NCD data portal: Noncommunicable Disease Surveillance, Monitoring and Reporting [İnternet]. Geneva: WHO; 2021. Erişim adresi: https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance
32. World Health Organization. Global health estimates: Leading causes of deaths. In: Global Health Observatory [İnternet]. Geneva: WHO; 2021. Erişim adresi: https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death
33. The Global Asthma Report 2022. Int J Tuberc Lung Dis. 2022;26(Suppl 1): S1–102. doi:10.5588/ijtld.22.1010.
34. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 Study. Seattle (WA): IHME; 2024.
35. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Health by location: Türkiye profile [İnternet]. 2025. Erişim adresi: https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/turkiye
36. GBD 2021 Forecasting Collaborators. Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022–2050: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2024;403(10440):2204–56. doi:10.1016/S0140-6736(24)00685-8.
37. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease 2023: Findings from the GBD 2023 Study. Seattle (WA): IHME; 2025.
38. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. On İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2024–2028) Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi: Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara: SBB; 2023. Erişim adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2025/08/Sagligin-Korunmasi-ve-Gelistirilmesi-OIK-Raporu_01082025.pdf
39. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No:1118; 2018.
40. International Respiratory Coalition. Türkiye Profile [İnternet]. [Erişim tarihi belirtilmeli]. Erişim adresi: https://international-respiratory-coalition.org/countries/turkey/turkiye/

Diyabet

Pınar Dündar

1. Diabetes Mellitus Sıklığı

Tüm Dünya'da olduğu gibi ülkemizde de sıklığı giderek artan bir halk sağlığı sorunu olan Diabetes Mellitus (DM), 21. yüzyılın en hızlı büyüyen küresel sağlık acil durumlarından birdir. 20-79 yaş grubundaki dünya nüfusunun %11,1'i (589 milyon) diyabetiktir. Dünyada, diyabetli yetişkin sayısının 2050 yılına kadar 853 milyona (%13) yükseleceği tahmin edilmektedir. Ayrıca 20-79 yaş arası tahmini 635 milyon yetişkinin bozulmuş glikoz toleransı (%12) ile yaşadığı belirtilmektedir. 2024 yılında küresel sağlık harcamalarının %12'si, küresel ölümlerin %9,3'ü diyabet nedeniyle meydana gelmiştir. Bu ölümlerin %40'ı ekonomik açıdan aktif olan 20-59 yaş arasındadır 2024 yılında yüksek- orta ve düşük gelir düzeyindeki ülkelerde yaşa standardize edilmiş DM prevalansı %10,2-%11,5-%7,5 iken 2050 yılında sırasıyla %12,0-%13,5 ve %8,5 olacağı tahmin edilmektedir. Uluslararası Diyabet Federasyonu'na (IDF) göre Avrupa bölgesinde 2025 yılında 20-79 yaş grubunda yaşa standardize DM prevalansı %8,0'dir ve 2050 yılında bu hızın %9,4'e yükselmesi öngörülmektedir.

IDF'nin, 2024 yılı için %16,5 olarak bildirdiği Türkiye'deki DM prevalansı, daha önceki raporlarda olduğu gibi Avrupa bölgesi ülkeleri içindeki en yüksek rakamdır. Türkiye'yi izleyen ülkelerde (Karadağ, Arnavutluk, Portekiz ve Hırvatistan) DM prevalansı %10.5 -%10.7 aralığındadır.[1]

Öte yandan, Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2023'te, yetişkin nüfusta diyabet prevalansı %11.0 (kadınlarda %11.5, erkeklerde %10.4) olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışma, nüfusun %6.7'sine 12 aydan önce, %4.3'üne ise son 12 ay içinde DM tanısı konduğunu bildirmektedir.[2]

Ülgü ve arkadaşlarının Ulusal Elektronik Sağlık Kayıtlarını (e-Nabız) temel alan çalışmasında 2020 yılında DM prevalansı %11.1, kadınlara %13.1, erkeklerde %9.1 olarak belirtilmiştir.[3]

TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması 2022 verilerine göre 15 yaş üstü nüfusta son 12 ay içinde yaşanan sağlık sorunları/hastalıklar arasında DM, %11.4 ile (kadınlarda %13.8, erkeklerde %8.9) ile üçüncü sıradadır.[4]

IDF verisi ile ulusal kayıt sistemi verileri ile ortaya konan DM prevalansındaki farklılık toplumda tanı konmamış diyabetiklerin varlığı ile açıklanabilir.

1.1. Diyabet Nedenli Ölüm Sıklığı

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığında ölüm nedenleri içinde DM 2022 yılında bütün ölümlerin %3'ü diyabet nedenlidir. ICD-10 Tanı Gruplarına ve Cinsiyete Göre Seçilmiş Nedenlerin Yaşa Standardize Erken Ölüm Hızları, (100.000'de, Dünya Standart Nüfusu), 2022, 2023 açısından DM 10,85/100000 (kadınlarda 9,17/100.000, erkeklerde 12,57/100.000) olarak bildirilmiştir[5] Türkiye de DM nedeniyle her iki cinste ve tüm yaş gruplarında ölümlerin %3.51'i gerçekleşmiştir. 2020 yılında bu oran %3,65'tir.[6]

1.2.Tanı Konmamış Diabetes Mellitus ve Prediyabet

Erken tanı ve tedaviye zamanında başlanması, diyabetli bireyler için komplikasyonları önlemek veya geciktirmek, erken ölümleri önlemek ve yaşam kalitesini iyileştirmek açısından çok önemlidir.[7] Ayrıca, diyabetin erken teşhisi ve yönetimi, diyabet komplikasyonlarıyla ilişkili önemli maliyetlerden kaçınmaya yardımcı olabilir.[8] Maliyet etkin diyabet taramasının ve teşhis kapasitesinin artırılması, diyabetli bireyler için bakımı iyileştirmeye yönelik önemli bir ilk adımdır.

Küresel olarak 2024 yılında, 20-79 yaş arası diyabetiklerin %42,8'ine tanı konmamıştır. Tanı konmamış diyabetin yüksek yaygınlığı genellikle sağlık hizmetlerine yetersiz erişimin yanı sıra sağlık sistemlerinin diyabet vakalarını tespit etme kapasitesinin sınırlı olmasından kaynaklanmaktadır.[9]

Düşük gelirli, orta gelirli ve yüksek gelirli ülkelerde, diyabetle yaşayan yetişkinlerin sırasıyla %58,7'si, %45,5'i ve %28,9'u tanı almamıştır. Küresel olarak, tanı konulmamış diyabetiklerin %86,9'u, dünya nüfusunun beşte dördünün yaşadığı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır.[10] Dünyada tanı konmamış diyabetlilerin oranı %42,8 iken Avrupa bölgesinde %33,6'dır. Türkiye %45,5 ile Dünyada en yüksek tanı konmamış diyabet oranı sıralamasında 10. Ülke olarak dikkati çekmektedir.[1] Ülgü ve arkadaşlarının çalışmasında diyabetli bireylerin yaklaşık üçte birine tanı konulmadığı ve bu kişilerin çoğunluğunun erkek olduğunu ifade edilmektedir.[3]

BGT (Bozulmuş Glikoz Toleransı) prevalansı 2024 yılında dünya genelinde yetişkinlerde %12,0 (en yüksek %13,8 Güneydoğu Asya, en düşük Avrupa bölgesi %5,9) olarak belirlenmiştir. Bozulmuş açlık glikozu prevalansı, küresel olarak %9,2 (en yüksek Kuzey Amerika %13,6, en düşük Avrupa bölgesi %5,3) olarak belirtilmektedir. Türkiye BGT ve Bozulmuş açlık glikoz düzeyi açısından %8-10 arasındadır.[1]

Hipergliseminin ara durumları/prediyabet, tip 2 diyabet gelişimi için yaygın ve önemli risk faktörü olarak dünya genelinde gelecekteki diyabet riski için önemli zorluklara işaret etmektedir.

TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması 2022 yılında 15 yaş üzeri nüfusun %41.6'sının (kadınlarda %48,3, erkeklerde %34,9) son 12 ay içinde kan şekeri ölçümü yaptırdığını bildirirken[6], Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırmasına göre 2023'te nüfusun %28.9'unun hiç kan şekeri ölçtürmediğini bildirmiştir.[2]

2. Trendler ve Öngörüler (2020–2025 ve Sonrası)

Satman ve arkadaşlarının 2023 yılında yayınlanan Türkiye'de Yetişkin ve Yaşlı Nüfusta Prediyabet ve Diyabet Yüküne İlişkin Tahminler ve Öngörüler isimli çalışmasına göre Türkiye'de 20-84 yaş grubunda herhangi bir derecede glikoz intoleransı olan nüfusun 2010'dan 2021'e 5,7 milyondan fazla (diyabet 2,4 milyon ve prediyabet 3,3 milyon) arttığını göstermektedir. Genel nüfusta prediyabet ve diyabet prevalansındaki artış sırasıyla %24,3 ve %35,2 iken, yaşlılarda buna karşılık gelen artış sırasıyla %46,5 ve %51,3 olmuştur. 2021'de prediyabet ve diyabetin tahmini prevalansı kadınlarda erkeklere göre önemli ölçüde daha yüksektir (prediyabet: %32,6'ya karşı %25,2; diyabet: %17,1'e karşı %14,2). Yaşa göre ayarlanmış diyabet prevalansının Avrupa nüfus modeline göre karşılaştırmalı oranı, dünya nüfus modeline göre daha yüksektir (%19,4'e karşı %15,0). Projeksiyonlara göre diyabetin yaygınlığının 2030 yılında %17,5'e, 2045 yılında ise %19,2'ye ulaşacağı belirtilmektedir.[11] IDF ise Türkiye'de DM prevalansının 2050 yılında %18,6 olacağını öngörmektedir.[1]

Sun ve arkadaşlarının IDF verilerini temel alarak 2045 yılı için küresel, bölgesel ve ülke düzeyinde diyabet yaygınlığı projeksiyonlarını içeren yayınında diyabetli erişkin sayısı açısından Türkiye 13.4 milyon diyabetik ile ilk 10 ülke içinde 10. sırada yer alacaktır. Üstelik bu tahminler yalnızca yaşlanma ve kentleşmeyle ilgili demografik değişiklikleri dikkate almaktadır. Risk faktörü yaygınlığı veya hayatta kalma oranındaki değişiklikler dikkate alındığında, zaman içindeki tahminlerin daha yüksek olması muhtemeldir. Diyabet sıklığının en çok, nüfus artışı, yaşlanma ve kentleşmenin devam edeceği orta gelirli ülkelerde artacağı tahmin edilmektedir.[12]

Ampofo A.ve Boateng E'nin 2020 ve sonrasında obezite ve diyabet prevalansı modellemesi çalışmasında Türkiye 2000, 2005, 2010 ve 2014 yıllarında orta düzeyde diyabet ve obezite yaygınlığına sahip ülkeler arasındayken 2030 yılında en yüksek diyabet yaygınlığına sahip ülkeler kümesinde (Lübnan, Suriye, Fas, Papua Yeni Gine, Türkmenistan) olacağı öngörülmektedir.[13]

Anakök GA ve arkadaşlarının yaptığı modelleme çalışmasında tip 2 diyabet (T2DM) prevalansının 2020'de %14,0'dan 2050'ye kadar %18,4'e yükseleceğini tahmin edilmektedir Genel olarak, obezite 2020'den sonra artış göstermeyi bırakırsa T2DM prevalansı yaklaşık %4 oranında, kadınlar arasındaki obezite prevalansı erkeklerle eşitlenebilirse %12 oranında (kadınlarda %22) azaltılabilir. Kadınlar arasında yaşa özgü daha yüksek obezite prevalansı, 2050 yılına kadar 2.076.040 kadının daha T2DM geliştirmesiyle sonuçlanmıştır. T2DM Türkiye'de yaygındır ve yaygın olmaya devam edecektir. Özellikle kadınlarda obezitenin (ve düşük fiziksel aktivite düzeylerinin) yüksek yükünü hedef alan müdahaleler ve politikalar, gelecekteki hastalık yüklerini önemli ölçüde etkileyebilir.[14]

Sözmen ve arkadaşlarının yaptığı, bir Markov model tahmininde, Türkiye'de 25-74 yaş aralığında Tip 2 diyabet prevalansının 2025'te %31,5'e yükselebileceği (erkeklerde %28,6, kadınlarda %35,1) belirtilmekte-

dir. Obezite sıklığında %10, sigara kullanımında %20 azalma sağlanabilirse 2025'e kadar diyabet sıklığında yaklaşık %10'luk göreceli azalma görülebileceği ifade edilmektedir.[15]

Yetişkinlerde diyabet yaygınlığına ilişkin bu tahminler, "diyabet krizinin" sürekliliğini doğrulamaktadır. Tahminler arasındaki farklılıklar, obezite, sigara kullanımı, yaşlanma ve politika müdahaleleri gibi faktörlere ilişkin varsayımların projeksiyonlar üzerinde ne kadar belirleyici olduğunu vurgulamaktadır.

3. Sonuç ve Öneriler

Ülkemizde IDF 2025 Raporuna göre diyabet sıklığı %16,5, 2050 yılında öngörülen DM sıklığı %18,6'dır. Tanı konmamış diyabetiklerin oranı %45,5 ile çok yüksek düzeydedir. Ayrıca bozulmuş glikoz toleransı ve bozulmuş açlık glikozu sıklığı %8-10 arasındadır. Öte yandan, diyabetlilerin bakımı ile ilgili sorunlar bulunmaktadır.

Nefroloji Derneği ortak raporuna göre, ilk kez renal replasman tedavisine başlayan hastaların son dönem böbrek yetmezliği etyolojisinde, 1995 yılında glomerülonefrit (%28,1) ve nedeni bilinmeyenlerin (%18,2) ardından üçüncü sırada yer alan DM (%15,3), 2022 yılında ilk sırada %38,4 ile ilk sıraya yerleşmiştir.[16]

Erken tanıyı artırma bağlamında ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere hazırlanan Hastalık Yönetim Platformu (HYP), bulaşıcı olmayan hastalıkların erken teşhisine odaklanarak tarama ve izleme süreçlerini yönetmek üzere tasarlanmış özel bir yazılımdır. HYP'nin modüler yapısı, yazılım modülleri arasında ve Bakanlık bünyesinde kullanılan diğer yazılımlarla bütünleşmiş bir şekilde çalışmaktadır. HYP, aile hekimlerine, kayıtlı kişileri kronik hastalık risk faktörleri ve belirlenen hastalıklar açısından tarayabilme ve izleyebilme imkânı sunmaktadır. HYP, hipertansiyon, diyabet, obezite, kardiyovasküler risk değerlendirmesi ve çok yönlü yaşlı değerlendirmesi gibi öncelikli kronik hastalıkların tarama ve izleme süreçlerini içeren modüllerin yer aldığı bir yazılım hazırlanarak 1 Temmuz 2021 tarihinde aile hekimlerinin kullanımına açılmıştır.[17] HYP yazılımının değerlendirildiği, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının HYP ile ilgili düşüncelerinin sorgulandığı bir çalışmada, katılımcıların %46,5'i HYP'nin kronik hastalık insidansının azaltılmasında yardımcı olacağını ve %61,3'ü HYP'nin kronik hastalıkların takibini kolaylaştırdığını belirtmiştir.[18] HYP'nin yaygın olarak kullanılmasının sağlanması kritik önemdedir. Diğer yandan erken tanıda en önemli rolü üstlenmesi gereken birinci basamak sağlık kuruluşları sahip oldukları nüfusların fazla olması veya iş yükleri nedeniyle diyabet taramalarını yeteri kadar efektif gerçekleştirememektedir. Toplumda 40 yaş üzeri bireylerin tümünü diyabet açısından değerlendirmek veya hepsinden tetkik istemek mümkün olmamaktadır. Bu yüzden diyabet risk skorlamalarının sahada yaygın olarak uygulanması hem zaman hem de maliyet açısından diyabet taramalarına önemli bir katkı sağlayabilir. Yapılan bir araştırmada Dünyada yaygın olarak kullanılan FİNDRISC, ADA ve LRAS değerlendirme gereçlerinin diyabetikleri belirleme açısından duyarlılığının %75,6-78,9 arasında değiştiği belirlenmiştir.[19] Bu risk skorları prediyabet veya diyabetin kesin tanısından yani tetkik istemeden önce bir süzgeç görevi görebilir.

Risk faktörleri ile mücadele bağlamında özellikle kadınlardaki obezite sıklığındaki yükseklik kadınlara yönelik özel stratejileri gerekli kılmaktadır. Ülkede çok yönlü bir bakış açısıyla toplumda obezite kontrolü, ulaşılabilir sağlıklı beslenme olanakları, hareketli bir yaşamı mümkün kılan yaşam tarzı değişiklikleri bulaşıcı olmayan hastalıkların çok büyük bir bölümü gibi, DM için de birincil koruma önlemleri yaşamsal önemdedir.

Ulusal ve bölgesel epidemiyolojik araştırmalar desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 11th edition [İnternet]. Brüksel: International Diabetes Federation; 2025. Erişim adresi: https://diabetesatlas.org
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2023. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025.
3. Ülgü MM, Gülkesen KH, Akünal A, Ayvalı MO, Zayim N, Birinci Ş, ve ark. Characteristics of diabetes mellitus patients in Turkey: An Analysis of National Electronic Health Records. Turk J Med Sci. 2023;53(1):316-22.
4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye Sağlık Araştırması 2022 [İnternet]. Ankara: TÜİK; 2023. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. Ankara: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2025. Erişim adresi: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/S%C4%B0Y2023_T%C3%BCrk%C3%A7e(31.01.2025).pdf
6. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) Results [İnternet]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2022. Erişim adresi: https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/

7. Chan JCN, Lim LL, Wareham NJ, Shaw JE, Orchard TJ, Zhang P, ve ark. The Lancet Commission on diabetes: using data to transform diabetes care and patient lives. Lancet. 2021;396(10267):2019–82.
8. Dall TM, Yang W, Halder P, Pang B, Massoudi M, Wintfeld N, ve ark. The economic burden of elevated blood glucose levels in 2012: Diagnosed and undiagnosed diabetes, gestational diabetes mellitus, and prediabetes. Diabetes Care. 2014;37(12):3172–9.
9. Manne-Goehler J, Geldsetzer P, Agoudavi K, Andall-Brereton G, Aryal KK, Bicaba BW, ve ark. Health system performance for people with diabetes in 28 low- and middle-income countries: A cross-sectional study of nationally representative surveys. PLoS Med. 2019;16(3):e1002751.
10. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2022 Revision. New York: United Nations; 2022.
11. Satman I, Bayirlioglu S, Okumus F, Erturk N, Yemenici M, Cinemre S, ve ark. Estimates and Forecasts on the Burden of Prediabetes and Diabetes in Adult and Elderly Population in Turkiye. Eur J Epidemiol. 2023;38(3):313–23.
12. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, ve ark. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. Diabetes Res Clin Pract. 2022;183:109119.
13. Ampofo AG, Boateng EB. Beyond 2020: Modelling obesity and diabetes prevalence. Diabetes Res Clin Pract. 2020;167:108362.
14. Anakök GA, Awad SF, Çağlayan Ç, Huangfu P, Abu-Raddad LJ, Unal B, ve ark. Impact of trends and gender disparity in obesity on future type 2 diabetes in Turkey: a mathematical modelling analysis. BMJ Open. 2022;12(5):e057863.
15. Sözmen K, Unal B, Capewell S, Critchley J, O'Flaherty M. Estimating diabetes prevalence in Turkey in 2025 with and without possible interventions to reduce obesity and smoking prevalence, using a modelling approach. Int J Public Health. 2015;60(Suppl 1):S13-21.
16. Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N, Koçyiğit İ, editörler. Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2020. Ankara: Türk Nefroloji Derneği; 2021.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Hastalık Yönetim Platformu (HYP) [İnternet]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/hastalik-yonetim-platformu.html
18. Gökçek MB, Çetin Benli N. Evaluation of the use the Disease Manegement Platform by Family Physicians and the Family Health Workers. Life Med Sci. 2023;4(4):158-67.
19. Esgin TA. Manisa'da kentsel ve yarı kentsel iki bölgede 40-74 yaş arası bireylerde diyabet risk skorlarının performanslarının değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi; 2020. Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=LerPniqSqF0r3ksOiQajA&no=zU_cOBIrAXIqQwkbIIbLGA

Öne Çıkan Diğer Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

Didem Arslantaş

1. Kronik Böbrek Hastalıkları

Kronik böbrek hastalığı tüm dünyada genel toplumun %10'dan fazlasını etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur.[1,2] Son dönem böbrek hastalığı olan bireylerde ölüm oranı azalmasına rağmen Küresel çapta yapılan hastalık çalışmaları halen önde gelen ölüm nedenlerinden biri olduğunu göstermektedir ve bu hızda devam ederse yapılan projeksiyonlar 2040 yılında 5. ölüm nedeni olacağı şeklindedir.

Kronik böbrek hastalığı (KBH), günümüzde küresel ölçekte ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Güncel tahminlere göre dünya genelinde yaklaşık **850 milyon kişi** KBH ile yaşamaktadır. Bu sayı, diyabet mellitus veya insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile yaşayan birey sayısından daha fazladır. Dünya nüfusunun yaklaşık **%10'u** KBH tanısı almış durumdadır.[3] Ancak hastalığın görülme sıklığı ve yaygınlığı, ülkeler ve coğrafi bölgeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Her yaş ve etnik gruptan bireyler etkilenebilmekle birlikte, sosyoekonomik olarak dezavantajlı topluluklardaki bireyler, hem hastalığa yakalanma hem de hastalığa bağlı ölüm ve sakatlık açısından daha yüksek risk altındadır. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimdeki kısıtlılıklar ve yaşam koşulları gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanmaktadır. Uluslararası Nefroloji Derneğinin 2023 Küresel Böbrek Sağlığı Atlası'ndan elde edilen veriler göstermektedir ki: Mevcut koruyucu stratejilere rağmen, kronik böbrek hastalığı (KBH) birçok bireyde ilerleyerek son dönem böbrek yetmezliğine dönüşmektedir. Günümüzde dünya nüfusunun yaklaşık %0,1'i böbrek yetmezliği ile yaşamaktadır. Bu oran, yüksek gelirli ülkelerde %0,2, üst orta gelirli ülkelerde %0,1, alt orta gelirli ülkelerde %0,07 ve düşük gelirli ülkelerde %0,05 olarak tahmin edilmektedir. Ancak, tedaviye erişim oranları gelir düzeyine göre belirgin farklılıklar göstermektedir. Diyaliz (hemodiyaliz veya periton diyalizi) ya da böbrek nakli gibi yaşamı sürdürücü tedavilere erişemeyen hastaların oranı, düşük gelirli ülkelerde %98, alt orta gelirli ülkelerde %94 gibi oldukça yüksek seviyelerdeyken, bu oran üst orta gelirli ülkelerde %79 ve yüksek gelirli ülkelerde %30 düzeyine düşmektedir.[4] ABD'li yetişkinlerin 7'de 1'inden fazlasının (yaklaşık 35,5 milyon kişi veya %14'ü) KBH'ye sahip olduğu tahmin ediliyor ve kronik böbrek hastalığı olan yetişkinlerin 10'da 9'u bu hastalığa sahip olduğunu **bilmiyor**. Ayrıca şiddetli kronik böbrek hastalığı olan yetişkinlerin yaklaşık üçte biri, kronik böbrek hastalığı olduğunu **bilmiyor.**[5]

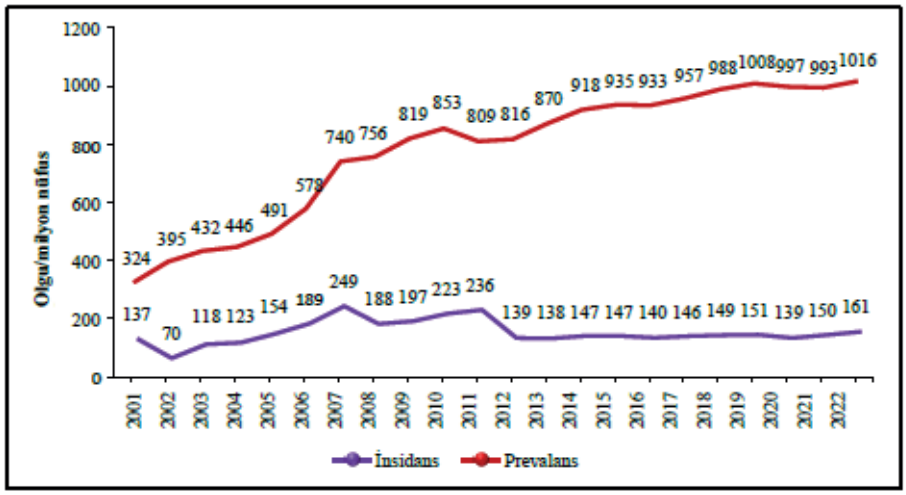
1.1. Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı

"Türkiye'de kronik böbrek hastalığına ilişkin 2011 yılında yapılan nüfus tabanlı bir araştırma- CREDIT çalışması" bu konuda yapılan ilk epidemiyolojik çalışma olup bu çalışmada kronik böbrek hastalığının yaygınlığı %15,7 olarak bulunmuştur.[6] T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği ortak raporuna göre; 2020 yılı içinde ilk kez renal replasman tedavisine başlayan hastaların son dönem böbrek yetmezliği etyolojisinde ilk 3 sırada; diabetes mellitus (%36,63), hipertansiyon (%27,51) ve glomerülonefrit (%5,87) yer almaktadır.[7]

1.2. Kronik Böbrek Hastalığı Risk Faktörleri

Türkiye'de diyalize yeni başlayan hastalarda risk faktörleri ile ilgili yıllar içindeki değişim **Tablo 1**'de gösterilmiş olup diyabet ve hipertansiyonun 2022 yılında (sırasıyla % 38,4 ve % 31,3) risk faktörleri arasında ilk iki sırada yer aldığı görülmektedir.

Son dönem böbrek hastalığı (SDBH), kronik böbrek hastalığının (KBH) son evresidir ve glomerüler filtrasyon hızının (GFR) 15 mL/dak/1,73 m^2'den düşük olmasıyla tanımlanır. Son dönem böbrek hastalığında renal replasman tedavisi olarak adlandırılan diyaliz veya



Şekil 1. Türkiye'de son dönem böbrek hastalığı insidans ve prevalansının yıllara göre değişimi grafiği[8]

(T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2025–2030). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025. ISBN: 978-975-590-927-1.)

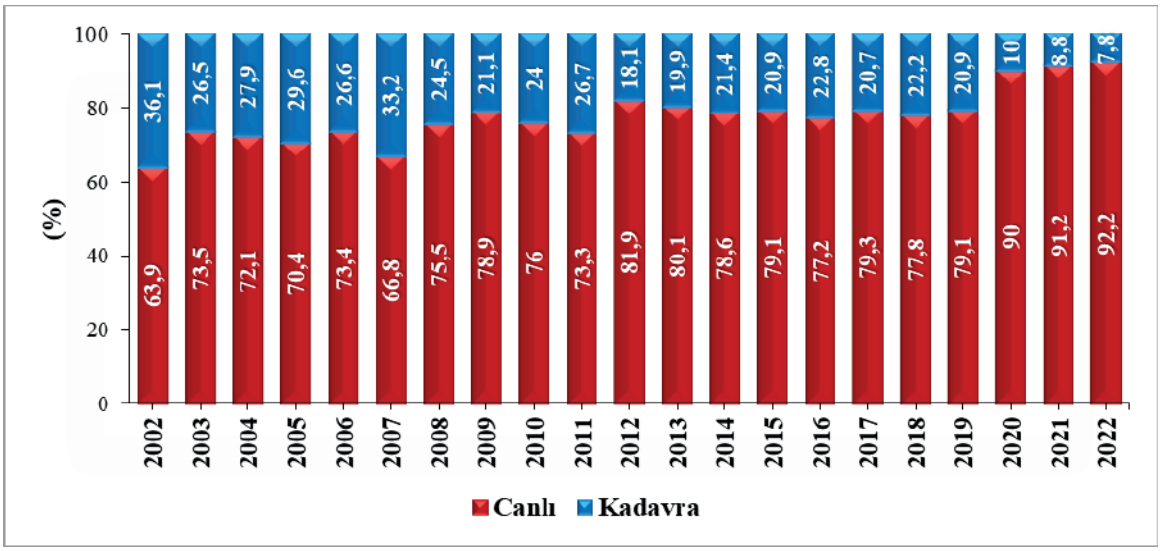
Tablo 1. Türkiye'de diyalize yeni başlayan hastalarda risk faktörleri ile ilgili yıllar içindeki değişim[8] (T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2025–2030). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025. ISBN: 978-975-590-927-1.)

	1995	2001	2006	2011	2016	2021	2022
Diabetes mellitus	15.3	25.3	28.9	36.2	38.5	35.5	38.4
Hipertansiyon	9.2	17.2	23.3	28.3	24.6	34.2	31.3
Glomerulonefrit	28.1	22.3	6.6	5.9	6.3	3.3	3.7
Kistik böbrek hastalığı	5.2	5.8	5.3	3.1	4.2	2.8	3.8
Tübülointersisyel nefrit	12.0	4.0	3.9	2.0	0.9	0.7	0.7
Bilinen diğer nedenler	4.4	13.3	10.7	11.1	8.6	7.9	10.5
Nedeni bilinmeyenler	18.2	12.1	15.2	13.4	16.9	12.9	11.6

böbrek transplantı yaşamı sürdürmek adına çok önemlidir. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği'nin böbrek kayıt sistemi ortak raporuna göre 2022 yılı sonu itibariyle 61.723 Hemodiyaliz uygulanan, 3.552 Periton Diyalizi uygulanan ve 21.390 böbrek transplantasyonu yapılan olmak üzere toplam 86.665 Son Dönem Böbrek Hastalığı olan birey bulunmaktadır. Türk Nefroloji Derneği Böbrek Kayıt Sistemi verilerine göre; ülkemizde böbrek transplantasyonu yapılan hasta sayısı giderek artış göstermiş olup günümüzde yılda 4.000 kişiye yaklaşmıştır. Bu artışa rağmen böbrek transplantı yapılan hasta sayısı sadece son dönem böbrek hastalığı olan hastaların %25'lik kısmını kapsamaktadır. Transplantasyonların büyük kısmı canlı donörden gerçekleşmektedir; 2002 yılında %36,1 olan kadavradan böbrek transplantasyonu oranı, zaman içerinde sürekli düşerek 2022 yılında %7,8'e gerilemiştir (**Şekil 2**).

2023 yılında yapılan bir retrospektif kohort çalışmasında 3-5 evre kronik böbrek hastası olan 245 kişi 46 ay izlenmiş sonuç olarak %42,9 renal replasman tedavisi başlamış %9,8'i hayatını kaybetmiş olup düşük glomerüler filtrasyon hızı, yüksek proteinüri ve diyabetes mellitus bağımsız risk faktörleri olarak belirtilmiştir.[9]

"Türkiye'de Böbrek Replasman Tedavisinin Güncel Durumu: 2021 Türk Nefroloji Derneği Kayıt Raporunun Özeti" adlı çalışmada böbrek replasman tedavisi gören hasta sayısının arttığı belirtilmiş olup 2021 yılı sonunda 84.128 hastanın böbrek replasman tedavisi gördüğü rapor edilmiştir. Aynı çalışmada son dönem böbrek hastalığının prevalansı ve insidansı sırasıyla milyonda 993,5 ve 149,5 olarak belirtilmiştir. Hemodiyaliz (%71,4) en yaygın tedavi yöntemi olup bunu transplantasyon (%24,6) ve periton diyalizi (%4,0) izlemektedir.[10]



Şekil 2. Türkiyede böbrek transplantasyonu yapılan bireylerde verici kaynağının yıllar içindeki değişimi[8]

(T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2025–2030). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025. ISBN: 978-975-590-927-1.)

Samsun'da 2023 yılında 457 kişi ile yapılan kesitsel bir çalışmada kronik böbrek hastalığı farkındalığının (%78,6) düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir. Çalışmada aslında erken tanı için farkındalığın ne kadar önemli olduğu belirtilmiş olup diyabet ve hipertansiyon gibi kronik böbrek yetmezliğinin yaygın nedenleri konusundaki farkındalık eksikliğinin erken tanıda gecikmelere yol açabileceği vurgulanmıştır.[11]

1.3. Kronik Böbrek Hastalığı ve DALY

2002 2021 yılları arasında erkeklerde DALY değişimleri incelendiğinde Diyabet ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı sonrası en büyük DALY artışının kronik böbrek hastalığında olduğu kadınlarda ise diyabette en büyük artışın olduğu görülmektedir. Kronik böbrek hastalığı ile ilgili kadınlarda DALY değişimi ilk on neden içerisinde görülmemiştir[12]. **Tablo 2a** ve **2b** T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistik Yıllığı 2023. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024 yayınından alınmıştır

2. Kronik Nörobilişsel Hastalıklar

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), dünya çapında demans hastası sayısının yaklaşık **55 milyon** olduğunu ve bu sayının 2030 yılına kadar yaklaşık **78 milyona** ve 2050 yılına kadar **139 milyona** ulaşmasının beklendiğini; 2021 yılında dünya çapında var olan 57 milyon demans hastasının %60'tan fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamakta olduğunu tahmin etmektedir.[13,14] Her yıl bu sayıya 10 milyon yeni demans vakası eklenmektedir. Vasküler demans, en sık görülen ikinci türdür ve genellikle yinelenen küçük inmelere bağlı olarak gelişir.[15]

2022 yılında, Almanya'da 40 yaş ve üzeri nüfusun %2,8'i demanstan etkilenmiştir (idari yaygınlık verilerine göre). Bu oran yaklaşık olarak 1,4 milyon kişiye karşılık gelmektedir. Demansın yaygınlığı kadınlarda %3,3, erkeklerde ise %2,4 olarak ölçülmüştür. Demansın görülme sıklığı yaşla birlikte belirgin şekilde artmaktadır. 65 yaş ve üzerindeki kişiler arasında demans yaygınlığı %6,9'dur. 95 yaş ve üzerindeki bireylerde ise bu oranlar çok daha yüksektir: Kadınların %32,7'si, erkeklerin ise %27,4'ü demans hastasıdır. Kadınlarda demansın daha yaygın görülmesi özellikle ileri yaş gruplarında dikkat çekmektedir.[15]

2.1. Alzheimer Prevalansı ve Risk Faktörleri

Türkiye'de yapılan "Türkiye'de Geriatrik Nüfusta Demans Yaygınlığı (2019–2020)" çalışmasında, çalışma evrenini, 2019 ve 2020 yıllarında demans tanısı almış 65 yaş ve üzeri tüm Türkiye nüfusu oluşturmaktadır. Çalışmada 2019 yılında, 65 yaş ve üzeri bireylerde tespit edilen toplam demans vakası sayısı 247.727 olup, bu vakaların 150.529'u (%60,8) kadın iken 2020 yılında ise aynı yaş grubunda 233.949 demans vakası tespit edilmiş, bunların 142.878'i (%61,1) kadınlardan oluşmuştur. Çalışmada demans hastalarının medyan yaşının 2019 yılı için 79 (73-85) 2020 yılı için ise 80 (74-86) olarak bulunduğu rapor edilmiştir. **Tablo 3** 2019 ve 2020 prevalans değerlerinin yaş gruplarına göre dağılımını göstermektedir.[16]

Tablo 2a. 2021 Yılı İlk 10 DALY Nedeninin 2002 Yılına Göre Değişimi, (%), Erkek[12]

Sıra	Neden	2002	2021	Değişim (%)
1	COVID-19	-	1.767.613	-
2	İskemik Kalp Hastalığı	1.034.697	1.366.117	32,03
3	Trakea, Bronş ve Akciğer Kanserleri	464.785	695.015	49,53
4	İnme	525.923	595.536	13,24
5	Diyabet	207.449	487.749	135,12
6	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	265.278	476.296	79,55
7	Bel Ağrısı	303.123	402.422	32,76
8	Trafik Kazaları	345.830	338.816	-2,03
9	Neonatal Hastalıklar	1.104.329	329.635	-70,15
10	Kronik Böbrek Hastalığı	158.387	280.329	76,99

Tablo 2b. 2021 Yılı İlk 10 DALY Nedeninin 2002 Yılına Göre Değişimi, (%), Kadın[12]

Sıra	Neden	2002	2021	Değişim (%)
1	COVID-19	-	1.023.554	-
2	İskemik Kalp Hastalığı	517.088	821.001	58,77
3	İnme	455.427	589.694	29,48
4	Diyabet	235.842	526.562	123,27
5	Jinekolojik Hastalıklar	382.283	514.425	34,57
6	Bel Ağrısı	336.732	513.478	52,49
7	Depresif Bozukluklar	331.438	488.693	47,45
8	Baş Ağrısı	298.812	376.884	26,13
9	Anksiyete Bozuklukları	220.597	343.023	55,50
10	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	155.649	284.739	82,94

Tablo 3. 2019 ve 2020 yılı prevalans değerlerinin yaş gruplarına göre dağılımı[16]

	2019	2020
Yaş grupları	**Prevalans**	
65-74	1.6	1.3
75-84	4.9	4.5
85-+	10	10

Bir başka çalışma, 2022 yılında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından sağlanan Türkiye Sağlık Araştırması'ndan elde edilen ikincil veriler kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Veriler, 60 yaş ve üzeri 4630 bireyden elde edilmiştir. Alzheimer hastalığı (AH) prevalansı, kronik çoklu morbidite (KÇM) (hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, inme, diyabet, hiperlipidemi) ve ilgili değişkenler değerlendirilmiştir. Genel Alzheimer hastalığı prevalansı %3,8 (95% GA: %3,6–%4,9) olup, kadınlarda (%4,1, 95% GA: %3,8–%5,7) erkeklerden (%3,5, 95% GA: %2,8–%4,7) biraz daha yüksektir. Çalışma grubundaki kişilerin %**38,8'inin** çoklu kronik hastalığı (**CMM**) olduğu tespit edilmiştir. AH, bekar/boşanmış bireylerde (%6,4), düşük öğrenim seviyesine sahip olanlarda (%4,1), KÇM bulunanlarda (%5,9) ve sedanter yaşam tarzı sürdürenlerde (%4,9) daha yaygın olarak bulunmuştur. Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu ve medeni durum için ayarlanan modelde, KÇM varlığı Alzheimer hastalığı ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur (düzeltilmiş OR = 2,081; 95% GA: 1,522–2,844). Vücut kitle indeksi (VKİ), tütün kullanımı, alkol kullanımı ve günlük aktivite düzeyi için ek ayarlamalar yapılan modelde de, KÇM Alzheimer hastalığının anlamlı bir yordayıcısı olmaya devam etmiştir (düzeltilmiş OR = 1,975; 95% GA: 1,446–2,698).[17]

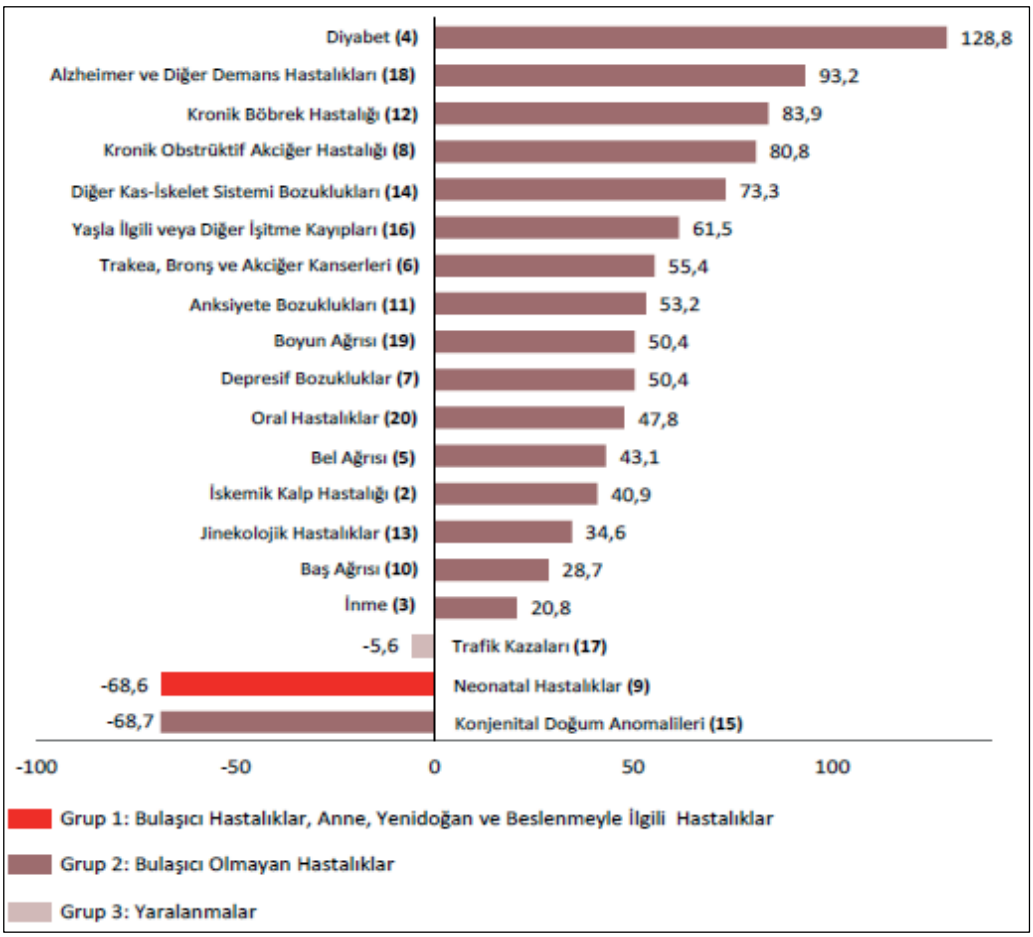
Bir diğer çalışma için 14 aile sağlığı merkezinden rastgele seçilen 65 yaş ve üzeri 240 kişi seçilmiştir. Yüz yüze görüşme yöntemi ile, mini-mental test, saat çizme skoru, temel ve enstrümantal günlük yaşam aktivite-

leri, mental durum muayenesi ve geriatrik depresyon ölçeği dahil olmak üzere nörolojik ve psikiyatrik testler yapılmıştır. Komorbiditeler, kullanılan ilaçlar, riskler ve koruyucu faktörler sorgulanmıştır. AH prevalansı %7,5 bulundu; %2,5'inde hafif, %5'inde ileri AH vardı. Okuma yazma bilmeyenlerde ve ilkokul mezunlarında AH oranları daha yüksek, düzenli fiziksel ve zihinsel aktivite yapanlarda daha düşüktü. AH'li kişilerde genel bilgi, muhakeme, soyutlama ve yürütücü işlevlerde daha fazla anormallikler bulundu. Günlük ve enstrümantal yaşam aktiviteleri kötüleştikçe AH sıklığı artmakta idi. Geriatrik depresyon AH grubunda daha yüksekti.[18] Bu çalışma sonuç olarak kardiyometabolik hastalıkların kontrol altına alınması, öğrenim düzeyinin yükseltilmesi, sosyal bağların güçlendirilmesi ve düzenli egzersizin teşvik edilmesi yoluyla Alzheimer riskinin azaltılabileceği veya en azından başlangıcının geciktirilebileceğini vurgulamaktadır. Bunlar yaşlanan nüfuslarda artan AH yükünü azaltmayı hedefleyen halk sağlığı müdahaleleri içinde yer alması gereken değiştirilebilir hedefler olarak değerlendirilebilir.

Alzheimer sıklığı ile ilgili yapılan bir derleme çalışmasında şu sonuçlar dikkat çekmektedir:[19] Sağlık bakanlığı 2020 verilerine göre Türkiye'de 300-600 bin arasında Alzheimer hastası olduğu bildirilmektedir.[20] Türk Nöroloji Derneği'nin (Türk Nöroloji Derneği, 2023) web sitesinde yer alan bilgiye göre de Türkiye'de 700 bin dolayında Alzheimer hastası vardır.[21] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) demans bakımının birincil sağlık hizmetlerine entegre edilmiş olarak ve çok disiplinli modüler model şeklinde sunulmasını önermektedir. Bu modeller hem demansla yaşayan bireylerin hem de onların bakımlarını üstlenen kişilerin ihtiyaçlarını dikkate almalıdırlar.[15]

2.2. Alzheimer ve DALY

Sağlık Bakanlığı istatistik yıllığı 2023 yayınına göre; Alzheimer ve diğer demanslar 2002'de DALY sıralamasında 18. sıradayken 2021 yılında 2. sıraya yükselmiştir. Bu değişim **Şekil 3**'te gösterilmiştir.



Şekil 3. 2021 Yılı İlk 20 DALY Nedeninin 2002 Yılına Göre Değişimi, (%)[12]

(T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistik Yıllığı 2023. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024.)

3. Kronik Kas İskelet Sistemi Hastalıkları

Kronik kas iskelet sitemi hastalıkları (KİSKA) esas olarak kasları kemikleri ve eklemleri etkileyen genel olarak kronik ağrıya ve işlevsel kısıtlıklara yol açan geniş bir durum yelpazesini kapsar. KKA Dünya genelinde yaygın bir tıbbi ve sosyoekonomik problemdir. Yaşlılarda birden fazla vücut bölgesinde görülen ağrı yaygındır. En yaygın görülen KKA formları bel ve boyun ağrısıdır ve kişilerin fiziksel aktivite seviyeleri ve genel sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri (HRQoL) üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Küresel Hastalık Yükü 2019 analizine göre dünya genelinde yaklaşık 1,71 milyar insan kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarından etkilenmektedir. DSÖ, bu hastalıkların sağlıklı yaşlanma için ciddi tehdit oluşturduğunu belirtmektedir. Yaşlı bireylerde KKA çok yaygındır ve yaşam kalitesiyle önemli ölçüde ilişkili olduğu bilinmektedir.[22]

3.1. Kronik Kas İskelet Sistemi Prevalansı

Yapılan bir uluslararası çalışmada 2021 yılında, yüksek Sosyo-Demografik Endeks (SDI) değerine sahip ülkeler, 50 yaş ve üzeri bireylerde KİS hastalıklarına ilişkin yaşa standardize edilmiş en yüksek insidans, prevalans ve DALY oranlarını göstermiştir. Buna karşılık, orta Sosyo-Demografik Endeks ülkelerinde en düşük insidans oranları görülürken; düşük Sosyo-Demografik Endeks ülkeleri en düşük prevalans ve DALY oranlarına sahiptir. Bu eğilimler, yüksek Sosyo-Demografik Endeks ülkelerinde yaşlı nüfusun daha fazla olması ve obezite ile hareketsiz yaşam tarzı gibi risk faktörlerinin yaygınlığı ile açıklanabilir. Türkiye de yüksek SDI'e[23] sahip ülkelerden birisi olup beklenti yüksek insidans, prevalans ve DALY oranlarına sahip olması şeklindedir. KİS açısından Düşük ve orta SDI ülkelerinde ise yaşlı nüfusun daha küçük olması, sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olması ve vakaların yeterince raporlanmaması nedeniyle kaydedilen insidans ve prevalans oranları düşük kalmış olabilir. Ayrıca, dünya genelinde yaşa standardize edilmiş insidans, prevalans ve DALY oranları, 204 ülke ve bölge arasında Sosyo-Demografik Endeks ile pozitif yönde ilişkilidir.[22, 23] Başta kronik hastalıklar olmak üzere komorbiditeler (eşlik eden hastalıklar), diğer tıbbi durumlar ve kullanılan ilaçlar dikkate alınarak, kronik kas-iskelet sistemi ağrısının (KKA), özürlülük, fonksiyonel bağımsızlık kaybı ve düşük yaşam kalitesine katkısı değerlendirilmelidir.[24,25]

Türkiye'de osteoporoz epidemiyolojisi: e-Nabız veri tabanı kullanılarak kapsamlı bir analiz adlı çalışma sonuçları osteoporozun önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Toplam 4.253.039 hastaya (723.863 (17,0%) erkek, 3.529.176 (83,0%) kadın) osteoporoz tanısı konuldu. Hastaların 2.432.607'si (%57,2) 18-64 yaş grubunda, 1.783.690'ı (%41,9) >65 yaş grubunda ve 36.742'si (%0,9) 0-17 yaş grubundaydı. Başvuru anındaki ortalama yaş 61,1±14,4 yıldı. En yüksek vaka sayısı 1.330.325 (%31,3) ile Marmara bölgesinde, en düşük vaka sayısı ise 194.009 (%4,6) ile Ege bölgesindeydi. Osteoporoz oranının en yüksek olduğu il İstanbul (%18,4) olurken, onu Ankara (%7,5) izledi. En düşük oranlar ise sırasıyla Bayburt (%0,0) ve Tunceli'de (%0,1) kaydedildi.[26]

Osteoporoz prevalansı %4.9 olarak bulunmuştur. Osteoporoz vaka sayıları azalma eğilimi göstermekle bir-

Tablo 4. Osteoporoz yıllık vaka sayıları[26]

Yıllar	N	%
2016	81.3149	19.1
2017	79.1532	18.6
2018	67.8274	15.9
2019	62.0238	14.6
2020	34.4647	8.1
2021	35.9562	8.5
2022	43.0559	10.1
2023	21.5078	5.1
Toplam	42.53039	100.0

3.2. Osteoporoz ve DALY

likte bu azalma eğilimi nüfuz artışına rağmen göreceli olarak izlenmektedir ve halen Türkiye için önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Bu yüzden koruyucu politikaların aktifleştirilmesi, toplumda farkındalık çalışmalarının yapılması ve risk faktörleri bulunan kişilerde erken tanı çalışmalarına önem verilmesi gerekmektedir. Bu konuda Sağlık Bakanlığının Türkiye kas iskelet sistemi hastalıkları kontrol ve önleme programı 2021-2026 uygulanmaya başlamıştır.[26] DALY açısından bakıldığında Bel ağrısı Dünyada 8. sırada iken Türkiye de 5. sıradadır ve engellilikle geçirilen yaşam yılı (YLD) açısından ise bel ağrısı 1.sırada diğer kas iskelet sitemi hastalıkları ise 7.sıradadır.[27]

4. Diğer Kronik Hastalıklar

Gastrointestinal sorunlar için de yer alan inflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) nedeni bilinmeyen, gastrointestinal kanalın kronik, inflamatuvar bir hastalığıdır. Dünya genelinde yaklaşık 6,9 milyon kişi inflamatuvar barsak hastalığı (İBH) ile yaşamaktadır ve bu sayının yalnızca Avrupa ve Amerika kıtalarında 2030 yılına kadar yaklaşık 7 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir.[28] Bu grupta Crohn hastalığı (CH) ve ülseratif kolit (ÜK) olmak üzere iki hastalık yer almaktadır. Türkiye'de **on iki merkezden**, **2001–2003 yılları arasında görülen yeni inflamatuvar barsak hastalığı (İBH) vakaları** bir **anket formu** aracılığıyla toplanmıştır Ülseratif kolit insidens hızı 100000'de 4,4 ve Crohn hastalığı insidens hızı 100000'de 2,2 olarak bulunduğu rapor edilmiştir. Hastaların yaş dağılımı, 20–30 yaş ve 50–70 yaş aralıklarında iki belirgin tepe noktasıyla bifazik bir dağılım göstermiştir. Her iki hastalık erkeklerde daha yüksek görülme oranına sahiptir.[29,30]

2010 ile 2022 yılları arasında Türkiye'de 19 merkezden toplam 3463 hastanın değerlendirildiği başka bir epidemiyolojik çalışmada 1523 hasta (%44) crohn hastalığı, 1768 hasta (%51,1) ülseratif kolit ve 23 hasta da (%0,7) indetermine kolit tanısı almıştır. Hem crohn hem de ülseratif kolit tanısı alan kişilerde erkek cinsiyette ön plandadır kişilere tanı konulan en yaygın yaş aralığı 21-30 yaş olarak tespit edilmiştir [31]. Bir başka çalışma da ise 30 yıllık bir süreçte, 4308 hasta çalışmaya dahil edildi; bunların 2507'si (%58,2) ülseratif kolit (ÜK), 1717'si (%39,9) Crohn hastalığı (CH) tanısı almıştı. İnflamatuvar barsak hastalığı (İBH) başlangıç yaşı ortanca olarak 34,43 (25,28–45,64) yıl olarak bulundu. CH'de hastalığın en sık başlangıç yaşı aralığı: 28–32 yaş ve ÜK'de hastalığın en sık başlangıç yaşı aralığı: 23–27 yaştı.[32]

5. Sonuç ve Öneriler

Türkiye için geniş çaplı epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır. Yapılan inceleme göstermiştir ki; BOH'ların temel hastalıklarının dışında kalan diğer kronik hastalıklar grubunda yer alan sağlık problemlerinde büyük kapsamlı veri ve literatür eksikliği dikkat çekmektedir. Bu yüzden tüm Türkiye'yi temsil edecek epidemiyolojik çalışmalar planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Francis A, Harhay MN, Ong CM, Tummalapalli SL, Ortiz A, Fogo AB et al. Chronic kidney disease and the global public health agenda: an international consensus. Nat Rev Nephrol. 2024; 20:473-485.
2. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. Kidney Int Suppl (2011). 2022; 12:7-11.
3. Lucas B, Teal MW. Epidemiology and causes of chronic kidney disease. Medicine (Abingdon). 2023;51(3):165-9.
4. Bello AK, Okpechi IG, Levin A, Ye F, Saad S, Zaidi D, et al. ISN–Global Kidney Health Atlas. 2nd ed. Brussels: International Society of Nephrology; 2023.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Chronic Kidney Disease Surveillance System—Data & Research. [Internet]. Atlanta (GA): CDC; [cited 2025 Aug 10]. Available from: https://www.cdc.gov/kidney-disease/php/data-research/index.html
6. Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR et al. A population-based survey of Chronic Renal Disease in Turkey—the CREDIT study. Nephrol Dial Transplant. 2011;26(6):1862-71.
7. Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N, Koçyiğit İ, editors. Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2020. Ankara: Türk Nefroloji Derneği; 2021. Available from: https://nefroloji.org.tr/uploads/folders/file/REGISTRY_2020.pdf

Tablo 5. İnflamatuvar Barsak Hastalığı Tanısı Alan Hastalarda Zaman İçindeki Eğilimler

Dönem	Toplam ÜK+CH 4224	ÜK 2507 (%59,4)	CH 1717 (40,6)	ÜK/CH 1,46
1993-2007	605(14,3)	405 (%16,2)	200 (%11,6)	2,03
2008-2015	1550 (36,7	929 (%37,1)	621 (%36,2)	1,50
2016-2024	2069 (49)	1173 (%46,8)	896 (%52,2)	1,31

8. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2025–2030). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025. ISBN: 978-975-590-927-1.
9. Yazıcı R, Güney İ. Prognostic value of inflammatory markers for mortality in hemodialysis patients: a retrospective study with over 3-year follow-up. J Health Sci Med. 2023;6(5):1010-5.
10. Seyahi N, Koçyiğit İ, Ateş K. Current status of kidney replacement therapy in Türkiye: a summary of 2021 Turkish Society of Nephrology Registry Report. Turk J Nephrol. 2023;32(3):174-80.
11. Gök E, Şahin MK. Chronic kidney disease awareness: a cross-sectional study in primary care settings in Türkiye. J Nephrol. 2025; 38:979-88.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistik Yıllığı 2023. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024. Available from: [link]. Accessed 2025 Sep 29.
13. Shin JH. Dementia Epidemiology Fact Sheet 2022. Ann Rehabil Med. 2022;46(2):53-9.
14. World Health Organization. *Dementia.* Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia. Accessed 2025 Sep 1.
15. Rommel A, Gaertner B, Neuhauser H, Yessimova D, Schröder H, Brückner G, et al. Dementia – prevalence, trends and regional patterns in Germany: an analysis based on routine data from the statutory health insurance. J Health Monit. 2025;10(1):1-9.
16. Güner M, Koca M, Ceylan S, Baş AO, Dikmeer A, Eşme M. et al. Prevalence and general characteristics of dementia: a nationwide population-based study of electronic health records in Türkiye. Turk J Med Sci. 2024; 54:644-51.
17. Arayıcı ME, Köse A. Prevalence of Alzheimer's disease and cardiometabolic multimorbidity in older adults aged 60 and above in a large-scale representative sample in Türkiye: a nationwide population-based cross-sectional study. J Epidemiol Glob Health. 2025; 15:86.
18. Güngör DC, Güney F, Uyar M, Küçükkendirci H, Şahin TK. The current prevalence of Alzheimer's disease and related factors in individuals aged 65 and over in Konya city centre of Turkey. Genel Tıp Derg. 2025;35(2):325-33.
19. Şen B. Türkiye'de Alzheimer hastalığı mevcut durumu ve gelecek projeksiyonları. J Hist Sch. 2025;18(74):724-56.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı. Alzheimer ve diğer demans hastalıkları klinik protokolü. Versiyon 1.0. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2020. Yayın No: 1179. ISBN: 978-975-590-781-9.
21. Alzheimer Derneği. 2023 yılı Alzheimer hastaları için bir dönüm noktası. Available from: https://www.alzheimerdernegi.org.tr/2023-yili-alzheimer-hastalari-icin-bir donum-noktasi/. Accessed 2025 Sep 10.
22. Guan SY, Zheng JX, Zhang SX, Xu S, Zongwen S, Cai HY et al. Global burden of musculoskeletal disorders in adults aged 50 and over, 1990–2021: risk factors and sociodemographic inequalities. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2025; 16:1-10.
23. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Socio-Demographic Index (SDI) 1950–2023. Seattle, United States of America: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2025.
24. Cheng X, Yang Y, Schwebel DC, Liu Z, Li L, Cheng P et al. Population ageing and mortality during 1990–2017: a global decomposition analysis. PLoS Med. 2020;17: e1003138.
25. Cavlak U, Jurak I, Rusu L, Aytutuldu GK, Telebuh M, Budeanca-Babolea OB, et al. An analysis of factors associated with chronic musculoskeletal pain, pain management preferences, coping strategies, and health-related quality of life among older people: a cross-cultural study. J Pain Res. 2025; 18:4915-34.
26. Ülgü MM, Birinci Ş. The epidemiology of osteoporosis in Türkiye: a comprehensive analysis using the e-Nabız database. Turk J Phys Med Rehabil. 2024;70(1):47.
27. T.C. Sağlık Bakanlığı. Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2021–2026 [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2021 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Kas_ve_Iskelet_Sistemi_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi_2021-2026.pdf
28. Mak JW, Sun Y, Limsrivilai J, Abdullah M, Kaibullayeva J, Balderramo D, et al. Development of the global inflammatory bowel disease visualization of epidemiology studies in the 21st century (GIVES-21). BMC Med Res Methodol. 2023;23(1):129.
29. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları Derneği (İBHD). İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları Uzman Görüş Raporu. [Internet]. Ankara: İBHD; 2024 May (1. baskı) [cited 2025 Sep 5]. Available from: https://ibhd.org.tr/dosya/Uzman_Gorus_Raporu_30122024.pdf
30. Tozun N, Atug O, Imeryuz N, Hamzaoglu HO, Tiftikci A, Parlak E, et al; Turkish IBD Study Group. Clinical characteristics of inflammatory bowel disease in Turkey: a multicenter epidemiologic survey. J Clin Gastroenterol. 2009;43(1):51-7.
31. Akyuz F, Agargun BF, Atug O, Eskazan T, Yuksel I, Kochan K, et al. P1131 Epidemiological characteristics of inflammatory bowel diseases in the last decade: multi-center Türkiye data. J Crohns Colitis. 2024;18(Suppl 1): i2012-4.
32. Durak MB, Cagin YF, Balkan A, Coskun Y, Karakan T, Cagir Y, et al. Three-decade analysis of inflammatory bowel disease in Türkiye: a multicenter study (1993–2024). 2025.

BOH'da Temel Risk Faktörleri: Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Obezite

Asya Banu Babaoğlu

1. Giriş

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH), Türkiye'de ve dünyada morbidite ve mortalitenin en önemli nedenleri arasındadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre BOH'lar, küresel ölümlerin yaklaşık %74'ünden sorumludur.[1,2] Türkiye'de de benzer bir tablo vardır; kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları erişkin ölümlerinin büyük kısmını oluşturmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün BOH risk faktörlerini izlemek amacıyla geliştirdiği STEPwise Approach to Surveillance (STEPS) yaklaşımında risk faktörleri "davranışsal" ve "biyolojik" olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır. **Davranışsal risk faktörleri** arasında *tütün kullanımı, alkol tüketimi, yetersiz fiziksel aktivite* ve *sağlıksız beslenme* yer almaktadır. Sağlıksız beslenme; meyve-sebze tüketiminin yetersizliği, yüksek tuz alımı, aşırı şeker ve doymuş yağ tüketimi gibi alt başlıkları kapsamaktadır. **Biyolojik risk faktörleri** ise *aşırı kilo ve obezite, hipertansiyon, hiperglisemi* ve *dislipidemi* olarak tanımlanmaktadır.[3]

Dünya Sağlık Örgütü, 66. Dünya Sağlık Asamblesi'nde (2013) kabul ettiği Küresel BOH İzleme Çerçevesi (Global Monitoring Framework, GMF) ile ülkelerin 2010 yılına göre 2025'e kadar ulaşması beklenen dokuz gönüllü hedef belirlemiştir.[4] Bu hedefler arasında tuz tüketiminin %30 ve fiziksel inaktivitenin %10 azaltılması gibi somut hedefler yer alırken, diyabet ve obezite için yalnızca prevalanstaki artışın durdurulması öngörülmüştür. Ardından 2018'de 71. Dünya Sağlık Asamblesi'nde Küresel Fiziksel Aktivite Eylem Planı kabul edilmiş, fiziksel inaktivitenin azaltılması hedefi %15'e yükseltilerek süre 2030'a uzatılmıştır. 2019'da ise BOH Küresel Eylem Planı'nın (2013–2020) tamamı 2030'a kadar uzatılmıştır. Ancak 2021'de 74. Dünya Sağlık Asamblesi, ülkelerin hedeflere ulaşmada yetersiz ilerlemesi ve COVID-19 pandemisinin BOH önleme ve kontrolüne olumsuz etkileri nedeniyle, DSÖ'ye 2023–2030 dönemini kapsayan bir "uygulama yol haritası" hazırlama görevi vermiştir. Bu yol haritası, mevcut dokuz küresel gönüllü hedefin sürdürülmesini, 2025 ve 2030 yıllarında yapılacak ara değerlendirmelerle ilerlemenin yeniden raporlanmasını öngörmektedir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) ile uyumlu olarak, 2030 yılına kadar BOH'a bağlı erken ölümlerin üçte bir azaltılması (Hedef 3.4) da küresel taahhütler arasında yer almaktadır.[5] **Dikkat çekici olarak, her güncellemede tuz, tütün ve fiziksel inaktivite için azaltma hedefleri belirlenirken, diyabet ve obezite için yalnızca prevalanstaki *artışın durdurulması* öngörülmüştür.**

Günümüzde beslenme alışkanlıklarındaki değişim, giderek artan hareketsiz yaşam tarzı ve obezite prevalansındaki artış hem bireylerin yaşam kalitesini düşürmekte hem de sağlık sistemine önemli bir ekonomik yük getirmektedir. Bu nedenle, BOH'ların en belirgin risk faktörleri arasında bulunan beslenme, fiziksel aktivite ve obezite ile ilgili mevcut durumun değerlendirilmesi, önümüzdeki dönemde atılacak adımların belirlenmesi açısından kritik öneme sahiptir.

2. Beslenme Durumu

Beslenme, büyüme, gelişme, sağlığın korunması ve yaşamın sürdürülmesi için gerekli enerji ve besin ögelerinin yeterli ve dengeli biçimde alınmasıdır. Sağlıklı beslenme; yalnızca kalori ihtiyacının karşılanmasını değil, aynı zamanda makro (karbonhidrat, protein, yağ) ve mikro besin ögelerinin (vitaminler, mineraller) önerilen düzeylerde alınmasını ve çeşitliliği içerir.[6]

Sağlıklı beslenme, malnütrisyonun tüm biçimlerinden ve BOH'lardan korunmada temel rol oynar. Sağlıksız beslenme - ve beraberinde fiziksel inaktivite - ise küresel düzeyde BOH'ların en önemli risk faktörlerindendir. Sağlıklı beslenme için enerji alımı ile harcaması dengede olmalı, toplam yağ alımı enerjinin %30'unu, doymuş yağ %10'unu, trans yağ %1'ini aşmamalıdır. Endüstriyel trans yağların ise tamamen ortadan kaldırılması hedeflenmektedir.[7] Serbest şeker tüketimi enerjinin %10'unun altında, ideal olarak %5'in altında tutulmalı, tuz tüketimi günde 5 gramı geçmemelidir. Türkiye'nin de aralarında bulunduğu DSÖ üye ülkeleri, 2030 yılına kadar tuz tüketimini %30 azaltmayı, diyabet ve obezitedeki artışı durdurmayı hedeflemiştir.[5,8]

Türkiye'de sağlıklı beslenme konusu başta "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" olmak üzere farklı plan, program ve politikalar kapsamında ele alınmaktadır. Bu programlarda temel stratejik yaklaşımlar arasında tuz, şeker ve trans yağ tüketiminin azaltılması, okullarda sağlıklı kantin uygulamalarının yaygınlaştırılması, çocuk ve ergenlere yönelik sağlıklı beslenme alışkanlıklarının desteklenmesi, gıda etiketlemesi ve bilgilendirme faaliyetlerinin güçlendirilmesi ve toplum temelli farkındalık çalışmalarının artırılması yer almaktadır.[9–13]

2.1. Ulusal Beslenme Araştırmaları

Ulusal beslenme araştırmaları, büyük ölçüde küresel politika ve çerçeveler doğrultusunda şekillendirilmektedir. Bu çerçevelerin başında Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (Sustainable Development Goals, SDG) gelmekte olup, özellikle SDG 2 (Açlığa Son) ve SDG 3 (Sağlıklı Bireyler) kapsamında yetersiz beslenmenin sona erdirilmesi, sağlıklı ve sürdürülebilir beslenme alışkanlıklarının teşviki ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine yönelik hedefler, ulusal araştırmaların öncelik alanlarını belirlemektedir. Türkiye'de yürütülen çalışmalar da küresel hedeflerle uyumlu olarak planlanmış, toplumun beslenme durumunu izlemek ve politika geliştirmede kanıt sağlamak amacıyla uygulanmıştır.

Türkiye'de toplumun beslenme durumuna ilişkin en güncel bilgiler, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmaları (TBSA)[14], Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırmaları (THSA) [15] ve TÜİK Hanehalkı Tüketim Harcaması Araştırmaları[16] gibi ulusal veri kaynaklarından elde edilmektedir.

TBSA 2010 ve 2017 sonuçları, bireylerin sebze-meyve tüketimlerinin önerilen düzeyin altında, tuz ve doymuş yağ tüketimlerinin ise oldukça yüksek olduğunu ortaya koymuştu. 2017'de günlük ortalama tuz tüketimi 10,2 g, sebze-meyve tüketimi 415 g düzeyinde bulunmuştu. Ayrıca lif ve mikrobesin alımındaki yetersizlikler ile balık ve süt ürünlerinin düşük tüketimi dikkat çekmiştir.[14]

2020–2025 dönemine ait veriler ise bu eğilimlerin büyük ölçüde devam ettiğini göstermektedir. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2023 sonuçlarına göre toplumun %87,9'u günde beş porsiyondan az sebze ve/veya meyve tüketmektedir. Günlük ortalama tuz tüketimi 9,9 g olup erkeklerde (11,3 g) kadınlardan (8,5 g) belirgin şekilde yüksektir. Bu değerler, 2017 sonuçlarına kıyasla tuz tüketiminde kayda değer bir iyileşme olmadığını, sebze-meyve tüketiminde ise gün bazında anlamlı bir düşüş yaşandığını ortaya koymaktadır.[15]

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Hanehalkı Tüketim Harcaması Araştırmaları (2020–2023) da gıda tüketimindeki yapısal sorunların sürdüğünü göstermektedir. Hanelerin gıda harcamalarında ekmek ve tahıl ürünleri en büyük payı almaya devam etmekte, sebze ve meyveye ayrılan pay görece düşük kalmaktadır. Verilere göre 2022 ve 2023 yıllarında yüksek gıda enflasyonu ve ekonomik kriz nedeniyle et, süt ve sebze-meyve gibi besleyici ürünlerin tüketimi daha da azalmış, özellikle düşük gelirli hanelerde enerji yoğun fakat besin değeri düşük ürünlere yönelim artmıştır.[16] Hanehalkı harcama analizleri, düşük gelirli grupların gıda bütçelerini zorunlu ürünlere (ekmek, tahıl, sebze-meyve) ayırdığını; gelir düzeyi arttıkça et, süt ve balık gibi besleyici ürünlerin tüketiminin arttığını göstermektedir. Bu durum, beslenmede sosyoekonomik eşitsizliklerin belirgin olduğunu ve sağlıklı gıdaya erişimin gelirle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.[17]

Türkiye Beslenme Rehberi 2022 (TÜBER) de bu bulguları destekleyerek, yüksek tuz, şeker ve doymuş yağ tüketiminin; düşük posa, vitamin ve mineral alımının Türkiye'nin öncelikli beslenme sorunları olduğunu vurgulamaktadır.[18]

Bölgesel araştırmalar, ulusal verilerde görülmeyen bazı farklılıkları ve özel gruplara özgü beslenme davranışlarını ortaya koymaktadır. Örneğin, İzmir'de yapılan bir çalışmada yerel mutfak tercihleri ile sağlıklı beslenme tutumları arasında pozitif ilişki bulunmuştur [19]. Yıldırım ve Çobanoğlu'nun hanehalkı gıda harcamalarını analiz ettiği çalışmada, gelir grupları arasındaki farklılıkların gıda tüketim kalıplarını belirgin şekilde etkilediği; düşük gelirli grupların zorunlu ve temel gıdalara (ekmek, tahıl, sebze-meyve) yöneldiği, gelir düzeyi arttıkça et, balık ve süt ürünleri gibi daha besleyici ürünlerin tüketiminin arttığı gösterilmiştir.[17] Bu bulgular,

beslenme davranışlarının sosyoekonomik ve sosyokültürel farklılıklardan önemli ölçüde etkilendiğini ortaya koymaktadır.

COVID-19 pandemisi beslenme davranışlarında değişimlere yol açmıştır. Yalova'da yapılan bir çalışmada stres ve kilo değişimi yaşayan bireylerde beslenme bilinci ve olumlu beslenme davranışlarının arttığı bildirilmiştir.[20] İstanbul'da yürütülen bir araştırmada ise katılımcıların yaklaşık yarısı beslenme alışkanlıklarının olumsuz etkilendiğini, paketli gıda ve çevrim içi sipariş tüketiminin arttığını belirtmiştir.[21] Okul öncesi çocuklarda yapılan bir başka çalışmada da öğün düzeninde bozulma, kahvaltı atlama ve sağlıksız atıştırma davranışlarında artış olduğu saptanmıştır.[22] Bu sonuçlar, pandeminin özellikle beslenme düzeni, öğün sıklığı ve sağlıklı gıdaya erişim üzerinde farklı etkiler yarattığını göstermektedir.

Sonuç olarak, TBSA'nın ortaya koyduğu 2010–2017 dönemi sorunları 2020–2025 döneminde büyük ölçüde devam etmekte, bazı göstergelerde (sebze-meyve tüketimi, gıda enflasyonunun etkisi) olumsuz yönde ilerleme olduğu görülmektedir. Bu durum, beslenme alışkanlıklarının iyileştirilmesi için politika ve programların etkinliğinin artırılması gerektiğini göstermektedir.

2.2. Beslenme Davranışında Eğilimler

Çocuk Beslenmesi ve Malnütrisyon Göstergeleri

Türkiye Çocukluk Çağı Obezite Araştırması (COSI-TUR 2022) ilkokul 2. sınıf öğrencilerinde kronik ve akut beslenme bozukluklarına dair önemli veriler sunmaktadır. Kronik beslenme bozukluğu göstergesi olan bodurluk, 2013'te %2,4 iken 2022'de %1,4'e gerileyerek azalma eğilimi göstermiştir. Buna karşın zayıflık (akut/kronik yetersizlik göstergesi) 2013'te %2,1 iken 2022'de %3,6'ya artış sergilemiştir.[23] Bu sonuçlar, çocukluk döneminde beslenme izlemlerinin önemini vurgulamakta, özellikle risk altındaki çocuklar için destekleyici sosyal ve sağlık müdahalelerinin güçlendirilmesi gereğini ortaya koymaktadır.

Bu bağlamda yerel yönetimlerin çocuk beslenmesinin iyileştirilmesine katkı sağlayan uygulama örnekleri vardır. Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin *Kantin Desteği Projesi* ile ilkokul öğrencilerine okul kantinlerinde kullanılmak üzere aylık bakiye desteği verilmiş, Tuzla Belediyesi'nde ise ortaokul ve lise öğrencilerine ücretsiz ya da destekli öğün temin edilmiştir. Bu uygulamalar sağlıklı beslenmeye erişim açısından olumlu örnekler oluşturmuştur.[24,25]

2022–2023 eğitim öğretim yılında bazı illerde başlatılan ücretsiz öğün uygulamasının 2023 Şubat depremleri sonrasında kaldırılmıştır. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin (HASUDER) 2023 tarihli basın açıklamasında beslenmenin temel bir çocuk hakkı olduğuna dikkat çekilmiş, ulusal ve uluslararası sözleşmeler çerçevesinde devletin her çocuğun yeterli, güvenli ve sağlıklı beslenmeye erişimini sağlaması gerektiği vurgulanmıştır. Açıklamada, okullarda ve üniversitelerde tüm çocuklara ücretsiz, dengeli ve besleyici öğün sağlanmasının eşitlik ilkesi doğrultusunda bir politika haline getirilmesi çağrısı yapılmıştır.[26]

Türkiye Okul Yemeği Koalisyonu da bu alanda bir savunucu olarak öne çıkmaktadır. Türk Tabipleri Birliği (TTB), Veli-Der, Gıda Mühendisleri Odası ve diğer sivil toplum kuruluşlarının katılımıyla kurulan bu koalisyon, 2024'te "Ücretsiz Okul Yemeği Hemen Şimdi" çalıştayı düzenleyerek okullarda ücretsiz ve nitelikli bir öğün hakkının ulusal düzeyde tanınması çağrısında bulunmuştur.[27]

Dolayısıyla, yerel düzeyde olumlu örnekler bulunmakla birlikte, hizmetin tüm çocuklara eşit biçimde ulaştırılması ve okullarda ücretsiz, sağlıklı bir öğünün ulusal ölçekte kalıcı politika haline getirilmesi gerektiği açıktır.

Tuz Tüketimi Farkındalığı

Kamu spotları, gıda etiketleme düzenlemeleri ve "iyotlu tuz" kullanımının teşviki sayesinde toplumda farkındalık artmıştır. Ayrıca "Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Eylem Planı 2016-2021" kapsamında bazı yasal düzenlemeler ve protokollerle gıdalardaki tuz oranlarının düşürülmesine yönelik çalışmalar yürütülmüştür.[28] Ancak tuz tüketimi konusunda devam eden sorunlar gözlenmektedir. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2023 sonuçlarına göre Diyetteki tuzun azaltılmasının çok önemli olduğuna inanan katılımcıların sıklığı %73,9'dur (erkekler %69,9; kadınlar %77,8). Ancak yemeklerine yemeden önce ya da yerken sıklıkla/her zaman tuz ya da tuzlu sos ekleyenlerin sıklığı %20,9'dir (erkekler %21,8; kadınlar %20,1). Sıklıkla/her zaman tuzdan zengin işlenmiş gıdalar tüketenlerin sıklığı %24,5'tir (erkekler %26,5; kadınlar %22,5). Aynı rapora göre günlük ortalama tuz tüketimi 9,9 gram olup erkeklerde 11,3 g, kadınlarda ise 8,5 g düzeyindedir. Bu miktarlar, DSÖ'nün önerdiği günlük üst sınır olan 5 gramın neredeyse iki katıdır.[15] Dolayısıyla, farkındalık artışına rağmen tuz tüketimi yüksek düzeyde devam etmekte, bu da hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar açısından önemli bir risk oluşturmaktadır.

Politika Düzeyinde Sahiplenme

On birinci Kalkınma Planı'nda (2019–2023) sağlıklı yaşam tarzlarının teşviki genel hedefler arasında yer almış, On İkinci Kalkınma Planında (2024–2028) ise beslenme, obezite ve risk faktörleriyle mücadele daha belirgin biçimde önceliklendirilmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın 2025–2028 Obezite ile Mücadele ve Fiziksel Aktivite Eylem Planında sağlıklı beslenme politikaları ayrıntılı olarak ele alınmıştır.[10,12,29] Ancak elde edilen veriler, önceki dönem plan ve programlarında olduğu gibi, uygulamaların sahaya yansımasının sınırlı kaldığını düşündürmektedir.[15]

Kurumsal Uygulamalar

Türkiye'de iş yeri ve okul temelli sağlıklı beslenme uygulamaları, toplumsal düzeyde davranış değişikliği yaratmayı hedefleyen önemli adımlar olarak başlatılmıştır. Ancak bu girişimlerin sürdürülebilirliği ve kurumsal sahiplenme düzeyi açısından bazı zayıflıklar dikkat çekmektedir.

"Beslenme Dostu Okul Programı", 2010'lu yıllarda Milli Eğitim Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı iş birliğiyle yürütülmüş; okul kantinlerinde sağlıklı besin seçeneklerinin artırılması, öğrencilerde sağlıklı beslenme bilincinin geliştirilmesi ve obeziteyle mücadele amaçlanmıştır. Program, iki bakanlığın ortak yürüttüğü güçlü bir uygulamaydı. Ancak son yıllarda bu programın yerini yalnızca Milli Eğitim Bakanlığı sorumluluğunda yürütülen "Okulumda Sağlıklı Besleniyorum" uygulaması almıştır. Bu değişiklikle birlikte, sağlık sektörüyle iş birliği zayıflamış; izleme, değerlendirme ve sağlık verilerine dayalı planlama gibi boyutlar geri planda kalmıştır.

Benzer biçimde, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen "Beslenme Dostu ve Fiziksel Aktiviteyi Destekleyen İş Yeri Programı", çalışanların sağlıklı yaşam alışkanlıklarını desteklemek üzere önemli bir çerçeve sunmakta, ancak uygulama düzeyinde katılımın gönüllülüğe dayanması, özel sektörün sürece sınırlı dahil olması ve izleme mekanizmalarının zayıflığı programın etki alanını daraltmaktadır.

Dolayısıyla, Türkiye'de hem okul hem işyeri temelli beslenme programlarının güçlü bir potansiyele sahip olmakla birlikte, **çok sektörlü iş birliği, kurumsal süreklilik ve ölçülebilir etki değerlendirmesi** açısından güçlendirilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde bu girişimler, kısa süreli projeler olarak kalmakta, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının toplumsal düzeyde yerleşmesi hedefi yeterince gerçekleştirilememektedir.

Hizmet Sunumu

Sağlıklı Hayat Merkezlerinde (SHM) obezite danışma birimleri açılmış ve ülke genelinde yaygınlaştırılmıştır. Bu merkezlerde diyetisyen ve fizyoterapist desteği ile bireylere kilo kontrolü, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite danışmanlığı hizmeti sunulmaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2023 itibarıyla 200'ün üzerinde SHM aktif durumda olsa da bu merkezlerin toplumdaki bilinirliği ve düzenli kullanım oranı sınırlıdır. Bu merkezlerin daha geniş kesimlerine ulaşması için tanıtım, erişilebilirlik ve yönlendirme mekanizmalarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

Ulusal Rehberlerin Güncellenmesi

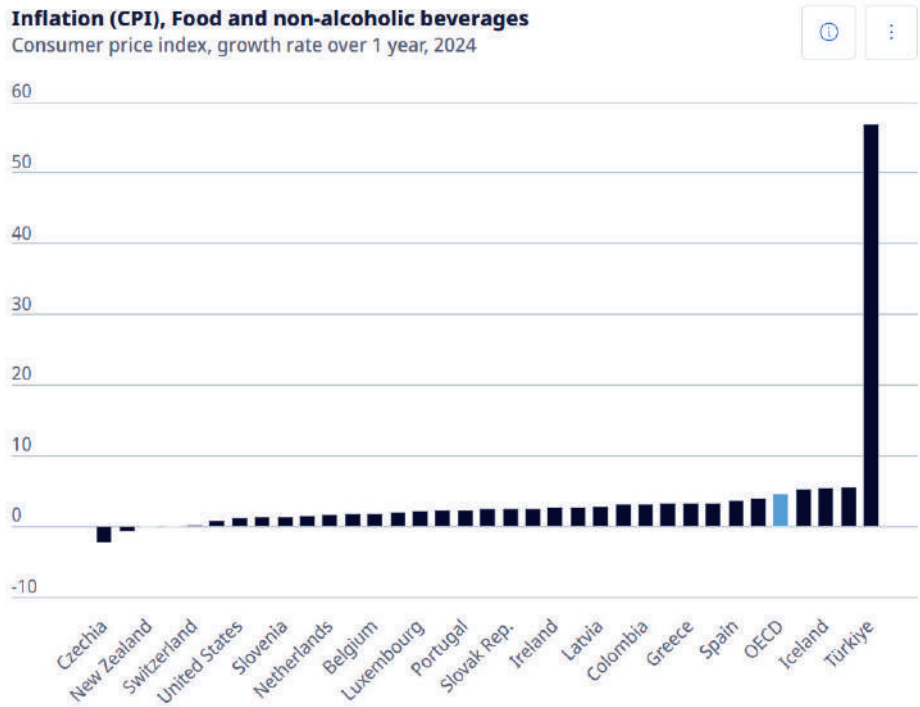
Türkiye Beslenme Rehberi 2022 (TÜBER) başta olmak üzere, son yıllarda çeşitli rehberler ve eylem planları yayımlanmış ve/veya güncellenmiştir. Ancak bu belgelerin sahada etkin biçimde uygulanması ve toplumda kalıcı davranış değişikliğine dönüşmesi esas hedef olmalıdır.

Ekonomik Kriz ve Gıda Enflasyonu

2020–2025 döneminde Türkiye'de ve dünyada yaşanan ekonomik krizler, özellikle de yüksek gıda fiyat enflasyonu, sağlıklı beslenmeye erişim üzerinde ciddi bir tehdit oluşturmuştur. Dünya Gıda Güvenliği ve Beslenme Durumu (The State of Food Security and Nutrition in the World - SOFI) 2025 raporuna göre, gıda fiyatlarındaki artış özellikle düşük gelirli grupları olumsuz etkilemiş, bu kesimlerde besleyici gıdalar yerine enerji yoğun fakat besin değeri düşük ürünlere yönelim artmıştır. Bu eğilim, toplumun genelinde beslenme kalitesini düşürerek bulaşıcı olmayan hastalıkların riskini artırmaktadır.[30]

Benzer biçimde, Yıldırım'ın Türkiye'de hanehalkı gıda harcamaları üzerine yaptığı çalışmada da düşük gelirli hanelerin gıda bütçelerinin zorunlu ürünlere (ekmek, tahıl, sebze-meyve) yöneldiği, gelir düzeyi yükseldikçe et, süt ve balık gibi besleyici ürünlerin tüketiminin arttığı gösterilmiştir.[17] Bu bulgular, ekonomik koşulların ve enflasyonun sağlıklı beslenme üzerindeki belirleyici rolünü ortaya koymaktadır.

Ayrıca, DSÖ'nün 2025 tarihli yatırım raporu düşük ve orta gelirli ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıkların artışında sağlıksız beslenmenin rolünü vurgulamakta, tuz ve trans yağ azaltımı, tütün ve alkol vergilerinin artırılması ve sağlıksız gıdaların çocuklara pazarlanmasının kısıtlanması gibi düşük maliyetli ve etkili müdahaleleri önermektedir.[31] Bu bağlamda, ekonomik kriz ve gıda enflasyonunun yarattığı riskler karşısında, maliyet-etkin halk sağlığı politikalarının hayata geçiril-



Şekil 1. OECD Ülkelerinde Gıda ve Alkolsüz İçecekler Fiyat Artışı (2024)[32]

mesi Türkiye için de öncelikli bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır.

Grafikte, 2024 yılı itibarıyla Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkelerinde "Gıda ve alkolsüz içecekler" grubunda yıllık tüketici fiyat endeksi (TÜFE) değişimleri karşılaştırılmaktadır. Türkiye, yaklaşık %55 düzeyinde gıda enflasyonu ile diğer ülkelerden belirgin biçimde ayrışmakta ve OECD ortalamasının (%5 civarı) çok üzerinde yer almaktadır.

Bu durum, Türkiye'de gıda fiyatlarının küresel eğilimlerden bağımsız bir artış eğilimi gösterdiğini ortaya koymaktadır. Gıda enflasyonundaki yüksek seyir, üretim maliyetlerindeki artış, döviz kuru dalgalanmaları, iklim kaynaklı üretim kayıpları ve tarımsal girdilerde dışa bağımlılıkla ilişkilendirilmektedir.

Yüksek gıda enflasyonu, hanehalkı harcamaları içinde gıdanın payını artırarak özellikle düşük gelir gruplarını daha fazla etkilemekte, yeterli ve dengeli beslenmeye erişimde eşitsizlikleri derinleştirmektedir. Bu eğilim, sağlıklı beslenme politikalarının ekonomik sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemekte ve beslenme güvencesi açısından önemli bir halk sağlığı riski oluşturmaktadır.[32]

Sonuç olarak, 2020–2025 döneminde Türkiye'de beslenmeye ilişkin temel sorunların büyük ölçüde TBSA 2017'de ortaya konan bulgularla benzer şekilde devam ettiği görülmektedir. Özellikle sebze-meyve tüketimindeki yetersizlik, günlük tuz tüketiminin hâlâ DSÖ hedeflerinin oldukça üzerinde seyretmesi ve yüksek gıda enflasyonunun etkisiyle sağlıklı gıdaya erişimde yaşanan güçlükler dikkat çekmektedir. Bazı alanlarda (bodurlukta azalma, rehberlerin güncellenmesi, yerel girişimler) ilerleme sağlanmış olsa da genel tablo beslenme alışkanlıklarının iyileştirilmesi için daha etkili ve sürdürülebilir politika ve uygulamalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

3. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, iskelet kaslarının kasılması sonucu enerji harcaması gerektiren tüm vücut hareketleri olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne göre fiziksel aktivite, yürüyüş, koşu, yüzme, dans, ev işleri, aktif ulaşım (bisiklet veya yaya ulaşımı vb) ve iş ortamındaki hareketleri kapsayan geniş bir kavramdır. Fiziksel aktivite yalnızca spor veya egzersizle sınırlı değildir, günlük yaşamın her alanında enerji harcamasını içeren davranışları da kapsamaktadır.

Düzenli fiziksel aktivite; kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite, bazı kanser türleri ve depresyon gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde kanıta dayalı en etkili müdahalelerden biridir. Ayrıca yaşam

süresini uzatır, bilişsel fonksiyonları güçlendirir ve yaşam kalitesini artırır.

Dünya Sağlık Örgütü 2020 yılında güncellediği "Fiziksel Aktivite ve Sedanter Davranış Rehberi"nde, yaş gruplarına ve özel durumlara göre fiziksel aktivite düzeylerine ilişkin önerilerini tanımlamıştır. Bu öneriler, BOH'ların önlenmesi hem de genel sağlık ve iyi oluşun desteklenmesi açısından temel bir çerçeve oluşturmaktadır.[33] Rehberdeki fiziksel aktivite önerileri yaş gruplarına ve bazı özellikli durumlara göre aşağıda özetlenmektedir.

Çocuklar ve Ergenler (5–17 yaş): Her gün en az 60 dakika orta ila yüksek şiddette fiziksel aktivite yapılmalıdır. Bu aktivitelerin çoğu aerobik türde olmalı; haftada en az üç gün kemik ve kas güçlendirici aktiviteler içermelidir.

Yetişkinler (18–64 yaş): Haftada en az 150–300 dakika orta düzeyde ya da 75–150 dakika yüksek düzeyde aerobik fiziksel aktivite yapılması önerilmektedir. Ayrıca, haftada en az iki gün kas güçlendirici aktivitelerin yapılması tavsiye edilir.

Yaşlı Yetişkinler (65 yaş ve üzeri): Yetişkin önerilerine ek olarak, denge ve koordinasyonu geliştiren aktiviteler (örneğin denge egzersizleri) düşme riskinin azaltılması için önerilmektedir.

Gebeler ve Doğum Sonrası Kadınlar: Gebelik öncesi aktivite düzeyi göz önünde bulundurularak, haftada en az 150 dakika orta şiddette fiziksel aktivite önerilmektedir.

Engelliler: Mümkün olduğu ölçüde yaş grubuna uygun öneriler izlenmeli, bireyin sağlık durumuna göre aktivite tipi ve süresi uyarlanmalıdır.

Fiziksel inaktivitenin yılda yaklaşık 5 milyon erken ölüme yol açtığını, buna karşın önerilen düzeyde aktivitenin sağlanmasıyla erken ölümlerin %20'sinin önlenebileceğini bildirilmektedir[34].

3.1. Türkiye'de Fiziksel Aktivite Düzeyleri

3.1.1.Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2023, BOH'ların temel risk faktörlerinden biri olan fiziksel hareketsizliği, DSÖ'nün STEPwise yaklaşımı çerçevesinde incelemiştir. Çalışmada fiziksel aktivite; iş, ulaşım ve boş zaman aktiviteleri olmak üzere üç ana alanda değerlendirilmiştir.[15]

Araştırma sonuçlarına göre, 2017'de %43,6 olarak tespit edilen yetersiz fiziksel aktivite prevalansı 2023 raporunda %32,1 olarak bildirilmiştir. Fiziksel inaktivite oranlarında bir iyileşme olmakla birlikte, **bireylerin üçte biri DSÖ'nün sağlık için önerdiği haftalık fiziksel aktivite düzeylerini karşılamamaktadır.**

Cinsiyete göre değerlendirildiğinde, kadınlarda fiziksel inaktivite oranı (%38,4) erkeklere (%25,9) göre daha yüksektir. Fiziksel aktivite eksikliği yaşla birlikte artmakta, 15–29 yaş grubunda %24,7 iken, 70 yaş ve üzeri grupta %56,8'e çıkmaktadır. Günlük ortanca fiziksel aktivite süresi 47,1 dakika/gün olup, erkeklerde 64,3 dakika/gün, kadınlarda ise 34,3 dakika/gün olarak hesaplanmıştır.

Aktivite yoğunluğu açısından değerlendirildiğinde, bireylerin %43,6'sı düşük, %28,0'i orta, %28,4'ü yüksek düzeyde fiziksel aktivite yaptığını bildirmiştir. Katılımcıların %82,3'ü, DSÖ'nün haftalık önerilen düzeyin altında kalarak sağlık açısından 'etkili' kabul edilen fiziksel aktivite düzeyine ulaşamamıştır. Bu oran kadınlarda (%93,2) erkeklerden (%71,4) belirgin biçimde fazladır.

Aktivite alanlarına göre dağılım incelendiğinde, işle ilişkili fiziksel aktivite ortalama 57,4 dakika/gün, ulaşımla ilişkili 47,5 dakika/gün, boş zamanla ilişkili aktivite ise yalnızca 11,6 dakika/gün olarak bulunmuştur. **Bu durum, fiziksel aktivitenin büyük ölçüde zorunlu hareketlilikten (iş ve ulaşım) kaynaklandığını, rekreatif ve serbest zaman etkinliklerinin toplumda sınırlı kaldığını göstermektedir.**

Fiziksel aktivitenin sağlık üzerindeki etkilerine ilişkin farkındalık düzeyi sınırlı olup, nüfusun yalnızca %59,3'ü fiziksel hareketsizliğin iki veya daha fazla olumsuz sağlık sonucunu (ör. kalp krizi, inme, kanser, diyabet) doğru şekilde tanımlayabilmiştir. Son 12 ay içinde sağlık çalışanlarından "daha fazla fiziksel aktivite yapma" yönünde öneri alan bireylerin oranı %28,0'dir.

2017–2023 karşılaştırması fiziksel aktivite düzeylerinde genel bir iyileşmeye işaret etmektedir. Yetersiz aktivite yapanların oranı %43,6'dan %32,1'e düşerken, günlük ortalama fiziksel aktivite süresi 30 dakikadan 47,1 dakikaya yükselmiştir. Kadınlarda bu artış daha belirgin olup, günlük aktivite süresi yaklaşık iki katına çıkmıştır (2017: 17,1 dk; 2023: 34,3 dk).[15]

Bulgular, toplumda fiziksel aktiviteye yönelik farkındalık ve davranış değişikliğinde ilerleme sağlandığını, ancak cinsiyet ve yaş temelli eşitsizliklerin sürdüğünü göstermektedir. Yürütülen programların etki değerlendirmesi için izlem çalışmalarının düzenli aralıklarla devam etmesi önemlidir.

2.1.2. Çocuk ve Gençlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi

Türkiye'de çocukluk döneminde fiziksel aktiviteye ilişkin en güvenilir veriler, DSÖ Avrupa Bölgesi Çocukluk Çağı Obezite Sürveyans Girişimi (COSI-TUR) çalışmasından elde edilmektedir. Bu araştırma, 2013 yılından itibaren DSÖ standardına uygun biçimde yürütülmekte olup, çocukluk çağındaki obezite, beslenme ve fiziksel aktivite göstergelerinin izlenmesini amaçlamaktadır.

Çalışmanın (COSI-TUR) 2016 sonuçlarına göre, Türkiye'de ilkokul ikinci sınıf öğrencilerinin yalnızca %27,5'i her gün en az 60 dakika fiziksel aktivite yaptığını bildirmiştir. COSI-TUR 2022 verileri ise bu oranın %31,2'ye yükseldiğini göstermektedir. Bu artış, çocuklarda düzenli fiziksel aktivite alışkanlığının kısmen güçlendiğine işaret etmekle birlikte, DSÖ'nün önerdiği düzeyin hâlâ oldukça altında kalmaktadır [23,34,35].

Her iki COSI-TUR araştırmasının bulguları, yüksek sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin ve bölgelerin çocuklarının, organize spor ve okul dışı fiziksel aktivitelere katılma ve erişim olanaklarının belirgin ölçüde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ebeveyn eğitim düzeyi de (özellikle annenin eğitim düzeyi), çocukların katılabileceği organize fiziksel aktivite olanaklarına erişim ve bu aktivitelere harcanan zaman üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir. Yüksek eğitim düzeyi, sıklıkla daha yüksek sosyoekonomik durum anlamına geldiğinden, aileler çocuklarını obezite riskinden koruyarak ve ücretli spor/dans kulüplerine üye yaparak daha fazla fiziksel aktiviteye yönlendirme eğilimi göstermektedir. Bu durum, sosyoekonomik eşitsizliklerin fiziksel aktivite düzeyleri üzerinde belirleyici olduğunu göstermektedir.

COSI-TUR 2022 ayrıca, çocukların boş zaman aktivitelerinde **ekran süresinin önceki yıllara göre arttığını**, okul dışında düzenli spor veya fiziksel aktiviteye katılımın sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır. Pandemi dönemi (2020–2021), okul kapanmaları ve hareket kısıtlamaları nedeniyle çocuklarda fiziksel aktivite düzeylerini olumsuz etkilemiş, 2022 sonrası dönemde kısmi bir toparlanma görülse de pandemi öncesi düzeye tam olarak ulaşılamamıştır [23].

Sonuç olarak, COSI-TUR izlem çalışmaları çocukluk döneminde fiziksel aktivitenin hâlâ yetersiz düzeyde olduğunu, toplumsal cinsiyet ve gelir temelli eşitsizliklerin sürdüğünü ve çocukların günlük hareketliliklerini artıracak okul temelli, toplum odaklı girişimlere gereksinim olduğunu göstermektedir.

COSI-TUR araştırmaları ilkokul çağını temsil etmekte olup, gençlerde ulusal kapsamlı fiziksel aktivite araştırmasına rastlanmamıştır. Gençlere yönelik fiziksel aktiviteyi teşvik etmesi amaçlanan bir girişim, Milli Eğitim Bakanlığı'nın "Fiziksel Uygunluk Karnesi" uygulamasıdır. Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı iş birliğiyle yürütülen "Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi" uygulaması, ortaokul ve lise düzeyindeki öğrencilerin fiziksel uygunluk durumlarını düzenli olarak izlemeyi ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını desteklemeyi amaçlamaktadır. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı kapsamında geliştirilen bu sistem, yılda iki kez yapılan ölçümlerle öğrencilerin boy, kilo, mekik, şınav ve esneklik düzeylerini değerlendirmektedir. Sonuçlar E-okul sistemine entegre edilmiş dijital bir karne üzerinden öğrenci ve ailesiyle paylaşmaktadır.

Bu uygulama, çocukların fiziksel uygunluk düzeylerini izlemek açısından değerli bir girişim olmakla birlikte, tekil ölçüm temelli yaklaşımın çocuklarda düzenli fiziksel aktivite davranışını geliştirmede sınırlı etkisi vardır. Türkiye'de ortaokul ve lise düzeyinde beden eğitimi dersleri haftada yalnızca iki saatle sınırlıdır ve özellikle sınav dönemlerinde ilk vazgeçilen dersler arasında yer almaktadır. Oysa çocuklar ve gençler günün büyük bölümünü okul ortamında geçirmekte ve okul dışı ortamlarda fiziksel aktivite imkanları kısıtlı olabilmektedir. Dolayısıyla, fiziksel uygunluk karnesi gibi izleme araçları tek başına yeterli değildir. **Eğitim politikalarının, sınav sisteminin ve okul ortamlarının fiziksel aktiviteyi destekleyecek biçimde yeniden yapılandırılması gerekmektedir.** Bununla birlikte ölçümlerin düzenli yapılması, sonuçların geri bildirimle davranış değişikliğine dönüştürülmesi, ihtiyacı olan öğrencilerin ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi gerekmektedir.[36] 2020-2025 dönemi için söz konusu programın verilerine ulaşılamamıştır.

3.2. Fiziksel Aktiviteyle İlişkili Politika, Program ve Uygulamalar

Türkiye'de fiziksel aktiviteyi artırmaya yönelik politika çerçevesi hem ulusal kalkınma planları hem de Sağlık Bakanlığı'nın tematik eylem planları aracılığıyla şekillenmektedir. 2020–2025 döneminde, bu politikaların çoğu BOH'ların önlenmesi, obeziteyle mücadele ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının teşviki ekseninde ele alınmıştır.

Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı

Türkiye'de fiziksel aktivite politikalarının çerçevesi, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı aracılığıyla şekillenmektedir.

İlk program, *"Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı (2019–2023)"*, toplum temelli farkındalık ve davranış değişikliği odaklı bir yaklaşım benimsemiştir. Hedefler arasında fiziksel aktivitenin toplumsal düzeyde artırılması, şehir planlamasında hareketliliği destekleyen çevrelerin oluşturulması ve Sağlıklı Hayat Merkezleri aracılığıyla danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması yer almaktadır.

Yeni dönem programı, *"Obezite ile Mücadele ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı (2025–2028)"*, önceki dönemin devamı olup fiziksel aktiviteyi yalnızca bireysel davranış değil, çevresel, toplumsal ve kentsel bir sağlık belirleyicisi olarak ele almaktadır. Fiziksel aktiviteyi kentsel planlama, eşitsizliklerin azaltılması ve "Aktif Şehir" yaklaşımıyla bütünleştirmiştir. Plan, yerel yönetimlerle iş birliği içinde "Aktif Şehir Yaklaşımı"nı ve yürüyüş/bisiklet dostu kentsel altyapıların geliştirilmesini öncelikli hedefler arasında tanımlamıştır.

Böylece Türkiye'de fiziksel aktivite politikaları, bireysel davranış değişikliğini aşarak çevresel, toplumsal ve yapısal düzeyde bir halk sağlığı yaklaşımına dönüşmüştür.

Kalkınma Planlarında Fiziksel Aktivite

Türkiye'de fiziksel aktiviteye ilişkin politikaların çerçevesi, On Birinci (2019–2023) ve On İkinci (2024–2028) Kalkınma Planları ile belirlenmiştir. Her iki plan da fiziksel aktiviteyi yalnızca sporun bir parçası olarak değil, toplum sağlığını, sosyal refahı ve sürdürülebilir kalkınmayı destekleyen bir yaşam biçimi olarak ele almaktadır.

Her iki planda da bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele, sağlıklı yaşam tarzının teşviki ve fiziksel aktivitenin artırılması ortak hedefler olarak vurgulanmaktadır.

On İkinci Kalkınma Planı (2024–2028), fiziksel aktivite ve spor alanında On Birinci Plan'daki (2019–2023) hedefleri büyük ölçüde korumakla birlikte, kapsamını genişleterek uygulama biçimlerini daha ayrıntılı biçimde tanımlamıştır. Plan, fiziksel aktivitenin bireysel bir davranış olmanın ötesinde **toplum genelinde benimsenmesi gereken bir yaşam tutumu haline getirilmesini amaçlamaktadır.** Bu doğrultuda, yerel yönetimlerin aktif rol üstleneceği "sağlık için spor ve rekreasyon" temalı projelerin geliştirilmesi, sporun erişilebilirliğinin artırılması ve özellikle engelli bireylerin rehabilitasyon sürecine katkı sağlayacak biçimde spor tesislerinin uyarlanması öngörülmüştür.

On Birinci Plan'da yer alan "Sportif Yetenek Taramasına Katılan Genç/Öğrenci Sayısı" göstergesinden farklı olarak, On İkinci Plan'da "İlkokullarda Spor Dalı Eğitimine Katılan Öğrenci Sayısı" biçiminde yeni bir gösterge tanımlanmış ve bu gösterge için 2028 yılı hedefi 800 bin olarak belirlenmiştir. Bu yeni hedef, taramadan ziyade fiili katılımı dikkate alarak politika uygulamalarının somut sonuçlarını değerlendirmeyi mümkün kılmaktadır.

Yerel Yönetim Uygulamaları

2020–2025 döneminde bazı yerel yönetimler, fiziksel aktiviteyi teşvik eden programlarıyla dikkat çekmiştir. İzmir Büyükşehir Belediyesi, "Spor Kenti İzmir" hedefi doğrultusunda yürüttüğü "Herkes İçin Spor" programıyla toplumun tüm kesimlerine ücretsiz egzersiz olanakları sunmakta, parklar ve spor tesislerinde uzman eğitmenler eşliğinde pilates, temel hareket eğitimi ve anne-bebek jimnastiği gibi aktiviteler düzenlemektedir. Ayrıca yürüyüş parkurları, spor alanları ve gençlik kamplarıyla aktif yaşamı destekleyen altyapı yatırımlarını artırmıştır. Çankaya Belediyesi ise yaz aylarında uyguladığı "Enerji Dolu Parklar" etkinliğiyle halkı açık havada fiziksel aktiviteye teşvik etmekte, yoga ve zumba gibi egzersizleri profesyonel eğitmenler eşliğinde halka ücretsiz olarak sunmaktadır.

Yerel yönetimlerin dahil olduğu önemli bir girişim, DSÖ tarafından başlatılan "Sağlıklı Şehirler Programıdır. Kentlerin fiziksel, sosyal ve çevresel koşullarını iyileştirerek halk sağlığını geliştirmeyi amaçlayan bu program, "sağlık yalnızca sağlık hizmetleriyle değil, yaşanılan çevreyle de şekillenir" ilkesine dayanmaktadır. Sağlıklı şehir, temiz hava, güvenli su, yeşil alanlar, aktif ulaşım (yürüyüş ve bisiklet yolları), toplumsal katılım ve eşitliğin bütüncül biçimde planlandığı yerleşim alanı olarak tanımlanır. Türkiye'de program, "Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği (TSKB)" aracılığıyla yürütülmekte ve DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağının ulusal uzantısı olarak faaliyet göstermektedir. Üye belediyeler, "Tüm Politikalarda Sağlık" yaklaşımını benimseyerek kent planlamasında çevre sağlığı, fiziksel aktivite alanları, ulaşım, iklim dostu uygulamalar ve sosyal kapsayıcılık konularında ortak hedefler belirlemekte ve iyi uygulamaları paylaşmaktadır. 2025 yılı itibarıyla Türkiye'de 33 il "sağlıklı şehir", 113 ilçe ise "sağlıklı ilçe" unvanına sahiptir.[37]

Bu örnekler, yerel yönetimlerin fiziksel aktiviteyi yalnızca spor tesisleri üzerinden değil, erişilebilir, ücretsiz ve toplumsal katılımı destekleyen modellerle teşvik etmeye başladığını göstermektedir. Ancak bu uygulamaların kurumsal düzeyde standartlaştırılması ve ülke genelinde sürdürülebilir biçimde yaygınlaştırılması,

ulusal politika hedefleri açısından hâlen önemli bir gereksinimdir.

4. Obezite

Dünya Sağlık Örgütü, obeziteyi *"sağlık açısından risk oluşturacak ölçüde vücutta aşırı veya anormal yağ birikimi"* olarak tanımlamaktadır. Obezite, yalnızca bireysel bir durum değil, karmaşık, çok etmenli bir halk sağlığı sorunudur. Genetik yatkınlık, beslenme biçimi, fiziksel inaktivite, sosyoekonomik koşullar, çevresel faktörler ve psikososyal etkenler bir araya gelerek obezite riskini artırmaktadır.

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) tarafından yürütülen ve 1990–2022 dönemini kapsayan geniş ölçekli küresel analizde, Türkiye'nin yer aldığı Orta Doğu ve Kuzey Afrika (MENA) bölgesi, yetişkinlerde obezite prevalansındaki en yüksek artışların yaşandığı bölgeler arasında tanımlanmıştır. Aynı çalışmada, Türkiye'de 1990–2022 yılları arasında hem yetişkinlerde hem de okul çağındaki çocuk ve ergenlerde zayıflık ve obezitenin birlikte görüldüğü "çift yük" eğiliminin büyük ölçüde obezitedeki artıştan kaynaklandığı gösterilmiştir.[38] Görüldüğü üzere, obezitedeki artış eğilimi özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde daha belirgindir.

Obezite, BOH'ların başlıca nedenleri arasında yer almakta, kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, hipertansiyon, bazı kanser türleri ve kas-iskelet sistemi hastalıkları için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır. Ayrıca işgücü kaybı, sağlık harcamaları ve yaşam kalitesinde azalma gibi sosyal ve ekonomik sonuçları nedeniyle sürdürülebilir kalkınma hedefleri (SDG 2 ve 3) açısından da kritik bir halk sağlığı sorunudur.

Obezitenin çocukluk çağında görülmesi, ilerleyen yaşlarda obezite ve kronik hastalık riskini artırmakta, bu nedenle yaşam boyu sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlıklarının erken yaşta kazandırılması büyük önem taşımaktadır.

4.1. Türkiye'de Obezite

4.1.1. Yetişkin Obezite Sıklığı ve Eğilimleri

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2023 sonuçlarına göre, 15 yaş ve üzeri bireylerin %25,4'ü obez (BKİ ≥30 kg/m²), %35,5'i fazla kilolu (BKİ 25–29,9 kg/m²) olup, fazla kilolu ve obez bireylerin toplam oranı %60,9'dur. Kadınlarda obezite prevalansı (%30,8) erkeklerden (%20,2) yüksektir. Obez birey oranı 2017'de %28,8 iken 2023'te %25,4 olarak raporlanmıştır. Bu düşüş özellikle kadınlarda belirgindir (%35,9'dan %30,8'e).[15] Yetişkin nüfusun yaklaşık yarısında (%44,8), tütün kullanımı, yetersiz meyve-sebze tüketimi, fiziksel inaktivite, aşırı kilo/obezite ve hipertansiyon gibi üç ila beş arasında birleşik kronik hastalık risk faktörü bulunmaktadır. Bu durum, obezitenin yalnızca bağımsız bir hastalık değil, BOH'ların temel ortak belirleyicilerinden biri olduğunu göstermektedir.

Farkındalık düzeyi ise sınırlıdır. **Obez veya fazla kilolu bireylerin büyük çoğunluğu durumunun farkında değildir.** Raporda katılımcıların yalnızca %6,5'i kendisini obez veya morbid obez olarak tanımlamıştır. OECD/AB Health at a Glance: Europe 2024 raporuna göre, Türkiye'nin yetişkin obezite prevalansı OECD ortalamasının üzerindedir. 2022 itibarıyla Türkiye'de yetişkinlerin %55'i fazla kilolu veya obez, %20,2'si obez olduğunu beyan etmiştir. Avrupa Birliği ortalamasında bu oranlar sırasıyla %51,3 (fazla kilolu veya obez) ve %19 (obez) düzeyindedir. Cinsiyet dağılımında, Türkiye'de kadınların %23,6'sı, erkeklerin %16,8'i obez olduğunu bildirmiştir. **Beyana dayalı veriler ölçüme dayalı çalışmalara kıyasla genellikle daha düşük oranlar göstermekte, bu da bireylerin kilo farkındalığının yetersizliğine işaret etmektedir.**[39]

2020–2025 dönemi, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı – Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı (2019–2023) uygulamalarının yürürlükte olduğu dönemi kapsamaktadır. Bu plan, toplum genelinde obezite sıklığının azaltılması, fiziksel aktivitenin artırılması ve sağlıklı beslenme davranışlarının yaygınlaştırılmasını hedeflemiştir.[9] Yeni dönemde, On İkinci Kalkınma Planı (2024–2028) kapsamında, obezite prevalansının azaltılması ölçülebilir bir hedef olarak belirlenmiştir. Kalkınma planında 2023 başlangıç %29,1 olarak verilmiş ve 2028 hedefi %27,0 olarak belirlenmiştir [29]. Planın başlangıç yılına ait tahmini prevalans (%29,1), THSA 2023 ölçümlerinde belirlenen sıklıktan (%25,4) yüksek görünmektedir. Bu fark, ölçüm yöntemi farklılıkları ve beyana dayalı tahminlerin aşırı değerlendirilmesi ile açıklanabilir.

Küresel Hastalık Yükü (KHY - 2021) sonuçlarına göre, yüksek beden kütle indeksi (BKİ ≥25 kg/m²), Türkiye'de Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) kayıpları içinde önemli bir paya sahiptir. Yüksek BKİ'ye bağlı toplam 2.712 DALY kaybı bildirilmiş olup, bu değer obezitenin Türkiye'deki hastalık ve ölüm yükündeki önemli yerini göstermektedir.[2]

2020–2025 dönemi, Türkiye'de yetişkin obezite oranlarında sınırlı bir düşüşün gözlendiği, ancak obezitenin hâlen her üç yetişkinden birini etkileyen, cinsiyet

ve sosyoekonomik eşitsizliklerle derinleşen bir halk sağlığı sorunu olarak devam ettiği bir dönem olmuştur. Obezite ile mücadelede farkındalık, danışmanlık hizmetlerine erişim ve davranış değişikliği süreçlerinin güçlendirilmesi öncelikli alanlar olmaya devam etmektedir.

4.1.2. Çocuk Çağı Obezite Sıklığı ve Eğilimleri

COSI-TUR 2016 araştırmasında, 7–8 yaş grubundaki çocuklarda şişmanlık (obezite, BAZ >2) oranı %9,9, fazla kilololuluk (1<BAZ≤2) oranı ise %14,6 olarak saptanmıştır. Buna göre, 2016 yılında fazla kilolu ve şişman çocukların toplam oranı %24,5'tir. Bu oran, bir önceki COSI-TUR 2013 araştırmasında belirlenen şişmanlık (%8,3) ve fazla kilololuluk (%14,2) oranlarına kıyasla bir artışı göstermektedir.[35]

Buna karşılık, COSI-TUR 2022 araştırmasında obezite sıklığının %9,9 ile aynı kaldığı, fazla kilololuluk oranının ise %12,5'e gerilediği bildirilmiştir. Böylece fazla kilololuluk dâhil obezite prevalansı 2022 yılında %22,4 olarak raporlanmıştır.[23]

Bu bulgular, 2013–2016 döneminde çocuklarda fazla kilololuluk ve obezite sıklığında artış olduğunu, buna karşın 2016–2022 döneminde her iki göstergede de azalma eğilimine girildiğini ortaya koymaktadır. Gözlenen düşüş, özellikle obezitenin öncüsü kabul edilen fazla kilololuluk oranındaki azalmadan kaynaklanmaktadır.

Bu durumun, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı kapsamında yürütülen okul temelli eğitimler, kantin düzenlemeleri ve toplum farkındalığını artırmaya yönelik ulusal politikaların kalıcı olumlu etkileri ile ilişkili olup olmadığı, ancak gelecek dönemlerde gerçekleştirilecek izlem araştırmalarıyla net olarak ortaya konabilecektir.

5. Ulusal Program ve Rehberler

2020 –2025 dönemini kapsayan beslenme, fiziksel aktivite ve obezite ile ilgili temel ulusal rehber ve programlar aşağıda listelenmiştir[40–42]:

Programlar:

- Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2019-2023
- Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı Türkiye Obezite ile Mücadele ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2025-2028
- Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2017-2021)
- Türkiye Diyabet Programı (2023-2027)

Rehberler:

- Okul Öncesi Öğretmenleri İçin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Öğretmen Rehberi
- Okullar İçin Gıda Güvenliği
- Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Öğretmen El Kitabı
- Tam Gün Okullara Yönelik Geliştirilen Menü Modelleri ve Örnek Öğle Yemeği Listeleri
- Okul Öncesi ve Okul Çağı Çocuklara Yönelik Beslenme Önerileri ve Menü Programları Kitabı
- Pansiyonlu Okullar İçin Beslenme Hizmetleri Rehberi
- Sağlıklı Beslenme Çantası
- Beslenme Dostu ve Fiziksel Aktiviteyi Destekleyen İş Yeri Programı Uygulama Rehberi
- Sağlığı Geliştiren Belediye (SAGEB) Uygulama Rehberi
- Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2022
- Toplu Beslenme Sistemleri (Toplu Tüketim Yerleri) İçin Ulusal Menü Planlama ve Uygulama Rehberi
- Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) Olan Bireylere Yönelik Sağlıklı Beslenme Önerileri Rehberi
- Erişkin İçin Kronik Hastalıklarda Fiziksel Aktivite Rehberi
- Çocuk ve Ergen İçin Kronik Hastalıklarda Fiziksel Aktivite Rehberi
- Çölyak Hastalığı - Öğretmenlere Yönelik Bilgilendirme Rehberi
- Yetişkin ve Çocuklarda Şeker Tüketimi Rehberi
- Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi
- Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi
- Gıda ve İçecek Sektörü İçin Tuz Azaltma ve Protokolü Uygulama Rehberi
- Türkiye Şeker Tüketimini/Kullanımını Azaltma Rehberi
- Çölyak Hastalığında Aile Hekimleri İçin Tanı, Tedavi ve İzlem Rehberi

- Diyetisyenler İçin Hasta İzlem Rehberi Ağırlık Yönetimi El Kitabı
- Obezite Medya kılavuzu
- Çocukluk Çağı Diyabeti Eğitimci Rehberi
- Erişkin Diyabetli Bireyler İçin Eğitimci Rehberi
- Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi
- Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Tip 1 Diyabet Tanı Tedavi İzlem Rehberi

6. Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, **yeterli ve dengeli beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve obezitenin önlenmesi**, yalnızca bireysel davranış değişikliğini değil; **sağlık sistemleri, eğitim, tarım, gıda üretimi, ulaşım, kentsel planlama ve medya politikalarını** da kapsayan **çok sektörlü bir yaklaşımı** gerektirir. Bu konu hem ulusal hem de küresel ölçekte toplum sağlığını doğrudan etkileyen **öncelikli bir halk sağlığı sorunudur**.

Bu nedenle, "**Tüm Politikalarda Sağlık**" yaklaşımı temel alınmalı, sağlıkla ilgili kararların yalnızca sağlık sektöründe değil, tüm kamu politikalarında dikkate alınması sağlanmalıdır. Sağlık sorunlarının temelinde yer alan **sosyoekonomik eşitsizliklerin azaltılması**, obeziteyle mücadelenin en kritik bileşenlerinden biridir.

Sağlıklı yaşam biçimlerinin toplumda kalıcı hale gelmesi için, bir yandan **sağlığı koruyucu yasal ve yapısal düzenlemeler** (örneğin gıda etiketleme standartları, reklam ve pazarlama kısıtlamaları, okul ve işyeri ortamlarına ilişkin düzenlemeler) uygulanmalı; diğer yandan da **bireysel farkındalık, sorumluluk ve içsel motivasyon** güçlendirilmelidir. Bu iki yönlü yaklaşım —**yapısal kolaylaştırma ve bireysel sahiplenme**— sağlıklı yaşam davranışlarının yalnızca bir tercih değil, **toplumsal bir kültür** haline gelmesini sağlayacaktır.

Bununla birlikte, beslenme, fiziksel aktivite ve obeziteye yönelik müdahaleler, doğaları gereği uzun vadede etki ve sonuç gösteren süreçlerdir. Kalıcı davranış değişikliği ve sağlık göstergelerinde anlamlı iyileşme, ancak istikrarlı politika uygulamaları, düzenli sürveyans ve izleme sistemleri ile mümkündür. Bu süreçte sabrın, sürekliliğin ve şeffaflığın büyük önemi vardır.

Toplumun gelişmelerden düzenli biçimde haberdar edilmesi, bireylerin kendi sağlıklarını koruma sorumluluğunu içselleştirmesi ve hizmet sunuculardan sağlık için talepte bulunmayı öğrenmesi, halk sağlığı politikalarının etkisini artıran temel unsurlardır.

Sürdürülebilir başarı, ancak tüm paydaşların —sağlık, eğitim, yerel yönetim, tarım, medya, sivil toplum ve özel sektörün— ortak hedefte buluşmasıyla mümkündür. Sağlıklı beslenme ve hareketli yaşamın, bireysel bir çabanın ötesinde, toplumun her alanında desteklenen bir yaşam biçimine dönüşmesi, Türkiye'nin daha iyi sağlık düzeylerine ve daha güçlü bir halk sağlığı altyapısına ulaşmasına katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. WHO. Noncommunicable diseases [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 22];Available from: https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1
2. Bora Başara B, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B, Soytutan Çağlar İ, Kara S, et al. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. Ankara: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025.
3. WHO. STEPwise approach to NCD risk factor surveillance (STEPS) [Internet]. [cited 2025 Sep 22];Available from: https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps
4. WHO. Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications [Internet]. 2014 [cited 2025 Oct 23]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/noncommunicable-diseases-global-monitoring-framework-indicator-definitions-and-specifications
5. WHO. WHO NCD Accountability Framework for NCD Implementation Roadmap [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 22]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/who-ncd-accountability-framework-for-ncd-implementation-roadmap
6. Dilek Aslan. Halk Sağlığı ve Beslenme. 1st ed. Ankara: Hipokrat Yayıncılık; 2021.
7. WHO. Eliminating trans fats [Internet]. WHO [cited 2025 Oct 24];Available from: https://www.who.int/europe/activities/eliminating-trans-fats#:~:text=WHO%20and%20its%20Member%20States,action%20to%20eliminate%20trans%20fats.
8. WHO. Healthy Diet [Internet]. 2020 [cited 2025 Sep 13];Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı - Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2019-2023. Ankara: 2019.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı - Obezite ile Mücadele ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2025-2028. Ankara: 2025.
11. FAO. Türkiye Gıda Okuryazarlığı Stratejisi ve Eylem Planı 2022-2028. Ankara: 2023.
12. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023). Ankara: 2019.
13. Kalyoncu Atasoy ZB, Aslan D, Ilgaz Ş, Kutluay Merdol T. Geçmişten Bugüne Türkiye'de Beslenme Plan, Program

ve Politikaların Değerlendirilmesi ve Gelecek İçin Öneriler. J Nutr Diet 2022;49(3):93–105.

14. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA - 2017) . Ankara: 2019.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2023. Ankara: 2025.
16. TUİK. Hanehalkı Tüketim Harcaması, 2024 [Internet]. [cited 2025 Sep 13];Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Tuketim-Harcamasi-2024-53957
17. YILDIRIM E, ÇOBANOĞLU F. Türkiye'de Hanehalkı Gelir Gruplarına Göre Gıda Harcamalarının Analizleri. Adnan Menderes Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi 2022;19(1):17–27.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2022. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031; 2022.
19. SAYGILI D, ELMAS GÜNAYDIN Ö, KÜÇÜKALTAN D, DEMİRCİ H, ÖZDEN O. Yerel Mutfak ve Sağlıklı Beslenme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: İzmir İli Örneği. AYDIN GASTRONOMY 2017;6(2):165–78.
20. Kat B, Baydili KN, Bektemür G. The Effect of COVID-19 on Nutritional Habits of Individuals The Example of Yalova Province. Journal of Academic Research in Nursing 2024;10(3):209–20.
21. DİNÇER S, KOLCU M. Covid-19 Pandemisinde Toplumun Beslenme Alışkanlıkların İncelenmesi: İstanbul Örneği. Turkish Journal of Diabetes and Obesity 2021;5(2):193–201.
22. AYER Ç, EKİNOĞLU E, KANER TOHTAK G. Evaluation of Changing Lifestyle and Nutrition Habits of Preschool Children During COVID-19 Process: Cross Sectional Study. Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences 2024;9(2):256–65.
23. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Çocukluk Çağı Obezite Araştırması - COSI-TUR 2022. Ankara: 2024.
24. ANKARA BÜYÜKŞEHİR'İN KANTİN DESTEĞİ PROJESİ GENİŞLİYOR [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 23];Available from: https://www.ankara.bel.tr/haberler/ankara-buyuksehir-in-kantin-destegi-projesi-genisliyor-17898
25. Tuzla Belediyesi'nden öğrencilere kantin ve beslenme desteği [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 23];Available from: https://www.tuzla.bel.tr/icerik/11/9058/tuzla-belediyesinden-ogrencilere-kantin-ve-beslenme-destegi.aspx#:~:text=%C4%B0lk%20etapta%20975%20%C3%B6%C4%9Frenciye%20ula%C5%9Fan,anda%20kantinden%20diledikleri%20%C3%BCr%C3%BCn%C3%BC%20alabiliyor.
26. Beslenme Hakkı Çocuğun İnsan Hakkıdır! [Internet]. 2022 [cited 2025 Sep 23]. Available from: https://www.hasuder.org.tr/manset-hasuder/detay/beslenme-hakki-cocugun-insan-hakkidir-C0978594-E71C-D27E-57F4-3A08461FB34A
27. Türkiye Okul Yemeği Koalisyonu. ÜCRETSİZ OKUL YEMEĞİ HEMEN ŞİMDİ ÇALIŞTAY RAPORU (21-22 Eylül 2024). Ankara: 2024.
28. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ulusal Beslenme Konseyi Tuz Bilim Komisyonu Raporu. Ankara: 2025.
29. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028). Ankara: 2024.
30. FAO IUW and W. The State of Food Security and Nutrition in the World 2025. Rome: FAO; IFAD; UNICEF; WFP; WHO; 2025.
31. WHO. Saving lives, spending less: the global investment case for noncommunicable diseases. 2025.
32. OECD. Inflation [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 11];Available from: https://www.oecd.org/en/data/indicators/inflation-cpi.html
33. WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. World Health Organization; 2020.
34. WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour . Geneva: 2020.
35. T.C.Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması - COSI TUR 2016. Ankara: 2017.
36. Salman U, Sarı İ. Beden Eğitimi Öğretmenleri, Öğrenciler ve Ailelerin Bakış Açısı ile Fiziksel Uygunluk Karnesi: Yeni Bir Uygulama. Ankara Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi 2020;18(2):77–103.
37. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 25];Available from: https://www.skb.gov.tr/uyelerimiz
38. Phelps NH, Singleton RK, Zhou B, Heap RA, Mishra A, Bennett JE, et al. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. The Lancet 2024;403(10431):1027–50.
39. OECD. Health at a Glance: Europe 2024. OECD; 2024.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı. Programlar [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 24];Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-6/program.html
41. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Obezite Medya Kılavuzu [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü; 2023 [cited 2025 Oct 24]. Available from: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/44711/0/obezitemedyaklavuzupdf.pdf
42. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı. Rehberler [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 24];Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-6/rehberler.html

BOH'da Temel Risk Faktörleri: Tütün Kontrolü

Dilek Aslan

Bu yazı içeriğinde Türkiye'de tütün kontrolünün tarihsel süreci ile ilgili kısa bir bilgi paylaşımının son beş yıla odaklanılarak (2020-2025) tütün kontrolü ile ilgili olarak gelişmelerin ve yapılan çalışmaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu değerlendirmeler kapsamında özellikle yaş grubu, (toplumsal) cinsiyet gibi temel belirleyiciler dikkate alınmıştır.

Türkiye'de tütün kontrolünün uzun bir tarihçesi bulunmaktadır. Bu konuda en somut adım 26 Kasım 1996 yılında çıkarılmış olan 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" olmuştur.[1] Bu Kanun ile Türkiye'de tütün kullanımı ile mücadele, pasif etkilenimin önlenmesi ve bırakmaya yardımcı olmak gibi üç temel bileşeni olan tütün kontrolü açısından yasal düzeyde bir zemin sağlanmıştır. Tütün tehdidinin en önemli aktörü olan tütün endüstrisi ile mücadele açısından da bu Kanun o dönem için önemli katkılar sağlamıştır. Bununla birlikte, o dönemlerde tek tek ülkelerin de olumsuz etkilendiği küresel tehditler öne çıkmıştır. Tütün endüstrisinin Dünya için yarattığı tehditler Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2000'li yıllarda küresel bir tütün kontrolü çabasını başlatmış ve bu çabalar 2005 yılında Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS), 2008 yılında MPOWER stratejilerinin oluşturulmasını sağlamıştır. O dönemden bugüne kadar özellikle TKÇS Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafı olan ülkelerde tütün kontrolü ile ilgili gelişmelere zemin oluşturmuştur. Ancak, Dünya'da her ülke eşit düzeyde ilerleyememiş, tütün endüstrisi gibi küresel aktörlerin etkisiyle 2000'li yıllarda konulan hedeflere ulaşılamamıştır.

Bütün bu gelişmeler Türkiye'de de mevcut durum ve uygulamaların gözden geçirilmesine olanak sağlamıştır. Özellikle, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, Türkiye için de önemli bir motivasyon kaynağı olmuştur. Bu sayede, ülkemizde 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun"un o dönemde karşılaşılan eksiklikleri TKÇS hedefleri ile de uyumlu olarak 2008 yılında revize edilen ve iki kademeli olarak uygulamaya konulan 4207 Sayılı "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Kanunu ile giderilmeye çalışılmıştır. Kanun, ilk maddesinde de belirtildiği üzere özellikle genç kuşakların sağlığını korumayı ve geliştirmeyi amaçlayan bir perspektife sahiptir.[2]

Kanun'un kabulünün ardından uygulamaya dair adımlar da ülke çapında çok sayıda bilim insanı, meslek örgütü ve sivil toplum örgütü temsilcisinin de katkılarıyla atılmıştır. Çabaların varlığı son derece önemli ve değerlidir, bununla birlikte sürekliliğin sağlanması da temel bir gerekliliktir. Sürekliliğin sağlanıp sağlanmadığı izleme ve değerlendirme çalışmalarının varlığı ile ortaya konulabilir. Bu amaçla, konu ile ilgili çeşitli ölçütler kullanılabilir. Bununla birlikte, akla gelecek bazı temel sorulara yanıtlar durumu ortaya koymaya oldukça yardımcıdır. Bu soruların bazıları aşağıda belirtilmiştir:

1. Türkiye'de tütün kullanım sıklığı ne durumdadır? Kullanımda gerileme var mıdır?
2. Tütün endüstrisi ile güçlü bir şekilde mücadele edilebilmekte midir?
3. Genç kuşaklar tütün ile ne zaman tanışmaktadırlar?
4. Pasif etkilenim ile mücadele ne durumdadır?
5. Tütün bırakma çalışmaları ne durumdadır?
6. Tütün kontrolü toplumda ne kadar benimsenmektedir?
7. Tütün ilişkili hastalıkların sıklığında ve tütün kullanımı nedenli hastalıkların sıklığında ve seyrinde değişim var mıdır?

Sorular çeşitlendirilebilir. Bu ve benzeri sorulara verilen yanıtlar bir ülkede, bölgede tütün kontrolünün başarısı ya da başarısızlığı ile ilgili durumu ortaya koyabilir.

1. Bilimsel Veriler Üzerinden Tespitler

Türkiye'de ulusal düzeyde tütün kullanımı ile ilgili birkaç veri kaynağı bulunmaktadır. Bu veri kaynakları arasında Küresel Yetişkin Tütün Kullanımı Araştırması[3], Küresel Gençlik Tütün Kullanımı Araştırması [4] ve Türkiye İstatistik Kurumu'nun düzenli aralıklarla yayınladığı sağlık ve diğer konulardaki verileri mevcuttur. Küresel Yetişkin ve Gençlik Tütün Kullanımı araştırmalarının verileri 2016 ve 2017 yıllarına aittir. Türkiye İstatistik Kurumu 2022 yılına ait veriler **Tablo 1** içeriğinde sunulmuştur.

Türkiye'de tütün kullanımı geçmiş dönem (2016) verilerle kıyaslandığında gerileme eğiliminde değildir.

Tütün kullanımı ile ilgili en önemli risk tütün endüstrisidir. Bu konuda uluslararası düzeyde yapılan çalışmalar Türkiye'de tütün endüstrisinin müdahaleleri olduğuna işaret etmektedir. Bu konuda kanıta dayalı bir belge en son 2023 yılında yayınlanmış olan Tütün Endüstrisi Sızma İndeksi Raporu'dur. İndeks, TKÇS'nin 5.3. Maddesi'nde yer alan ülkelerin tütün endüstrisi müdahalelerini önlemesine ilişkin sorumluluğunu değerlendirmektedir. Indeks puanlamasında 90 ülke değerlendirilmiştir. Değerlendirme 0 ile 100 arasında bir puanlama sistemine dayanmaktadır ve puan arttıkça endüstri müdahalesinin fazla olduğu anlaşılmaktadır. Türkiye'nin 2023 yılında aldığı puan 72 olmuştur. En kötü durumdaki ülke 100 puan almıştır. Rapora göre Türkiye'de tütün endüstrisinin politika geliştirme süreçlerine müdahale ettiğine, kurumsal sosyal sorumluluk çalışmaları yaptığına dikkat çekilmiştir. Raporda ayrıca tütün endüstrisinin şeffaf olmadığına, çıkar çakışmaları olduğuna işaret edilmiştir.6 Dolayısıyla, veriler, Türkiye'de tütün endüstrisinin aktif çalışmalar içinde olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum ülke düzeyinde tütün kontrolünü oldukça zorlaştırmaktadır.

Tablo 1. Türkiye'de Tütün Kullanımına İlişkin Veriler (GATS-2016, TÜİK-2022)[3,5]

Tütün Kullanım Durumu	Veri Kaynağı	
	GATS 2016 (3)	TÜİK, 2022 (5)
Her gün ve ara sıra kullanan	31,6	32,1
Her gün	29,6	28,3
Erkek	41,8	41,3
Kadın	17,5	15,5
Ara sıra	2,0	3,8
Bırakmış	13,6	8,8
Hiç kullanmamış		59,2

Tablo 2. Türkiye'de 13-15 Yaş Grubu Gençler Arasında Tütün Kullanımına İlişkin Veriler (GYTS- 2017)

Kullanım durumu	GYTS[4]
Herhangi bir tütün ürünü kullanımı (%)	
Erkek	23,2
Kadın	12,1
Toplam	17,9
Sigara içimi (%)	
Erkek	9,9
Kadın	5,3
Toplam	7,7

Tütün kontrolünün sağlanabilmesi için eylem planlarına ihtiyaç vardır. Türkiye'de son beş yılda tütün kontrolüne özel "**Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı**" ismi ile 2018-2023 ve 2024-2028 dönemlerini kapsayacak şekilde ardışık iki farklı belge yayınlanmıştır.[7] Belge içinde dört temel başlık bulunmaktadır. "Tütün ürünlerine talebin azaltılması" olan ilk başlıkta bilgilendirme ve bilinçlendirme, tütün bırakma, fiyat ve vergilendirme, tütün dumanından pasif etkilenimin önlenmesi, reklam, promosyon ve sponsorluğun önlenmesine yönelik gösterge, hedef, inisiyatif ve faaliyetler yer almaktadır. Belgede ikinci başlık "tütün ürünlerine ulaşılabilirliğin azaltılması"dır. Bu başlık tütün ürünlerinin yasadışı ticaretinin önlenmesi ve çocukların/gençlerin tütün ürünlerinin kullanımından korunması konularını içermektedir. Belgenin üçüncü konusu "kurumsal kapasitenin artırılması" ve dördüncü konusu da "tütün kontrolünde koordinasyon, izleme ve değerlendirme" olmuştur.[8] Belge geniş bir içeriğe sahiptir, ancak içerikte yer alan hedeflerin gerçekçi olmadığı düşünülebilir. Özellikle iş birliği yapılması önerilen kurumların, sivil toplum örgütlerinin sayıca ve hedef grupları açısından çeşitlendirilmesi gerekmektedir. Türkiye için üretilmiş eylem planlarının yanı sıra küresel düzeydeki gelişmelerin de bazı indikatörler aracılığıyla değerlendirilebilmesi önem taşımaktadır. Bu konuda önemli belgeler arasında DSÖ izleme kriterleri yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Haziran 2025 döneminde yayınladığı belge içeriğinde aşağıdaki konulara öncelik vererek ülkeler için durum değerlendirmesi yapmıştır:[9]

1. Tütün kullanımının düzenli olarak izlenmesi
2. Pasif etkilenimin önlenmesi
3. Bırakmak isteyenlere yönelik destek programları
4. Bireylerin tütünün zararları konusunda uyarılması
5. Reklam, promosyon ve sponsorluğun önlenmesi
6. Vergilerin artırılması

Raporda Türkiye'de yukarıdaki ayrıntılarda pozitif gelişmeler not edilmiştir. Bununla beraber, ülkede sigaraya erişimin 2014 yılından bu yana azalmadığı vurgusu yer almaktadır.[9]

Türkiye'de tütün kontrolünün zorluğu somut verilere dayalı olarak da anlaşılmaktadır. Tütün kullanımı, tütün dumanından pasif etkilenim, 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü, elektronik tütün ürünleri gibi farklı konularda yapılan çalışma sonuçları da Türkiye'de tütün kontrolünde önemli sorunlar olduğuna işaret etmektedir. Genel kullanım sıklığının yanı sıra, tütün dumanından pasif etkilenim, gebelik gibi özel dönemlerde tütün kullanımı ve pasif etkilenim, farklı tütün ürünlerinin kullanımı ile ilgili, tütün kontrolü politikaları ile ilgili, uluslararası karşılaştırmalar yapılan çok sayıda çalışma bilimsel literatüre yansımıştır. Yapılan araştırmalar, Türkiye'de son dönemlerde yapılan araştırmalar tütün kullanımının farklı yönleri ile ilgili önemli riskleri ve tehditleri ortaya koymaktadır. Tespitler ve ilgili verileri yazının ilerleyen bölümünde sunulmuştur.

1.1. Türkiye'de tütün kullanımı ve tütün dumanından pasif etkilenim durumu önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Tütün kullanımı ve tütün dumanından pasif etkilenim konusunda yapılan bazı araştırma sonuçları (2020-2025).

Yazar(lar) ve yayın yılı	Araştırma tipi	Amaç ve hedef grup	Sonuçlar	Öneriler
Karaman ve ark. (2022)[10]	Tanımlayıcı	411 üniversite öğrencisi arasında nargile içiminin saptanması	Nargile içme sıklığı %38,4 Kadın öğrenciler arasında daha fazla Farkındalık yeterli değil	Farkındalığın artırılması, tütün kontrolü çalışmalarının güçlendirilmesi
Caner ve Özcebe (2022)[11]	Tanımlayıcı	2685 kamu ve 2485 özel üniversite öğrencisi arasında nargile içiminin saptanması	Yaşam boyu nargile içme sıklığı; %69,1 (özel) ve %59,1 (kamu) üniversite öğrencileri arasında Halen kullanım sıklığı; %25,5 (özel) ve %21,6 (kamu) üniversite öğrencileri arasında	Nargile içme yaygın bir davranış olarak bulunmuştur. Özel üniversite öğrencileri arasında sıklık daha yüksektir. Müdahale programlarına ihtiyaç bulunmaktadır.
Kurtuluş ve Can (2021)[12]	Tanımlayıcı	Eskişehir'de 286 meslek okulu öğrencisi arasında tütün kullanım durumu	Tütün kullanım durumu %32,2 Son bir ay içinde e-sigara kullanımı %1,02 E-sigara deneme durumu %15,2 E-sigara denemenin en önemli nedeni merak olarak belirtilmiştir.	Gençler arasında e-sigara ve tütün ürünlerinin tehlikeleri konusunda farkındalık yaratılması gerekmektedir. Bu konuda, e-sigara ve tütün ürünlerinin zararları hakkında bilgi veren eğitim programları ve kampanyalar düzenlenmelidir.
Aslan ve ark. (2025)[13]	Tanımlayıcı	Türkiye ve KKTC'de dört tıp fakültesinde 628 tıp fakültesi öğrencilerinin tütün kullanma ve pasif etkilenim durumlarının araştırılması	Öğrencilerin yaklaşık beşte biri (19,9%) halen tütün kullanmaktadır. Tütün kullananlar kullanmayanlara göre daha fazla pasif etkilenim riskine sahipler (%92,0 ve %82,5). Kapalı alanlarda sigara içme yasağının ihlaline maruz kalma, daha sık sigara içen öğrenciler arasında önemli ölçüde daha yüksektir.	Tütün endüstrisinin etkisine karşı mücadele etmek için savunuculuk ve disiplinler arası iş birliğine vurgu yaparak, tıp öğrencileri arasında sıkı tütün kontrolünün sağlanması gerekmektedir.
Kocahan ve ark. (2023)[14]	Tanımlayıcı	13-14 yaş aralığındaki lisanslı sporcular	Katılımcıların %59,2'si ev içinde, %71,1'i ev dışında tütün dumanından pasif olarak etkilenmektedir. Sporcuların %46,7'si ebeveynlerinden en az birinin sigara içtiğini, %19,9'u ise her iki ebeveyninin de sigara içtiğini bildirmiştir.	
Karadağ ve ark. (2021)[15]	Tanımlayıcı	10383 üniversite öğrencisi arasında tütün kullanım durumunun saptanması	Öğrencilerin %38,4'i halen sigara içmektedir.	Kullanımın azaltılması için müdahale çalışmalarına ihtiyaç vardır.

1.2. Türkiye'de 4207 sayılı tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesi ve kontrolü kanunu ihlal edilmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun ihlalini ortaya koyan bazı araştırma sonuçları (2020-2025).

Yazar(lar) ve yayın yılı	Araştırma tipi	Amaç ve hedef grup	Sonuçlar	Öneriler
Uznay ve Gümüş (2020)[16]	Tanımlayıcı	384 satış noktasında ihlal olup olmadığının saptanması	Satış noktalarının %96,4'ünde en az bir tür teşhir/TAPS yasağı ihlali, %94,5'inde teşhir ünitelerinde marka hakimiyeti yaratan teşhir düzenlemeleri, %76,7'sinde promosyon ödemeleri ve %14,8'inde öne çıkan teşhir düzenlemeleri için ücretsiz tütün ürünleri alımı tespit edilmiştir.	Tütün pazarı sürekli denetlenmelidir. Tütün ürünleri kapalı dolaplarda ya da tezgahın altında saklanmalı ve satış noktası ile tütün endüstrisi arasındaki iletişim sınırlandırılmalıdır.
Aslan ve ark.[17]	Tanımlayıcı	11 farklı ilde 772 ikram sektörü işletmesi gözlenerek gözlem ikram sektöründe 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Kanunu'na uyum düzeyinin saptanması	İhlal durumu %37,1	Kamu otoritesi kapalı alanlarda ihlallerin önlenmesini sağlamalıdır.
Küçükali H. [18]	Niteliksel; tanımlayıcı	On binden fazla seyircisi olan canlı bir video gösterimi etkinliğinde e-sigaraların "gizli" tanıtımını, etkinliğini etkileyebilecek içerik ve platforma özgü dinamiklerin incelenmesi	Etkinlik sırasında üç kişinin e-sigara içmesi, e-sigara ile ilgili deneyimlerin paylaşılması, endüstri sponsorlukları ile ilgili olumlu bir etkileşim olması, sigara içmeyenlerin de içinde olduğu önemli bir kitlenin e-sigaraya ilgi göstermiş olması	Paylaşım platformlarının tütün ürünleri açısından denetlenmesinin gereği vurgulanmıştır. Çalışma, güçlü topluluk katılımı, parasal teşvikler ve belirli içerik politikalarının eksikliğinin bu tür uygulamalar için elverişli bir ortam yarattığı Twitch'te zararlı ürünlerin tanıtımına ilişkin endişeleri vurgulamaktadır. Bu durum, platformda e-sigara tanıtımlarının daha sıkı denetlenmesi ve düzenlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

1.3. "Tütünsüz Yerleşke" gibi uygulamaların hedef gruplar tarafından kabulü ile ilgili eksiklikler vardır (Tablo 5).

Tablo 5. "Tütünsüz Yerleşke" gibi uygulamaların kabul durumuna ilişkin araştırma sonuçları (2020-2025).

Yazar(lar) ve yayın yılı	Araştırma tipi	Amaç ve hedef grup	Sonuçlar	Öneriler
Karadağ ve ark. (2021)[15]	Tanımlayıcı	10383 üniversite öğrencisi tütünsüz kampüs politikaları ile ilgili tutumlarının incelenmesi	Erkek öğrencilerin %70,7'si ve kadın öğrencilerin %29,3'ü "Tütünsüz Kampüs Politikası"nı "kabul edilemez" bulmuştur. Sigara içen öğrencilerin %88,9'u ve hiç içmemiş öğrencilerin %7'si uygulamayı "kabul edilemez" olarak değerlendirmiştir.	Tütünsüz Kampüs Politikası, tüm tütün kullanıcılarının ve tütün kullanmayanların sağlık hakkını korumak için tütün endüstrisiyle mücadele etmek açısından önemlidir ve sağlıklı bir ortamda yaşamak için ulaşılması gereken bir hedef olarak görülmelidir.
Acımış ve ark. (2024)[19]	Kesitsel	Pamukkale Tıp Fakültesi'nde okuyan 548 tıp öğrencisi arasında tütün kullanım sıklığının ve tütünsüz yerleşke uygulamalarına ilişkin görüş ve davranışlarının saptanması	Öğrenciler sigara içilmeyen alanların varlığını güçlü bir şekilde desteklemektedir (%84,3). Tütün kullananlar arasında destek yüzdesi daha azdır (%31,4).	Tütün kullanımının azaltılmasına ilişkin programlara katılım desteklenmelidir. Üniversite senatolarının, sigara bırakma poliklinikleri ve tütünsüz yerleşke uygulamaları yoluyla tütünle mücadeleyi desteklemeleri önerilmektedir.

1.4. Gençlik, gebelik dönemi gibi risk grupları arasında ve riskli dönemlerde tütün kullanımı önemli bir sorundur (Tablo 6).

Tablo 6. Risk grupları arasında tütün kullanımına ilişkin bazı araştırma sonuçları (2020-2025).

Yazar(lar) ve yayın yılı	Araştırma tipi	Amaç ve hedef grup	Sonuçlar	Öneriler
Yıldırım ve ark. (2022)[20]	Tanımlayıcı	1123 gebe kadınlar arasında tütün kullanımı ve elektronik sigara kullanımı	Tütün kullanım sıklığı %12,4 Sigara içme sıklığı %9,4 Elektronik sigara içme sıklığı %3,0 Çalışıyor olmak, halen sigara içen bir anne ya da eşe sahip olmak, önceki gebeliklerde sigara içmiş olmak gebelik döneminde sigara içimini artırmıştır.	Bırakma çalışmalarının yapılması, daha geniş çaplı çalışmaların yapılması önerilmektedir.
Keten Edis ve Keten (2023)[21]	Niteliksel	Gebelik dönemindeki 22 kadının tütün kullanımını bırakmaya yönelik inançlarını, tutumlarını ve engelleri belirlemektir.	Kadınlar, bebeklerini tütünün zararlarından korumak istediklerini ifade etmiştir. Bununla birlikte, bilgi eksikliği, yetersiz risk algısı, ruhsal zorluklar ve motivasyon eksikliği nedeniyle tütün kullanımı sürdürülmüştür.	Sağlık profesyonelleri, tütün kullanan gebe kadınların yaşadığı zorlukların farkında olmalı ve sigarayı bırakmaları için onlara destek olmalıdır.

Tablo 6 (devam). Risk grupları arasında tütün kullanımına ilişkin bazı araştırma sonuçları (2020-2025).

Yazar(lar) ve yayın yılı	Araştırma tipi	Amaç ve hedef grup	Sonuçlar	Öneriler
Boybeyi ve ark. (2025)[22]	Sistematik derleme ve metaanaliz	Tütün dumanından pasif etkilenimim özofagus atrezisi etiyolojisi üzerindeki etkisini ortaya koymak, potansiyel risk faktörlerini belirlemek ve öneriler geliştirmek amaçlanmıştır. 391 araştırma özetinin okunmasının ardından ilerleyen süreçte 108 tam metin makale incelenmiş ve sonuç olarak 24 niceliksel çalışma araştırma kapsamında değerlendirilmiştir.	Gebelik öncesi dönemde annelerin tütün dumanından pasif etkilenimlerinin özefagus atresizi ile ilişkisi ortaya konulmuştur.	Pasif etkilenim riski önlenmelidir. Daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Gebelik dönemi gibi kadınlar açısından öne çıkan bir başka kavram da konunun toplumsal cinsiyet temelinde ele alınmasıdır. Ulusötesi tütün şirketlerinin çocuklara, gençlere ve kadınlara yönelik stratejileri sürmektedir. Süren eylemler bu grupların tütün kullanım profillerini değiştirmiştir. Özellikle kadınlar arasında tütün kullanımı dinamikleri "**toplumsal cinsiyet**" kavramı ile de açıklanmaktadır. Toplumsal cinsiyet, toplumun cinsiyetlere atfettiği roller[23] anlamını taşımaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, kadınlar açısından çok çeşitli olumsuzluklar yaratmaktadır. Tütün kullanımı ile ilgili riskler de toplumsal cinsiyet eşitsizliği perspektifiyle ele alınmalıdır. Bu konuda özellikle neoliberal politikaların etkili olduğu bilinmektedir.[24] Tütün endüstrisi, tütün ürünlerini sistematik bir şekilde toplumsal cinsiyet perspektifiyle pazarlamaktadır. Endüstrinin cinsiyetçi yaklaşımlarının, özgürlük, güç gibi kavramlar üzerinden pazarlama stratejilerinin olduğu bilinmektedir.[26] Tütün kullanımı kadınlarda, rahim ağzı kanseri, osteoporoz, doğurganlık dönemindeki sorunlar, erken menopoz gibi cinsiyete özgü hastalıkların riskini artırmaktadır.[25,26] Kadınların biyolojik cinsiyetlerinden kaynaklanan riskler, toplumsal cinsiyet eşitsizliği nedeniyle oluşan durumların da etkisiyle tütün endüstrisinin hedefe yönelik reklam, promosyon ve sponsorluk faaliyetlerinin yarattığı yükü artırmaktadır.

Yapılan araştırmalar, kadınların tütün kullanma davranışının sürekliliğinin varlığına işaret etmektedir,[27] kadınların tütün kullanma ve bırakma dinamikleri erkeklerden farklı seyredebilmektedir.[28]

Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği ile ilgili değerlendirmeler için birkaç önemli gösterge bulunmaktadır. Toplumsal Cinsiyet Kalkınma İndeksi (Gender Development Index; GDI) ve Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurum İndeksi (Global Gender Gap Index; GGGI) sık başvurulan göstergeler arasındadır. Her iki gösterge için; değer arttıkça cinsiyetler arası eşitsizlikler azalır. Erik ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada GDI arttıkça kadınlar arasında tütün kullanım sıklığının azaldığı bulunmuştur. Aynı çalışmada erkekler arasındaki ilişki tersi bir seyir içindedir. Benzer bir durum GGGI değeri için de söz konusudur. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin düşük olduğu bölgelerde tütün kullanımı kadınlar arasında daha yüksektir. Erkekler arasında böyle bir seyir görülmemiştir.[29] Türkiye'nin de küresel dinamiklerden etkilendiği unutulmamalıdır. Dolayısıyla, tütün kontrolünün cinsiyetlere özel olarak geliştirilmesi gerekmektedir. Tütün kullanımı, bağımlılığı gibi konular da kadınlar arasında farklı seyredebilmektedir. Bu gerekçelerle öznel ve cinsiyete duyarlı tütün kontrolü politikalarının geliştirilmesi gerekmektedir.

2. Öneriler

Türkiye'de tütün kontrolüne ilişkin başarının sağlanabilmesi için aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

1. Kullanım durumunun düzenli olarak saptanmasına olanak sağlayan ulusal düzeyde araştırmaların güncel bir şekilde yapılması, herkese açık veritabanı oluşturulması

2. 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Kanunu'nu ile ilgili ihlallerin önlenmesi için kamusal politika ve uygulamaların gerçekçi bir şekilde hayata geçirilmesi
3. Kaçakçılık, vb. konularında ihlallerin kamusal mekanizmalar tarafından önlenmesi
4. Tütün kontrolünün interdisipliner yapısının kurulması ve geliştirilmesi
5. Tütün kontrolü eylem planı, strateji gibi hedefler içeriklerinin gerçekçi bir bakış açısıyla hazırlanması ve konuya katkı sunabilecek kurum ve kuruluşların sayıca ve hedef grup açısından zenginleştirilmesi, Mevcut Eylem Planı belgesinin bu bakış açısıyla gözden geçirilmesi
6. Tütün endüstrisi ile mücadelenin kamusal mekanizmalar tarafından önceliğe alınması
7. Elektronik tütün ürünleri, ısıtılmış tütün ürünleri gibi "yeni nesil tütün ürünü" olarak da anılan tehditlerle ilgili önlemlerin ivedi bir şekilde alınması
8. Tütün bırakma hizmetlerinin geri ödeme kapsamına alınması
9. Tütün kontrolünde bilimsel araştırmalara kaynak ayrılması
10. Tütün kontrolü konulu araştırmalarda niceliksel araştırmaların yanı sıra niteliksel araştırmalara da öncelik verilmesi, bu sayede tütün kullanımı ile ilgili dinamiklerin daha iyi anlaşılması
11. Çocuklar, gençler, kadınlar, gebeler gibi risk gruplarına özel çalışmaların yapılması, cinsiyete duyarlı modellerin geliştirilmesi
12. Toplumda farkındalık çalışmalarına öncelik verilmesi,
13. Tütün kontrolünde talep azaltılmasının yanı sıra arz azaltımına ilişkin politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması
14. "Tütünsüz Türkiye" hedefi için hiçbir üreticinin mağdur olmayacağı şekilde alternatif tarım politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması
15. Tütün ile mücadelede daha geniş bir perspektif sunan "tek sağlık" yaklaşımının benimsenmesi

Yukarıda yer alan bilgilerin araştırılması sürecinde son beş yıla odaklanılmıştır. İçerikte referans olarak kullanılan çalışmalar, yazının amacıyla örtüşen içeriği olan yayınlardır. Dolayısıyla, mevcut bütün yayınların incelenememiş olması yazının *sınırlılıkları* arasındadır. Bununla birlikte, erişilen ve içerikte kullanılan yayınların son dönemlerde tütün kontrolüne ilişkin genel bir çerçeve çizdiği düşünülmektedir. Yazının güncelliği, tütün kontrolünün farklı bileşenlerine yönelik verileri sunmuş olması *güçlü yönler* arasındadır.

Sonuç olarak; son beş yılda Türkiye'de tütün kontrolü ile ilgili atılması gereken çok sayıda adım olduğunu ortaya koymaktadır. Tütün kontrolü interdisipliner bir bakış açısıyla, dayanışma ile, bilimsel verilerin gerçek yaşamda karşılık bulmasıyla, güçlü bir endüstri mücadelesi ile, toplumun mevcut yasal düzenlemelere sahip çıkmasıyla, tütün kontrol mekanizmalarının sürekli gözden geçirilmesi ve geliştirilmesiyle, güçlü ve sürekliliği sağlanan kamu politikalarıyla başarılabilir. Bu konuda Türk Tabipleri Birliği, HASUDER, Türk Toraks Derneği gibi sağlık meslek örgütlerinin uzun yıllardan bu yana tek tek ya da birlikte yapageldikleri çalışmaların güçlenerek sürdürülebilmesi de son derece değerlidir. "Tütünsüz Bir Dünya ve Türkiye" hedefi ancak bu yaklaşım ve yöntemlerle başarılabilir.

KAYNAKLAR

1. https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc080/k anuntbmmc080/kanuntbmmc08004207.pdf [Internet]. 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun .
2. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4207&MevzuatTur=1&MevzuatTe rtip=5 [Internet]. Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun .
3. https://www.who.int/publications/m/item/2016-gats-fact-sheet-turkey [Internet]. GATS (Global Adult Tobacco Survey) Fact Sheet, Turkey 2016.
4. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/turkey/turkey-gyts-2017-factsheet-(ages-13-15)-(final)-3.26.2019_508tagged.pdf?sfvrsn=5b796e5a_1&download=true [Internet]. GYTS (Global Youth Tobacco Survey).
5. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747 [Internet]. Türkiye Sağlık Araştırması, 2022.
6. Assunta M. https://globaltobaccoindex.org/download/1728. 2023. Global Tobacco Industry Interference Index 2023.
7. https://bmyk.gov.tr/TR-106240/tutun-kontrolu-strateji-belgesi-ve-eylem-planlari.html [Internet]. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı.
8. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/49631/0/2024-2028-tutun-kontrolu-strateji-belgesi-ve-eylem-planipdf.pdf?_tag1=3B0C8FF526168AF52E9E43328FE0512EE740EDA1 [Internet]. 2024-2028 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı.
9. World Health Organization. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b62aa2af-5d6a-4371-a45b-9f37bde86108/content . WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: warning about the dangers of tobacco.

10. Karaman NG, Çeber ÇÜ, Eraslan S. Waterpipe tobacco smoking among university students in Turkey. Addictive Behaviors Reports. 2022 Jun;15:100409.
11. Caner A, Özcebe H. Water pipe smoking among public versus private university students in Ankara, Turkey: an online survey. BMC Public Health. 2022 Dec 25;22(1):1256.
12. Kurtulus S, Can R. Use of e-Cigarettes and Tobacco Products Among Youth in Turkey. Eurasian J Med. 2022 Jun 3;54(2):127–32.
13. Aslan D, Ay P, Raymond K, Aşut Ö, Abuduxike G, Şengelen M, et al. Medical Students' Tobacco Consumption Status and Experiences with Smoke-free Law Violations in Enclosed Spaces in Türkiye and Northern Cyprus. Thoracic Research and Practice. 2025 Jan 20;
14. Kocahan T, Asar E, Örsçelik A, Şahin ÇE, Büyüklüoğlu G, Ataoğlu B, et al. Prevalence of tobacco use and passive exposure among adolescent athletes aged 13–14 years in Türkiye: A cross-sectional study. Tob Induc Dis. 2025 Mar 24;23(March):1–9.
15. Karadağ M, Aydın Güçlü Ö, Görek Dilektaşlı A, Coşkun F, Uzaslan E. Understanding university students' smoking behaviors towards tobacco-free campus policy. Tuberk Toraks. 2021 Apr 12;69(1):49–58.
16. Uznay F, Gumus S. Uncovering TAPS strategies of the tobacco industry at PoS in low- and middle-income countries: the case of Turkey. Eur J Public Health. 2020 Oct 1;30(5):996–1001.
17. Aslan D, Ünal Y, Sütlü S, Durusoy R, Uçar MT, Arslan E, et al. Hospitality Venues' Anti-tobacco Legislation Violation in 11 Different Cities in Türkiye. Thoracic Research and Practice. 2024 Oct 17;
18. Küçükali H. "Don't Even Smoke But I'll Buy That" Twitch as a New Venue for E-Cigarette Promotion. Int J Public Health. 2025 Jan 20;69.
19. Meydan Acımış N, Gündoğan M, Barış E, Akın M, Kandemir İ. The Prevalence of Tobacco Product Use Among Students in the Faculty of Medicine at Pamukkale University and Their Views on the Smoke-Free Campus Implementation. Thoracic Research and Practice. 2024 Aug 27;25(2):82–8.
20. Yildirim E, Duru S, Sevim T, Topcu F, Gemicioglu B, Ozmen I, et al. Attitude and Practice Toward Use of Cigarettes and Electronic Cigarettes Among Pregnant Women: A Questionnaire-Based Survey. Turk Thorac J. 2022 Oct 27;23(6):409–19.
21. Keten Edis E, Keten M. Why women continue to smoke during pregnancy: a qualitative study among smoking pregnant women. Women Health. 2023 Nov 26;63(10):847–55.
22. Boybeyi O, Celik M, Arslan UE, Ciecierega T, Jewell ST, Soyer T, et al. The Association of Environmental Exposure in the Etiology of Esophageal Atresia in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. J Pediatr Surg. 2025 Oct;60(10):162503.
23. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1. Gender and Health.
24. Pragati B Hebbar, Bhojani U, Nagara Gadde A. Gender and its intersection with tobacco usage and control. Tob Induc Dis. 2025;23(1).
25. Dalmau R. Women and tobacco, a gender perspective. e-Journal of Cardiology Practice. 2021;20(3).
26. Amos A, Greaves L, Nichter M, Bloch M. Women and tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. Tob Control. 2012 Mar;21(2):236–43.
27. Gao M, Lee C, Park S. Gender, Tobacco Control Policies, and Persistent Smoking Among Older Adults: A Longitudinal Analysis of 11 European Countries. Nicotine & Tobacco Research. 2022 Jul 13;24(8):1247–56.
28. Kilic D, Ozturk S. Gender differences in cigarette consumption in Turkey: Evidence from the Global Adult Tobacco Survey. Health Policy (New York). 2014 Feb;114(2–3):207–14.
29. Erik HE, Çoban T, Özcebe LH. The Relationship Between Gender and Women's Tobacco Use: An Ecological Analysis with Country-level Data. Thoracic Research and Practice. 2025 Jan 23;

BOH'da Temel Risk Faktörleri: Ağız ve Diş Sağlığı

Bahar (Güçiz) Doğan, Cansu Özşin Özler

1. Giriş

Ağız sağlığı, kapsamı geniş bir kavram olup konuşma, gülme, çiğneme, yutkunma gibi birçok beceriyi yapabilmek kadar, ağrı ve/veya rahatsızlık hissi gibi duyguların olmamasını da kapsamaktadır. Ağız ve diş sağlığı bozulduğunda bireyin fonksiyonel, sosyal ve psikolojik olarak 'iyi olma hali' olumsuz yönde etkilenebilir.[1] Ağız-diş hastalıkları dünyada en sık görülen, ciddi sağlık sorunu ve ekonomik yük oluşturan, etkilenenlerin de yaşam kalitesini azaltan hastalıklardandır.[2] Bu hastalıklar diş çürüğü, ağız kanseri, periodontal hastalıklar, oro-dental travma, diş kaybı, noma ve dudak damak yarığı gibi doğum defektlerini içeren bir dizi hastalık ve durumu kapsar. Ağız hastalıkları, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi otorite sağlık örgütleri tarafından küresel düzeyde en yaygın bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak kabul edilmiş olup, yaklaşık 3,7 milyar insanı etkilemektedir. Ağız diş hastalıklarının diğer bulaşıcı olmayan hastalıklarla ortak risk faktörleri ve belirleyicileri paylaştığına dair kanıtlar, Uluslararası Diş Hekimleri Federasyonu'nun (Fedération Dentaire Internationale-FDI) ağız diş sağlığı ile ilgili "Tüm Politikalarda Ağız Sağlığı (Oral Health in All Policies-OHiAP)" yaklaşımını doğrulamaktadır. FDI'nın vizyon 2030 raporunda ağız sağlığının genel sağlık gündemine entegre edilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Ağız sağlığı sorunlarının küresel yükü, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde artmaktadır.[3,4] Hem genel nüfus artışı hem de yaşlı nüfustaki artış nedeniyle ağız sağlığı sorunlarının sağlık hizmetleri üstündeki genel yükünün artmaya devam etmesi de olasıdır.

Ağız ve diş hastalıklarının tedavisi de dünya genelinde en pahalı sağlık uygulamaları arasında yer almaktadır.[5,6] Ağız-diş hastalıklarının bir çoğu önlenebilir hastalıklar olmasına rağmen dünyada özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde prevalansları yüksektir. Ayrıca bu hastalıklar, ülke içinde de savunmasız ve dezavantajlı grupları orantısız bir şekilde etkilemektedir. Sosyoekonomik statüsü düşük olan kişilerde ağız diş hastalıkları daha yüksek düzeyde görülmektedir. Toplum genelinde etkili olan hastalık önleme çalışmaları yetersizdir ve herkesin erişebileceği, karşılanabilir maliyette sağlık bakımı henüz oluşturulamamıştır.[6,7] Bu hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için ayrılan bütçe yetersizdir ve özellikle tedavi ile ilgili sosyal ve ekonomik eşitsizliklerle karşılaşılmaktadır.[2]

Raporun bu bölümü ülkemizin ağız-diş sağlığı durumunu tanımlamayı amaçlamakta olup ülkemizde son beş yıl içinde ağız diş sağlığına ilişkin göstergelerdeki değişim önceki düzeylerle karşılaştırılarak değerlendirilmiş, ulusal düzeydeki çalışmaların sonuçları özetlenmiş ve ağız diş sağlığına ilişkin son 5 yılda gerçekleştirilmiş olan yerel düzeydeki çalışmalara ait önemli sonuçlar sunulmuştur.

2. Türkiye'de Ağız-Diş Sağlığının Durumu

2.1. Türkiye Araştırmaları

Ülkemizde, ağız diş sağlığının durumunun izlenebilmesi için önerilen temel göstergelerin ülke düzeyinde sağlanmasına yönelik birleştirilebilir bir kayıt sistemi henüz mevcut değildir. Bu nedenle, ağız diş sağlığının ülke genelindeki durumunu ortaya çıkaracak ölçütlerin belirlenebilmesi için hala durum saptama araştırmalarına gerek vardır. Türkiye çalışmalarında temel olarak, DSÖ'nün önerdiği indeks yaşlarda çürüksüzlük yüzdesi, DMFT (Decayed-çürük, Missing-Kayıp, Filled-dolgulu diş), 12 yaş için önemli çürük indeksi (Significant Caries Index-SiC), periodontal durum ile 35-44 ve 65-74 yaşlar için dişsizlik (edentulousness) yüzdesi gibi ağız diş sağlığı göstergeleri ile ağız hijyeni alışkanlıkları ve diş hekimine gitme durumu değerlen-

dirilmektedir. Bu amaçla ülkemizde 1988, 2004 ve 2018 yıllarında üç adet durum saptama araştırması yapılmıştır [7-11]. Bu tarihten sonra, günümüze dek ülke düzeyini belirleyecek herhangi bir çalışma yapılmamıştır. 2018 yılında yapılan Türkiye Araştırmasının sonuçlarının 2020 Türkiye Sağlık Raporu basılmadan önce yayınlanmamış olması nedeniyle, adı geçen raporda son Türkiye Araştırması ile ilgili bulgular yer alamamıştır. Her ne kadar 2020 yılı öncesi durum ile ilgili olsa da DSÖ'nün öngördüğü hedeflere ulaşma durumunun değerlendirilmesi amacıyla, bu raporda 2018 yılı sonuçları karşılaştırılmalı olarak yer almıştır. 2004 Türkiye çalışması sonuçları, ülkemizin 2000 yılı için belirlenmiş olan dünya ağız sağlığı hedeflerinin gerisinde kalındığını göstermiştir. Bu durumda 2020 yılında erişilmesi ön görülen hedefler, 2004 araştırması sonuçları temel alınarak belirlenmiştir. **Tablo 1**'de, 2004 Araştırmasında elde edilen bulgular doğrultusunda DSÖ'nün belirlediği hedef başlıkları için oluşturulmuş nicel değerler ve 2004 ve 2018 Araştırmalarının ilgili bulguları sunulmuştur [8,10]. Göstergeler incelendiğinde, ülkemizde beş yaşındaki çocuklarda çürüksüzlük prevalansı (hedef en az %80) ve 35-44 yaşta periodontal sağlık dışında (hedef en az %75'inde sağlıklı diş etleri), diğer göstergeler açısından 2020 hedeflerine ulaşıldığı görülmektedir.

Son Türkiye Ağız Diş Sağlığı Durum Saptama Araştırmasından sonra, ülke düzeyinde ağız diş sağlığının durumu ile ilgili bir fikir verebilecek araştırma bulgusu, Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) belli aralıklarla yaptığı ve öz bildirime göre "son 6 ay içinde görülen hastalık türleri"nin belirlendiği Türkiye Sağlık Araştırmalarından elde edilmiştir. Buna göre ülkemizde 2019 ve 2022 yıllarında son altı ay içinde belirtilen hastalık türleri arasında ağız ve diş sağlığı ile ilgili sorunların sıralamadaki yeri, hem 0-6 yaş grubunda hem de 7-14 yaş grubunda ilk beş hastalık içinde yer bulunmaktadır. Her ne kadar temel ağız diş sağlığı göstergeleri açısından ülkedeki durum oldukça iyileşmiş gibi görünse de bu sorunlar hala özellikle 0-14 yaş arası çocuklar için önemini sürdürmektedir. Bu durumda, ağız diş sağlığı hizmetleri ile ilgili olarak son beş yıldaki değişimin de değerlendirilmesi uygundur.[12,13]

Türkiye'de son beş yıl içinde ağız-diş sağlığı alanında gözlenen en belirgin değişimler Ağız Diş Sağlığı Merkezleri/Ağız Diş Sağlığı Hastaneleri ve diğer kurumlar aracılığıyla tedavi ağırlıklı hizmet sunumunun yaygınlaşması (2020'de 3.760 kurumdan, 2023'te 5.888 kuruma), toplam diş hekimi sayısındaki artış (2020'de 34.830'dan 2025'te 45.718'e)[14-17] ve ağız diş sağlığı hizmetlerinin Genel Sağlık Sigortası sistemi ile genişletilmiş olmasıdır. Bu gelişmeyle, Türkiye'nin, 2022 yılında DSÖ'nün önerdiği "kapasite genişletme" hedefine eriştiği [18,] ancak "halk sağlığı odaklı eğitim, orta düzey iş gücü (diş terapisti, diş hijyenisti veya toplum temelli diş sağlığı personeli) ve toplum temelli yaklaşımlar" hedeflerine henüz ulaşılamadığı görülmektedir. Henüz, DSÖ'nün ağız diş sağlığı ile ilgili olarak 2022

Tablo 1. Diş çürüğü ve periodontal hastalıklar açısından DSÖ 2020 hedefleri ve Türkiye 2004 ve 2018 araştırmaları sonuçları

2020 yılı hedefleri	2004 Türkiye Araştırması	2018 Türkiye Araştırması
5 yaşındaki çocukların çürüksüzlük prevalansı (%80'i çürüksüz olmalı)	%30,2	%35,6
12 yaşta DMFT (≤ 3)	1,9	1,6
18 yaştakilerde tüm dişlerine sahip olma yüzdesi[a] (En az % 85 olmalı)	15 yaş; %83,3	15 yaş; %85,0
35-44 yaş grubunda dişsizlik prevalansı (%50 azaltılmalı)	%2,6	%0,3
65-74 yaş grubunda dişsizlik prevalansı (%25 azaltılmalı)	%48,0	%27,4
18 yaştakilerde periodontal olarak en az 3 sağlıklı sekstanta sahip olma[a] (%90'ında CPI=0 olmalı)	15 yaşta %78,0	15 yaşta %92 (Modifiye CPI)
35-44 yaş grubunda periodontal olarak en az 3 sağlıklı sekstanta sahip olma (%75'inde CPI=0)	%33,9	%58,9 (Modifiye CPI)
65+ yaş grubunda derin cep (CPI=4, +) **varlığı** (%10'u geçmemeli)	%11,0	%9,2 (Modifiye CPI)

[a]18 yaş grubu, ağız diş sağlığı araştırmalarında DSÖ tarafından incelenmesi önerilen indeks yaşlar arasında yer almamaktadır. 1988 Araştırmasında adolesan grup olarak 15-19 yaş grubuna ilişkin bulgular mevcuttur. 2004 ve TADSAP-2018 araştırmalarında ise 18 yaşındaki bireyler incelenmemiştir. Bu nedenle tüm dişlerine sahip olan 15 yaşındaki bireylere ait bulgular bu konuyla ilgili bir miktar fikir verebileceğinden, ilgili bulgular belirtilmiştir.

stratejisinde vurgulanan birinci basamak hizmetlerine entegrasyon sağlanamamıştır. Ağız diş sağlığı hizmetleri hâlâ ikinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde, tedavi ağırlıklı olarak sunulmaktadır.

DSÖ'nün 2003 yılında yaptığı toplantıdan sonra 2007 yılında yapılan 60. Dünya Sağlık Asamblesi'nde ağız sağlığı konusunda bir karar çıkmış ve ülkeler, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi için halk sağlığı eylemlerinin oluşturulmasını sağlamaya çağırılmıştır.[19] 74. ve 75. Dünya Sağlık Asamblelerinde ağız diş sağlığına ilişkin önemli kararlar alınmış ve stratejik hedefler belirlenmiştir. Bundan sonra DSÖ Küresel Ağız Sağlığı Eylem Planı (2023–2030) yayımlanmıştır. Bu kapsamda belirlenen iki küresel hedef "2030 yılına kadar dünya nüfusunun %80'inin temel ağız sağlığı hizmetlerine erişiminin temin edilmesi ve başlıca ağız diş hastalıklarının birleşik prevalansında %10 göreli azalma" sağlanmasıdır.[18,20,21]

2.2. Son 5 Yılda Ülkemizdeki Çocuk ve Adolesan Popülasyonda Ağız Diş Sağlığının Durumu

2020 yılından bu yana Türkiye'de çocuk ve adolesan nüfusta gerçekleştirilen az sayıda ağız ve diş sağlığı çalışmaları sonuçlarına göre çürük deneyimi göstergeleri (dmft/DMFT) iller arasında belirgin farklılıklar göstermektedir. Bursa'da yapılan bir araştırmada okul öncesi dönemde ortalama dmft değeri 5,3 olup çürüksüzlük yüzdesi %39,0 olarak saptanmıştır.[22] Erzurum'da 4-5 yaş çocuklarda dmft değeri 3,9, olarak, erken çocukluk çağı çürüğü (EÇÇ) prevalansı %73,3 gibi yüksek bir yüzdede rapor edilmiştir.[23] Edirne'de yaş ortalaması 7,2 olan çocuklarda dmft ve DMFT toplamı 8,1 bulunmuştur.[24] İstanbul'da Suriyeli göçmen çocuklar üstünde yapılmış bir araştırmada 6–7 yaş dmft değeri 6,5 olup çürük görülme düzeyinin çok yüksek, diş fırçalama alışkanlıklarının ise düşük seviyede bulunduğu bildirilmiştir.[25] 2025 yılında Suriyeli göçmen çocukların (ortalama 14 yaş) ve Türk çocukların (ortalama 12 yaş) birlikte değerlendirildiği bir başka çalışmada ise[26] göçmen çocukların DMFT ve DMFS değerlerinin Türk çocuklardan daha yüksek olduğu raporlanmıştır. 2025 yılında yayınlanmış bir başka araştırmada yetim çocukların ve ergenlerin ağız sağlığı ve ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi incelenmiş olup, diş çürüklerinin ve radikal tedavi ihtiyacının yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği vurgulanmıştır.[27]

Bu bulgular, Son beş yılda da Türkiye'de iller arasında ve sosyoekonomik gruplar arasında çürük görülme durumu açısından farklılıklar olduğunu, ülkemizde gittikçe artan göçmen nüfusun da son yıllarda yapılan araştırmalarda incelenmeye başlandığını göstermekte, önleyici ağız diş sağlığı programlarının özellikle dezavantajlı gruplara odaklanması gerektiğini de ortaya koymaktadır. Sonuçları vurgulanan çalışmalar **Tablo 2**'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Çocuklarda ve adolesanlarda ağız diş sağlığına ilişkin yapılmış ve yayımlanmış araştırmaların sonuçları (Türkiye, 2020-2025)

Yıl	Yapıldığı il	Yaş grubu (yıl)	Belirlenen temel ölçütler
2021 (22)	Bursa	4-6 yaş	* dmft=5,3 ± 0,7 * Çürük deneyimi olmayan (dmft=0) %39 * Tedavi edilmemiş çürük diş yüzdesi= %87
2021 (23)	Erzurum	4-5 yaş	* dmft=3,9 ± 4,0 * EÇÇ prevalansı= %73,3 * Önemli çürük indeksi (SiC)= 8,5
2021 (24)	Edirne	0-14 yaş	*dmft 6.7±4.7 *DMFT 1.4±2.0 *Toplam çürük deneyimi (dmft ve DMFT) 8.1±4.4
2023 (25)	İstanbul	6-12 yaş, Suriyeli göçmen çocuklar	* 6–7 yaş dmft= 6,5±3,3 * 6–7 yaş DMFT= 1,1±1,7 * 8–9 yaş dmft= 4,9±2,8 * 8–9 yaş DMFT= 1,0±1,7 * 10–12 yaş dmft= 3,2±2,0 * 10–12 yaş DMFT= 0,7±1,3
2025 (26)	İzmir	8-18 yaş Suriyeli ve Türk	* DMFT, DMFS, dental problem göçmenlerde anlamlı düzeyde daha yüksek
2025 (27)	İstanbul	9-17 yaş erkek	* DMFT= 4,6±3,4 * Basitleştirilmiş oral hijyen indeksi (OHI-S) ile oral hijyen değerlendirilmiş *Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi değerlendirilmiş * Grubun %25'inde en az 1 radikal ihtiyacı

2.3. Son 5 Yılda Ülkemizdeki Erişkin ve Yaşlı Popülasyonda Ağız Diş Sağlığının Durumu

2020–2025 yılları arasında ülkemizde erişkin ve yaşlılarda ağız diş sağlığına ilişkin göstergeler ile ilgili olarak gerek ulusal gerekse de uluslararası yayınlara rastlanmamıştır. Çalışmalar daha çok hizmete erişim, ağız hijyeni alışkanlıkları ve ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi konularındadır. Afyonkarahisar'da 2021 yılında 10-65 yaş arası bireylerde pandemi sürecindeki diş fırçalama alışkanlıklarının değerlendirildiği bir çalışmada erişkinlerde gece diş fırçalama sıklığının arttığı saptanmıştır.[28] 2021 yılında Bolu'da yürütülen bir araştırmada, hareketli protez kullanan erişkinlerde yaşam kalitesi ve protez memnuniyeti değerlendirilmiş, tam protez kullananlarda ağız sağlığı etki profili (Oral Health Impact Profile-14-OHIP-14) skorlarının parsiyel protez kullananlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu, protez kullanım süresi uzadıkça memnuniyetin arttığı bildirilmiştir.[29] 2022 yılında Adıyaman'da gerçekleştirilen bir çalışmada, mandibular iki implant destekli overdenture (mevcut diş ve/veya implantların üzerine planlanan) protezlerin tam dişsiz hastaların yaşam kalitesini iyileştirdiği rapor edilmiştir.[30] Isparta'da 2023 yılında 65–74 yaş grubunda yapılan bir çalışmada periodontal durum ile fiziksel aktivite veya beslenme arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, diş kaybı arttıkça yaşam kalitesi skorlarının olumsuz etkilendiği bildirilmiştir.[31] Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2022 yılında yapılan Sağlık Araştırması verilerinden yararlanılarak yapılan bir analizde 65 yaş ve üzeri bireylerin %25,8'inin ağız ve diş sağlığını "kötü" olarak değerlendirdiği saptanmıştır.[32] Çalışmada, maliyet engeli, düşük eğitim düzeyi, ileri yaş ve kadın cinsiyetin kötü algılanan ağız sağlığı ile anlamlı ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmalar **Tablo 3**'te özetlenmiştir.

Beklenen yaşam süresinin uzamasıyla paralel olarak, erişkin ve yaşlı ağız diş sağlığı ile ilgili koruyucu ve erken tanı faaliyetlerinin yanı sıra bu sorunlara bağlı yaşam kalitesinde yaşanan azalmayı giderecek önlemlerin de alınması gerektiği görülmektedir.

3. Sonuç

2023–2030 DSÖ Eylem Planının ağız diş sağlığı izleme göstergeleri temelinde Türkiye, önleme ve veri temelli politika üretimi açısından "gelişmekte olan" bir konumda değerlendirilmektedir. Türkiye, sağlık sistemi altyapısı sayesinde DSÖ hedeflerine yapısal uyum göstermekle birlikte, ağız sağlığı politikalarının tedavi odaklı yaklaşımdan uzaklaşarak koruyucu odaklı yaklaşımı benimsemesi stratejik planlardaki değişim ile mümkün olacaktır. Türkiye'de ağız sağlığı hizmetleri ile ilgili olarak, diğer sağlık hizmetlerinin sunumuna benzer şekilde bir kayıt sistemi mevcuttur; ancak DSÖ'nün 2023 planında önerilen florürleme, DMFT, noma, hizmete erişme hızları gibi standart ağız sağlığı göstergelerinin bu kayıtlardan elde edilmesi henüz mümkün değildir. Türkiye'nin önümüzdeki beş yıllık dönemde, Ulusal Ağız Sağlığı Stratejisi'ni ayrı bir belge olarak yayımlaması, florür uygulamasının yaygınlaştırılması ve şeker tüketiminin sınırlandırılmasına ilişkin politikalarını güçlendirmesi, toplum temelli diş sağlığı insan gücü modeline geçiş yapması ve DSÖ göstergeleriyle uyumlu veri raporlamasını gerçekleştirmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda, temel hedefleri "diş ve ağız sağlığı ile ilgili hizmet sunumunun tedavi edici yaklaşımdan koruyucu ve önleyici yaklaşıma kaydırılması; 0-12 yaş arası çocukların düzenli diş kontrol ve takip sistemine dahil edilmesi; randevu, kayıt ve izleme süreçlerinin dijital sistemlere entegre edilmesi, hizmet sunumundaki bölgesel ve kurumlar arası koordinasyonun güçlendirilmesi olan Aile Diş Hekimliği

Tablo 3. Erişkin ve yaşlılarda ağız diş sağlığına ilişkin yapılmış ve yayımlanmış araştırma sonuçları (Türkiye, 2020-2025)

Yıl	Yapıldığı il/bölge	Yaş	Temel bulgular
2021 (28)	Afyonkarahisar	10-65 yaş	* Pandemi süresince gece diş fırçalama sıklığı yetişkinlerde artmış
2021 (29)	Bolu	Hareketli bölümlü protez kullanan erişkinler	* Tam protez kullananlarda ağız diş sağlığı yaşam kalitesi daha yüksek * Protez kullanma süresi arttıkça memnuniyet artıyor
2022 (30)	Adıyaman	51–83 yaş	* İki implant destekli overdenture protezlerin tam dişsiz hastaların yaşam kalitesini iyileştirdiği sonucu
2023 (31)	Isparta	65–74 yaş	* Diş kaybı arttıkça yaşam kalitesi düşmüş
2025 (32)	Türkiye İstatistik Kurumunun Türkiye Sağlık Araştırması-2022 verileri	65 yaş ve üzeri	* Öz-bildirime göre ağız sağlığı kötü olanlar– %25,8 kötü

pilot uygulaması 2022 tarihinde üç ilde başlatılmıştır.[33] Uygulamanın, 2028 yılının sonuna kadar tüm nüfusu kapsayacak şekilde kademeli olarak 81 ilde hayata geçirilmesi hedeflenmektedir.[34] Ayrıca, Temmuz 2023'te yürürlüğe giren 7456 sayılı Kanun'da, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkililiğini artırmak amacıyla aile hekimliği bünyesinde birinci basamak diş hekimliği ve yaşlı sağlığı hizmetleri planlaması yapılabileceğini hükme bağlamıştır. Buna göre, Sağlık Bakanlığı uygun gördüğü nüfus grupları ve bölgelere göre ağız-diş sağlığı ve yaşlı sağlığı hizmetlerini aile hekimliği sistemine entegre edebilecektir.

KAYNAKLAR

1. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. Int Dent J. 2016;66(6):322-4.
2. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019;394(10194):249-60.
3. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Oral health: key facts [İnternet]. 2023 [Erişim: 30.11.2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health
4. WHO. Oral health [https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1].
5. Özyavaş S. Türkiye'de Ağız Diş Sağlığı Politikası: Mevcut Durum Analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2018;21(4):789-805.
6. Assembly UG. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases.; 2012.
7. Saydam G, Oktay İ, Möller I. Türkiye'de Ağız Diş Sağlığı Durum Analizi. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi-Sağlık Bakanlığı, Ankara. 1990.
8. Güçiz Doğan B, Gokalp S. Türkiye'de Diş Çürüğü Durumu ve Tedavi Gereksinimi, 2004. Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2008;32(2).
9. Gokalp SG, Dogan BG, Tekcicek MT, Berberoglu A, Unluer S. National survey of oral health status of children and adults in Turkey. Community Dent Health. 2010;27(1):12-7.
10. Orhan A, Tezel A, Alkan A, Orhan K. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ağız ve Diş Sağlığı Dairesi Başkanlığı Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili Araştırma Raporu - 2018. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2021.
11. Orhan AI, Alkan A, Orhan K, Tezel A, Karaoglanoglu S, Oztas D. Dental caries and associated factors among Turkish children and adults: Findings from the 3rd National Oral Health Survey. Community Dent Oral Epidemiol. 2024;52(4):499-508.
12. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye Sağlık Araştırması 2022 [İnternet]. Ankara: TÜİK; 2023 [Erişim: 30.11.2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747
13. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Türkiye 2022. Ankara: TÜİK; 2023.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020. Ankara: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2022.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021. Ankara: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2023.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. Ankara: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2024.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. Ankara: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2025.
18. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Seventy-fifth World Health Assembly: A75/10 Add.1. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü; 2022.
19. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Oral health: action plan for promotion and integrated disease prevention. WHA60.17. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü; 2007.
20. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Seventy-fourth World Health Assembly: WHA74/2021/REC/1. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü; 2021.
21. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Draft Global Oral Health Action Plan (2023–2030). Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü; 2023.
22. Çubukçu ÇE. Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Diş Sağlığı Durumu ve Etkileyen Faktörler: Pilot Çalışma. The Journal of Current Pediatrics. 2021;19(3):338-43.
23. Sengul F, Urvasizoglu G, Derelioglu S, Seddik T, Celikel P, Bas A. Early Childhood Caries in 4- to 5-Year-Old Children in Erzurum, Turkey. Front Public Health. 2021;9:725501.
24. Ozveren N, Serindere G, Baltaci E. Evaluation of Pediatric Patient's Age, Behaviors, and Reasons for the First Dental Visit in Edirne, Turkey: a Cross-Sectional Study. International Journal of Dental Sciences. 2021;23(2 (May-August)):196-205.
25. Altas Z, Sezerol M. Prevalence and Associated Factors of Dental Caries in Syrian Immigrant Children Aged 6–12 Years. Children. 2023;10(6):1000.
26. Kunuroglu F, Yuzbasi DV, Kaval S, Kucukyilmaz E. Comparative Evaluation of Health Status of Syrian Refugee and Turkish Children, Alongside the Factors Influencing Sociocultural Adaptation of Syrian Children in Turkiye. Child Care Health Dev. 2025;51(1):e70042.
27. Akbeyaz Sivet E, Sezer B, Atmaca N, Huseynova N, Kargul B. Evaluation of the effect of dental caries, oral hygiene, and treatment need on oral health-related quality of life among Turkish orphan children and adolescents. BMC Oral Health. 2025;25(1):134.
28. İnce S, Aksoy M. COVID-19 Pandemisi Döneminde AfyonkarahisarAğız ve Diş Sağlığı Merkezine Başvuran Çocuk ve Erişkin Hastaların Pandemi Öncesi ve Pandemi Sırasındaki Diş Fırçalama Sıklıklarının Değerlendirilmesi: Kesitsel Çalışma. Türkiye Klinikleri Diş Hekimliği Bilimleri Dergisi. 2021;27(4):622-9.

29. Degirmenci K, Sabak C. Hareketli Bölümlü Protez Kullanımının Kişilerin Kısa Dönemdeki Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin OHIP-14 Anketi ile Değerlendirilmesi: Pilot Çalışma. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2021;35(2):134-40.
30. Demirci F, Tanık A. İmplant Destekli Mandibular Overdenture Protezlerin Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi: Pilot Çalışma. Ahi Evran Medical Journal. 2022;6(3):332-6.
31. Uzar E, Ertaş K, Koşkan O, Yetkin Ay Z. Bir Yaşlı Popülasyonunda Periodontal Durumun Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023;14(2):178-88.
32. Sevik I, Davas A. Understanding poor oral health among older adults in Turkiye: socioeconomic and healthcare access challenges. BMC Oral Health. 2025;25(1):598.
33. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ağız ve Diş Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Aile Diş Hekimliği Modeli Uygulaması 3 Pilot İlde Başlatıldı [İnternet]. 2022 [Erişim: 30.11.2025]. Erişim adresi: https://shgmadsdb.saglik.gov.tr/TR-92751/aile-dis-hekimligi-modeli-uygulamasi-3-pilot-ilde-baslatildi.html
34. Anadolu Ajansı. Aile Diş Hekimliği uygulaması 2024'te 20 ile yaygınlaştırılacak [İnternet]. 2023 [Erişim: 30.11.2025]. Erişim adresi: https://www.aa.com.tr/tr/saglik/aile-dis-hekimligi-uygulamasi-2024te-20-ile-yayginlastirilacak/3050538

Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Yönelik Politikalar

Toker Ergüder

1. Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Yönelik Politikaların Etkinliği: Hedefler, Uygulamalar ve Sonuçlar

Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) alanında geliştirilen politikaların etkinliğini değerlendirmek hem sağlık sisteminin performansını hem de toplum düzeyindeki davranış değişikliklerini analiz etmeyi gerektirmektedir. 2020–2025 döneminde tütün kontrolü, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivitenin artırılması, alkol kullanımının azaltılması, çevresel risklerin yönetilmesi ve kronik hastalık takibinin güçlendirilmesi gibi alanlarda kapsamlı politika belgeleri hazırlanmış; ancak bu politikaların sahadaki etkisi, risk faktörleri ve hastalık eğilimleri üzerinden değerlendirildiğinde nispeten karmaşık bir tablo ortaya koymaktadır.[1] Bu bölümde, Türkiye'nin BOH politikalarının etkinliği; güçlü yönler, uygulama yoğunluğu, nüfus düzeyindeki etkiler ve karşılaşılan zorluklar çerçevesinde ele alınmaktadır.

1.1. Tütün Kontrol Politikalarının Etkinliği

Türkiye, tütün kontrolü alanında MPOWER paketini tam olarak uygulayan az sayıdaki ülkeden biridir.[2] "Dumansız hava sahası" uygulamaları, düz paket ve genişletilmiş grafik uyarılar, reklam–tanıtım–sponsorluk yasakları ve yüksek vergilendirme politikaları tütün kullanımının uzun vadeli artış eğilimini durdurmada ve sınırlamada önemli katkı sağlamıştır.[3] Bununla birlikte STEPS Türkiye 2023 araştırması, 15 yaş ve üzeri nüfusta sigara kullanımında anlamlı bir düşüş olmadığını; erkeklerde kullanımın yüksek düzeyde devam ettiğini, kadınlarda ise yavaş bir artış eğilimi görüldüğünü ortaya koymuştur.[4]

Tütün ürünlerinin reel fiyatlarının enflasyon karşısında erimesi, vergi artışlarının halk sağlığı etkisini sınırlayan en önemli politika açığıdır.[5] Bunun yanı sıra kaçak ürün piyasasının büyümesi, e-sigara ve ısıtılmış tütün ürünlerinin (HTP) sosyal medya üzerinden tanıtılması, özellikle gençlerde nikotin kullanımını artıran yeni bir dinamik oluşturmuştur.[6] Mevcut mevzuatın dijital alanlarda uygulanma kapasitesinin zayıf olması, gençlik gruplarında tütün kontrol politikalarının etkisini azaltmaktadır. Ayrıca nargile kafelerde mevzuat açıklarının uzun süre devam etmiş olması ve bazı kapalı alanlarda denetim yoğunluğunun azalması, sahadaki politika etkisini daha da sınırlamaktadır.[7]

1.2. Obezite ve Beslenme Politikalarının Etkinliği

Türkiye'de obezite prevalansı son yıllarda artmaya devam etmektedir. TBSA 2017 verilerine göre erişkinlerde obezite oranı %30'un üzerine çıkmıştır.[8] Çocukluk çağı obezitesi de yükselen bir eğilim göstermekte olup, bu durum erken yaşlarda sağlıksız beslenme kalıplarının yerleştiğini göstermektedir.

Türkiye, trans yağ kullanımını yasaklayan ilk ülkelerden biri olarak önemli bir kazanım elde etmiştir.[9] Bununla birlikte obeziteyi azaltmaya yönelik en etkili mali araçlardan biri olan şekerli içecek vergisi, ülkemizde halen uygulanmamaktadır.[10] Ultra-işlenmiş gıdaların yaygınlığı, porsiyon boyutlarının büyüklüğü, fiyat uygunluğu ve özellikle sosyal medya içerikleri aracılığıyla çocuk ve gençleri hedef alan agresif pazarlama yöntemleri, mevcut beslenme politikalarının nüfus düzeyindeki etkisini sınırlamaktadır.[11] Sağlıklı gıdaya erişimdeki sosyoekonomik eşitsizlikler, düşük gelirli gruplarda yetersiz beslenme ve obezite riskini artırmaktadır.[12]

Okul kantin düzenlemeleri, toplu beslenme rehberleri ve tuz azaltım girişimleri olumlu adımlar olmakla birlikte, davranışsal düzeyde etkilerinin sınırlı kaldığı görülmektedir.

1.3. Fiziksel Aktivite Politikalarının Etkinliği

Türkiye'de fiziksel aktivite düzeyi DSÖ hedeflerinin oldukça altındadır. STEPS 2023 verilerine göre erişkinlerin %65'inden fazlası yeterli fiziksel aktivite yapmamaktadır.[4] Bu durum, kampanya ve farkındalık çalışmalarının davranış değişikliği için tek başına yeterli olmadığını göstermektedir.

Fiziksel aktiviteye dair politika etkinliğini azaltan başlıca yapısal sorunlar şunlardır:

- Şehirlerde yürüyüş ve bisiklet yollarının yetersizliği,
- Motorlu araç ağırlıklı ulaşım politikaları,
- Güvenli park ve yeşil alan eksikliği,
- Kadınlarda kültürel ve güvenlik temelli kısıtlayıcı faktörler [13].

Dolayısıyla fiziksel aktivite politikalarının etkili olabilmesi için çevresel ve yapısal düzenlemelerin hayata geçirilmesi gerekmektedir.

1.4. Alkol Politikalarının Etkinliği

Türkiye'de toplam alkol tüketimi OECD ülkelerine kıyasla düşük olmasına rağmen, özellikle gençler arasında "riskli içim davranışlarında" artış gözlemlenmektedir.[14] Dijital mecralarda alkol tanıtımı ve görünürlüğü, uygulamada karşılaşılan denetim zorlukları ve üniversite ortamlarında içme kültürünün güçlenmesi, politika etkinliğini sınırlayan faktörlerdir.[15]

Türkiye, yüksek vergi, satış kısıtlamaları ve reklam yasakları açısından güçlü bir mevzuata sahip olsa da riskli içimi hedefleyen özel programların geliştirilmesinde eksiklik bulunmaktadır.

1.5. Hava Kirliliği ve Çevresel Risk Politikalarının Etkinliği

Hava kirliliği, BOH için önemli bir risk faktörüdür. Türkiye'de $PM_{2.5}$ düzeyleri birçok şehirde DSÖ sınır değerlerini aşmaktadır.[16] Ölçüm istasyonu sayılarındaki sınırlılık, veri paylaşımındaki düzensizlik ve sektörlerarası koordinasyon eksikliği politika etkisini azaltmaktadır.[17] Enerji, ulaşım ve şehircilik politikaları ile sağlık politikaları arasında daha güçlü bağlantılar kurulması gerekmektedir.

1.6. Ruh Sağlığı Politikalarının BOH Perspektifinden Etkinliği

Pandemi sonrası dönemde anksiyete, depresyon ve stresle ilişkili bozukluklarda artış gözlenmiştir.[18] Ruh sağlığındaki bozulma, özellikle tütün, alkol ve sağlıksız beslenme davranışlarını tetikleyerek BOH yükünü artırmaktadır. Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerine erişim artmış olsa da, koruyucu ruh sağlığı programlarının sınırlı olması politika etkisini azaltan bir unsur olarak öne çıkmaktadır.

1.7. Birinci Basamak ve Kronik Hastalık Yönetimi Politikalarının Etkinliği

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri güçlü bir ağ oluşturmakla birlikte, hipertansiyon ve diyabet kontrol oranlarının düşük olması önemli bir politika açığıdır.[19] Kontrolsüz hipertansiyon oranının yüksekliği, kronik hastalık yönetimi protokollerinin sahadaki uygulanma düzeyinin sınırlı olduğunu göstermektedir.[20]

Dijital sağlık altyapısı önemli fırsatlar sunmasına rağmen, klinik izlem protokollerine entegrasyonun tamamlanmamış olması politika etkisini zayıflatmaktadır[21]. Aile hekimlerinin iş yükü, düzenli takip oranlarının düşüklüğü ve ekip temelli bakım modellerinin yetersizliği, politika sonuçlarını olumsuz etkilemektedir.

2. DSÖ, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar İçin En Karlı Müdahaleler (NCD Best Buys) Türkiye Uygulamaları ve Değerlendirmesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) önlenmesi ve kontrolü için en maliyet–etkin müdahaleleri "NCD Best Buys, BOH En Karlı Müdahaleler" olarak tanımlamıştır.[23] Bu müdahaleler; tütün, alkol, sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite ve temel sağlık hizmetleri olmak üzere beş temel alanda düşük maliyetle yüksek sağlık kazanımı sağlayan, kanıta dayalı uygulamalardır. Türkiye, Best Buys müdahalelerinin önemli bir kısmını hayata geçirmiş olmakla birlikte; bazı alanlarda uygulama gücü sınırlı kalmış, diğer bazı alanlarda ise gerekli yapısal politika değişiklikleri uygulanamamıştır.[24] Bu bölümde Türkiye'nin Best Buys müdahaleleri ile uyumu ayrıntılı şekilde analiz edilmektedir.

2.1. Tütün Kontrolü: Best Buys Uygulamaları ve Türkiye'nin Performansı

DSÖ'ye göre tütün kontrolünde dört temel Best Buy müdahalesi bulunmaktadır:

(i) Tütün ürünlerine yüksek vergi

(ii) Dumansız hava sahası

(iii) Reklam–tanıtım–sponsorluk yasakları ve

(iv) Paket üzeri grafik uyarılar[25]

Türkiye, bu dört müdahalenin üçünde tam uyum sağlayan nadir ülkelerden biridir:[26]

- Dumansız hava sahası 2008'den bu yana güçlü şekilde uygulanmaktadır.[7]

- Reklam–tanıtım–sponsorluk tüm biçimleriyle yasaktır.[27]
- Paket üzeri grafik uyarılar 2010'dan itibaren uygulanmış, 2019'da %85 düzeyine çıkarılmıştır.[28]

Ancak tütün vergilerinde reel değer kaybı, Best Buys uyumunu zayıflatan en kritik unsur olmuştur. Enflasyonist ortamda vergilerin reel değeri azalmış, tütün ürünlerinin erişilebilirliği artmıştır.[29] Ayrıca yeni nesil nikotin ürünleri Best Buys çerçevesinde özel bir risk olarak tanımlanmasına rağmen, Türkiye'de kaçak ve dijital kanallar üzerinden erişim artmıştır.[30] Bu durum Best Buys'ın genç nüfusu korumaya yönelik etkisini sınırlamaktadır.

Türkiye'nin güçlü yönü kapsamlı mevzuattır; zayıf yönü ise uygulamada denetim farklılıkları ve vergi politikasının sürdürülebilir olmayışıdır.

2.2. Alkol Kullanımının Azaltılması: Türkiye'nin Kısmi Uyum Süreci

Alkol politikalarında DSÖ Best Buys şu üç müdahaleyi önermektedir:

(i) Vergilerin artırılması,

(ii) Satış kısıtlamaları ve

(iii) Reklam yasakları.[31]

Türkiye, bu alanda yüksek uyum gösteren ülkelerden biridir:

- Yüksek ÖTV düzeyi, alkol fiyatlarını göreceli olarak artırmıştır.[32]
- Reklam yasakları tam kapsamlıdır.[33]
- Gece satış kısıtlaması ve ruhsat düzenlemeleri uygulanmaktadır.[34]

Ancak STEPS 2023 verileri, özellikle genç yetişkinlerde riskli içim davranışının arttığını göstermektedir.[35] Mevzuat güçlüdür ancak Best Buys'ın hedeflediği davranışsal risk gruplarına yönelik müdahaleler (ör. kısa klinik müdahaleler, kampüs programları, çevrimiçi risk taramaları) sınırlıdır.[15]

Dolayısıyla Türkiye, alkol Best Buys'ta mevzuat uyumunda güçlü; davranışsal müdahalelerde zayıf bir profile sahiptir.

2.3. Sağlıksız Beslenme ve Obezite: Türkiye'nin En Düşük Uyum Gösterdiği Alan

Beslenmeye ilişkin Best Buys müdahaleleri şunlardır:

- Trans yağların kaldırılması
- Tuz azaltım politikaları
- Şekerli içecek vergisi
- Çocuklara yönelik pazarlamanın kısıtlanması.[10]

Türkiye trans yağların tamamen kaldırılması konusunda öncü ülkelerden biridir.[9] Tuz azaltım programları uzun süredir yürütülmektedir; ancak nüfus düzeyinde tuz tüketimi hâlen DSÖ hedeflerinin üzerindedir.[36]

En kritik eksiklik ise şekerli içecek vergisinin bulunmamasıdır.[37] Bu Best Buy, maliyet–etkinliği en yüksek müdahalelerden biri olarak kabul edilmektedir. Türkiye'de ulusal politik raporlarda defalarca önerilmesine rağmen uygulanmamıştır.[38]

Ultra-işlenmiş gıdaların tüketimindeki artış, Best Buys uyumunun düşük olmasının önemli sonuçlarından biridir.[39] Çocuklara yönelik dijital pazarlamanın denetlenememesi, çocukluk çağı obezitesinin artışına katkıda bulunmaktadır.[40]

Türkiye bu alanda mevzuat ve mali araçlarda en büyük gelişim potansiyeline sahiptir.

2.4. Fiziksel İnaktivitenin Azaltılması: Uygulamada Yapısal Eksiklikler

DSÖ Best Buys, fiziksel aktivite için çevresel düzenlemelere öncelik verilmesini önermektedir:

- Bisiklet yolları
- Yürünebilir şehir tasarımı
- Aktif ulaşım
- Okul temelli hareket programları.[13]

Türkiye'de fiziksel aktiviteyi teşvik eden kampanyalar uzun yıllardır yürütülmesine rağmen STEPS 2023 verileri nüfusun %65'inden fazlasının hâlen fiziksel olarak inaktif olduğunu göstermektedir.[35]

Türkiye'de fiziksel aktivite politikalarının zayıf yönleri:

- Kentsel tasarımda yürüyüş/bisiklet yollarının sınırlı olması[41]
- Şehir içi ulaşımın motorlu araç odaklı olması
- Kadınlarda fiziksel aktiviteye yönelik sosyal engeller.[42]

Dolayısıyla Türkiye, Best Buys'ın fiziksel aktivite ayağında düşük uygulama kapasitesine sahip ülkeler arasında değerlendirilebilir.

2.5. Birinci Basamak Hizmetlerinde BOH Yönetimi: Uyum Orta Düzeyde

Best Buys klinik müdahaleler arasında şunlar bulunmaktadır:

- Hipertansiyonun taraması
- Statin kullanımı için risk temelli yaklaşım
- Diyabet yönetimi
- Tütün bırakma destekleri.[43]

Türkiye birinci basamak sağlık hizmetleri açısından güçlü bir altyapıya sahip olsa da kontrol oranları düşük kalmaktadır:

- Hipertansiyon kontrol oranı DSÖ hedeflerinin gerisindedir.[19]
- Diyabet yönetiminde izlem sıklığı yetersizdir.[44]
- Tütün bırakma klinikleri yaygın olmakla birlikte dijital bağımlılık ve e-sigara kullanımında yeni hizmet modelleri gerekmektedir.[45]

Birinci basamak hizmetleri altyapı olarak güçlü, izlem protokollerinin uygulanması açısından sınırlı durumdadır.

3. Politika Açıkları ve Öncelikli Müdahale Alanları

Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) önlenmesi ve kontrolüne yönelik geliştirilen politika çerçevesi, son yirmi yılda önemli bir ilerleme göstermiştir. Tütün kontrolü, trans yağların kaldırılması, kanser taramalarının yaygınlaştırılması, birinci basamak hizmetlerinin güçlendirilmesi ve dijital sağlık altyapısının geliştirilmesi gibi alanlarda önemli kazanımlar elde edilmiştir.[46] Bununla birlikte 2020–2025 dönemine ait epidemiyolojik veriler, davranışsal risk faktörlerinin çoğunda istenilen düzeyde bir iyileşme olmadığını; bazı alanlarda ise risk düzeyinin yükseldiğini ortaya koymaktadır.[35] Bu bölümde Türkiye'nin BOH politikalarındaki temel açıklar sistematik biçimde değerlendirilmekte ve öncelikli müdahale alanları belirlenmektedir.

3.1. Tütün Kontrolünde Politik Açıklar

Türkiye, MPOWER kapsamındaki birçok müdahaleyi yüksek düzeyde uygulamaktadır; ancak tütün politikalarında üç önemli açık öne çıkmaktadır:

(i) Vergilerin reel değer kaybı

Enflasyonist ortamda ÖTV artışlarının yeterli olmaması, tütün ürünlerinin reel fiyatının düşmesine ve sigara erişilebilirliğinin artmasına neden olmuştur [29]. DSÖ'ye göre tütün vergilerinin reel olarak artırılmaması, gençlerde sigara başlama olasılığını artıran en temel faktörlerden biridir.[25]

(ii) Yeni nesil nikotin ürünleri için düzenleme eksiklikleri

E-sigara ve ısıtılmış tütün ürünleri için satış yasağı bulunmasına rağmen, dijital platformlar ve kaçak yollar aracılığıyla yaygın şekilde erişim söz konusudur.[30] Bu durum Best Buys müdahalelerinin genç nüfusu koruma etkisini zayıflatmaktadır.

(iii) Dumansız hava sahası denetimlerinde bölgesel farklılıklar

Bazı illerde denetim yoğunluğu yüksekken, özellikle büyük şehirlerde kapalı alan ihlalleri artmaktadır.[7] Bu durum politikanın uygulanmasında eşitsizlik yaratmaktadır.

Tütün kontrolündeki bu politika açıkları, Türkiye'nin tütün kullanım oranlarını azaltma hedefini önemli ölçüde sınırlamaktadır.

3.2. Obezite ve Sağlıksız Beslenmede Politik Açıklar

Türkiye'nin obezite prevalansı OECD ortalamalarının üzerindedir. TBSA 2017 sonuçları, obezitenin hızla arttığını göstermektedir.[8] Bu artışın arkasında dört temel politika açığı bulunmaktadır:

(i) Şekerli içecek vergisinin bulunmaması: DSÖ tarafından en maliyet–etkin müdahalelerden biri olarak tanımlanan şekerli içecek vergisi Türkiye'de hâlâ uygulanmamaktadır.[10] Bu durum, çocuk ve yetişkinlerde yüksek kalorili ürün tüketiminin azaltılmasını engellemektedir.

(ii) Ultra-işlenmiş gıda tüketiminin denetim eksikliği. Ultra-işlenmiş gıdaların tüketimi Türkiye'de hızla artmaktadır. Ürünlerin ucuzluğu, agresif dijital pazarlama stratejileri ve yasal çerçevenin bu alanı yeterince kapsamaması önemli politika boşlukları yaratmaktadır.[35]

(iii) Çocuklara yönelik gıda pazarlamasının yetersiz düzenlenmesi: Çocuklara yönelik reklam sınırlamaları dijital mecralarda etkin şekilde uygulanamamaktadır. [40] Çocukluk çağı obezitesindeki artışın başlıca nedenlerinden biri bu politika açığıdır.

(iv) Sağlıklı gıdaya erişimde sosyoekonomik eşitsizlikler: Düşük gelirli gruplarda sağlıklı gıdaya erişimin sınırlı olması, BOH risk faktörlerini artırmaktadır[12]. Bu durum politikaların toplum genelinde eşit etki yaratmasını engellemektedir.

3.3. Fiziksel İnaktivite Alanındaki Politik Açıklar

Türkiye'de fiziksel inaktivite, BOH risk profili içinde en az gelişme kaydedilen alanlardan biridir. STEPS 2023 verilerine göre erişkinlerin %65'inden fazlası fiziksel olarak inaktiftir.[35]

Bu durumda üç temel politika açığı öne çıkmaktadır:

(i) Kentsel planlamada fiziksel aktiviteyi destekleyen altyapı eksikliği: Yürüyüş yolları, bisiklet yolları ve güvenli park alanları birçok şehirde yetersizdir.[47]

(ii) Ulaşım politikalarının motorlu araç odaklı olması: Aktif ulaşımı teşvik eden bütüncül bir ulusal politika henüz oluşturulmamıştır.[48]

(iii) Kadınlarda fiziksel aktiviteye yönelik sosyal engeller: Kadınların fiziksel aktivite düzeyleri, güvenlik, sosyal normlar ve erişilebilirlik sorunları nedeniyle daha düşüktür.[42]

Bu politika açıklarının giderilmesi, fiziksel aktivitenin artırılmasında kritik önem taşımaktadır.

3.4. Türkiye Alkol Tüketimi Açısından Düşük Riskli Ülkelerden Biri Olsa Da, "Riskli İçim" Davranışları Artmaktadır.14

Bu alandaki temel politika açıkları şunlardır:

- Gençlere yönelik dijital alkol pazarlamasının denetlenememesi[15]
- Üniversite kampüslerinde riskli içim programlarının olmayışı
- Acil serviste kısa müdahale modellerinin yaygınlaşmaması
- Alkol kullanım bozuklukları için toplum temelli tedavi modellerinin sınırlılığı

Bu boşluklar, toplam alkol tüketiminin düşük olmasına rağmen, zararlı kullanım riskinin yüksek kalmasına neden olmaktadır.

3.5. Çevresel Riskler ve Hava Kirliliği Alanındaki Politik Açıklar

$PM_{2.5}$ değerleri Türkiye'nin birçok ilinde DSÖ standartlarını aşmaktadır.[16] Bu alanda üç temel politika açığı mevcuttur:

- Ölçüm istasyonu sayısının yetersizliği ve bazı bölgelerde veri eksikliği[17]
- Enerji, çevre ve ulaşım politikalarının sağlık etkisine göre şekillendirilmemesi
- Şehir içi hava kirliliği kaynaklarının (trafik, ısınma, sanayi) bütüncül ele alınamaması

Bu politika açıkları, BOH yükünün azaltılmasında en kritik çevresel engeller arasındadır.

3.6. Ruh Sağlığı Politikalarındaki Açıklar

Pandemi sonrası ruh sağlığı sorunlarında belirgin bir artış olmasına rağmen, Türkiye'de koruyucu ruh sağlığı programlarının kapsamı sınırlıdır.[18] Ayrıca:

- Ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu bölgesel eşitsizlikler göstermektedir.[49]
- Toplum temelli ruh sağlığı merkezlerinin kapasitesi yetersizdir.
- Ruh sağlığı–BOH ilişkisini hedefleyen özel programlar bulunmamaktadır.

Ruh sağlığı politikalarının güçlendirilmesi, BOH risk faktörlerinin azaltılmasında kritik rol oynayacaktır.

3.7. Birinci Basamak Hizmetlerinde Açıklar

Türkiye güçlü bir birinci basamak altyapısına sahip olmasına rağmen, kronik hastalık yönetimi hedefleri istenen düzeye ulaşamamıştır.[50] Başlıca açıklar şunlardır:

- Hipertansiyon ve diyabet kontrol oranlarının düşük olması[20]
- Aile hekimlerinin iş yükünün yüksekliği
- Ekip temelli bakım modellerinin zayıflığı
- Kronik hastalık izlem protokollerinin sahada tam uygulanmaması[51]
- Dijital sistemlerin klinik karar destek süreçlerine tam entegre olmaması[21]

Bu eksiklikler, BOH yükünü azaltmaya yönelik politikaların sahadaki etkisini sınırlandırmaktadır.

Genel Değerlendirme

Türkiye, BOH politikaları açısından güçlü bir stratejik çerçeveye sahiptir; ancak uygulama düzeyinde ciddi iyileştirme gerektiren alanlar bulunmaktadır. Tütün vergilerinin reel artırılması, şekerli içecek vergisinin hayata geçirilmesi, fiziksel aktiviteyi destekleyen şehircilik politikalarının güçlendirilmesi, dijital pazarlama düzenlemelerinin sıkılaştırılması, ruh sağlığı hizmetlerinin genişletilmesi ve kronik hastalık yönetiminde ekip temelli modellerin geliştirilmesi, önümüzdeki dönemin en kritik müdahale alanlarıdır. Bu politika açıklarının kapatılması, Best Buys uyumunun güçlendirilmesini sağlayacak ve Türkiye'nin BOH yükünü azaltmada önemli kazanımlar elde etmesine katkı sağlayacaktır.[22]

4. 2025 Sonrası Stratejik Öneriler

Türkiye'nin 2020–2025 dönemine ilişkin BOH performansı, ulusal politika çerçevesinin güçlü olmasına rağmen uygulama düzeyinde belirgin boşluklar olduğunu

göstermiştir [24]. Risk faktörlerinin çoğunda (tütün, obezite, fiziksel inaktivite, sağlıksız beslenme, alkol, hava kirliliği) istenilen hızda ilerleme sağlanamaması, 2025 sonrası dönem için daha etkili, daha bütüncül ve daha çok sektörlü bir yaklaşımın gerekliliğini ortaya koymaktadır.[52] Bu bölümde Türkiye'nin BOH ile mücadelesini güçlendirmek için 2025 sonrası dönemde uygulanması gereken stratejik politika önerileri sunulmaktadır.

4.1. Tütün Kontrolünde Stratejik Öneriler

(i) Vergi politikasının yeniden yapılandırılması: Tütün ürünlerinin reel fiyatını artıracak şekilde öngörülebilir ve otomatik vergi ayarlama mekanizması getirilmelidir.[29] Enflasyonun üzerinde yıllık vergi artışları, Türkiye'nin MPOWER uyumunu güçlendirecek ve gençlerde başlamayı azaltacaktır.[25]

(ii) Yeni nesil nikotin ürünlerini kapsayan bütüncül mevzuat: E-sigara ve ısıtılmış tütün ürünleri için pazarlama, tanıtım ve çevrimiçi satış yasağı, sosyal medya platformlarını da içerecek şekilde geliştirilmelidir.[30] Dijital denetim kapasitesi artırılmalıdır.[53]

(iii) Dumansız hava sahasında akıllı denetim modeli: Risk temelli denetim algoritmaları, mobil uygulama tabanlı bildirim mekanizmaları ve yapay zeka destekli denetim modelleri geliştirilmelidir.[7]

(iv) Tütün bırakma hizmetlerinin dijital entegrasyonu: E-nabız ve MHRS ile entegre çalışan "dijital tütün bırakma platformu" oluşturulmalıdır.[54] Gençlere yönelik özel bırakma modülleri geliştirilmelidir.

4.2. Obezite İle Mücadelede Stratejik Öneriler

Türkiye'nin en acil müdahale gerektiren alanlarından biri obezitedir. Bu kapsamda:

(i) Şekerli içecek vergisinin acilen uygulanması: DSÖ'ye göre en maliyet–etkin müdahalelerden biri olan bu vergi, kısa sürede obezite artış hızını düşürmektedir.[10]. En az %20 oranında bir ÖTV artışı önerilmektedir.[37]

(ii) Ultra-işlenmiş gıdaların düzenlenmesi: Ambalaj ön yüzünde uyarı etiketleri, porsiyon düzenlemeleri ve yüksek şeker–tuz–yağ içerikli ürünlerde satış kısıtlamaları getirilmelidir.[39]

(iii) Çocuklara yönelik dijital pazarlamanın sıkı düzenlenmesi: Türkiye'de dijital pazarlama büyük ölçüde denetimsizdir. Algoritmik reklamları kapsayan düzenleme zorunludur.[40]

(iv) Sağlıklı gıdaya erişimin teşvik edilmesi: Düşük gelirli hanelere yönelik sağlıklı gıda destekleri, okullarda ücretsiz meyve–sebze programları ve taze gıdaya erişim sübvansiyonları uygulanmalıdır.[55]

4.3. Fiziksel Aktivitenin Artırılmasına Yönelik Stratejik Öneriler

(i) "Aktif şehir" politikası geliştirilmelidir: Kentsel planlama mevzuatına zorunlu bisiklet yolları, yürüyüş yolları ve yeşil alan standartları eklenmelidir.[41]

(ii) Ulaşım politikalarında paradigma değişimi: Motorlu araç odaklı sistemden, aktif ulaşımı önceleyen bir sisteme geçiş yapılmalıdır. Toplu taşımada bisiklet entegrasyonu sağlanmalıdır.[48]

(iii) Kadınlara yönelik fiziksel aktivite eşitsizliklerinin azaltılması: Kadınlar için güvenli park alanları, düşük ücretli spor tesisleri ve sosyal programlar artırılmalıdır.[42]

(iv) Okullar için zorunlu fiziksel aktivite saatleri: Haftada en az 5 gün 30 dakikalık hareket programı, ilkokul ve ortaokullarda zorunlu hale getirilmeli ve uygulama performansı izlenmelidir. [56]

4.4. Alkol Politikalarında Stratejik Öneriler

(i) Dijital alkol pazarlamasına tam yasak: Çocuk ve gençlere erişimi engelleyen dijital reklam engelleme sistemleri zorunlu hale getirilmelidir.[14]

(ii) Üniversite kampüslerinde riskli içim programları: Bütün üniversitelerde riskli içim taramaları ve kısa müdahale programları başlatılmalıdır.[15]

(iii)Acil serviste kısa müdahale protokollerinin yaygınlaştırılması DSÖ kısa müdahale protokolleri (BI-SBIRT) tüm acil servislere entegre edilmelidir.[57]

4.5. Hava Kirliliği ve Çevresel Risklerde Stratejik Öneriler

(i) Ulusal PM2.5 standartlarının DSÖ ile uyumlu hale getirilmesi: Türkiye'nin PM2.5 sınır değerleri DSÖ ile uyumlu değildir. Yeni standartlar acilen düzenlenmelidir.[16]

(ii) Şehir içi hava kirliliği kaynaklarının bütüncül yönetimi: Ulaşım, enerji ve ısınma sektörlerinde ortak bir "Temiz Hava Eylem Çerçevesi" oluşturulmalıdır.[17]

(iii) Ölçüm istasyonlarının yaygınlaştırılması: Tüm illerde kesintisiz PM2.5 ölçümü yapılmalıdır.[58]

4.6. Ruh Sağlığı Alanında Stratejik Öneriler

(i) Koruyucu ruh sağlığı programlarının genişletilmesi: Okullarda ruh sağlığı taramaları, dijital danışmanlık ve toplum temelli psikososyal müdahaleler artırılmalıdır.[18]

(ii) Ruh sağlığı hizmetlerinde eşitsizliklerin azaltılması: Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerine yönelik hedeflenmiş kapasite artırımı yapılmalıdır.[59]

(iii) BOH ile ruh sağlığı entegrasyonu: Kronik hastalığı olan bireylerde depresyon ve anksiyete taramaları birinci basamakta rutine alınmalıdır. [60]

4.7. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi

(i) Ekip temelli bakım modeline geçiş: Aile hekimi + hemşire + diyetisyen + psikolog + sosyal hizmet uzmanı içeren bir kronik hastalık takımı modeli uygulanmalıdır.[61]

(ii) Hipertansiyon ve diyabet kontrol programı: DSÖ'nün HEARTS programı ulusal düzeyde uygulanmalı, hipertansiyon yönetimi için standart klinik protokoller zorunlu hale getirilmelidir. [62]

(iii) Dijital sağlık çözümlerinin tam entegrasyonu: Karar destek algoritmaları, ilaç uyum takibi ve kronik hastalık izlem uyarıları e-nabız sistemine entegre edilmelidir.[21]

(iv) Birinci basamak iş yükünün dengelenmesi: Aile hekimliği başına düşen nüfus azaltılmalı; kronik hastalık izlemi için haftalık en az iki saatlik "koruyucu sağlık zamanı" tanımlanmalıdır. [63]

5. Genel Değerlendirme

Türkiye, BOH ile mücadelede güçlü bir mevzuata ve stratejik çerçeveye sahiptir. Ancak uygulama yoğunluğu, denetim gücü, dijital pazarlama kanalları, sosyal belirleyicilerin etkisi ve sektörler arası koordinasyon gibi alanlarda politika açıkları bulunmaktadır. Bu nedenle Türkiye'nin BOH politikalarının etkinliğini artırmak için Best Buys uygulamalarını güçlü, sıkı, sürekli ve çok sektörlü bir yaklaşım ile desteklemesi gerekmektedir.[22]

Öte yandan, Türkiye, tütün ve trans yağlar gibi bazı Best Buys müdahalelerinde küresel başarı örneği gösteren ülkelerden biridir.

Buna karşın:

- Şekerli içecek vergisi
- Çocuklara yönelik pazarlama kısıtlamaları
- Yapısal fiziksel aktivite politikaları,
- Alkol riskli içimini hedefleyen davranışsal müdahaleler
- Kronik hastalık yönetimi izlem protokollerinin uygulanması

gibi yüksek etkili müdahalelerde geliştirme alanları büyüktür.

Türkiye'nin 2025 sonrası politika çerçevesinde, Best Buys uyumunu güçlendirmesi; sürdürülebilir, çok sektörlü ve maliyet–etkin yaklaşımı genişletmesi kritik öneme sahiptir.

Türkiye'nin 2025 sonrası BOH ile mücadelede başarılı olabilmesi için politikaların yalnızca mevzuat odaklı değil, aynı zamanda yapısal, çok sektörlü, dijitalleşmiş ve maliyet–etkin bir çerçevede uygulanması gerekmektedir. Vergi politikaları, sağlıklı beslenme düzenlemeleri, aktif şehircilik uygulamaları, dijital pazarlama denetimleri, ruh sağlığı hizmetlerinin genişletilmesi ve birinci basamak hizmetlerinin güçlendirilmesi, Türkiye'nin BOH yükünü azaltmada en kritik stratejik adımlardır.[22]

KAYNAKLAR

1. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). NCD Global Monitoring Report 2023.
2. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). MPOWER Report 2023.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2024-2028 [İnternet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024 [Erişim Tarihi: 2 Aralık 2025]. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/2024-2028_Tutun_Kontrolu_Strateji_Belgesi_ve_Eylem_Plani.pdf
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2023 [İnternet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025 [Erişim Tarihi: 2 Aralık 2025]. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/05/12/turkiye-hanehalki-saglik-arastirmasi-2023.pdf
5. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Global Tobacco Economics – 2022.
6. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Heat-Not-Burn Regulatory Brief, 2023.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2022 Yılı Birim Faaliyet Raporu [İnternet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2023 [Erişim Tarihi: 2 Aralık 2025]. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/butce-ve-projeler-db/Dokumanlar/bfr2022.pdf
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2017 [İnternet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2019 [Erişim Tarihi: 2 Aralık 2025]. Erişim Adresi: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Turkiye_Beslenme_ve_Saglik_Arastirmasi_TBSA_2017.pdf
9. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). REPLACE Trans Fat Initiative.
10. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Best Buys for NCD Prevention, Nutrition Section.
11. UNICEF Doğu Asya ve Pasifik Bölge Ofisi. Digital marketing of unhealthy food and non-alcoholic beverages to children in the East Asia and Pacific Region [İnternet]. Bangkok: UNICEF; 2020 [Erişim Tarihi: 2 Aralık 2025]. Erişim Adresi: https://www.unicef.org/eap/media/16546/file/Digital%20marketing%20on%20Nutrition_FINAL.pdf.pdf
12. Ipek, O. (2022). The dynamics of household food insecurity in Turkey. Sosyoekonomi, 30(53), 195-208.Dünya Sağlık

Örgütü (DSÖ). Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030. doi: 10.17233/sosyoekonomi.2022.03.10
13. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Global Status Report on Alcohol 2022.
14. Orhan M, Kaya MV, Sayar B. Alcohol use among students in Turkey: A systematic review study. Turk J Public Health. 2023;21(1):127-143. doi: 10.20518/tjph.1168114.
15. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Ambient Air Pollution Database 2023.
16. Clean Air Policy Türkiye Değerlendirmesi 2022.
17. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Mental Health Atlas 2022.
18. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). PEN Protocols – Hypertension Control.
19. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Araştırması 2022.
20. Türkiye Dijital Sağlık Sistemleri Raporu 2023.
21. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), UNDP. NCD Investment Case – Turkey, 2021.
22. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). NCD Best Buys 2023.
23. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). NCD Progress Monitor 2022.
24. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). MPOWER Technical Package.
25. Türkiye Tütün Kontrolü Mevzuatı Analizi 2022.
26. RTÜK Reklam Yasakları Düzenlemesi.
27. Paket Üzeri Uyarılar Yönetmeliği 2019.
28. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Tobacco Taxation Report 2021.
29. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Heat-Not-Burn Product Regulation Brief 2023.
30. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Global Alcohol Strategy.
31. Türkiye Alkol Vergilendirme Raporu 2022.
32. Reklam Yasakları Denetim Raporu 2021.
33. Türkiye Alkol Satış Kısıtlamaları Mevzuatı.
34. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2023 [İnternet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025 [Erişim Tarihi: 2 Aralık 2025]. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/05/12/turkiye-hanehalki-saglik-arastirmasi-2023.pdf
35. Türkiye Tuz Tüketimi Çalışması 2022.
36. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). SSB Taxation Policy Brief 2021.
37. Türkiye Sağlık Politikası Finansman Notu 2023.
38. Şimşek H, Rajabi A, Öztürk B, Uçar A. Ultra-Processed Foods Marketed in Türkiye: An Analysis of Nutritional Quality and Packaging Sustainability. Nutr Bull. 2025;50(2):302-310. doi: 10.1111/nbu.70005.
39. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. Monitoring and restricting digital marketing of unhealthy products to children and adolescents [İnternet]. Kopenhag: DSÖ Avrupa Bölge Ofisi; [Erişim Tarihi: 2 Aralık 2025]. Erişim Adresi: https://www.who.int/europe/activities/monitoring-and-restricting-digital-marketing-of-unhealthy-products-to-children-and-adolescents
40. T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı Mekânsal Planlama Genel Müdürlüğü. Yerel Yönetimler İçin Kentsel Tasarım Rehberi [İnternet]. Ankara: T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı; 2022 [Erişim Tarihi: 2 Aralık 2025]. Erişim Adresi: https://webdosya.csb.gov.tr/db/mpgm/icerikler/yerel-yonetimler-icin-kentsel-tasarim-rehberi-kapak-eklenm-s-hal--20220202084506.pdf
41. World Health Organization. Physical activity profile 2022: Turkey [İnternet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [Erişim Tarihi: 2 Aralık 2025]. Erişim Adresi: https://www.who.int/publications/m/item/physical-activity-tur-2022-country-profile
42. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). PEN Protocols.
43. Diabetes Care Cascade – Türkiye 2022.
44. Tütün Bırakma Klinikleri Değerlendirme Raporu.
45. Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirme Raporu 2022.
46. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028): Kentsel Yaşam Kalitesi Özel İhtisas Komisyonu Raporu [İnternet]. Ankara: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı; 2022 [Erişim Tarihi: 2 Aralık 2025]. Erişim Adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Kentsel-Yasam-Kalitesi-Ozel-Ihtisas-Komisyonu-Raporu.pdf
47. T.C. Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı Haberleşme Genel Müdürlüğü. Türkiye Intelligent Transportation Systems (ITS) Current Situation Analysis Report [İnternet]. Ankara: T.C. Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı; [Erişim Tarihi: 2 Aralık 2025]. Erişim Adresi: https://hgm.uab.gov.tr/uploads/pages/akilli-ulasim-sistemleri-aus/turkiye-current-situation-analysis-report-66c6dfba358c7.pdf
48. Türkiye Ruh Sağlığı Hizmetleri Değerlendirme Raporu.
49. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). PEN Protocols – Chronic Disease Management.
50. Birinci Basamak İzlem Protokolleri Değerlendirmesi 2021.
51. Türkiye Sağlık Raporu 2020 ve devamı.
52. Best-ReMaP Joint Action. D6.3 Piloting Report [Internet]. Europe: Best-ReMaP; 2023 [Erişim Tarihi: 2 Aralık 2025]. Erişim Adresi: https://bestremap.eu/wp-content/uploads/2023/09/D6.3-PILOTING-REPORT-FINAL-26.7.23.pdf
53. E-Nabız Entegrasyon Raporu 2023.
54. Türkiye Gıda Erişilebilirliği Raporu 2022.
55. Milli Eğitim Hareket Programı Değerlendirmesi 2022.
56. SBIRT Implementation Guide – Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ).
57. Çevre Ölçüm İstasyonları Kapasite Raporu.
58. Türkiye Ruh Sağlığı Eşitsizlik Raporu.
59. BOH–Ruh Sağlığı Entegrasyon Rehberi 2021.
60. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Integrated Care for Chronic Diseases.
61. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). HEARTS Technical Package 2022.
62. Birinci Basamak İş Yükü Analizi 2022.

Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Alanında Geleceğe Yönelik Değerlendirme

Sultan Eser

Türkiye, bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) alanında sağlam bir stratejik çerçeve ve mevzuata sahip olsa da, hastalık yükü ve risk faktörleri açısından ciddi ve acil bir halk sağlığı sorunuyla karşı karşıyadır. Kalp damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları, diyabet ve diğer BOH'lar, ölümlerin ve sakatlıkların başlıca nedenleri olmaya devam etmektedir. Bu yük, Türkiye'nin demografik yapısındaki değişim ve yaşlanma ile daha da artma eğilimindedir.

Mevcut durumun analizi, birbiriyle bağlantılı üç temel sorun alanını ortaya koymaktadır:

1. **Veri ve İzleme Sistemlerindeki Eksiklikler:** Başta mortalite verileri olmak üzere, kanser, kalp damar hastalıkları ve diğer BOH'ların epidemiyolojisine ilişkin veriler, yöntem farklılıkları, karşılaştırılabilirlik sorunları ve güncel veri üretimindeki aksamalar nedeniyle yetersiz kalmaktadır. Bu durum, eğilimlerin doğru izlenmesini ve politika etkinliğinin değerlendirilmesini güçleştirmektedir.
2. **Risk Faktörlerinin Yaygınlığı:** Tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, hava kirliliği gibi önlenebilir risk faktörleri toplumda yaygın olarak görülmekte ve bu faktörlere yönelik müdahalelerin uygulama ve denetim düzeyi arzu edilen seviyenin gerisinde kalmaktadır. Özellikle tütün ürünleri kullanım oranlarındaki yükseklik, obezitedeki artış, dijital pazarlamanın denetimsizliği ve yeni nesil tütün ürünlerinin tehdidi acil politika eylemleri gerektirmektedir.
3. **Sağlık Sistemindeki Hizmet Süreçlerine İlişkin Zorluklar:** Birincil koruma (önleme) ve erken tanı ve tarama programlarının etkinliği sınırlıdır. Kanser taramalarında sürecin program etkinliklerini değerlendirmeye izin verecek ölçütleri üretmeye olanak verecek şekilde organize edilmemiş olması, katılımın düşük düşük seyretmesi, birinci basamakta kronik hastalık yönetimi için ekip temelli modellerin eksikliği, tanı ve tedavi standartlarının iyileştirilmesi gerekliliği ve palyatif bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması ihtiyacı, sağlık hizmet sunumunda sistemsel iyileştirme gereksinimlerine işaret etmektedir.

Sonuç olarak, Türkiye'nin BOH yükünü azaltabilmesi için, mevcut güçlü politika çerçevesinin, sıkı denetim, sektörler arası koordinasyon, veriye dayalı karar alma ve hizmet sunumunda yenilikçi modellerle desteklenmesi gerekmektedir. "Tüm Politikalarda Sağlık" yaklaşımının etkin bir şekilde hayata geçirilmesi bu mücadelenin olmazsa olmazıdır.

Türkiye'de BOH yükünü azaltmak ve 2025 sonrası dönemde daha sağlıklı bir topluma ulaşmak için aşağıdaki ana başlıklarda öneriler geliştirilmiştir:

1. Veriye Dayalı Karar Alma ve İzleme Sistemlerinin Güçlendirilmesi

- Ölüm Bildirim Sisteminin Güçlendirilmesi: Ölüm nedenlerinin doğru ve standart kodlanması, bulaşıcı olmayan hastalık yükünün izlenmesi için kritiktir. Bu nedenle, ölüm bildirim sisteminin, özellikle ölüm nedenlerinin belirlenmesi anlamında kalitesi iyileştirilmeli ve hem Türkiye geneli hem de iller için yapılan analizlerde, yalnızca oranların verilmesi yerine, kaba, yaşa-cinsiyete özel ve yaşa standardize mortalite hızları hesaplanarak raporlanmalıdır.
- Ulusal, Karşılaştırılabilir Epidemiyolojik Çalışmalar: BOH ve risk faktörlerinin sıklığını izlemek için tüm bölgeleri temsil eden, standart yöntemlerle yapılan ve zaman içinde tekrarlanan ulusal çalışmalar yapılmalıdır.
- Kanser Kayıt Sisteminin Etkinleştirilmesi: Türkiye Sentinel Kanser Kayıt Ağı (TKKA) nitelikli personel ile desteklenmeli, kapsamı genişletilmeli ve üretilen yüksek kaliteli verinin araştırmacılara erişimi kolay-

laştırılmalıdır. Diğer bölgelerdeki kanser kaydından vazgeçilerek kaynaklar bu sisteme aktarılmalıdır.

- Diğer BOH'lar için de benzeri kayıt sistemleri kurulmalıdır.
- İnteraktif İzleme Platformları: Tütün kullanımı, obezite, fiziksel aktivite, kanserler gibi alanlara ilişkin güncel verileri içeren, şeffaf ve halka açık interaktif gösterge panelleri (dashboard'lar) oluşturulmalıdır.

2. Birincil Koruma (Önleme) Politikalarının Etkin Uygulanması

- Tütün Kontrolünde Sıfır Tolerans: Mevcut yasaların (4207 Sayılı Kanun) ihlallerinin önlenmesi için akıllı denetim modelleri (yapay zeka, mobil bildirim) geliştirilmelidir. Elektronik sigara ve ısıtılmış tütün ürünlerini de kapsayan kapsamlı bir mevzuat çıkarılmalı, dijital pazarlama ve çevrimiçi satış sıkı denetlenmelidir. Tütün bırakma hizmetleri dijital platformlarla (e-nabız) entegre edilmeli ve tümüyle geri ödeme kapsamına alınmalıdır.
- Sağlıklı Beslenme ve Obezite ile Mücadele: Şekerli içecek vergisi acilen hayata geçirilmelidir. Ultra-işlenmiş gıdalar için ambalaj ön yüzü uyarı etiketleri (trafik ışığı sistemi) zorunlu hale getirilmelidir. Çocuklara yönelik dijital gıda pazarlaması sıkı bir şekilde düzenlenmeli ve kısıtlanmalıdır. Sağlıklı gıdaların fiyatlarını düşürmeye yönelik sübvansiyonlar uygulanmalı, okullarda öğrencilere sağlıklı öğün sağlanmalıdır.
- Fiziksel Aktivitenin Teşviki: "Aktif Şehir" politikaları benimsenmeli; kentsel planlamaya bisiklet yolları, yürüyüş yolları ve yeşil alan standartları zorunlu olarak eklenmelidir. Okullarda haftada en az 150 dakika fiziksel aktivite zorunlu hale getirilmelidir.
- Çevresel Risklerin Azaltılması: Hava kirliliği için PM2.5 standartları DSÖ kılavuzlarıyla uyumlu hale getirilmeli, ölçüm istasyonları yaygınlaştırılmalı ve temiz hava eylem planları oluşturulmalıdır.

3. Erken Tespit, Tedavi ve Bakım Süreçlerinin İyileştirilmesi

- Kanser Kontrolü: 2025-2030 Ulusal Kanser Kontrol Planı acilen hazırlanmalıdır. Meme, serviks ve kolorektal kanser taramaları, davet, takip ve değerlendirme süreçlerini içeren organize tarama programlarına dönüştürülmelidir. Akciğer kanserinde yüksek riskli gruplara yönelik spiral tomografi taraması değerlendirilmelidir. Yine bölgesel olarak insidansın yüksek olduğu bölgelerde erken tanı ve endoskopi ile tarama programları uygulaması değerlendirilmelidir.
- Diğer BOH'larda erken tanı programları güçlendirilmeli ve etkili yönetim programları etkin bir şekilde yürütülmelidir. Birinci basamakta kullanılan Hastalık Yönetim Platformunun (HYP) etkinliği sürekli değerlendirilmeli ve yükseltilmelidir.
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi: Aile hekimliği merkezlerinde kronik hastalık yönetimi için ekip temelli bakım modelleri (hekim, hemşire, diyetisyen, psikolog) yaygınlaştırılmalıdır. DSÖ HEARTS programı gibi hipertansiyon ve diyabet kontrol programları uygulanmalı, dijital karar destek sistemleri (e-nabız) entegre edilmelidir. Aile hekimlerine kronik hastalık izlemi için koruyucu sağlık zamanı ayrılmalıdır. Bunun için aile hekimliğine kayıtlı nüfus azaltılmalı ve izleme ve değerlendirmeyi güçlendirmek için sistem nüfus tabanlı hale getirilmelidir.
- Tedavi Standartları ve Özel İhtiyaçlar: Kanser tedavileri için ulusal algoritma ve standartlar geliştirilmeli, nadir kanserler için uzmanlık merkezleri oluşturulmalıdır.
- Palyatif Bakım: Palyatif bakım hizmetleri, birinci basamağı da içerecek şekilde yaygınlaştırılmalı ve erişilebilir kılınmalıdır.

4. Çok Sektörlü Yaklaşım, Kapasite ve Farkındalığın Artırılması

- "Tüm Politikalarda Sağlık" İlkesinin Benimsenmesi: Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere, tarım, gıda, çevre, şehircilik, ulaştırma, eğitim ve maliye bakanlıkları arasında BOH mücadelesi için etkin koordinasyon mekanizmaları kurulmalıdır.
- İnsan Kaynağı Kapasitesinin Geliştirilmesi: Sağlık Bakanlığı'nda (Kanser Dairesi, BOH birimleri vb.) ve sahada epidemiyolog, halk sağlığı uzmanı gibi nitelikli personel sayısı artırılmalıdır.
- Toplumsal ve Profesyonel Farkındalık: Hem toplum genelinde hem de sağlık çalışanları arasında BOH'lar, risk faktörleri, erken belirtiler ve sağlıklı yaşam tarzları konusunda sürekli ve etkili farkındalık kampanyaları yürütülmelidir.
- Bilimsel Araştırma Desteği: BOH'ların önlenmesi ve kontrolüne yönelik bilimsel araştırmalara kaynak ayrılmalı, niteliksel ve niceliksel çalışmalar desteklenmelidir.

Türkiye, BOH'lar ile mücadelede atılacak kararlı, bütünleşik ve sürdürülebilir adımlarla, sadece sağlık göstergelerini iyileştirmekle kalmayacak, aynı zamanda sosyal ve ekonomik kalkınmasını da güçlendirecektir. Başarı, politika yapıcıların kararlılığı, sağlık sisteminin etkinliği, diğer sektörlerin katkısı ve toplumun sahiplenmesi ile mümkün olacaktır.

BÖLÜM 8

TOPLUM RUH SAĞLIĞI

Bölüm Editörü: *Özge Karadağ*

Sunuş

Özge Karadağ

Toplum ruh sağlığı, toplumlarda ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi ile hastalıkların tanısı, tedavisi ve rehabilitasyonu için halk sağlığı prensiplerini ve toplum temelli yaklaşımları benimseyen bir kavram olarak kullanılmaktadır. Günümüzde dünyamızı küresel olarak etkileyen konular arasında hızlı kentleşme, çevre kirliliği, iklim değişikliği, çatışmalar, afetler, salgınlar, sosyal medya ve diğer bağımlılıkların artması, fiziksel aktivitenin azalması, obezite ve bulaşıcı olmayan hastalıkların artışı ile sağlıkta eşitsizlikler gibi konular yer almaktadır ve tümü, ruh sağlığı ve ruhsal iyilik hali ile ilişkili konulardır. Ne var ki tüm dünyada fiziksel sağlığın daha fazla öncelendiği, sağlığın ruhsal ve sosyal boyutunun ise çoğu zaman daha geri planda kaldığı görülmektedir. Ruh sağlığını toplumlar düzeyinde ve küresel düzeyde geliştirmek, diğer bir deyişle "Herkese Ruh Sağlığı" hedefine erişmek, günümüzde toplumları etkileyen çevresel faktörler ve ruh sağlığı arasındaki ilişkilerin daha fazla dikkate alınması, toplum ruh sağlığı insan gücünün ve hizmetlerinin zenginleşmesi ve daha geniş çerçevede sektörler arası işbirliğininin güçlenmesi ile mümkün olacaktır.

Türkiye Sağlık Raporu'nun bu bölümünde, dünyanın tüm ülkelerini ilgilendiren önemli toplum ruh sağlığı konularının ülkemiz açısından bilimsel veriler ışığında değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda Doç. Dr. Meryem Merve Ören Çelik ve Uzm.Dr. Pelin Şavlı Emiroğlu, Türkiye'de toplum ruh sağlığı hizmetlerinin güncel durumunu sundular. Dr.Öğr.Üyesi Irmak Polat ve Prof.Dr. Selma Karabey, ülkemizin Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nı değerlendiler. Prof.Dr. Fahriye Oflaz ve Uzm.Dr. Gökçe Hazar Otçu, Türkiye'de ruh sağlığı insan gücünü son istatistikler ışığında mercek altına aldı. Prof.Dr. Yıldız Akvardar, dünyada giderek artan madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık davranışlarını kapsamlı bir biçimde ele aldı. Prof.Dr. Tacettin İnandı ise, her geçen gün daha fazla üzerinde durulan afetlere dayanıklı toplumlar bakış açısı ile afetler ve ruh sağlığı hizmetlerinine ilişkin bir değerlendirme sundu. Son olarak Prof. Dr. Okan Taycan ile toplum ruh sağlığı açısından geleceğe yönelik bir değerlendirme yapmaya ve bazı öneriler geliştirmeye çalıştık. Ülkemizin toplum ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri açısından, güncel bilimsel kanıtlara dayalı ve faydalı bir değerlendirme olmasını dileriz.

Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri - Güncel Durum

Pelin Şavlı Emiroğlu, Meryem Merve Ören Çelik

1. Giriş

Ruh sağlığı, yalnızca bireysel iyilik hâlini değil, toplumsal refahı ve sürdürülebilir kalkınmayı da etkileyen temel bir halk sağlığı önceliğidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ruh sağlığı politikasını; ruh sağlığını geliştirmek ve ruhsal bozuklukların toplumsal yükünü azaltmak amacıyla yapılandırılmış prensipler, değerler ve amaçlar bütünü olarak tanımlamaktadır. Güncellenen 2013–2030 Kapsamlı Ruh Sağlığı Eylem Planı, (i) etkin liderlik ve yönetişim, (ii) kapsamlı, erişilebilir ve entegre toplum temelli ruh sağlığı ve sosyal bakım hizmetleri, (iii) koruyucu ve geliştirici stratejiler yoluyla ruh sağlığının teşviki ve (iv) bilgi sistemleri ile kanıta dayalı uygulamalar ve araştırma kapasitesinin güçlendirilmesi olmak üzere dört temel hedefi vurgulamaktadır.[1]

Türkiye'de ruh sağlığı politikaları, DSÖ'nün bu küresel hedefleriyle uyumlu bir biçimde şekillendirilmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (URSEP) (2021–2023); birinci basamak, toplum temelli hizmetler, hastane odaklı tedavi ve rehabilitasyon basamaklarını bütünleşik bir model içerisinde tanımlamaktadır. Bu plan özellikle koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesini ve birinci basamakla sıkı koordinasyonu hedeflemekte; Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri/ Merkezleri yoluyla bölgesel, çok disiplinli ve ihtiyaç temelli hizmet sunumunu yaygınlaştırmayı öngörmektedir.[2] URSEP 2025–2030 hazırlık süreci için 21–22 Mayıs 2025'te Ankara'da Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) koordinasyonunda düzenlenen çalıştayda, kamu–üniversite–sivil toplum kuruluşları (STK) ve uluslararası paydaşların katılımı sağlanmıştır. Çalıştayda birinci basamak ve toplum temelli hizmetlerin güçlendirilmesi, mevzuat, kadına yönelik şiddetle mücadele, intiharı önleme, çocuk-ergen ruh sağlığı, geçici koruma altındaki nüfus ve afet/ruh sağlığı ve psikososyal destek temalarında DSÖ teknik desteğiyle stratejik hedefler ve politika önerileri geliştirilmiş; yeni dönem için daha kapsayıcı-erişilebilir-bütüncül bir ulusal mimari amaçlanmıştır.[3]

Ülkemizde ruh sağlığı ile ilgili güncel durumu izlemeye yönelik Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 (2023) çalışması, ruhsal bozuklukların yaygınlığı, yeti yitimi, hizmete erişim ve gereksinimlere ilişkin kapsamlı veriler üretmiş; rapor 2025'te yayımlanmıştır. Toplumda yaklaşık her 4 kişiden birinin hayatı boyunca en az bir ruhsal hastalık geçirdiği (%26,7) ve her 6 kişiden birinde son 12 ayda ruhsal hastalık olduğu belirlenmiştir (%17,4). En yaygın tanı grubu duygudurum bozuklukları; tek tek tanılar içinde ise majör depresyon en yaygın olup, yaşam boyu yaklaşık %10 düzeyinde tespit edilmiştir. Madde kullanım bozukluklarının yaygınlığı (%0,5) ise görece düşük olmakla birlikte artma eğilimindedir. Hayat boyu toplam ruhsal hastalık yaygınlığı kadınlarda (%29,8), erkeklerden (%22,6) daha yüksek olup; farkın en belirgin olduğu tanılar majör depresyon, özgül fobi ve beden dismorfik bozukluğu olarak görülmektedir. Hem 12-ay hem yaşam boyu prevalanslar 18–29 yaş grubunda en yüksektir ve yaş ilerledikçe azalmaktadır. Obsessif kompulsif bozukluk (OKB) spektrumu ve bipolar bozukluklar gençlerde görece daha fazladır. Anksiyete bozuklukları gibi yaşam boyu kronik seyir gösterebilen sorunlar genç ve orta yaşta benzer oranlar göstermiştir. Katılımcıların %16,7'si son 12 ayda ruhsal yardım ihtiyacı bildirmiştir; bu oran kadınlarda erkeklerin ~2,5 katıdır. Yardım ihtiyacı bildirenlerin yalnızca %53,3'ü hizmete ulaşabilmiştir. Yaşam boyu intihar girişimi kendi bildirimiyle %3,6 olarak bildirilmiştir. Bu bulgular, hizmet planlamasında birinci basamağın risk taraması, erken tanı ve yönlendirmedeki kritik rolünü yeniden öne çıkarmaktadır.[4]

Ruh sağlığı hizmetlerinde insan gücü başlıca; psikiyatri ve çocuk-ergen psikiyatrisi uzmanları, aile hekimleri, psikologlar, sosyal çalışmacılar ve çocuk gelişimi uzmanlarından oluşur; buna ek olarak psikiyatri hemşireleri, danışmanlar/terapistler, ergoterapistler ve diğer destek personeli gibi farklı disiplinlerden profesyoneller de ekipte yer alır. Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre nüfus başına düşen en yüksek oran birinci basamak hekimlerine aittir (pratisyen hekim, aile hekimi uzmanı/ asistanı 100.000 kişide 75). Ayrıca sağlık sisteminin başvuru yükünün önemli bir kısmı birinci basamakta karşılanmaktadır: 2023'te tüm hekime başvuruların %43,3'ü birinci basamakta gerçekleşmiştir. Bu görünüm, aile hekimliği ağının koruyucu ruh sağlığı hizmetlerindeki "ilk temas noktası" işlevini ve birinci basamak kapasitesini güçlendirmenin stratejik önemini göstermektedir.[2,5]

2. Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmet Sunumu

Türkiye'de ruh sağlığı hizmet sunumu çok düzeyli bir mimari üzerinden örgütlenmiştir: (i) Birinci basamak: aile sağlığı merkezleri, ilçe sağlık müdürlükleri/ toplum sağlığı merkezleri, sağlıklı hayat merkezleri ve göçmen sağlığı merkezleri; (ii) İkinci basamak: devlet hastanelerinin psikiyatri poliklinik ve servisleri; (iii) Üçüncü basamak: eğitim-araştırma ve üniversite hastaneleri; (iv) Toplum temelli hizmetler: Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM); (v) Özel sektör: özel klinik ve muayenehaneler. Bu çok düzeyli yapı içerisinde özellikle birinci basamak hekimlerinin koruyucu ruh sağlığı hizmetlerindeki sorumlulukları kritik önem taşımaktadır. Çünkü birinci basamak hizmetler, tarama, risk gruplarının belirlenmesi, erken tanı, kısa müdahale, psiko-eğitim, izlem ve uygun sevk mekanizmalarının işletilmesinde, ayrıca toplumsal farkındalık oluşturulmasında kilit konumdadır.[1,2] Bu bağlamda, birinci basamak ve toplum temelli hizmetlerin işleyişini aşağıda daha ayrıntılı olarak ele alıyoruz.

2.1. Aile Sağlığı Merkezleri

Türkiye'de aile hekimliği, koruyucu ruh sağlığında ilk temas, risk belirleme, kısa müdahale ve sevk-geri bildirim zincirinin işletildiği çekirdek birimdir. Görev ve işleyiş, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ve güncel düzenlemelerle belirlenir. Aile hekimliğinin ruh sağlığı bağlamında görev alanları (i) çocuğun psikososyal gelişiminin desteklenmesi, stres yönetimi, uyku hijyeni ve ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik danışmanlık; (ii) otizm spektrum bozukluğu, depresyon, anksiyete, madde kullanımı ve intihar riski için sistematik tarama ve pozitif olgularda yönlendirme; (iii) psikiyatrik bozukluk şüphesinde TRSM/psikiyatriye hızlı sevk ile taburculuk sonrası birinci basamak izleminin sürdürülmesi; (iv) psiko-eğitim ve aile danışmanlığı; (v) kronik ruhsal sorunlarda planlı izlem ve gerektiğinde ev ziyareti olarak sayılabilir.[6]

2.2. İlçe Sağlık Müdürlükleri (İSM)/ Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM)

İSM/TSM'ler birinci basamak hizmetlerin toplum düzeyinde yürütülmesinde ana yapıdır. Ruh sağlığı ile ilgili olarak ruh sağlığı programlarını yürütme, toplum temelli risk saptama ve eğitim, izlem-sevk, afet/krizlerde psikososyal destek koordinasyonu görevleri açıkça tanımlanmıştır. Bununla ilişkili olarak bölge nüfusunda risk faktörlerinin belirlenmesi ve önleyici programların planlanması; çocuklar, ergenler, gebeler ve kronik hastalığı olanlarda taramalar; kriz/afet durumlarında ruhsal ilk yardım ve ekip koordinasyonu; damgalama ile mücadele ve yerel paydaşlarla iş birliği; sevk-geri bildirim ve dosya takibi işlerini yürütmektedir.7

2.3. Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM)

SHM'ler 2017'den bu yana birinci basamakta psikososyal danışmanlık ve yaşam tarzı müdahalelerini entegre sunan merkezlerdir. Türkiye'de mevcut SHM sayısı 323'tür. Hekimin tıbbi sorumluluğunda psikolog, sosyal çalışmacı, çocuk gelişimci ve diyetisyenle ekip çalışması esastır. Biyopsikososyal değerlendirmenin yürütülmesi, depresyon/bağımlılık gibi eşlik eden risklerin erken saptanması ve izlenmesi, psikososyal destek süreçlerinin kayıt-onam-ölçme-izleme standardizasyonu, toplum/ aile eğitimleri ve kriz-afet durumlarında yerel psikososyal destek ağlarıyla koordinasyon sağlanması temel görevleri arasındadır. 2025 tarihli güncel SHM Rehberi; danışmanlık alanlarını, vaka koordinasyonu ve sevk-izlem süreçlerini ayrıntılandırır. 2024'te SHM'lere toplam 17.886.076 başvuru yapılmıştır. Bunların psikososyal destekle ilgili kısmında %1,2 psikolojik danışmanlık (206.411 kişi), %0,6 çocuk gelişimi danışmanlığı (112.531 kişi), %0,4 sosyal destek (70.280 kişi) ve %0,026 uyuşturucu bağımlılığı danışmanlığı (4.601 kişi) olarak kaydedilmiştir.[8-11]

2.4. Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri (GDSHM)

GDSHM'ler ergen ve genç yetişkinlerin biyopsikososyal gereksinimlerine odaklı çok disiplinli birinci basamak birimleridir. 2007 yılına ait kılavuzlarda 38 GDSHM iletişim bilgisi verilmiş olup, güncel durum raporlarda yer almamaktadır. Uzun zamandır var olan bir hizmet olmakla birlikte yaygınlaştırılamamıştır. Okul sağlığı birimleri ve TRSM/SHM/TSM ile iş birliği içinde çalışır. GDSHM, ergen ve genç erişkinlerde depresyon, anksi-

yete, DEHB, bağımlılık ve intihar riski için düzenli tarama yapar ve aile–okul ile eşgüdüm sağlar. Kriz durumlarında hızlı değerlendirme yapar ve acil yönlendirme uygular. Psikoeğitim programları yürütür ve damgalamayı azaltmaya odaklanır. Tütün, alkol, madde ve dijital bağımlılık gibi riskli davranışların önlenmesine yönelik danışmanlık sunar. Gizlilik esaslı danışmanlık yürütür; gerektiğinde ikinci/üçüncü basamağa sevk eder ve geri bildirimle izlem sürdürür.[12]

2.5. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM)

TRSM'ler ağır/orta düzeyde ruhsal bozukluğu olan bireylere toplum temelli, erişilebilir hizmet sunarak yatış gereksinimini ve yatış sürelerini azaltmayı; psikofarmakoterapi, psiko-eğitim, aile danışmanlığı, sosyal-mesleksel rehabilitasyon ve ev ziyaretleri/gezici ekiplerle bakım sürekliliği sağlanmasını amaçlar. Birinci basamak ile çift yönlü sevk-geri bildirim mekanizmalarının işletilmesi, taburculuk sonrası "sıcak transfer" ve ortak izlem planlarıyla hizmet sürekliliği ve yeniden yatışın azaltılması hedeflenir.[13] Türkiye'de halen 191 TRSM hizmet vermektedir.[2,14]

2.6. Verem Savaşı Dispanserleri (VSD)

VSD'ler tüberkülozun önlenmesi-erken tanısı-tedavisi için yapılandırılmış merkezlerdir, 2023 yılı itibariyle 173 VSD hizmet vermektedir. Tüberkülozda uzun süreli tedavinin eşlik ettiği kaygı, depresyon, sosyal izolasyon ve damgalanma riskleri nedeniyle psikososyal destek ve uygun sevk-izlem VSD pratiğinin ayrılmaz parçasıdır. Bu yaklaşım, birinci basamak rehber ve yönergelerinin sevk-geri bildirim ve psikososyal danışmanlık ilkeleriyle uyumludur.[5,7]

3. Geliştirilmesi Gereken Konular ile Çözüm Önerileri

1. **Birinci basamakta ruh sağlığı bilgi–tutum–becerilerindeki heterojenlik:** Türkiye'de aile hekimleri ve birinci basamak personelinin ruh sağlığı okuryazarlığının ortalamanın üzerinde, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutum ve inançlarının ise orta düzeyde olduğu; kısa süreli eğitimlerin bilgi düzeyini ve yardım aramaya yönelik tutumları anlamlı biçimde iyileştirdiği gösterilmiştir[15,16]. Bu nedenle birinci basamak için standart, düzenli ve zorunlu hizmet-içi paketler (intihar riski değerlendirmesi, kısa müdahale, sevk algoritmaları) DSÖ'nün güncel Ruh Sağlığı Açığı Eylem Programı (Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)) 2023 kılavuzu ve uygulama akışlarına dayandırılarak ulusal ölçekte yaygınlaştırılmalıdır. Türkiye'de bu yaklaşım, mhGAP'in "Ruh Sağlığı Hizmetlerini Güçlendirme Programı (RSGÜÇ)" adıyla yerelleştirilerek, aile hekimlerinin psikososyal destek ve medikal yaklaşımlar konusunda güçlendirilmesi hedeflenmiştir. Bu kapsamda toplam 3559 aile hekimi, göçmen sağlığı merkezlerinde görev yapan 591 Suriyeli hekim ve 631 Suriyeli ebe-hemşireye eğitim verilmiştir.[2,10,17,18] Programın birinci basamak ekibine sistematik biçimde yaygınlaştırılarak kapsayıcılık, standardizasyon, kültür-dil uyarlaması ve sürekli kalite iyileştirme boyutlarında güçlendirilmesi gerekmektedir.
2. **Öz-yeterlilik ve intihar müdahalesi:** Nitel ve nicel veriler, birinci basamak çalışanlarının psikiyatriye ilişkin temel pratiklerde ve özellikle intihar riskinin yönetiminde kendini yetersiz hissettiğini; eğitim ve süpervizyon gereksiniminin sürdüğünü göstermektedir. Bunun için ön-son ölçümlü, vaka temelli ve süpervizyon destekli eğitim döngüleri ile birinci basamakta uygulanabilir, yazılı intihar riski değerlendirme–yönlendirme protokolleri kurumsallaştırılmalıdır. Bu kapsamda, 2024 yılında yürütülen İntiharı Önleme Farkındalık Eğitimleri ile toplam 191.610 kişiye—60.474 sağlık personeli, 14.771 öğretmen, 2.560 cezaevi çalışanı, 503 medya çalışanı, 12.690 emniyet/jandarma personeli, 98.924 üniversite öğrencisi, 646 halk eğitim katılımcısı ve 1.042 KYK personeli—eğitim verilmiştir. Ancak bu eğitimler ağırlıkla bilgilendirme düzeyinde kalmaktadır. Yetkinlik kazandırmak için eğitimlerin amfi tarzı tek yönlü anlatım yerine vaka temelli, rol canlandırmalı/simülasyonlu ve süpervizyonla tekrarlanan oturumlar hâline getirilmesi faydalı olacaktır.[10, 16, 19, 20]
3. **Birinci Basamak ile 2. ve 3.Basamak Sağlık Kurumlarının entegrasyonu:** Birinci basamaktan yönlendirilen olgularda tedavi planı ve sonuçların birinci basamağa geribildirimi düzensizdir; bu durum bakım sürekliliğini etkilemektedir. e-Nabız/AHBS üzerinden otomatik sevk-geri bildirim şemasının (sevk nedeni, başlangıç tedavi planı, taburculuk özeti, takip randevusu) zorunlu alanlarla dijitalleştirilmesi ve entegrasyon adımlarının resmî e-Nabız entegrasyon kılavuzlarına göre yaygınlaştırılması yararlı olacaktır.[21] Bununla birlikte İlçe Sağlık Müdürlükleri ve SHM'lerde çalışan ruh sağlığı meslek elemanlarının hastanelerle entegrasyonu tedavi sonrası dönemde kişilerin ruh sağlığının güçlendirilmesinde önem arz etmektedir.
4. **Damgalama (stigma) ve yardım arama davranışı:** Damgalama, hizmete başvuruyu ve tedavi uyumunu düşürür. Lancet Komisyonu (2022), temas-te-

melli (ruh sağlığı sorunu yaşamış kişilerle birebir) eğitimler ve çok düzeyli anti-stigma müdahaleleri için güçlü kanıtlar sunmaktadır. Birinci basamakta anti-stigma modülleri, toplum düzeyinde ise iletişim kampanyaları ve halka yönelik ruh sağlığı okuryazarlığı programları uygulanmalı; okul-işyeri-toplum düzeyinde mesaj birliği sağlanmalıdır.[22] Türkiye'de TRSM temelli farkındalık eğitimleri ve sivil toplum girişimleri bulunsa da, temas-temelli eğitimleri, okul-işyeri-toplum iletişim kampanyalarını ve medya kılavuzlarını içeren ulusal, standardize bir anti-stigma programının kurumsallaşmasına ihtiyaç sürmektedir.

5. **Sağlık çalışanı tükenmişliği:** Pandemi sonrası birinci basamakta tükenmişlik riski artmıştır; WHO/ILO "Mental health at work" politika özeti örgütsel düzeyde iş yükü yönetimi, yönetici eğitimi ve erişilebilir psikolojik destek önermektedir.[23] Bu doğrultuda aile hekimliği birimleri ile İSM/TSM/SHM düzeyinde kurumsal psikososyal destek ve süpervizyon hatlarının oluşturulması; vardiya düzeni, rol netliği ve geri bildirim mekanizmalarının yapılandırılması önemlidir. Pandemi döneminde 81 ilde İl/İlçe Sağlık Müdürlükleri koordinasyonunda sağlık çalışanlarına yönelik telefon ve çevrim içi Psikososyal Destek Hatları işletilmiştir, ancak bu geçici düzeneklerin kalıcı, erişilebilir ve denetlenebilir birinci basamak destek/süpervizyon sistemlerine dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu kapsamda 2024 yılı sonunda geliştirilen 'Çalışana Destek Programı', sağlık çalışanlarının stresle baş etme ve psikolojik dayanıklılığını artırmaya yönelik eğitim modüllerinden (stres yönetimi, duyguları tanıma ve psikolojik iyilik hâli, iletişim ve empati, sorun yönetimi ve beceri edinme, zorlu durumlarda çalışma/afet özelinde öz-bakım) oluşmaktadır. İlk olarak SHM ve GSM'lerde görevli 26 psikolog ve sosyal çalışmacıya pilot eğitim verilmiştir, programın eğitimci eğitimleri ve süpervizyonla ölçeklendirilmesi planlanmaktadır.

6. **Ergen ve gençlere odaklı koruyucu program gereksinimi:** Ruhsal bozuklukların önemli bir kısmı ergenlik ve erken erişkinlikte başlar; WHO–UNICEF "Helping Adolescents Thrive (HAT)" kılavuzu, okul ve birinci basamakla entegre, kanıta dayalı evrensel/selektif müdahaleler (duygusal beceri, zorbalık önleme, kendine zarar azaltma, ebeveyn programları) için çerçeve sunar. GDSHM-okul-İSM/TSM-SHM işbirliğinde HAT modüllerinin uyarlanması ve gizlilik ilkesine dayalı genç-dostu danışmanlık standardize edilmesi yararlı bir adım olacaktır.[24, 25] Türkiye'de GDSHM ve okul temelli psikososyal programlar HAT'ın önerdiği genç-dostu ve okul-sağlık entegrasyonuna kısmen karşılık gelse de, HAT modüllerinin ulusal düzeyde uyarlanması, okul ve birinci basamakta standardize ölçme-izleme setleriyle yaygınlaştırılması ve gizliliğe dayalı genç-dostu danışmanlığın ortak protokollerle güvence altına alınması önerilmektedir.

7. **Yaşlı ruh sağlığı için programatik boşluklar:** Yaşlılarda depresyon ve bilişsel gerileme yüküne sosyal izolasyon ve bakım veren tükenmişliği eşlik etmektedir. DSÖ, birinci basamakta bilişsel durum, duygudurum ve sosyal katılımı kapsayan kişi merkezli bakım yollarını önermektedir. Ülkemizde yaşlı ruh sağlığı alanında; Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı (2021–2026) ile politika çerçevesi çizilmiş, "Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirmesi ve İzlemi" kılavuzları kapsamında yıllık davetle bilişsel durum (MMT/Saat Çizme), duygudurum (Yesavage), kırılganlık, düşme, beslenme ve sosyal izolasyon ile ilgili taramalar uygulanmakta, izlem akışları tanımlanmakta ve Hastalık Yönetim Platformu (HYP) entegrasyonu teşvik edilmektedir. Ayrıca Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, toplum temelli hizmetlerin birinci basamakla bütünleşmesine zemin sunmaktadır. Ancak izlemlerde birinci basamak ile ikinci/üçüncü basamak arasında standart sevk/geri bildirim, bakım veren desteği göstergeleri ve sonuç izleme mekanizmalarının daha fazla netleşmesine ihtiyaç bulunmaktadır.[26]

4. Sonuç

Türkiye'de toplum ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak ekseninde güçlendirilmesi; DSÖ'nün politika çerçevesi ve URSEP ile uyumlu olarak standart tarama–kısa müdahale–sevk iş akışlarının ülke genelinde yaygınlaştırılmasını ve dijital geri bildirim ile kalite göstergelerinin kurumsallaştırılmasını (*hizmet adımlarının—tarama, sevk, geri dönüş, izlem—e-Nabız/AHBS/HYP gibi sistemlere kaydedilmesi; ekiplerin anlık uyarılar ve aylık panolarla bilgilendirilmesi; bu verilerden türetilen standart ölçütlerle hizmet kalitesinin düzenli izlenmesini*) gerektirmektedir. Genç-dostu ve yaşlı-dostu hizmetler, her ilin ve ilçenin kendi kültürüne, kaynaklarına ve ihtiyaçlarına uygun olacak şekilde uyarlanmalıdır. Uygulamaların etkililiği ise düzenli sonuç izleme, karşılaştırılabilir gösterge setleri ve şeffaf raporlama süreçleriyle güvence altına alınmalıdır. Ruh sağlığı alanında 2024 yılı sonundan bu yana yürütülen pilot uygulamalar umut verici bir hızlanmaya işaret etmektedir; beklenen etkinin gerçekleşmesi için programların sürdürülmesi, izlenmesi ve kanıta dayalı biçimde ölçeklenmesi önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021. https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029. [Erişim tarihi: 10.5.2025].
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2021-2023); 2021. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-4.html. [Erişim tarihi: 11.6.2025].
3. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı Hazırlık Çalıştayı Ankara'da Gerçekleştirilmektedir; 2025. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-4/ulusal-ruh-sagligi-eylem-plani-hazirlik-calistayi-ankarada-gerceklestirilmekte. [Erişim tarihi: 11.9.2025].
4. Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 Araştırması Sonuç Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2023. https://shgmargestddb.saglik.gov.tr/TR-108276/turkiye-ruh-sagligi-profili---2-arastirmasi-sonuc-raporu-2023.html. [Erişim tarihi: 21.8.2025].
5. Bora Başara B, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B, Soytutan Çağlar İ, Kara S, et al. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025. https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html. [Erişim tarihi: 20.9.2025].
6. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Resmi Gazete, 25.01.2013, Sayı:28539, Ankara; 2013.
7. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği, Resmi Gazete, 05.02.2015, Sayı: 29258, Ankara; 2015.
8. Sağlıklı Hayat Merkezi Rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Shm_Rehber_22.05.2025.pdf. [Erişim tarihi: 20.9.2025].
9. Sağlıklı Hayat Merkezi İzleme ve Değerlendirme Rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2020.
10. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Birim Faaliyet Raporu 2024. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı;2025. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/HSGM_2024_Birim_Faaliyet_Raporu_PDF.pdf. [Erişim tarihi: 20.9.2025].
11. SHM Listesi: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025. https://shm.saglik.gov.tr/shm-listesi. [Erişim tarihi: 20.9.2025].
12. Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi Yönetici Rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2007. https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Home/GetDocument/311 [Erişim tarihi: 11.6.2025].
13. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 06.03.2014 tarih, Sayı: 9453.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı. TRSM Adresleri 2025. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/trsm-adresleri.html. [Erişim tarihi: 20.9.2025].
15. Güden E, Borlu A, Olguner Eker Ö, Özsoy S, Baykan Z, Durmuş Sarıkahya S. Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunucuları Arasında Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruh Sağlığına Yönelik Tutumlar ve Ruh Hastalıklarına İlişkin İnançların Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Family Practice: Turkish Family Physicians Association; 2024. p. 121-32.
16. Guden E, Borlu A, Eker ÖO, Özsoy S, Baykan Z. The effect of mental health literacy training given to primary care physicians on beliefs and attitudes towards mental illnesses: A randomized controlled trial. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2024;27(4):273-84.
17. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organisation; 2023. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/93e56376-0e64-4a08-bdd0-703313be5354/content. [Erişim tarihi: 11.6.2025].
18. Lorenz C, Bighelli I, Hanna F, Akhtar A, Leucht S. Update of the World Health Organization's Mental Health Gap Action Programme Guideline for Psychoses (Including Schizophrenia). Schizophrenia bulletin. 2024;50(6):1310-25.
19. Güden E, Borlu A, Yelen Akpinar Y, Olguner Eker Ö, Özsoy S, Baykan Z. A Qualitative Study on Mental Health Services in Primary Care in Türkiye. Alpha Psychiatry. 2024;25(5):617-25.
20. Güden E, Borlu A, Eker Ö O, Özsoy S, Baykan Z. Self-Efficacy of General Practitioner Family Physicians in Mental Health Services: A Cross-Sectional Study in Turkey. J Eval Clin Pract. 2025;31(3):e70097.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı. E-Nabız 2025. https://rehber.enabiz.gov.tr/Home/UssIsleyis. [Erişim tarihi: 20.9.2025].
22. Thornicroft G, Sunkel C, Alikhon Aliev A, Baker S, Brohan E, el Chammay R, et al. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. The Lancet. 2022;400(10361):1438-80.
23. Mental health at work: policy brief. Geneva: World Health Orgnization; 2022. https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944. [Erişim tarihi: 11.6.2025].
24. Helping adolescents thrive toolkit: strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2021. https://www.who.int/publications/i/item/9789240025554. [Erişim tarihi: 10.5.2025].
25. WHO-UNICEF Helping Adolescents Thrive Initiative: 2023. https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/who-unicef-helping-adolescents-thrive-programme. [Erişim tarihi: 11.6.2025].
26. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2024. https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726. [Erişim tarihi: 11.6.2025].

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2021-2023

Irmak Polat, Selma Karabey

1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ruh sağlığının geliştirilmesi ve ruhsal bozuklukların toplumsal yükünün azaltılabilmesi için düzenlenen prensipler, değerler ve amaçları *"ruh sağlığı politikası"* olarak nitelendirmekte ve ülkelere bu amaç doğrultusunda, ruh sağlığıyla ilgili çok sektörlü girişimlerin planlanması ve hayata geçirilmesi için kendi ruh sağlığı politikalarını, eylem planlarını ve programlarını oluşturmalarını önermektedir.[1]

Ülkemizde bu konudaki ilk somut adım Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında yayımlanan *Ulusal Ruh Sağlığı Politikası (URSP)* ile başlamıştır. URSP metninde, ruh sağlığı hizmetlerinin yalnızca hastanelerle sınırlı kalmaması ve toplum temelli modele geçilmesi, bu hizmetlerin genel sağlık sistemi ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, psiko-sosyal destek ve rehabilitasyon çalışmalarının yapılması, ruh sağlığıyla ilgili yasaların çıkarılması, damgalamaya karşı savunuculuk, eğitim, araştırma ve ruh sağlığı alanında çalışan sayısının arttırılması gibi konulara yer verilmiştir.[2,3]

URSP'nin ardından planlanan hizmetlerin uygulanabilmesi için stratejiler, hedefler ve göstergelerin daha detaylı olarak yer aldığı "eylem planı" çalışmaları başlamıştır.[4] 2011'de başlayan ve ilk olarak *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)* olarak yayımlanan plan, süreçte değişen toplumsal gereksinimler, uluslararası standartlar ve alandaki deneyimlerle güncellenmiş ve *"2021-2023 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı"* olarak yeniden yayımlanmıştır.[3,5]

Bu bölümde 2021-2023 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (URSEP)'nın yapısı ve içeriği önemli yönleriyle değerlendirilecektir.

2. 2021- 2023 URSEP'in Kapsamı

2021- 2023 URSEP'in nihai amacı *"ruh sağlığı hizmetlerinde bütünleşik toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelini hayata geçirmek; bireylerin ruh sağlığını takip etmek, korumak ve iyileştirmektir"*.[5] Koruyucu ve önleyici yaklaşımlar sayesinde ruhsal hastalık yükünün azaltılabileceği, özellikle kronik ruhsal bozuklukları olan bireylerin rehabilitasyon ve uzun süreli bakım gereksinimleri, erişimde zorluk yaşayan bireyler ve hassas grupların hizmete ulaşımının kolaylaşabilmesi amaçlarıyla yola çıkılan bu programın kapsamı yalnızca "tedavi ve hastane hizmetleri" ile sınırlı tutulmamış, geniş bir hizmet ağını oluşturmayı hedeflemiştir.

Örneğin her 250.000 nüfusa düşecek şekilde *Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri (TRSE)* oluşturulması ya da birinci basamakta aile hekimleri/ sağlıklı hayat merkezleri tarafından müdahale, yönlendirme ve süpervizyon mekanizmalarının planlanması hizmetlerin erişilebilir, kapsayıcı, entegre ve izlenebilir olmasına yönelik ara hedeflerden bazılarıdır.

3. 2021- 2023 URSEP'in İçeriği

2021- 2023 URSEP çerçevesinde ruh sağlığı hizmetlerinin hastane odaklı şekilden çıkarılması, koruyucu/ önleyici, destekleyici ve rehabilitasyonu da içeren bir anlayışa geçilmesi hedeflenmektedir. Söz konusu nihai amaca yönelik somut adımların atılabilmesi için toplamda 40 faaliyet, 87 gösterge ve hedef belirlenmiştir.[5]

Nihai amaca dair belirlenen göstergeler şunlardır:

1. Ruh sağlığının geliştirilmesine yönelik hizmetlerin güçlendirilmesi
2. Koruyucu ve birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi

3. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi
4. Hastaneler içinde verilen hizmetler ve yataklı tedavi hizmetlerinin geliştirilmesi
5. Uzun süreli bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi
6. Adli psikiyatri ve yüksek güvenlikli adli psikiyatri birimlerinin geliştirilmesi
7. Özel planlama yapılması gereken hizmet alanları ve mevcut ruh sağlığı programlarının geliştirilmesi

Nihai amaçlara ulaşmada, aşağıda belirtilen 7 kategori olarak ara amaçlar belirlenmiştir:

1. Ruh sağlığını geliştirme ve koruyucu hizmetler kapsamında yürütülen destek programlarının sayısı
2. TRSE sayısı
3. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde çalışan personel sayısı
4. TRSM eğitim modüllerini alan personel sayısı
5. TRSM'den hizmet alan kişi sayısı

Ara amaçlar raporun devamında alt başlıklara ayrılmış olup, planlanan faaliyetler, süreçte karşılaşılabilecek riskler alt başlıklar halinde detaylandırılmış, gösterge ve hedefler de sayısal olarak belirtilmiştir.

3.1. Ruh Sağlığının Geliştirilmesine Yönelik Hizmetlerin Güçlendirilmesi

Bu amaç bireylerin ruh sağlığına ilişkin farkındalığını arttırmak, bireylerin esnekliğini/ dayanıklılığını ve başa çıkma becerilerinin arttırılması için ihtiyaçları belirlemek, müdahaleler geliştirmek ya da var olan müdahale programlarını güçlendirmeye odaklanmıştır. Madde kapsamında ruh sağlığının geliştirilmesine yönelik faaliyetlerin bazı gruplarda daha etkili olacağına değinilmiş olup, erken çocukluk dönemi, ergenlik dönemi, kadına yönelik şiddet, yaşlılık dönemi ve intihar ayrıca ele alınmıştır. Maddenin devamında yapılacak faaliyetler, sürece dair olası riskler, gösterge ve hedefler de detaylı olarak tanımlanmıştır. Hedefler genel olarak eğitim materyalleri ve multisektörel programların geliştirilmesi ile merkez, personel ve hizmet kullanıcı sayılarının arttırılmasından oluşmaktadır.

Örnekler:

- İntiharla karşılaşma riski yüksek olan mesleklere yönelik eğitim verilen kişi sayısının mevcutta 65.000'den 2023 yılında 75.000'e yükselmesi
- Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadele programı kapsamında İl Sağlık Müdürlüklerinde eğitim almış sağlık çalışanlarının oranının mevcutta %70'ten, 2023 yılında %85'e yükselmesi
- Toplum sağlığı hizmeti veren birinci basamak sağlık kuruluşlarında psiko-sosyal danışmanlık hizmeti veren personelin kümülatif sayısının mevcutta 620'den 2025'te 825'e yükselmesi

Ancak her ne kadar hedeflerin sayısal göstergeleri birçok faaliyet için artıyor olsa da kimi hedef göstergelerinin ilerleyen yıllarda aynı sayıda tutulduğu ya da kaldırıldığı da dikkat çekmektedir.

3.2. Koruyucu ve Birinci Basamak Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Güçlendirilmesi

Bu amaç, genel olarak korunma, risk belirleme ve bilinen risk faktörlerinin azaltılmasına, birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin güçlendirilmesine ve kaliteli ruh sağlığı hizmetlerine erişimin arttırılmasına odaklanmaktadır. Bu madde kapsamında da bazı yaş ve hizmet kullanıcı grupların ruhsal sorunlar açısından daha fazla risk taşıması ve yine bazı gruplara yapılacak müdahalelerin, iyilik halini sürdürmede daha etkili olacağına değinilerek çocuk- ergen ruh sağlığı hizmetleri, aile içi şiddeti önlemeye yönelik programlar, kronik hastalığı olan bireyler ve onların ailelerine ayrı bir vurgu yapılmıştır. Bu madde içerisinde yer alan faaliyet hedeflerine aile hekimleri, sağlıklı hayat merkezleri ve göçmen sağlığı merkezlerindeki hizmetlerin güçlendirilmesiyle ulaşılabileceği belirtilmiştir. Maddenin devamında yapılacak faaliyetler, sürece dair olası riskler, gösterge ve hedefler detaylı olarak tanımlanmıştır.

Örnekler:

- 0-6 yaş çocuğun psiko-sosyal gelişimini destekleme programı kapsamında yapılan bebek/çocuk psiko-sosyal izlemin kümülatif sayısının mevcutta 2,6m'den 2023 yılında 2,8m'ye ulaşması
- Otizm Spektrum Bozukluğu tarama ve takip programı kapsamında eğitim alan aile hekimi sayısının mevcutta 18200'den 2023 yılında 19300'e yükselmesi
- Birinci basamakta bilişim teknolojilerinin ve internetin bilinçli, güvenli kullanımını sağlamaya yönelik farkındalık etkinliklerine katılan çocuk ve genç sayısının her yıl %10 oranında artış göstermesi

Bu madde içinde de kimi hedef göstergelerinin ilerleyen yıllarda aynı sayıda tutulduğu ve göstergelerin veri kaynağı yalnızca Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü olarak belirtilmiş olup, bu madde kapsamında

multisektöryel çalışma hedeflerinin bulunmadığı dikkat çekmektedir.

3.3. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Güçlendirilmesi

Bu amaç dahilinde, yukarıda belirtilen aile hekimleri ve sağlıklı hayat merkezlerinde sunulacak birinci basamak hizmetlerin yanı sıra diğer basamaklardaki ruh sağlığı hizmetlerinin Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) içinde görev yapan TRSE ve ikinci, üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından verilmesi yer almaktadır. Bu sayede hastaların tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçleri yalnızca hastanelerde değil, evlerinde ya da yaşadıkları ortamda sürdürülebilecektir. TRSE'lerin hem hastane birimleriyle entegre çalışarak yatış, tedavi planı ve taburculuk konularında koordinasyon içinde olması; hem de bireylerin toplumsal katılımının arttırılması, iyilik, esneklik/ dayanıklılıklarının geliştirilebilmesi, tekrarlamaların önlenebilmesi için Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı yerel yönetimler veya sivil toplum kuruluşları, umut evleri, bakım merkezleri, kadın konukevleri veya psiko-sosyal destek gibi diğer toplumsal hizmet kaynaklarıyla düzenli ilişki içinde olması planlanmıştır.

Örnekler:

- Ülke genelindeki TRSE sayısının mevcutta 177'den (güncel 191), 2023 yılında 400'e artması
- TRSM personel sayısının mevcutta 968'den 2023 yılında 1700'e yükselmesi
- Sevk algoritmalarına yönelik bilgilendirilen aile hekimi sayısı mevcutta hiç bulunmazken, 2023 yılında 25200'e yükselmesi

Bu ara hedefin uygulanmasındaki en belirgin risklerin personel istihdamındaki kısıtlılık ve personelin iş yükü ve/ veya görevlendirme değişimleri nedeniyle koordinasyon ve katılımların aksaması olacağı öngörülmüştür.

3.4. Hastaneler İçinde Verilen Hizmetler ve Yataklı Tedavi Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Bu maddenin amacı yataklı tedavi süreci ve sonrasındaki takiplerin iyileştirilmesi, tekrarlayan yatışlar, istemsiz yatışlar, fiziksel kısıtlama ve tespit uygulamalarının azaltılması, toplum temelli model bağlamında bölgesel ruh sağlığı hastanelerinin azaltılarak genel hastaneler içindeki psikiyatri yatak ve personel sayısının arttırılması olarak özetlenebilir.

Örnekler:

- Genel hastane içerisinde yer alan psikiyatrik yatak sayısının mevcutta 3847'den 2023 yılında 6608'e yükselmesi
- Ruh sağlığı hastaneleri içinde yer alan psikiyatrik yatak sayısının mevcutta 3573'ten 2023 yılında 1380'e azalması
- Fiziksel kısıtlama ve tespit sayısının 2023 yılında, mevcut durumdan %50 oranında azalması

Bu ara hedefe ulaşmadaki riskler de bir önceki maddede yer alanlara benzer şekilde bütçe kısıtlılığı, personel yetersizliği ile bilgi/ veri sistemlerinde oluşabilecek teknik problemler nedeniyle izlemin aksayabilmesi olarak öngörülmüştür.

3.5. Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Madde, engelli bireylerin bakım süreçlerinin iyileştirilmesi, ailelerinin de ihtiyaçlarına yönelik desteklenebilmeleri ve yine toplum temelli model bağlamında bu hastaların sosyal çevrelerinde bakımlarının sağlanması için gündüz bakım kurumları, evde bakım hizmetleri vb. yaygınlaşmasına ilişkin amaçları kapsamaktadır. Bu noktada iki temel bakım hizmet modeli bulunmaktadır: aile odaklı hizmet modeli ve sürekli bakım modeli. Modellerin hangi kurumları kapsadığı planda detaylandırılmıştır. Ek olarak göçmenlere yönelik de ayrı bir hizmet projesine yer verilmiştir. Göstergelerin hemen hepsinde Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı-Engelli Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü veri kaynağı olarak sunulmuştur.

Örnekler:

- Evde bakıma destek hizmetinden yararlanan engelli birey sayısı mevcutta sıfır iken, 2023 yılına kadar bu sayının her yıl %5 oranında artması
- Bireysel bakım planı hazırlama eğitimi alan personel sayısının mevcutta 100'den 2023 yılında 250'ye yükselmesi
- Kurum bakımında kalan bireylere yönelik krize müdahale eğitimi alan personel sayısının mevcutta 50'den 2023 yılında 200'e yükselmesi

Bu ara hedefe ulaşmadaki olası riskler de bir önceki maddede yer alanlara benzer şekilde bütçe kısıtlılığı, personel yetersizliğine ilişkin sorunlar olarak belirtilmiştir.

3.6. Adli Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Birimlerinin Geliştirilmesi

Daha öncesinde yalnızca ruh sağlığı hastaneleri bünyesinde yürütülmekte olan adli psikiyatri hizmetlerinin genel hastaneler içinde ülke geneline yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. İlk olarak 2011- 2023 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda yer verilen Yüksek Güvenlikli Adli

Psikiyatri Birimi (YGAP) uygulamalarına geçilmiş ve Türkiye'deki ilk YGAP, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2018 yılı başında hizmete başlamıştır. Sonrasında farklı illerdeki şehir hastanelerinde de YGAP'lar açılmış, Adana ve Elazığ Ruh Sağlığı Hastanelerinin adli psikiyatri servisleri kapanmıştır. Ek olarak tutuklu ve hükümlü kişilere yönelik yatarak ruh sağlığı tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin halen ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde yürütüldüğüne değinilmiştir. Kayseri, Elazığ ve Ankara Şehir Hastanelerinde Tutuklu ve Hükümlü Adli Psikiyatri Birimleri (THAP)'nin açılma çalışmalarının sürdüğü belirtilmiştir. Bu ara hedefin göstergeleri hem tedavi merkezlerinin sayıca artması ve çalışma mevzuatlarının hazırlanması, hem de çalışacak personelin nicelik ve nitelik olarak geliştirilmesine odaklanmaktadır.

Örnekler:

- Yüksek güvenlikli adli psikiyatri yatak sayısının mevcutta 472'den 2023 yılında 772'ye yükselmesi
- Halihazırda 449 olan tutuklu ve hükümlü adli psikiyatri yatak sayısının her yıl 30 artması
- Eğitim alan personel sayısı mevcutta hiç yokken, bu sayının 2023 yılında kümülatif olarak 150'ye ulaşması

Bu ara hedefe ulaşmadaki olası riskler de önceki maddelerde yer alanlara benzer şekilde bütçe kısıtlılığı ve personel yetersizliğine ilişkin sorunlar olarak öngörülmüştür.

3.7. Özel Planlama Yapılması Gereken Hizmet Alanları ve Mevcut Ruh Sağlığı Programlarının Geliştirilmesi

Bu maddenin içerisinde özellikli alanlar olarak çocuk ve ergen ruh sağlığı, yaşlı ruh sağlığı, göçmen ruh sağlığı ile mevcut ruh sağlığı programlarından Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) hizmetlerinin geliştirilmesi, afet ve travmaların ruhsal sonuçlarının önlenmesine ilişkin hedefler yer almaktadır.

- Çocuk ve ergen ruh sağlığı açısından erken tanılama ve müdahale ve bakım verene destek hizmetlerinin geliştirilerek sürmesi, bu hizmetlerin birinci basamağa entegre edilmesi, hizmetlerin multidisipliner ve multisektörel olarak devamı ve dünya standartlarına göre uygulanmasına ilişkin detaylara yer verilmiştir. Bu kapsamdaki gösterge hizmet içi eğitim verilecek birinci basamak sağlık personellerinin sayısının arttırılmasıdır.
- Ülkemizdeki yaşlı nüfusun giderek artacağı öngörüsü ile, 65 yaş üstü bireylerin sağlık ve bakım ihtiyaçlarının niteliği ve kapsamının genişletilmesi ve geliştirilmesine değinilmiştir. Bu kapsamda hem multisektörel program geliştirilmesi ve pilot uygulama yapılması, hem de çeşitli kurum ve meslek gruplarına eğitimler verilerek hizmet kullanıcılarının arttırılması hedeflenmiştir.
- Bu bölümde, geçici koruma statüsünde bulunan nüfusa yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin sunulabilmesi için göçmen sağlığı eğitim merkezleri ile bazı göçmen sağlığı merkezlerinin içerisinde kurulan psikososyal destek birimleri hakkında bilgilere yer verilmiştir. Ayrıca DSÖ tarafından geliştirilen *"MhGAP"* programının Türkiye'ye uyarlanması, *"Ruh Sağlığı Hizmetlerini Güçlendirme Programı (RSGÜÇ)"* ve göçmenlere sunulan ruh sağlığı hizmetlerinde karşılaşılan en büyük sorun olan dil bariyerinin aşılabilmesi için hazırlanan *"Ruh Sağlığı Çevirmenliği Eğitim Modülü"* hakkında bilgiler sunulmuştur. Bölüm sonunda bu alandaki göstergeler ve hedeflere de yer verilmiştir.
- Ülkemizde istismara uğrayan ve/veya ihmal edilen çocukların tanı, tedavi, bildirim, izlem ve adli işlem süreçlerinin düzenlenmesi amacıyla 2010 yılında Ankara'da açılan ilk pilot ÇİM uygulamasının faydalı olduğu saptanarak çocuk izlem merkezlerinin yaygınlaştırılmasına karar verilmiştir. ÇİM bulunan il sayısı, ÇİM sayıları, ÇİM'de görevli ve iş birliği içinde olan paydaşlardan eğitim alan personel sayılarının mevcut durumdan 2023 yılı sonuna kadar kademeli artış hedefleri tablo olarak belirtilmiştir.

Afet ve travmalar sonrası oluşabilecek ruhsal güçlükleri, stresi azaltma ve ileri dönemlerde rahatsızlıkların ortaya çıkmasını engellemek için proaktif müdahalede bulunma gerekliliğine değinilmiş ve *"afet ve acil durumlarda psikososyal müdahale"* tanımı detaylı olarak açıklanmıştır. Bu başlık özelinde oluşturulan göstergelerin arasında farkındalık materyali hazırlanması, yüz yüze temasın mümkün olmadığı durumlarda hizmet verebilecek birim/ hatların arttırılması, afetler, bireysel veya kitlesel travmaların ruhsal sonuçları konusunda eğitim almış meslek elemanı sayısının yükselmesi bulunmaktadır.

Raporun son bölümünde de izleme ve koordinasyona yönelik açıklamalar ve zaman aralıkları, amaçlar, göstergeler ve hedef sayılara yer verilmiştir.

4. 2021-2023 URSEP'e İlişkin Değerlendirme

2021-2023 URSEP'in en belirgin olumlu özelliği ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli modele geçişine ilişkin vurgusudur. Birinci basamağın da ruh sağlığı hizmetleri sunması ve diğer basamaklara entegrasyonu önceki planlarda yeterince değinilmeyen bir nokta olup, hastalar ve yakınlarının yaşadıkları çevrede ruh sağlığı hizmetlerine ulaşabilmeleri açısından önemli bir avantaj sağlayacaktır.

Plandaki göstergelerde koruyucu ruh sağlığı, toplumsal farkındalık, erken tanı, ruh sağlığı okuryazarlığına özelleşen programların yanında uzun dönem bakım, rehabilitasyon ve sosyal bakım desteklerinin geliştirilmesi de yer almaktadır. Bu bakış açısı ruh sağlığının hem daha kapsayıcı hem de önleyici ve iyileştirici boyutuyla ele alınması yönünde önemli bir köşe taşıdır. Ayrıca planda hedeflerin somut olarak belirtilmesi ve hedeflere yönelik göstergelerin ve faaliyetlerin listelenmesi uygulama, izlem, ölçüm ve değerlendirme için net bir yol haritası niteliği taşımaktadır.

Öte yandan bu detaylı planın yazıya dökülmüş hedefleriyle sahadaki uygulanma sonuçları arasında farklılıklar görülmektedir. Hedeflerin pratiğe yansımalarındaki farklılıkların nedenlerine bakıldığında çeşitli yapısal, kurumsal ve toplumsal engellerden söz edebiliriz.[6]

Bunların başında insan kaynağı ve finansman yetersizlikleri gelmektedir. Nitelikli ruh sağlığı çalışanlarının sayısının (ör: 250 bin nüfus için planlanan TRSM'lerin sayısı) özellikle merkezlerden uzak bölgelerde halen eksik olması nedeniyle birinci basamak ya da toplum temelli hizmetlerin yaygınlaşması zorlaşmaktadır.[7,8] Ek olarak ruh sağlığı hizmetlerine, sağlık bütçesinde küçük bir pay ayrılması nedeniyle yeni ekiplerin kurulması, bakım, rehabilitasyon ve sosyal destek hizmetlerinin sürdürülebilirliği sağlanamamakta, halen ön planda *"hastane temelli"* uygulamalar devam etmektedir.[3,9]

Hedeflenen hizmetlerin koordinasyonu, verilerin toplanması, göstergelerin izlenmesi, periyodik analiz ve değerlendirmelerdeki yetersizlikler planın uygulanmasında ve sürdürülebilirliğin takibinde güçlüklere neden olmaktadır.[7] Koordinasyondaki eksiklikler çok sektörlü iş birliklerini de kısıtlamaktadır. Eğitim, adalet, sosyal hizmetler vb. ile kapsamlı entegrasyonların sağlanamaması ruh sağlığının halen çoğunlukla sağlık sistemi bakış açısıyla devam ettiğini; öte yandan belediyeler ve sivil toplum kuruluşları gibi yerel yapıların hizmetlerde genellikle yer almaması da hizmetlerin yalnızca kamu kuruluşlarına sınırlı kaldığına işaret etmektedir.[8] Ruh sağlığı eylem planları gerek saha çalışanı gerekse eğitim/araştırma alanında uzun zamandır emek veren kişi ve kurumların değerli katkılarıyla, önemli bir çaba ve emek harcanarak hazırlanmaktadır. Ancak devamında bu planların uygulandığı kadarıyla da sonuçları ilgili paydaşlarla paylaşılmadığı için plana emek veren kişiler hangi hedeflerde tam olarak ne ölçüde bir ilerleme sağlandığı konusunda net bir fikir sahibi olamamaktadırlar.[10] Oysa Sağlık Bakanlığı'nın liderliğinde ilgili tüm sektörlerin temsilcilerinin katılımıyla periyodik olarak izleme/değerlendirme toplantılarının yapılması, bunların çıktıları doğrultusunda ilerleme raporlarının oluşturulmasının planın uygulanma sürecinde yolunda giden ve aksayan noktaların ve nedenlerinin daha iyi anlaşılmasını, dolayısıyla bunca emeğin uygulamaya yansımasını kolaylaştıracağı kanaatindeyiz.

*"Ruh Sağlığı Yasası"*nın halen çıkarılmamış olması da hizmetlerin hukuki alt yapısını zayıflatmakta, hem uygulamaların hedeflendiği şekilde hayata geçmesini, hem de sürdürülebilir olmasını güçleştirmektedir.[7,11,12]

Sözünü ettiğimiz nedenlerle ülkemizdeki koruyucu, geliştirici ve tedavi edici ruh sağlığı alanında henüz kökten ve sürdürülebilir bir "dönüşüm" sağlanamamıştır.

5. Gelecek Planları: 2025- 2030 URSEP Yolunda

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü koordinasyonunda, Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı iş birliğinde 2025-2030 URSEP Hazırlık Çalıştayı düzenlenmiş ve ruh sağlığının bireysel, toplumsal ve çevresel boyutlarıyla bütüncül olarak ele alınması konusunda tüm katılımcıların görüş birliğiyle sonuçlanmıştır.[13]

2025-2030 URSEP içeriği halihazırda tamamlanmış olsa da henüz tüm paydaş kurumlara sunulmamış ve Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmamış olması nedeniyle bu bölümün yazıldığı tarihte yayımlanmamıştır. Yeni planın kurumsal hizmet sunma ve bu hizmeti yaygınlaştırmaya ek olarak, hem akademi ve sivil toplum kuruluşlarıyla daha fazla iş birliği kurma amacı gütmesi, hem de hizmetlerin eşitlikçi ve nitelikli şekilde planlanması ve sürdürülmesine yönelik eksiklikleri de göz önünde bulundurarak güncellenmesinin, kapsayıcı ve kalıcı bir dönüşümü sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/

Eklenti/30333,ulusal-ruh-sagligi-eylem planipdf.pdf?0 ?Erişim Tarihi: Ekim 2025.?

2. Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Ruh Sağlığı Politikası. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara; 2006.
3. Youth Policy in Turkiye. 7. Health and Well-Being 7.5 Mental Health; 2025. https://national-policies.eacea.ec.europa.eu/youthwiki/chapters/turkiye/75-mental-health ?Erişim Tarihi: Ekim 2025.?
4. Çiçekoğlu P, Duran S. Dünyada ve Türkiye'de Toplum Temelli Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri. Ünsal Barlas G, editör. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.8-14.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2021-2023)*. Ankara; 2020. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Ulusal_Ruh_Sagligi_Eylem_Plani_2021-2023.pdf ?Erişim Tarihi: Ekim 2025.?
6. Kaya B. Mental health action plan 2021-2023: What to say? What to do? Turkish J Clin Psych 2024; 27: 3-4. doi: 10.5505/kpd.2024.69094
7. Nalbant A. Ruh sağlığı hizmetlerine erişim: mevcut durum ve iyileştirme önerileri. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2024;2(66):92- 95
8. Kaya B. Türkiye'nin Ruh Halleri: Politikadan Eyleme… Alametten Kıyamete. https://demokrasiicinbirlik.org/turkiyenin-ruh-halleri/ ?Erişim Tarihi: Ekim 2025.?
9. Artukoğlu Kayacan P, Kılıç B. Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri: Kalitatif Bir Çalışma. Halk Sağlığı Araştırma ve Uygulamaları Dergisi, 2023;1(1):56-64. doi:10.5281/zenodo.10433375
10. Karabey S, Taycan O, Coşkun B. Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetleri. Kılıç B, Erbaydar T, Çamur D, editörler. Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği içinde. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayını; Aralık 2023, pp. 271-311
11. Ruh Sağlığı Yasası'nın Neresindeyiz? TPD Bülteni. 2021;24(3):1-2. https://psikiyatri.org.tr/ruh-sagligi-yasasi ?Erişim Tarihi: Ekim 2025.?
12. Uslu Ak B. Mental Health and Psychosocial Support in Turkey: Practices, Policies and Recommendations. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi, 2021;5(1):46-55
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı; 2025. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-4/ulusal-ruh-sagligi-eylem-plani-hazirlik-calistayi-ankarada-gerceklestirilmekte.html ?Erişim Tarihi: Kasım 2025.?

Türkiye'de Ruh Sağlığı İnsan Gücü

Fahriye Oflaz, Gökçe Hazar Otçu

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ruh sağlığını toplum sağlığının ayrılmaz bir parçası olarak tanımlamaktadır. Ruh sağlığı, sadece ICD-11 ve DSM-V-TR'de tanımlı olan hastalıkların olmaması değil, aynı zamanda üreten, sağlıklı sosyal ilişkiler kurabilmeyi ve yaşamla başa çıkabilmeyi ifade eder ve toplumsal refahın temel taşlarından biridir. Bu temel taşının sağlam olabilmesi, ruh sağlığı insan gücünün doğru planlanması, iyi bir şekilde yetiştirilmesi, yeterli ve dengeli istihdam edilmesi ile gerçekleşebilir. Devletlerin, toplumun ve bireylerin ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi görevini yerine getirebilmesi için ruh sağlığı insan gücünün sayısal durumu, dağılımı, sağlık kuruluşlarının sayıları, istihdam kapasiteleri, görevler ve çalışma koşulları; yıllık mezun sayıları ve eğitim kurumlarının kapasiteleri; iş yaşamından çekilme sayıları ile ilgili bilgiler önemlidir.[1] Sağlık insan gücü incelemeleri ve planlamalarında iki önemli unsur; sayı ve niteliktir. Ancak ülkemizde ruh sağlığı alanındaki ve güncel insan gücünün sayı ve nitelikleri ile ilgili sağlıklı ve toplu istatistiklere tam olarak ulaşılamamaktadır. Bununla birlikte mevcut bazı bilgilerle bir izlenim sahibi olmak mümkün görünmektedir. Son yıllarda ruh sağlığı hizmetlerine yönelik farkındalık artmış olsa da özellikle bu alanda görev yapan insan gücünün sayısı, niteliği ve dağılımı bakımından önemli sorunlar devam etmektedir.[2] Bu bölümde Türkiye'de ve dünyada ruh sağlığı insan gücünün kimler olduğu, mevcut durumu, ülkemizde mevcut insan gücünü sayı ve nitelik açısından geliştirmek için yapılan faaliyetler yanında literatür bağlamında genel yorumlar ve çözümler özetlenecektir.

1. Ruh Sağlığı İnsan Gücü Güncel Durum

Ruh Sağlığı alanında nitelikli iş gücü denildiğinde Türkiye'de ve dünyada belirtilen meslekler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:[3]

Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı: Üniversite ya da eğitim hastanelerinin erişkin psikiyatrisi bölümlerinde, bu alandaki meslek örgütünce tanımlanmış standartlarda psikiyatri uzmanlık eğitimini tamamlayarak bu alanda hizmet vermeye yetkilendirilmiş hekimlerdir.

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı: Üniversite ya da eğitim hastanelerinin çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümlerinde, bu alandaki meslek örgütünce tanımlanmış standartlarda çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanlık eğitimini tamamlayarak bu alanda hizmet verme yetkisine sahip hekimlerdir.

Psikolog: Psikoloji lisans eğitimini tamamlamış ve bu alanda hizmet verme yetkisi kazanmış meslek mensubudur.

Klinik Psikolog: Psikoloji lisans eğitimi üzerine klinik psikoloji alanında yüksek lisans ve/veya doktora yapmış veya psikoloji lisans programında bir yıl bilimsel hazırlık eğitimi ve klinik psikoloji yüksek lisans eğitimi üzerine klinik psikoloji doktorası yapmış meslek mensubudur.

Psikolojik Danışman: Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık lisans programını tamamlamış ve bu alanda hizmet verme yetkisi kazanmış meslek mensubudur.

Sosyal Çalışmacı/Sosyal Hizmet Uzmanı: Üniversitelerin "Sosyal Hizmet" bölümünde en az dört yıllık lisans eğitimi almış ve bu alanda hizmet verme yetkisi kazanmış meslek mensubudur.

Psikiyatri Hemşiresi: Üniversitelerin Sağlık Bilimleri Enstitülerinde yürütülmekte olan Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği/Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans (tezli/tezsiz) ve/veya Doktora programını tamamlamış hemşiredir. *Psikiyatri özel dal sertifikası olan hemşire:* Üniversitelerin hemşirelik bölümlerinin lisans programlarından mezun olarak hemşire unvanını almış ve Sağlık Bakanlığınca onaylanan "psikiyatri birimlerinde

hemşirelik hizmetleri" sertifikalı eğitimini tamamlamış hemşiredir.

Çocuk Gelişimcisi: Çocuk gelişimi alanında lisans eğitimi veren sağlık bilimleri fakültesi ve yüksek okullarından mezun olan ve bu alanda hizmet verme yetkisi kazanmış meslek mensubudur.

Türkiye'de ruh sağlığı insan gücünü sayı ve nitelik olarak izleyen bir açık sistem yoktur. Sınırlı sayısal ve niteliksel özelliklere Sağlık Bakanlığı istatistik yıllıklarından, ilgili Bakanlıkların eylem planları belgelerinden ve uluslararası kuruluşların istatistik raporlarından (WHO Mental Health Atlas, Eurostat vb.) erişilebilmektedir.[4] Genel olarak sağlık insan gücü ile ilgili rapor ve veriler, hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, ebe sayılarını içermekle beraber hekim dışındaki sağlık profesyonellerinin nitelikleri, branşları, eğitim düzeyleri, uzmanlıkları ve çalıştıkları yerler ile ilgili detaylı bilgilere erişim bulunmamaktadır. Örneğin bazı raporlarda psikoloji ve sosyal çalışma mezunlarının sayıları verilse de aktif olarak kaç kişinin, nerelerde çalıştığı ve nitelikleri bilinememektedir. Hemşirelerin ise genel olarak sayıları belirtilse de ruh sağlığı alanında çalışan sayının ve niteliklerinin ne olduğuna belirtilen raporlarda yer verilmemektedir. Genel olarak sağlık hizmetleri sistemi içinde hekimlerin uzmanlıkları dışında ve klinik psikolog unvanı dışında diğer uzmanlıklar tanımlı olmayıp, uzmanlık alanlarına göre istihdam politikaları da erişilebilir kaynaklarda bulunmamaktadır. Öte yandan ruh sağlığı insan gücü sayı ve nitelikleri genellikle Sağlık Bakanlığı çatısı altında yer alan kuruluşlarla bağlantılı sayılarla ölçeklendiriliyor gibi görünmektedir. Ruh sağlığının çok küçük bir kısmı sağlık hizmetlerinin, özellikle de tedavi hizmetlerinin konusudur. Ruh sağlığı çok boyutlu ve çok katmanlı bir meseledir ve ruh sağlığını koruyucu, önleyici, geliştirici ve iyileştirici hizmet ve destekleri sosyal boyutları da kapsamak durumundadır. Bu nedenle Türkiye'de ruh sağlığı hizmetleri denildiğinde diğer ana aktör Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığıdır (ASHB). ASHB'ye bağlı yataklı kurumlarda bakıma muhtaç ruhsal sorunları olan kişiler için yaşam alanları sağlanırken, Sosyal Hizmetler İl Müdürlüklerinde psikososyal destek hizmetleri de sunulmaktadır. Bunlar dışında yerel yönetimlerinde sunduğu psikososyal destek hizmetleri vardır ve buralarda çalışan insan gücü istatistiklerdeki rakamlara yansımamaktadır.

Bütün bunlar dikkate alınarak açık erişim raporlardan izlendiği kadarıyla, genel sağlık insan gücü açısından bakıldığında T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2024 yıllığına [5] göre Türkiye'de toplam hekim sayısı 221.133 olup, toplam hemşire sayısı 264.857 olarak bildirilmiştir. Eurostat (2021) verilerine göre bin kişiye 2,2 hekim ve 2,8 hemşire düşmektedir. Bu oranlar OECD ülkelerinde hekimler için 3,7 ve hemşireler için 9,2'dir. Ayrıca Türkiye'de doktor başına düşen hemşire sayısı 1,3 olup, bu sayı OECD ortalamasında 2,5'tir.[5,6] Ruh sağlığı alanında da yataklı birimlerde 3989 ruh sağlığı uzmanı ve 3346 hekim dışı personelin bulunduğu, ayrıca TRSM'lerde 968 sağlık personelinin çalıştığı belirtilmektedir.[7] 2025 yılı itibari ile sayıların güncellemeleri henüz yapılmamıştır. T.C. Sağlık Bakanlığının Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planına (2021-2023) göre ruh sağlığı alanında çalışan insan gücü sayısı son 10 yılda belirgin artış göstermiştir ve yüz bin nüfusa oranı 16,33'tür.[8] Ancak bu oran halen AB ortalamasının çok altındadır. Bu oranın AB içinde 43,5 olduğu bildirilmektedir.[9] **Tablo 1**'deki oranları değerlendirdiğimizde Türkiye'de ruh sağlığı alanında çalışan insan gücü ülke ortalaması AB, OECD ve WHO ortalamalarının çok gerisindedir. Ayrıca, kişi başına düşen sağlık çalışanı sayısı açısından gelişmeler olsa da bölgesel dengesizlikler de devam etmektedir.[16,10]

Dünya genelinde 100.000 kişiye düşen toplam ruh sağlığı çalışanı sayısı 10,3'tür. Aslında bu sayılar ülkemize göre iyi görünse de dünyada da bölgesel ve yapısal dengesizlikler göze çarpmaktadır. Örneğin, yüksek gelir grubundaki ülkelerde bu sayı 50,8 iken, düşük gelirli ülkelerde 1,3'e gerilemektedir. Ruh sağlığı alanında çalışan personel sayısı DSÖ bölgelerine göre de farklılık göstermektedir. Dünya genelinde 100.000 kişiye düşen pikiyatrist sayısı 1,27 iken, bu oran DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 8,59; DSÖ Afrika Bölgesi'nde ise 0,05'tir. Aynı şekilde dünya genelinde 100.000 kişiye düşen ruh sağlığı hemşiresi 5,80 iken, Avrupa bölgesinde bu oran 21,93, Afrika bölgesinde 0,61'dir.[11]

Tablo 1. 100,000 Kişiye düşen ruh sağlığı alanında çalışan insan gücü (Türkiye)

	2011	2020
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	2,20	3,43
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	1,50	1,63
Psikolog	1,85	5,04
Sosyal Çalışmacı	0,92	2,64
Hemşire	2,26	2,75
Aile hekimi	27,18	29,77
Çocuk gelişimi uzmanı	0,33	0,84

[(9)]Kaynak: Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2021-2023

*DSÖ Ruh Sağlığı Atlası (2020) Türkiye raporunda ruh sağlığı personel rakamları güncel değildir. Ruh sağlığı profesyoneli sayısı 156.837 olarak gösterilmiştir.[4]

2. Ruh Sağlığı İnsan Gücü Sayısını Geliştirmeye Yönelik Faaliyetler ve Mevcut Durum

Günümüze gelindiğinde 2011 yılında ilk Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında (URSEP) önerildiği şekliyle ruh sağlığı alanında nitelikli insan gücünü artırmak için eğitim veren kurum sayısının ve kontenjanlarının artırıldığını görmek mümkündür.[8] Tıp Fakültesi sayısı son 15 yılda 116'ya yükselmiş ve kontenjan sayısı dört kat artarak 18.654 olmuştur.[12] Klinik psikoloji alanında 2023 ihtiyacı, her hastane için ortalama iki klinik psikolog ve psikiyatri servisi bulunan hastaneler için servis başına üç klinik psikolog olmak üzere yaklaşık 3.500 olarak belirlenmiştir.[13] Psikoloji bölüm sayısı 121'i bulmuştur ve 2025 yılı itibari ile 45 üniversitede klinik psikoloji yüksek lisans ve doktora programı vardır. Psikoloji bölümlerinde 2022-2023 eğitim ve öğretim yılı için 6856'sı yüksek lisans, 986 doktora olmak üzere toplam 7842 öğrenci kayıtlıdır. 2010 yılında 10 olan sosyal hizmet bölümü sayısı, bugün 55'i örgün, 2'si açık öğretim ve 8'i ikinci öğretim olmak üzere toplam 65'e yükselmiştir.[13] URSEP (2021-2023)'e göre ülkemizde psikiyatri hemşireliği alanında eğitim almış hemşire sayısı oldukça az olduğu, bu alanda lisans üstü eğitimin 227 öğretim üyesi ile devam ettiği belirtilmiştir. Halihazırda yüksek lisans eğitimini tamamlamış 331 hemşire olduğu, ancak lisansüstü eğitimini tamamlamış bu hemşirelerin çeşitli nedenlerle alan dışında istihdam edildiği de belirtilmektedir. Bu sayıların bugün %10 kadar artmış olabileceği düşünülebilir. Ruh sağlığı alanında uzman hemşire sayısındaki yetersizlik nedeni ile Sağlık Bakanlığı tarafından bu alanda bir sertifika programı 11.04.2017 tarihli 343 Sayılı Genelge ile yürürlüğe konulmuştur. Bu doğrultuda "Psikiyatri Birimlerinde Hemşirelik Hizmetleri Sertifikalı Eğitim Programı" kapsamında teorik ve uygulamalı eğitimi tamamlayan ve eğitim değerlendirmesi sonucunda yeterli görülen hemşirelere 5 yıl boyunca geçerli olacak sertifikaları verilmektedir. Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda belirtildiği üzere psikiyatri kliniklerinde çalışan mevcut hemşirelerden başlamak üzere bundan sonra psikiyatri alanında çalışacak hemşirelerin bu eğitim ve sertifikasyonlarının sağlanması gerekmektedir. Kasım 2020 itibarı ile 279 hemşirenin sertifikasyon programını tamamladığı URSEP'te belirtilmiştir.[9] 2020 yılı sonrası kamuya yapılan personel alımlarına bakıldığında ise durum daha net değerlendirilebilir. Kamu Personeli Seçme Sınavı ile yapılan alımlarda 1047 psikolog, 420 sosyal çalışmacı, 421 çocuk gelişimci ve yalnızca 2025 yılında olmak üzere 52 klinik psikolog ataması yapılmıştır.[14-18] 2020 yılı sonrası açılan tıpta uzmanlık eğitimi kadrolarına bakıldığında ise 2020-2025 yılları arasında 1402 çocuk ve ergen ruh sağlığı hastalıkları kadrosu açılmış iken, ruh sağlığı hastalıkları alanı için bu sayı 2638'dir.[19-24] 2020 yılı sonunda ülkemizin nüfusu 83.614.362 kişi iken, bu sayı yayınlanan son güncel veri olan 2024 yılı sonunda 85.664.944 kişiye yükselmiştir. Kamuya yapılan personel alımları nüfus artışı ile birlikte değerlendirildiğinde ruh sağlığı insan gücünün son beş yıldaki artışı konusunda daha net bir fikir edinilebilir.[25-26]

3. Türkiye'de Ruh Sağlığı Alanında Mevcut İnsan Gücü Niteliğini Geliştirmeye Yönelik Faaliyetler

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Daire Başkanlığının 2024 raporunda belirttiği mevcut ruh sağlığı insan gücünü güçlendirmeye yönelik eğitim ve destekleme çalışmaları aşağıda özetlenmiştir:[27]

- Birinci basamakta koruyucu ruh sağlığı çalışmalarını yürütmekle görevli personelin mesleki bilgi ve becerisini artırmak, psikososyal destek hizmetleri konusunda donanımlarını güçlendirmek üzere "Psikososyal Destek Uygulayıcı Programı (PDUP)" yürütülmektedir. Program iki aşamalı teorik ve uygulamalı eğitim modülünü içermektedir (5+5 gün). PDUP eğitimine birinci basamakta görev yapan psikolog, sosyal çalışmacı ve çocuk gelişimciler katılmaktadır.
- Gebe ve çocuğun birinci basamakta biyopsikososyal bakış açısı ile izlenmesini amaçlayan "0-6 Yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) Programı" birinci basamakta çalışan ebelere, hemşirelere ve hekimlere verilmektedir.
- ÇİM'de görev yapacak personel için "Çocukla Adli Görüşmeci Sertifikalı Eğitim Programı Standartları'na uygun olarak düzenlenen "Çocukla Adli Görüşmeci Sertifikalı Eğitim Programları 26 kez düzenlenmiş olup; toplamda 622 personele eğitim verilmiştir.
- Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Farkındalık Eğitimleri tüm Sağlık Bakanlığı personeline (merkez-taşra) USES (Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi) üzerinden devam etmektedir. Çocuk ihmali ve istismarını önlemeye yönelik farkındalık faaliyetleri kapsamında, 2024 yılı içerisinde 93.259 Sağlık Bakanlığı personeline ve 57.715 diğer kamu personeline eğitim verilmiştir.
- 2016-2023 yılları arasında "Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Çalışanlarının Rolü

Eğitici Eğitimi" kapsamında toplam 537 sağlık çalışanına eğitici eğitimi verilmiştir.

- Sağlık personelinin toplumsal travma ve afet kavramlarını öğrenmeleri, afetlerin olumsuz ruhsal etkilerini tanımaları ve temel tedavi yaklaşımlarını öğrenmelerini sağlamak amacıyla hazırlanmış olan "Toplumsal Travmalar ve Afette Psikososyal Destek Programına" 81 ilde toplam 240 meslek elemanı (psikolog, sosyal çalışmacı ve çocuk gelişimci) ile 79 çocuk ve ergen psikiyatri uzmanı katılmıştır.
- Türkiye Afet Müdahale Planına göre "Afetlerde psikososyal müdahale ekipleri" oluşturulmuştur.
- Otizm Spektrum Bozukluğu Tarama ve Takip Programı kapsamında il otizm ekipleri kurulmuştur.
- Göçmen Sağlığı Merkezleri ve Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezlerinde çalışan sağlık personellerinin bilgi ve beceri düzeylerinin arttırılması, kadın ve çocuğa sunulan ruh sağlığı hizmetlerinde standardizasyonun sağlanması amacıyla DSÖ işbirliği ile Göçmen Sağlığı Merkezlerinde hizmet veren Suriyeli sağlık personeline eğitim verilmiştir.
- "Ruh Sağlığı Hizmetlerini Güçlendirme Programı (RSGÜÇ)" oluşturulmuştur. DSÖ tarafından hazırlanan MhGAP eğitim modülünün Türkçe ve Arapça versiyonları kullanılarak 2017-2024 Aralık tarihleri arasında toplam 3559 aile hekimi ve 591 Suriyeli hekime eğitim verilmiştir.
- Dünya Sağlık Örgütü teknik desteği ile günlük zorlayıcı yaşam olaylarına maruz kalan yetişkinlerin problemlerle başa çıkma becerilerinin geliştirmesi amacıyla "Sorun Yönetimi ve Fazlası (PM+) Programı" hazırlanmıştır. Sağlıklı hayat merkezlerinde çalışan 558 meslek elemanına (psikolog ve sosyal çalışmacı) PM+ Uygulayıcı Eğitimleri verilmiştir.
- 2018-2024 yılları arasında Sağlıkla Hayat Merkezleri Psikososyal Destek Birimlerde danışmanlık hizmeti sunan 1.167 meslek elemanına (psikolog, sosyal çalışmacı ve çocuk gelişimci) "Davranışsal Bağımlılıklarla Mücadele Programı Eğitimi" verilmiştir.
- İntiharı Önleme Farkındalık Eğitimleri düzenlenmektedir. 2024 yılı İntiharı Önleme Farkındalık Eğitimleri kapsamında toplam 191.610 kişiye ulaşılmıştır.
- 150 sağlık çalışanına "Psikolojik İlk Yardım Uygulayıcı" eğitimi verilmiştir.
- Afet sonrası profesyonel yaklaşımın sağlanması amacıyla toplam 50 personele "Çocuklara Yönelik Yas Müdahalesi Eğitimi" eğitimi ve 20 meslek elemanına (psikolog-sosyal çalışmacı) "Yetişkinlere Yönelik Yas Müdahalesi Eğitimi" verilmiştir.

Ülkemizde Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011) yayınlandığından beri ruh sağlığı alanındaki hizmetler toplum-hastane denge modeli olarak adlandırılmaktadır.[11] Ancak toplum temelli hizmet çeşitliğinde henüz bir gelişme olmamıştır. Toplum kısmında hedeflenen hizmetlerden sadece toplum ruh sağlığı merkezleri hizmet vermeye devam etmektedir ve hedeflenen sayıya henüz ulaşılamamıştır. Ruh sağlığı odaklı tedavi hizmetlerinin büyük bir kısmı 10 Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde ve 191 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi aracılığıyla verilmektedir. Bu birimler dışında üniversite (n:84) ve devlet hastanelerinin (n:876) psikiyatri servisleri ve özel psikiyatri hastaneleri (n:6) ve Çocuk İzlem merkezlerinde de (n:74) ruh sağlığı hizmetleri yürütülmektedir.[27,28] Ruh sağlığı hizmeti sunan ekiplerde genellikle psikiyatrist, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı ve yardımcı personel (sekreter, hastabakıcı, güvenlik vb.) görev almaktadır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında 2020 yılı itibariyle toplamda 7420 ruh sağlığı yatak kapasitesi olduğu belirtilmiştir.[5] Ayrıca Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde de (104 Kamu ve 225 özel kurum) psiko-sosyal engelli bireylere barınma ve bakım hizmeti verilmektedir.[12]

Ergun ve arkadaşlarının 2019 yılında 195 psikiyatri biriminde yürüttüğü çalışmada psikiyatri kliniklerinin:[29]

- %71,3'inde öğretim üyesi bulunmadığı, %73,3'ünde 1-5 arasında uzman doktor bulunduğu, %15,9'unda uzman doktor bulunmadığı;
- %63,1'inde 6-10 arasında hemşire bulunduğu,
- %89,2'inde 1-5 arasında psikolog bulunduğu,
- %7,2'sinde psikolog bulunmadığı,
- %75,4'ünde hizmetli sayısının 1-5 arasında olduğu belirtilmiştir.

Psikiyatrist ve psikolog sayısındaki kısmi artışa rağmen, ayakta psikoterapi hizmetlerine erişim bir sorun olmaya devam etmektedir. Son yıllarda, terapi ücretlerinin yüksekliği ve ekonomik kriz koşulları, bu hizmetlerden yararlanmak isteyenler için önemli bir engel oluşturmaktadır. Ayrıca rehabilitasyon hizmetleri yok denecek kadar az sayıdadır ve bütçe kısıtları nedeniyle genellikle yürütülememektedir. STK'ların faaliyetleri ise yeterli desteği görmemekte, sayıları gi-

derek azalmaktadır. Başka bir deyişle, kurumsal alan dışında nitelikli ruh sağlığı insan gücünden koruyucu, önleyici, rehabilitasyon ve sosyal iyileşme alanlarında maliyet-etkin şekilde yararlanılamamaktadır.

4. Sonuç

Mevcut raporlamalarla görülen ruh sağlığı insan gücünün sayısal ve niteliksel olarak henüz toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak yeterlilikte olmadığıdır. İlgili Bakanlıkların ve ruh sağlığı hizmetlerinin tüm paydaşlarının katılımı ile hazırlanacak geleceğe dönük stratejik planlamalar için ruh sağlığı alanında çalışan tüm insan gücünün sayıları, uzmanlıkları, hizmet çıktı ve kalite göstergelerinin düzenli olarak toplanması ve şeffafça yayınlanması faydalı olacaktır.[30] Kurum ve kuruluşlar arası eşgüdüm tüm boyutlarıyla ve tüm basamaklarda ruh sağlığını geliştirici ve iyileştirici hizmetlerin sunumu açısından ve ihtiyaç duyanların bu hizmetlere erişimi açısından önemlidir. Ayrıca bölgesel farklar izlenerek, veri analizine dayalı düzeltici politika girişimlerinin tasarlanması yararlı bir adım olacaktır.

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2023 Yılı Sağlık Iş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi. (Edt: Şencan İ) Sağlık Bakanlığı Yayın No: 958 ISBN: 978-975-590-516-7
2. Çınaroğlu S. Türkiye'de İller Düzeyinde Sağlık Personeli Dağılımı ve Daha Etkin Politika İhtiyacı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2021; 24(2): 235-254
3. Psikiyatri Hemşireleri Derneği. Ruh Sağlığı Yasa Teklifi. Haberler: https://www.phdernegi.org/ruh-sagligi-yasa-tasarisi-gorus-ve-onerilere-acildi/ [Erişim tarihi: 12.12.2025]
4. World Health Organization. Mental Health Atlas; 2020. https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703 [Erişim tarihi: 16.12.2025]
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024 Haber Bülteni; 2025. https://www.saglik.gov.tr/TR-111038/saglik-istatistikleri-yilligi-2024-haber-bulteni.html [Erişim tarihi: 11.12.2025]
6. Kosdak M. Türkiye ve dünyada sağlık insan gücü sayısal durumu. SD 2024/1:118-121. https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/document/SD_65_-120-123.pdf
7. Türkiye Psikiyatri Derneği. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Görev Grubu Çalışma Raporu;2020. https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/128202016824-TRSMGG-Raporu1282020.pdf [Erişim tarihi: 15.12.2025]
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). http://ahmetsaltik.net/arsiv/2014/07/ULUSAL_RUH_SAGLIGI_EYLEM_PLANI_2011-2023.pdf [Erişim tarihi: 15.12.2025]
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2021-2023). https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Ulusal_Ruh_Sagligi_Eylem_Plani_2021-2023.pdf [Erişim tarihi: 15.12.2025]
10. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. Sağlık Sektörü. Ulusal İstihdam Stratejisi. https://www.csgb.gov.tr/Media/t0bomvck/ulusal-istihdam-stratejisi-2025-2028.pdf [Erişim tarihi: 15.12.2025]
11. Songur C., Saylavcı E., Kıran Ş. Avrupa'da ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. Social Sciences Studies Journal, 2017; 3(4):276-289. DOI: 10.26449/sssj.36
12. Medimagazin. YÖK Başkanı: Tıp fakültesi kontenjanları son 20 yılda 4 kat arttı; 2024. https://medimagazin.com.tr/hekim/yok-baskani-tip-fakultesi-kontenjanlari-son-20-yilda-4-kat-artti-112592 [Erişim tarihi: 10.12.2025]
13. Yaşin Tekizoğlu F., Çoksan S., Göcü Köse A. Nitelik Mi, Nicelik Mi? Türkiye'de Psikoloji Lisansüstü Programlarına Yönelik Bir İnceleme. Türk Psikoloji Yazıları, 2023, 26(52), 30-48. DOI: 10.31828/tpy1301996120231219m000059
14. ÖSYM. KPSS 2024: Tablo 3. 657 sayılı DMK'nın 4/B maddesi ve 663 sayılı KHK'nın 45/A maddesi uyarınca atama yapılacak sözleşmeli personel pozisyonları. ÖSYM; 2024. https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2024/KPSS/TERCIH5/tablo3_ssd21022024.pdf [Erişim tarihi: 15.12.2025]
15. ÖSYM. KPSS 2025-5: Tablo 3 — 657 sayılı DMK'nın 4/B maddesi ve 663 sayılı KHK'nın 45/A maddesi uyarınca atama yapılacak sözleşmeli personel pozisyonları (Lisans mezunları için). ÖSYM; 2025. https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2025/KPSS/TERCIH5/tablo3_sbpd29092025.pdf [Erişim tarihi: 16.12.2025]
16. Resmî Gazete. (2021, 16 Aralık). İlan — (4-17). https://www.resmigazete.gov.tr/ilanlar/eskiilanlar/2021/12/20211216-4-17.pdf [Erişim tarihi: 15.12.2025]
17. Resmî Gazete. (2022, 28 Kasım). İlan — (4-7). https://www.resmigazete.gov.tr/ilanlar/eskiilanlar/2022/11/20221128-4-7.pdf [Erişim tarihi: 15.12.2025]
18. Resmî Gazete. (2023, 28 Mart). İlan — (4-9). https://www.resmigazete.gov.tr/ilanlar/eskiilanlar/2023/03/20230328-4-9.pdf [Erişim tarihi:15.12.2025]
19. T.C. Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi. TUS: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı. https://www.osym.gov.tr/TR,32994/2025.html [Erişim tarihi: 15.12.2025]
20. T.C. Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi. TUS: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı https://www.osym.gov.tr/TR,29136/2024.html [Erişim tarihi: 15.12.2025]
21. T.C. Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi. TUS: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı. https://www.osym.gov.tr/TR,25279/2023.html [Erişim tarihi: 15.12.2025]
22. T.C. Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi. TUS: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı. https://www.osym.gov.tr/TR,22532/2022.html [Erişim tarihi: 15.12.2025]
23. T.C. Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi. TUS: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı. https://www.osym.gov.tr/TR,20851/2021.html [Erişim tarihi: 15.12.2025]

24. T.C. Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi. TUS: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı. https://www.osym.gov.tr/TR,19155/2020.html [Erişim tarihi: 15.12.2025]
25. Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2020; 2021. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210 [Erişim tarihi: 16.12.2025]
26. Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2024; 2025. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2024-53783 [Erişim tarihi: 15.12.2025]
27. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2024 Faaliyet Raporu; 2024. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/HSGM_2024_Birim_Faaliyet_Raporu_PDF.pdf [Erişim tarihi: 15.12.2025]
28. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Genel Müdürlüğü Kamu Sağlık Tesisleri Güncel Listesi; 2023. https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-87343/kamu-hastaneleri-genel-mudurlugune-bagli-2-ve-3-basamak-kamu-saglik-tesisleri-guncel-listesi.html [Erişim tarihi: 16.12.2025]
29. Ergun G., Işık I., Dikeç G. The Examination of Some Aspects of the Therapeutic Environment of Psychiatric Inpatient Clinics in Turkey. Clin Exp Health Sci, 2019; 9: 14-20
30. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 2024-2028 Stratejik Planı; 2024. https://ulusaleylem.aile.gov.tr/haberler/2024-2028-stratejik-plani-yayimlandi/ [Erişim tarihi: 16.12.2025]

Bir Toplum Sağlığı Sorunu Olarak Madde İle İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Davranışları

Yıldız Akvardar

Bağımlılık yapan maddelerin (sigara, alkol, ve illegal maddeler) kullanımı ve bağımlılık davranışları (kumar oynama, internet oyunları oynama) günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Nikotin, alkol içeren ürünler ve (uyuşturucu) maddeler olmak üzere psikoaktif madde kullanımı, önemli bir sağlık ve sosyal yük taşımakta, olumsuz ekonomik sonuçlara yol açmaktadır. Bu nedenle, madde kullanımının sağlık ve kalkınma üzerindeki etkisi, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) 3.5 numaralı sağlık hedefi aracılığıyla 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi'nde yer almaktadır; bu hedef madde kullanımının önlenmesinin güçlendirilmesini ve madde kullanım bozukluklarının tedavisini öngörmektedir.[1]

Düzenli madde kullanımının ve düzenli olarak yapılan bağımlılık davranışlarının yol açtığı "madde kullanım bozukluğu ve bağımlılık davranışları" genetik etkinin belirgin olduğu, davranışsal ve sosyal özellikleri olan kronik bir beyin hastalığı olarak küresel hastalık yükünde önemli yer tutmaktadır. Madde kullanımının boyutları ve doğası ile ilgili epidemiyolojik bilgi uygun müdahalelerin belirlenmesi ve yapılan müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesi açısından önemlidir. Bu yazıda son 5 yıl içinde dünya ve ülkemizdeki bu sorun yayınlanan çalışmalar ve raporlarla ele alınacaktır.

1. MADDE KULLANIMI

1.1. Tütün Kullanımı

Tütün salgını, dünyanın karşı karşıya kaldığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biridir ve her yıl tahmini olarak 1,6 milyon sigara içmeyen ve ikinci el dumana maruz kalan kişi de dahil 7 milyondan fazla ölüme, ayrıca tütünle ilgili hastalıklardan kaynaklanan yetersizliğe ve uzun süreli acılara neden olmaktadır.[2] Sigara, puro, pipo ve nargile gibi çeşitli şekillerde kullanılan tütün, ek olarak son on yılda, elektronik sigaralar ve ısıtılmış tütün ürünleri (HTP'ler) ile birçok ülkede giderek daha popüler hale gelmiştir ve endişe verici bir şekilde gençler ve sigara içmeyenler arasında popülerlik kazanmıştır. "Risk azaltma" iddialarına rağmen, HTP'lerin geleneksel tütün ürünlerinden daha az zararlı olduğuna dair bir kanıt bulunmamaktadır.[2]

2022 yılında dünyada 1.245 milyar tütün kullanıcısı olduğu (1.022 milyon erkek, 224 milyon kadın) tahmin edilmektedir, bu rakamlar 15 yaş altı adolesan kullanıcıları kapsamamaktadır.[3] Click or tap here to enter text.Ülkelerin üçte ikisinde, mevcut sigara içicilerinin yüzde 30'undan fazlası 16 yaşına geldiğinde her gün sigara içmeye başlamaktadır.[4]

OECD ülkelerinde son 10 yılda sigara içme oranları karşılaştırıldığında 2009'da OECD ortalaması %21,3 iken, 2019'da %16,5 oldu. Oranlar Norveç, İrlanda, Güney Kore, Macaristan, Slovenya, İsviçre, Çin, Hindistan ve Güney Afrika'da düşerken, Türkiye ve Endonezya'da her gün sigara kullanım oranı artmıştır.[5]

Türkiye'de tütün kullanımı salgın olmaya devam etmekte, her yıl 85332 kişi sigaradan ölmekte, tüm ölümlerin %13'ü tütün kullanımından kaynaklanmaktadır.[6] OECD ülkeleri arasında her gün tütün kullanım sıklığı en yüksek ülke %28 ile Türkiye'dir.[5] Her gün sigara içme sıklığı TNSA 2018'de %30,8[7], Tütün Atlası (2023) Türkiye bölümünde 2022 yılında 15 yaş üstü nüfusta sigara içme sıklığı %30,7 (erkeklerde %41,9, kadınlarda %19,6) olarak bildirilmiştir. 10-14 yaş gençlerde sigara içme sıklığı %7,8; erkek çocuklarında %7,5, kız çocuklarında %8,5'tur.[4]

Türkiye Sağlık Araştırması'nda her gün tütün kullanan 15 yaş ve üstü bireylerin oranı sıklığı 2019 yılın-

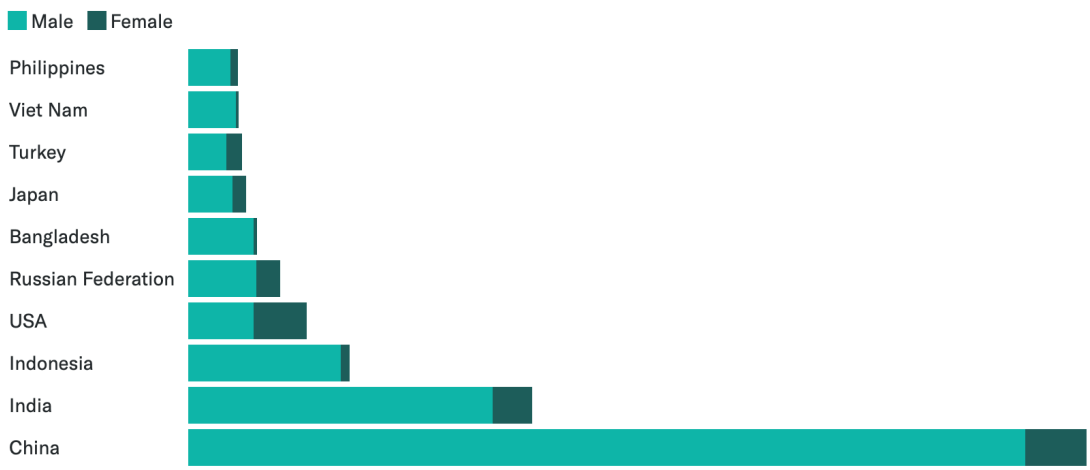
da %28,0 iken, 2022 yılında artarak %28,3 (erkeklerde %41,3, kadınlarda %15,5) olduğu bildirilmiştir. Tütün ürünü kullanmaya başlama nedenleri arasında 2010 yılında merak (%34,6), özenti (%23,3), arkadaş etkisi (%22,7) ilk sıralarda iken, 2022 de arkadaş etkisi (%31,3) daha çok belirtilmiştir.[8]

Ulusal düzeyde temsili bir örneklemde, (yayınlanma yılı 2021 olduğu için 2019-2020 yıllarında yapıldığı düşünülen) 24 294 katılımcı ile yüz yüze görüşmelerle yapıldığı belirtilen çalışmada sigara içme sıklığı %43,1 bulunmuştur.[9]

Türkiye'de 15 yaş ve üzeri yaş grubunda tütün kullanımı sıklığı 2019 yılında %31,4 (erkeklerde %44,8; kadınlarda %18,1) olarak saptamıştır. 2025 yılında yayınlanan Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması sonuçlarına göre Türkiye nüfusunun %34,8'inin tütün ve tütün ürünleri kullandığı öngörülmektedir. Tütün kullanımı erkeklerde (%46,1), kadınlara (%23,6) göre iki kat daha yüksektir. Günlük tütün kullanım sıklığı %31,3'tür ve yine erkeklerde (%41,6) kadınların (%21,1) yaklaşık iki katıdır. Halen günlük tütün kullandığını belirtenlerin kullanmaya başlama yaşı ortalaması 18,3'tür, erkekler kadınlardan 2 yıl daha erken başlamaktadır. Tütün kullanmaya başlama yaşı, yaş grupları arasında da değişmektedir. Gençlerin tütün ve tütün ürünlerini kullanmaya başlama yaşı düşükken (15–29 yaş grubunda 17,3'tür), yaşla birlikte artmakta ve 70 yaş ve üzerinde 22,3'e yükselmektedir. Bu eğilim her iki cinsiyette de benzerdir ancak kadınlarda daha fazla dikkat çekmektedir. Her gün tütün ve tütün mamulleri içenler arasında günlük ortalama kullanılan sigara sayısı 15,6'dır ve erkeklerde (17,1), kadınlara (12,8) göre daha yüksektir. Ortalama içilen sigara sayısı yaşla azalmaktadır. Tüm nüfusta dumansız tütün ve tütün ürünleri (kullanma prevalansı %0,2'dir (erkeklerde %0,3, kadınlarda %0,1). Hâlen tütün ve tütün ürünlerini içenlerden son 12 ay içerisinde içmeyi bırakmayı deneyenler %25,4'tür (erkekler %24,1; kadınlar %28,0). Halen içenlerden son 12 ay içerisinde hekim ya da sağlık çalışanı tarafından tütün ve tütün ürünlerini içmeyi bırakması tavsiye edilenler %26,1'dir (erkekler %24,9; kadınlar %28,2).[8]

COVID-19 pandemisi döneminde uluslararası bir çalışmada İstanbul'da üniversite öğrencilerinde (n=2027) sigara kullanım sıklığı %36,3'ten %26'ya, içilen sigara sayısı 9,12'den 6,46'ya düşmüştür.[10] Pandemi döneminde yine uluslararası bir çalışmada 18 yaş ve üzeri Türk katılımcılarda (n=466) sigara kullanım sıklığında (%33,5) değişiklik görülmemiştir.[11]

Ülkemiz ne yazık ki en fazla sigara içilen 10 ülke arasındadır. Türkiye'de tütün kullanımı hem kamu sağlığına hem de mali sağlığa zarar vermekte, eşitliği iyileştirme, yoksulluğu azaltma ve çevreyi koruma çabalarını olumsuz etkilemektedir. Türkiye'de sigara içmenin ekonomik maliyeti (sağlık harcamalarıyla ilgili doğrudan maliyetleri ve hastalık ve erken ölüm nedeniyle kaybedilen üretkenlikle ilgili dolaylı maliyetleri kapsayarak) 81.288.801.656 TL'dir. Tütün harcamaları, ailelerin yoksulluktan kurtulmak için ihtiyaç duyduğu kaynaklardan kayıplara neden olmaktadır. Türkiye'de ortalama olarak bir sigara kullanıcısı yılda 100 paket satın alabilmek için kişi başına GSYİH'nın %1,9'unu harcamaktadır. Ülkemizde 2023 yılında yaklaşık 189.040.600.000 adet sigara üretilmiştir. Sigara



Şekil 1. En fazla sigara içen ülke (15 yaş ve üzeri), milyon olarak, 2019 (The Tobacco Atlas, 2023)

[4] nolu Kaynak

izmaritleri dünya genelinde en sık atılan atıklardandır. Türkiye'de her yıl 37 bin 808 ton izmaritin zehirli çöp olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizdeki sigara içilmeyen alanlar, sigara bırakma poliklinik hizmetleri, tütün paketi düzenlemesi, tütün kontrolü kitle iletişim kampanyaları, tütün vergi politikaları ve tütün reklamcılığı, tanıtımı ve sponsorluğu yönetmeliği (TAPS) mevcut tütün kontrol politikaları olarak uygulanmaktadır.[6]

Ülkemizde erişkin nüfusta yüksek tütün kullanım oranı, 10-14 yaş grubunda tütün kullanımı ve bu yaş grubunda kız çocuklarında erkek çocuklara kıyasla tütün kullanma oranının yüksekliği, tütün kullanmaya başlama yaşının düşüyor olması nedeniyle halen ağır olan sonuçların gelecekte daha artacağı öngörülebilir. Önleme programları artırılmalı, tütün kontrol programları daha titizlikle uygulanmalı ve denetlenmelidir, özellikle gençler için sağlıklı yaşam alternatifleri genişletilmelidir.

1.2. Alkol Kullanımı

2019 yılında dünyada alkol tüketimi nedeniyle yaklaşık 2,6 milyon ölüm (2 milyon erkek, 600 bin kadın) meydana gelmiştir. Genç yaş grubu (20-39 yaş) alkol tüketiminden orantısız bir şekilde etkilenmektedir; yine 2019 yılında alkol kaynaklı ölümlerin en yüksek oranı (%13) bu yaş grubundadır. 15 yaş ve üzeri dünya nüfusunun yaklaşık 400 milyonunun, yani nüfusun %7'sinin alkol kullanım bozukluğu yaşadığı, bu kişilerin 209 milyonunda (yetişkin dünya nüfusunun %3,7'si) alkol bağımlılığı olduğu tahmin edilmektedir. Alkol kullanım bozukluğu olan kişilerin tedavi hizmetlerinden yararlanma oranı (%1-14) oldukça düşüktür.[12]

Ülkemizde 15 yaş ve üzeri nüfusta son 12 ay içinde alkol kullanım sıklığı 2019 yılında %14,9 iken, 2022 yılında %12,1 (erkeklerde %18,4, kadınlarda %5,9) olarak bildirilmiştir.[8] Önceden alkol tükettikleri halde son 12 ay içerisinde hiç alkol kullanmayanların sıklığı %4,1'dir (erkekler %5,8; kadınlar %2,4). Son 30 günde alkol kullanım sıklığı %10,2'dir (erkeklerde %15,1, kadınlarda %5,4). Son 30 günde alkol kullanımında yaş grupları arasında farklılık vardır; 15–29 yaş grubunda %11,7, 30-44 yaş grubunda %12,3 iken, 70 yaş ve üzeri grubunda %2,3'tür. Türkiye nüfusunun %81'i (kadınların %89,4'ü, erkeklerin %72,6'sı) yaşam boyu alkol kullanmamıştır. Hâlen alkol tüketenlerin son 30 gün içinde bir seferde 6 ya da daha fazla içki içme ortalama sayısı tüm grup için %2,3'tür; (erkeklerde %2,6, kadınlarda %1,6). Son 30 gün içinde altı ya da daha fazla alkollü içecek tüketme sıklığı en fazla 30–44 yaş grubundadır (%2,8).

Alkole başlama nedenleri arasında 2010 yılında merak (%30,6), eğlence amaçlı (%26,4), arkadaş etkisi (%22,9) ilk üç sırada belirtilmişken, 2022 yılında eğlence amaçlı (%53,3; erkeklerde %50,4, kadınlarda %62,1) başlama nedenindeki artış dikkat çekicidir, bunu sırasıyla arkadaş etkisi (%13,3) ve merak (%11,3) izlemektedir.[13]

2021 yılında yayınlanan, ulusal düzeyde temsili bir örneklemde gerçekleştirildiği belirtilen çalışmada alkol kullanım sıklığı %33,8 olarak kaydedilmiştir.[9]

COVID-19 pandemisi sırasında İstanbul'da üniversite öğrencilerinde (n=2045) yapılan çalışmada ortalama içilen içki sayısı 1,53'ten 0,6'ya, yoğun içme (binge drinking) sıklığı %21,8'den %6,4'e azalmıştır.[10] 18 yaş ve üzeri katılımcılarla (n=466) yine COVID pandemisi döneminde yapılan diğer uluslararası çalışmada ülkemizde alkol içme sıklığında değişiklik olmadığı belirtilmiştir.[11]

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün (OECD) sağlık raporuna göre, OECD ülkelerinde, yıllık alkol tüketimi kişi başına 8,6 litredir, Türkiye 41 ülke içinde en az alkol tüketen (1,7 litre) ülkedir. 2020 ve 2021'de tüketim sırasıyla 1,4 litre ve 1,6 litre olarak belirtilmiştir.[14] Türkiye 1,77 litreyle dünyada 185 ülke arasından 144. sıradadır. Türkiye, en az alkol tüketen ülkeler arasında olmasına karşın ülkemizde hatırı sayılır miktarda alkol tüketimi gerçekleşmektedir. En çok tercih edilen alkollü içeceklerin başında ise %60 oranla bira gelmektedir.[15]

Türkiye'de alkollü içecekler, sigara ve tütün mamullerine yönelik hanehalkı tüketim harcamalarının dağılımında İstanbul %20,1'lik harcama payı ile birinci sırada iken, Ege Bölgesi (%17,3), Doğu Marmara (%10,2) ve Akdeniz (%10,1) izlemektedir.[16]

1.3. Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanımı

Dünya genelinde madde kullanımı artmaya devam etmektedir. Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi'nin (UNODC) raporuna göre 2023 yılında dünya genelinde yaklaşık 316 milyon kişi son bir yılda madde kullanmıştır, bu sayı nüfus artışını geride bırakarak son on yılda madde kullanımının daha yaygın olduğunu göstermektedir.[17] Bir dizi faktörün birleşimiyle artan bir talep ve aynı zamanda yasadışı ticaretten kaynaklanan artan bir arz görülmektedir; bunların her ikisi de kısır döngü içinde küresel istikrarsızlıktan hem beslenmekte, hem de onu beslemektedir. En fazla kullanılan madde olan esrarı kullanan kişi sayısı son on yılda üçte bir oranında artmış, kullanım yaygınlığı 2013'teki %3,9'dan 2023'te %4,6'ya yükselmiştir (kadınlarda %2,3, erkeklerde %7,0). En hızlı yayılım gösteren mad-

Tablo 1. Dünya genelinde madde kullanımı

	Madde Kullanım Bozukluğu (milyon)	Madde kullanan kişi sayısı (milyon)	Madde kullanan erişkin nüfusun % si	Esrar (milyon) (%)	Opioid (milyon)	Amfetamin ve türevleri (milyon)	Kokain (milyon)	Ekstazi (milyon)	Enjeksiyon (milyon)
2020*		284	5.6	209 (%4)	61	34	21	20	11.2
2021**		296		219	60	36	22	20	
2022***	64	292		228	60	30	23.5	20	
2023****	64	316	6.0	244 (%4.6)	61	31	25	21	14

*(UNODC, 2022)

**(UNODC, 2023)

***(UNODC, 2024)

****(UNODC, 2025)

[17-20] Nolu Kaynaklar

deler; metamfetamin ve sentetik opioidler (özellikle fentanil)dir. Özellikle Kuzey Amerika ve Batı Avrupa'da sentetik maddeler nedeniyle, madde kullanımına bağlı küresel ölümler artmaktadır. Sentetik madde pazarı yakın geçmişte hızla büyümüştür. Dünya genelinde ele geçirilen amfetamin türü uyarıcı maddeler 2023 yılında rekor kırarak, ele geçirilen tüm sentetik maddelerin yaklaşık yarısını oluşturmuştur. Önemli sorun olmaya devam eden sentetik opioidler içinde nitazenlerin hızlı, endişe verici yükselişi dikkat çekmektedir. Küresel kokain üretimi bir kez daha tüm zamanların en yüksek seviyesine ulaşmıştır. Bu artışa, son yıllarda birçok ülkede ele geçirilen kokain vakalarında, kokain kullanıcılarında ve kokainle ilgili ölümlerde önemli artışlar eşlik etmektedir.[17]

Ülkemizde Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması (THSA) 2023 çalışmasında, nüfusun %97,4'ü yaşam boyu bağımlılık yapıcı madde kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Bağımlılık yapıcı madde kullanmamış olan kadınların yüzdesi (%98,1) erkeklerden (%96,8) fazladır. Erkeklerde 15–29, 30–44 ve 70 yaş ve üzeri gruplarda kadınlara göre daha yüksek madde kullanımı saptanmıştır. 40–59 ve 60–69 yaş gruplarında bağımlılık yapıcı madde kullanımı kadınlarda (muhtemelen sedatif hipnotik ilaçların kullanımına bağlı olarak) daha yüksektir. Hiç bağımlılık yapıcı madde kullanmayanların yüzdesi 45–59 yaş grubu kadınlar dışında hem kadınlarda hem de erkeklerde yaşla birlikte artma eğilimindedir. Nüfusun %0,9'u halen bağımlılık yapıcı madde kullanmaktadır ve madde kullanımı erkeklerle kadınlarda benzerdir, genç yaş gruplarında yüksektir.[8]

2021-2023 arasındaki üç yıllık dönem esrar ve skunk yakalamaları baz alınarak değerlendirildiğinde, her iki maddenin de yakalama miktarlarında artış olduğu görülmektedir. Türkiye'de 2023 yılında 87.268 esrar ve skunk olayı gerçekleşmiştir. Bu olaylarda 113.390 şüpheli yakalanmış, 99.294 kg esrar ve skunk maddesi ele geçirilmiştir. Sentetik cannabinoidlerle (bonzai) 2023 yılı olay sayısı (28313) bir önceki yıla (11239) göre %151,9 oranında artmıştır. 2023 yılında esrar ve skunk yakalama miktarı bir önceki yıla göre %38,0; müdahale edilen esrar ve skunk olay sayısında 2023 yılında bir önceki yıla oranla %10,5'oranında artmıştır. Yakalanan esrar ve skunk şüpheli sayısında 2023 yılında bir önceki yıla göre %15,1'lik artış yaşanmıştır. 2023 yılında kök kenevir yakalama miktarında bir önceki yıla göre %43,6 oranında artış gerçekleşmiştir.[24]

2019 yılında ülkemizde metamfetamin yakalamalarında başlayan artış, 2020, 2021 ve 2022 yıllarında da devam etmiş, 2023 yılında en yüksek metamfetamin miktarı ele geçirilmiştir. Bu artışla birlikte, olay başına düşen madde miktarı da 2022 yılına kıyasla 2023 yılın-

Tablo 2. 2020-2023 Arasında madde ile ilişkili olay, şüpheli kişi, tedaviye başvuru, ölüm sayıları

Madde ile ilişkili	2020*	2021**	2022***	2023****
Olay sayısı Kullanma amaçlı İmal -ticaret	159268 %77.64 %19.05	215771 %80.9 %16.7	246237 %82.2 %15.1	251851 %82.6 %15.1
Şüpheli sayısı Kullanma amaçlı İmal -ticaret	231652 %72.32 %19.05	294604 %76.1 %22.0	313786 %77.1 %21.1	313416 %76.7 %21.7
Esrar Yakalama miktarı(kg) Olay sayısı Şüpheli sayısı Kullanma İmal-ticaret	 93741 59716 83501 %82.2 %17.5	 64125 66967 88988 %58.8 %11.2	 71967 78949 98518 %79.5 %12.2	 99294 87268 113390 %78.1 %13.1
Madde bağlantılı suçlardan ceza	85494	100140	114924	98355
Tedaviye başvuru Ayaktan Yatarak	 114262 9824	 137609 12954	 170145 14042	 189384 13168
Ölüm	314	270	246	300

*(TUBİM, 2021)

**(TUBİM, 2022)

***(TUBİM, 2023)

****(TUBİM, 2024)

[21-24] Nolu Kaynaklar

da %60 artarak en yüksek seviyeye çıkmıştır. 2023 yılında ele geçirilen metamfetamin yakalama miktarı bir önceki yıla göre yaklaşık %35,5 artmıştır. 21.912 kg'lık yakalama, tüm yılların en yüksek miktarıdır.[24]

Tanı kodlarına göre alkol ve nikotin kullanım bozuklukları çıkartıldığında, 2023 yılında sadece tedavi merkezlerine yapılan toplam ayaktan tedavi başvuru sayısı 349.393'tür. Bunların 134.390'ı denetimli serbestlik kapsamında yönlendirilmiştir. 2023 yılında yataklı tedavi merkezlerine başvuru sayısı 16291'dir. Tekrarlayan yatışlar çıkarıldığında kişi sayısı 13168'dir. 2023 yılında hastaların %37,1'i metamfetamin (2022 %37,8), %28'i eroin (2022 %37,4), %11,2'i esrar (2022 %7,0) nedeniyle tedavi görmüşlerdir, %14,3'ü işsizdir, %45'inin düzenli bir işi yoktur, %36,5'i düzenli bir işte çalışmaktadır, %3,5'i öğrencidir.[24]

2018 yılından itibaren madde bağlantılı ölümler düşüşe geçmiş ve düşüş trendi 2022 yılına kadar devam etmiştir. 2022'de maddeye bağlı 246 ölümün (%89 (219) erkek, %11 (27) kadın) %56,9'u (140) metamfetamine, %27,2'si eroine (67), %18,7'si ekstaziye atfedilmiştir. 2023 yılında madde bağlantılı ölüm sayısı bir önceki yıla göre %22 artışla 300 olmuştur. 2017 yılından 2023 yılına kadar %68'lik bir düşüş kaydedilmiştir. Madde bağlantılı ölümlerin cinsiyet dağılımları incelendiğinde 2022 yılında %89'u (219) erkek, %11'i (27) kadın, 2023 yılında ise %92,3'ü (277) erkek, %7,7'si (23) kadındır. Ölümlerin %61,6'sı birden fazla madde kullanımına bağlıdır. Metamfetamin, bu ölümler içinde öne çıkmaktadır. 2023 yılında 185 çoklu madde kullanımından kaynaklı ölümün %53,5'inde metamfetamin görülmüştür. Diğer yandan tekil madde kullanımından kaynaklı 49 ölüm içerisinde ise %42,6'sı metamfetamin kaynaklıdır. Ölenlerin yaş ortalaması 35'tir, %92,3'ü erkektir.[24].

Metamfetamin kaynaklı olay/şüpheli sayıları ve ele geçirilen miktarlardaki artış, madde bağlantılı ölüm oranlarına ve bu maddeden kaynaklı tedavi başvuru sayılarına da yansımıştır. Ülkemizde aşırı doz ölümlerin en yüksek görüldüğü 2017 yılında meydana gelen ölümlerde metamfetamin görülme oranı %7,7 iken, 2023 yılında bu oran %46,3 olmuştur. Tek başına metamfetamin kaynaklı ölümler 2017 yılında %0,3 iken, 2023 yılında %42,6'ya çıkmıştır. 2016 yılında %3,5 olan metamfetamin tedavisine başvuru oranı, 2023'te %37,1 olmuştur.[24]

2021 yılında yayınlanan, ulusal düzeyde temsili bir örneklemde (n=24494) gerçekleştirildiği belirtilen çalışmada yaşam boyu herhangi bir madde kullanma sıklığı %4,5, esrar kullanımı %5,3 olarak bildirimiştir.[9]

COVID-19 pandemisi sırasında İstanbul'da üniversite öğrencilerinde (n=2045) yapılan çalışmada esrar kullanım sıklığı COVID öncesi %4,2'den %1,6'ya gerilemiştir.[10]

Atık Su Epidemiyolojisi (WBE) atık su analizleri, madde kullanım miktarları, kullanılan madde türü ve kullanım paterni konularında bilgi sağlayabilecek ve daha sık aralıklarla tekrarlanabilecek bir alternatif epidemiyolojik yöntem olarak önerilmektedir. Madde kullanımı, damgalanma potansiyeli nedeniyle gizlenme eğilimi bulunan bir davranış biçimidir, anketler yoluyla objektif bilgi elde edilebilmesi bu nedenle zor olabilmektedir. Atık su analizi, hızla gelişen bilimsel bir disiplindir ve toplum düzeyinde yasadışı uyuşturucu kullanımındaki coğrafi ve zamansal eğilimler hakkında objektif ve gerçek zamanlı veriler sunma potansiyeline sahiptir.[25]

2019 yılında ülkemizde 11 şehirde, 18 atık su arıtma tesisinden nikotin ve etil sülfat analiziyle ortalama nikotin tüketimi 2,93/gün (2,9 sigara/gün), ortalama alkol tüketimi 3,46?1,83ml/gün olarak hesaplanmıştır. En yüksek nikotin tüketimi Kayseri'de, en yüksek alkol tüketimi Mersin'de bulunmuştur.[26] Kişi başına düşen yıllık ortalama alkol tüketimi Türkiye alkol satış istatistiklerinden ve DSÖ raporlarından yüksektir. Bunun nedeni geleneksel, ev yapımı fermente içkiler ve illegal alkol satışı olabilir. Benzer şekilde WBE ile hesaplanan sigara sayısı da TAPDK'nın bildirdiğinden yüksektir; bu da geleneksel olarak sarma sigara tüketimiyle ilişkili olabilir. Nikotin tüketimi Çin (2 mg), Amerika (2,7mg), Portekiz (2,5 mg) ve Avustralya (3,5mg) sonuçlarıyla benzerdir. Alkol tüketimi (4,1EPD) diğer ülkelerden düşüktür; Avustralya (7-24EPD), İspanya (18 EPD), Belçika (15,3EPD), ABD (6-93 EPD).

İstanbul'da bulunan 14 Atık Su Arıtma Tesisi üzerinde 2019 yılında madde kullanımına yönelik yapılan çalışmada en çok kullanılan maddelerin alkol, tütün ve esrar olduğu bildirilmiştir.[27]

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA) tarafından 2020'de elde edilen veri ile hazırlanan **"Atık Su Analizleri ve Uyuşturucular: Avrupa'da Çoklu Şehir Çalışması"** başlıklı raporda günlük ortalama esrar tüketim miktarı sıralamasında, Amsterdam birinci, Zagreb ikinci ve Cenevre üçüncü sırada yer almıştır. 37 Avrupa şehrinin karşılaştırıldığı sıralamada, İstanbul 29, Adana ise 35'inci sıradadır. Avrupa'da en yaygın tüketilen ikinci yasa dışı madde olan kokainin günlük ortalama tüketim miktarı sıralamasında Belçika'nın Antwerp Zuid şehri birinci,

Zürih ikinci, Amsterdam üçüncüdür. 89 şehrin yer aldığı bu listede İstanbul 55, Adana 74'üncü sıradadır.[27]

Madde kullanımı diğer ülkelere göre az olsa da, basında yer alan kullanımla ilgili haberler, klinik gözlemler önemli bir boyutta soruna işaret etmektedir. Bulunabilir, ulaşılabilir olması maddelerin kullanımını artırmaktadır. Bu nedenle arzın ortadan kaldırılması, mümkün değilse en aza indirilmesi madde kullanımını önlemek açısından vazgeçilmezdir.

2. Bağımlılık Davranışları

2.1. Dijital Oyun Oynama

Türkiye'de ekran kullanımı artmaktadır; internet kullanım oranı 2015'te %53,7 iken 2024'te %87,3'e ulaşmıştır. 2024'ten 2025 başına kadar sosyal medya kullanıcı sayısı 950 bin artmıştır. Türkiye, farklı sosyal medya platformlarını kullanma sayısında 7,6 ortalama ile 53 ülke arasında 9. sırada, internet kullanıcıları arasında her hafta çevrim içi alışveriş yapma oranı %61 ile 55 ülke arasında 6. sıradadır. Türkiye'de 16 yaş üstü internet kullanıcıların %92,3'ü dijital oyun oynamaktadır. İstanbul'da ekran bağımlılığı sorunu özellikle çocuklarda yoğunlaşmakta, SUDEM verilerine göre ekran bağımlısı bireylerin yarısından fazlası 10–15 yaş grubundadır. Bunu %24,4 ile 16–24 yaş grubu, %7,7 ile 5–9 yaş grubu izlemektedir. Bağımlıların %60'ını erkekler oluşturmaktadır. Uzmanlar, ekran aracılığıyla kurulan arkadaşlıkların yüz yüze iletişimin yerini aldığını, çocukların ekranı adeta "nefes" gibi gördüğünü belirtmektedir.[28]

2022 yılında Yeşilay tarafından yürütülen '15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Sağlık Davranış Araştırması' sonuçlarına göre katılımcıların %15,7'si son bir yılda dijital platformları kullanarak oyun oynadığını belirtmiştir. Son bir yılda oyun oynadığını belirten katılımcıların %6,3'ü oyunların hayatlarına olumsuz etkisinin olduğunu bildirmiştir.

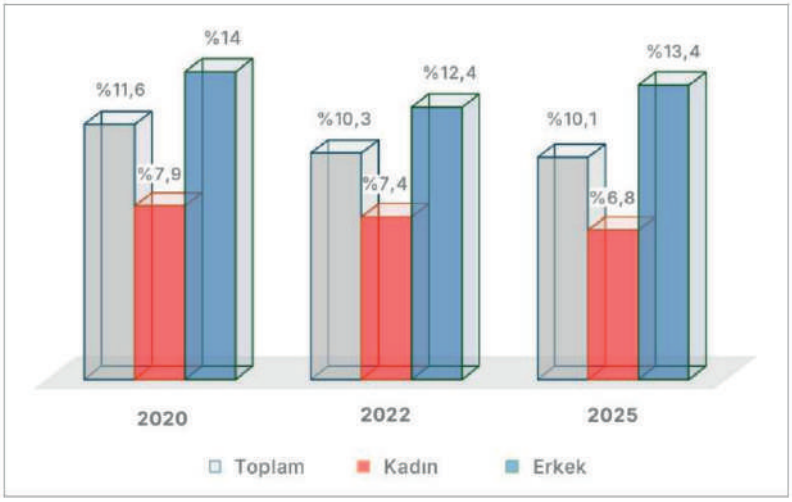
2.2. Kumar Oynama ve Sanal Kumar

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, dünyadaki yetişkin nüfusun %1,2'sinin kumar oynama bozukluğuna sahip olduğu tahmin edilmektedir; erkeklerin %11,9'u ile kadınların %5,5'i kumara bağlı olarak çeşitli düzeylerde zarar yaşama riskiyle karşı karşıyadır. Bir meta-analiz çalışmasında, dünya genelinde yaklaşık 2,3 milyar yetişkinin (%46,2) ve 160 milyon ergenin (%17,9) son 12 ay içinde herhangi bir biçimde kumar oynadığı bildirilmiştir. Kumar oynama erkekler arasında kadınlara kıyasla daha yüksektir. Avrupa Birliği Uyuşturucu Madde Ajansı'nın [European Union Drugs Agency (EUDA)] her yıl 37 Avrupa ülkesinde yürüttüğü Avrupa Okul Anketi (ESPAD) projesinin 2024 yılı verisine göre, lise öğrencileri arasında çevrim içi kumar oynama oranı 2019'da %7,9 iken 2024'te %14'e yükselmiştir. Lancet Halk Sağlığı Kumar Komisyonu'nun raporuna göre özellikle 2000'li yıllardan itibaren kumarın yasallaşması, kumar endüstrisinin büyümesi ve çevrim içi kumar seçeneklerinin çoğalması kumara erişimi kolaylaştırmış ve katılım oranlarını artırmıştır.[29]

Kumar oynama Türkiye'de de dünyadaki eğilimlere paralel COVID-19 pandemisinde 2019-2020 yılından itibaren belirgin artış göstermiştir. TC Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Yeşilay Cemiyeti iş birliğinde yapılan "15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Sağlık Davranış Araştırması" 2025 yılı (26 ilde, 36334 katılımcı ile) sonuçlarına göre; Türkiye'de yaşam boyu en az bir kez kumar oynama sıklığı %10,1'dir (erkeklerde %13,4, kadınlarda %6,8). Bu oran dünya genelinde tahmin edilen yaygınlıktan düşük olmakla birlikte Türkiye nüfusu dikkate alındığında yaklaşık 6,8 milyon kişinin hayatında en az bir kez kumar oynadığına işaret etmektedir. Türkiye'de en çok tercih edilen kumar oyunları piyango biletleri, bahis (spor) ve loto oyunları olmuştur. Son 30 gün içinde kumar oynadığını belirten %6,6'lık kesim internet üzerinden yasa dışı bahis oynadıklarını ve çoğunlukla akıllı telefon üzerinden oynadıklarını belirtmişlerdir. Yasa dışı bahis oynama 15-24 yaş aralığındaki gençlerde diğer yaş gruplarına göre daha yaygındır. Kumar oynama sıklığının farklı yaş gruplarında ve eğitim düzeyindeki kişilerde benzer oranlarda görülmesi kumarın toplumun geniş kesimlerini etkilediğini göstermektedir. Kumara başlama yaşı incelendiğinde en riskli grubun gençler olduğu dikkat çekmektedir. Yaşam boyu en az bir kez kumar oynamış kişilerin %71'i 15-24 yaş arasında, %19'u ise 25-34 yaş arasında ilk defa kumar oynadığını belirtmiştir.[29]

Kumar bağımlılığı nedeniyle tedavi başvurularının arttığı görülmektedir. Faaliyet alanlarına 2021 yılında kumar bağımlılığı da eklenen Yeşilay Danışmanlık Merkezlerine (YEDAM) 2021-2024 yılları arasında kumar bağımlılığı ile ilişkili 15.624 danışan başvurmuştur. Bu sayı aynı yıllarda tütün, alkol, madde, teknoloji ve kumar bağımlılığı nedeniyle başvuran toplam 54.824 danışanın yaklaşık %28'idir. 2024 yılında bu oran %36,6'ya yükselmiştir.[29]

Türkiye'de sanal kumar yaygınlaşmaktadır; Şubat 2025 verisine göre sanal kumar oynayanların oranı %10,4 ile dünya ortalamasının üzerindedir. Küresel kumar endüstrisi 2023'te 536 milyar dolar büyüklüğe ulaşırken, bunun %24,6'sını (132 milyar dolar) sanal kumar oluşturmuştur. Türkiye'deki sanal kumar pazarı



Şekil 2. Yaşam boyu kumar oynama oranlarının yıllara göre değişimi (Yeşilay, 2025)

[25] Nolu Kaynak

aynı yıl 985,5 milyon dolar hacme ulaşarak küresel pazarın %1'ini oluşturmaktadır.[28]

İstanbul'da kumar bağımlılığı nedeniyle SUDEM'lerden hizmet alanların oranı 2024'te %14,6 iken, 2025'in ilk yedi ayında iki kat artarak %30,4'e yükseldi. Merkezden hizmet alanların %94,9'u erkekler ve başvuruların yarısı (%50,5) 25–34 yaş grubundadır. 2024'te yasa dışı bahis ve kumar faaliyetleri, Türkiye'de en yaygın ikinci finansal suç oldu. BTK verisine göre erişime engellenen yasa dışı site sayısı 2023'te 159.515 iken 2024'te 375.367'ye çıktı.[28]

Türkiye'de yasal kumar oyunlarına erişimin sanal kumar oyunlarıyla kolaylaştırılması, farklı sektörlerde hizmet sunan firmaların müşterilerine kumar oynama imkânı tanıması, pazarlama yöntemleriyle kumar oyunlarının güvenli olduğu izlenimi verilmesi kumar bağımlılığının yaygınlaşması açısından dikkat çekicidir.[29] Kumar reklamlarının çeşitlenmesi ve yaygınlaşması, bireylerin kumara bakış açılarını ve davranışlarını doğrudan etkilemektedir. Reklamlar aracılığıyla kumar, eğlenceli, sosyal bir faaliyet gibi sunularak özellikle gençler ve riskli gruplar etkilenmektedir. Araştırmalar, bu tür reklamların yalnızca kumara başlama olasılığını artırmayıp, yoğun ve kontrolsüz kumar davranışlarını da tetiklediğini göstermektedir. Bu nedenle, bireylerin korunması ve toplumsal olumsuzlukların önlenmesi için "yasal" reklamlar da dâhil olmak üzere kumar reklamlarının kapsamlı şekilde düzenlenmesi ve denetlenmesi gereklidir.

Madde kullanımı kişinin sağlığına zarar vermekte, kronik hastalık, ruhsal hastalık riskini artırmakta ve her yıl önlenebilir ölümlere neden olmaktadır. Ailelere ve topluma ağır bir yük oluşturmakta, kazaları, yaralanmaları ve şiddeti artırmaktadır. Daha sağlıklı ve daha adil bir toplum yaratmak, madde kullanımının olumsuz sağlık ve sosyal sonuçlarını azaltmak için daha sistematik çalışmalar yapılmalı, madde kullanım bozuklukları tedavisi erişilebilir ve düşük maliyetli hale getirilmelidir. Madde kullanımının kabul edilirliğini, maddelerin bulunabilirliğini ve karşılanabilirliğini etkileyen belirleyiciler sektörler arası, kapsamlı ve bütünleşik politika önlemleriyle ele alınmalıdır. Hem madde kullanımında hem bağımlılık davranışlarında erken önlem almak hayati önem taşımaktadır; hükümetler gençlerin dayanıklılığını artırmak ve onlara yaşamları hakkında sağlıklı ve akıllı seçimler yapabilmeleri için ihtiyaç duydukları bilgileri sağlamak amacıyla eğitime daha fazla yatırım yapmalıdır. Ayrıca, sağlık sistemi müdahalelerini güçlendirerek, ihtiyaç sahipleri için kapsamlı ve erişilebilir, düşük maliyetli tedavi ve bakım sistemleri geliştirerek, davranışsal bağımlılıklar, madde kullanım bozuklukları ve madde kullanımına bağlı diğer sağlık sorunları olan kişilerin evrensel sağlık kapsamına ulaşmaları sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. WHO. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders; 2024. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1
2. WHO. Tobacco; 2025. https://Www.Who.Int/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Tobacco.

3. WHO. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. Geneva; 2024. https://www.who.int/publications/i/item/9789240088283
4. The Tobacco Atlas; 2023. https://tobaccoatlas.org/challenges/prevalence/
5. OECD Sağlık istatistiklerinde Türkiye'nin yeri; 2022. https://www.Dogrulukpayi.Com/Bulten/Turkiye-de Saglik-Istatistikleri-Ne-Soyluyor.
6. Drope J, Hamille. S. editors. Country profile: Turkey. In The Tobacco Atlas. New York: Vital Strategies and Economics for Health; 2025. https://Tobaccoatlas.Org/Factsheets/Turkey/. https://tobaccoatlas.org/factsheets/turkey/
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi; 2019.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı; 2025. https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/05/12/turkiye-hanehalki-saglik-arastirmasi-2023.pdf
9. Ünübol H ve Hızlı Sayar G. Prevalence and Sociodemographic Determinants of Substance Use in Turkey. European Addiction Research, 2021;27(6): 447–456. https://doi.org/10.1159/000515399
10. Bulut NS, Yorguner N, Akvardar Y. Impact of COVID-19 on the Life of Higher-Education Students in İstanbul: Relationship Between Social Support, Health-Risk Behaviors, and Mental/Academic Well-Being. Alpha Psychiatry, 2021; *22*(6), 291–300. https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2021.21319
11. Kilian C, Neufeld M, Manthey J, Alavidze S, Bobrova A, Baron-Epel O, et al. Self-reported changes in alcohol and tobacco use during COVID-19: findings from the eastern part of WHO European Region. European Journal of Public Health, 2022;32(3), 474–480. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac011
12. WHO. Alcohol, 2024. Https. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol
13. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye Sağlık Araştırması 2022, 2023. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747
14. ChartingTheGlobe. (n.d.). Alcohol consumption of all types, per capita, 15+, pure alcohol Turkey. https://Chartingtheglobe.Com/Region/Turkey/Health/Alcohol-Consumption?Indicator=alcohol-Consumption-per-Capita&start=2018&end=2022&regions=228.
15. Ege Malt. (n.d.). En Çok Alkol Tüketilen İller Hangileridir? https://Egemalt.Com/En-Cok-Alkol-Tuketilen-Iller-Hangileridir/.
16. TÜİK. Hanehalkı Tüketim Harcaması (Bölgesel) 2019, 2020 https://Data.Tuik.Gov.Tr/Bulten/Index?P=Hanehalki-Tuketim-Harcamasi-(Bolgesel)-2019-33594.
17. UNODC. World Drug Report 2025. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2025/WDR25_B1_Key_findings.pdf
18. UNODC. World Drug Report 2022.
19. UNODC. World Drug Report 2023.
20. UNODC. World Drug Report 2024. https://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2024/June/unodc-world-drug-report-2024_-harms-of-world-drug-problem-continue-to-mount-amid-expansions-in-drug-use-and-markets.html
21. TUBİM. (2021). 2021 Türkiye Uyuşturucu Raporu. https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/2021-Turkiye-Uyusturucu-Raporu.pdf
22. TUBİM. (2022). 2022 Türkiye Uyuşturucu Raporu. https://narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1nlar/Turkiye-Uyusturucu-Raporu-2022.pdf
23. TUBİM. (2023). 2023 Türkiye Uyuşturucu Raporu. https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1nlar/2023_TURKIYE_UYUSTURUCU_RAPORU.pdf
24. TUBİM. (2024). Türkiye Uyuşturucu Raporu 2024. https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/icisleri.gov.tr/duyurular(1)/2024_uyus_raporu.pdf
25. Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu. 2024-2028 Uyuşturucu İle Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2024. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/49633/0/2024-2028-uyusturucu-ile-mucadele-ulusal-strateji-belgesi-ve-eylem-planipdf.pdf?_tag1=EC336FBA8771FFCD2A918171D64B9BFF8155888A
26. Yavuz Guzel E, Atasoy A, Gören İE, Daglioglu N. Estimation of alcohol and nicotine consumption in 11 cities of Turkey using wastewater-based epidemiology. Drug Testing and Analysis 2021:13(4), 853–861. https://doi.org/10.1002/dta.2979
27. Avrupa'da 'atık su analiz raporu, 2021. https://Iktibasdergisi.Com/2021/06/25/Avrupada-Atik-Su-Analiz-Raporu/.
28. İstanbul Planlama Ajansı (İPA). Bağımlılığın Yeni Yüzü: İstanbul'da Sanal Kumar ve Ekran Bağımlılığı, 2025. ipa.istanbul/yayinlarimiz/290/bagimliligin-yeni-yuzu-istanbulda-sanal-kumar-ve-ekran-bagimliligi#:~:text=-Dijitale%20Taşınan%20Bağımlılık%3A%20Sanal%20Kumar,milyar%20dolar)%20sanal%20kumar%20oluşturdu
29. Yeşilay. Türkiye Kumar Raporu, 2025. file:///Users/yildizakvardar/Downloads/_assets_uploads_pdf_turkiye-kumar-raporu-2025.pdf

Dayanıklı Toplum, Afetler ve Toplum Ruh Sağlığı Açısından Türkiye 2020-2025

Tacettin İnandı

1. Giriş

Bu yazıda 2020-2025 yıllarında yaşanan iki büyük afetin (pandemi ve depremin) toplum ruh sağlığı üzerine etkilerini incelemek amaçlanmıştır. İlk olarak toplum ruh sağlığı kavramı ve göstergeleri üzerinde durulmuş ve daha sonrasında afetlerin bu göstergeler üzerine etkisi, elde edilebilen veriler üzerinden ortaya konmaya çalışılmıştır. Son olarak dayanıklı toplum, dirençli toplum ve toplum ruh sağlığı ilişkisi ele alınmıştır.

2. Toplum Ruh Sağlığı

Toplum ruh sağlığı denince genellikle akla ilk gelen ruhsal hastalıklardır. Elbette ruhsal hastalıklar toplum ruh sağlığı düzeyinin önemli göstergelerinden biridir. Ancak toplum ruh sağlığı düzeyi sadece hastalıklarla gösterilirse eksik kalır. Sağlık tanımında olduğu gibi ruh sağlığının pozitif bir yönü de mevcuttur.[1] Ruh sağlığı düzeyi göstergelerinin, toplumda görülen ruhsal hastalıkların sıklığı ile birlikte toplumun yaşam doyumu, yaşam kalitesi, ruhsal dayanıklılık, iyilik ve mutluluk gibi yönleri de mevcuttur.[2] Aşağıda yer alan başlıkları toplum ruh sağlığı göstergeleri arasında saymak olanaklıdır:

- Ruhsal sorunlar; Depresyon, anksiyete bozuklukları, stres, intiharlar, madde kullanım bozuklukları...
- Pozitif ruh sağlığı göstergeleri; güven, yaşam doyumu, iyilik hali, mutluluk, dayanıklılık ...
- Ruh sağlığı hizmetleri, rehberlik, danışmanlık ve destek hizmetleri...
- Toplum ruh sağlığı risk faktörleri; yoksulluk, işsizlik, gelir kaybı ...
- Sağlık için riskli davranışlar, tütün, alkol, madde kullanımı...
- Şiddet ve barış göstergeleri

3. Afetlerin Toplum Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi

Afetlerin bu göstergeler üzerine etkisine bakacak olursak, Türkiye'de toplum ruh sağlığı (TRS) düzeyine yönelik bütüncül bir veri sistemi ne yazık ki yoktur. Mevcut Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmaları daha çok hastalık sıklıklarına odaklanmaktadır.[3] Bu çalışmada görüşme ölçeğinin kapsadığı ruhsal hastalıkların hayat boyu yaygınlığı %26,1, son 12 ay için ise %19,9 olarak bildirilmiştir. Afetlerden bağımsız olarak ruhsal hastalıklar toplumda sık gözükmektedir.

TRS düzeyine yönelik, yukarıda belirtilen boyutları içeren düzenli ya da periyodik çalışma da yoktur. Farklı popülasyonlarda, farklı amaçlarla yapılan ancak TRS göstergeleri olarak kullanılabilecek az sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların bütüncül bir yaklaşımla planlanmaması nedeni ile TRS'nin bazı alanlarında veri bulmak güç olmuştur.

Bir diğer konu da araştırmaların çoğunun kesitsel nitelikte olmasıdır. Dolayısı ile afet öncesi durum sonrasını içeren uzunlamasına çalışmalar olmadığından afetlerin etkisini ortaya koymak bu tür çalışmalarla da güçtür. Yine de afet sonrası durumu görebilmek afetin TRS üzerine etkisi hakkında bir fikir verebilir.

Türkiye'de 2020-2025 yılları arasında COVID-19 pandemisi ve Kahramanmaraş depremi dışında afet sayılabilecek deprem, sel ve yangın olayları da mevcuttur. Ancak bu yazı iki büyük afet ve bunların sonuçları ile sınırlıdır.

3.1. Pandemi ve Toplum Ruh Sağlığı

Çin'de 2019 yılının son aylarında başlayan COVID-19 pandemisi 2020 yılında tüm dünyaya yayılmış, dünyada milyonlarca insanın ölümüne yol açmıştır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı verilerine göre Kasım 2022'ye kadar

17 milyondan fazla vaka ve 101 binin üzerinde ölüm olmuştur.[4] Ancak bir çalışmada 2020-2022 yıllarında beklenmeyen yaklaşık 250 bin ölüm görüldüğü hesaplanmıştır.[5] Yoğun bakım servisleri dolmuş, pek çok ülkede sağlık sistemleri zorlanmıştır.

Bilimsel yayınlara göre pandemi, Türkiye'de toplum ruh sağlığını ruhsal hastalıklar, ruh sağlığı hizmetleri ve riskli sağlık davranışları gibi pek çok yönden olumsuz etkilemiş olabilir.[6-8]

3.1.1. Pandemi ve Ruhsal Hastalıklar

Pandemi sonrasında yapılan çalışmalarda anksiyete, depresyon belirtileri ve artmış stres düzeyi gibi ruhsal sorunların görülme sıklığı yüksek bulunmuştur.[6,9] Pandeminin ruhsal hastalıkların görülme sıklığı üzerine olumsuz etkisi, beklentiler ve gözlemlerle de uyumludur. Pandemi sürecinde konan kısıtlamalarla birlikte sosyal medya bağımlılığı artığına ilişkin çalışmalar mevcuttur.[10,11] Sokağa çıkma yasakları, okulların kapanması gibi kısıtlamalar telefon, tablet, bilgisayar ve televizyon başında geçirilen sürenin artmasına neden olmuş olabilir.

Bilimsel yayınlarda sadece toplumda değil, sağlık çalışanlarında da yüksek düzeyde depresyon, anksiyete belirtileri ve stres düzeyleri saptanmıştır.[12,13] Yoğun ve yorucu çalışmalar, sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromuna yol açabilir. COVID-19'a yakalanan sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve stres düzeylerini daha yüksek bulan çalışmalar mevcuttur.[14] Yüksek stres, anksiyete ve tükenmişliğin, iş verimliliği ve güvenliği üzerine etkisi olumsuzdur.

COVID-19 toplumda uyku kalitesinin düşmesine ve uyku bozukluklarının artışına neden olmuştur.[15,16]

Pandemi ruhsal hastalıkların artışına katkıda bulunabilir ve bu durum ölüm korkusu, stres, anksiyete, fiziksel aktivite kısıtlılığı, ekran bağımlılığı, uyku bozukluğu gibi pek çok sorunla ilişkili olabilir. Ancak bu etkiler ne kadar olmuştur, bunu kesitsel nitelikteki araştırmalar üzerinden söylemek biraz güçtür.

3.1.2. Pandemi ve Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

Pandemi döneminde ruhsal hastalığı olanların hastaneye başvuru ve yatış sıklığında önemli azalmalar olmuştur.[17] Ruhsal hastalığı olanların pek çoğu, diğer hastalıkta olduğu gibi 2020-2021 yıllarında sağlık hizmetine erişimde güçlük yaşamıştır ve buna bağlı sorunların artması muhtemeldir. Ayrıca pandemi sürecinde uygulanan karantina, izolasyon ve dolaşım kısıtlamaları ruhsal hastalığı olanlar üzerinde daha fazla olumsuz etki yaratabilir. Veri eksikliği, korunmaya öncelik verilmemesi, nitelikli sağlık insan gücünün azlığı toplum ruh sağlığı hizmetlerinde pandemi öncesi sorunlar olarak bildirilmiştir. Halen toplum ruh sağlığı yasasının olmayışı önemli bir öncelik alanıdır. Toplum ruh sağlığı merkezleri, ikinci basamağa bağlı olarak, dar bir grup hastaya hizmet sunmaktadır ve pozitif ruh sağlığı hizmetleri, bu merkezlerde sınırlı düzeyde yer almaktadır. Öte yandan olumlu sayılabilecek bir gelişme ise tele-psikiyatri uygulamalarının bu dönemde yaygınlaşmış olmasıdır.[18] Bu dönemde uzaktan psikososyal destek hizmetleri artmıştır. Pandemi sekonder bazı yararlar sağlamış olsa da dünyanın her yerinde ruh sağlığı hizmetlerine erişimi güçleştirmiş, pek çok hastanın gereksinimi karşılanamamıştır.

3.1.3. Pandemi Döneminde Toplum Ruh Sağlığı Risk Faktörleri

Ruh sağlığının önemli sosyal belirleyicilerinden olan beslenme, ekonomik gelir, destekleyici sosyal çevre öğelerinin pandemiden olumsuz yönde etkilenme olasılığı yüksektir. Pandemi nedeni ile üretim yavaşlamış, ekonomi etkilenmiş ve eşitsizlikler artmıştır.[19] Temel gereksinimlerin karşılanmasında, ulaşım ve eğitime erişimde önemli güçlükler ortaya çıkmıştır.[19]

Çok sayıda insan ani ve beklenmedik bir biçimde yakınlarını kaybetmiştir. Bunların getirdiği yas, hüzün ve duygusal etki toplumda olumsuz bir atmosfere neden olmuştur. Üstelik bireyler kaybettiklerinin yasını kısıtlamalar nedeni ile yakınları ve dostları ile paylaşamamış ve yalnızlık duygusu yaşamıştır.

Pandemi döneminde hava kalitesinde iyileşmeler olmakla birlikte fiziksel aktivite azlığı ve dolaşım kısıtlamaları ruh sağlığını olumsuz etkileyebilecek etkenlerdir. Özetle toplum ruh sağlığı açısından koruyucu etkenlerde gerileme, risk etkenlerinde artış olduğu söylenebilir.

Pandemi ile pozitif ruh sağlığı öğelerinden toplumda güven, huzur, yaşam doyumu, dayanıklılık, umut, sosyal bağlar ve kolektif iyilik halinin olumsuz etkilenmiş olması beklenir. Toplumda endişe, kaygı ve ölüm korkusu artmıştır.[20] Bireylerin ve toplumların olaylar karşısında yedek (reserv) kapasiteleri, toleransları azalmıştır.

3.1.4. Pandemide Riskli Sağlık Davranışları

Pandemide etiketleme ve damgalanma önemli sorunlardan biri olmuştur.[21] Aile içi şiddet olgularında artış bildirilmiştir.[22,23] Hem hastalar hem de sağlık çalışanları bu damgalamadan olumsuz etkilenmiştir.

Pandemide tütün kullanımına ilişkin çalışmalar farklı sonuçlar vermişlerdir. Bir yandan stres, korku, kaygı ve kısıtlamalar tütün kullanımını artırıcı yönde etkilerken,

tütün kullananlarda COVID-19'un daha ağır ve ölümcül seyretmesi tütünü bırakma yönünde bir etki göstermiştir. Çalışmalar yine de tütün kullanımının arttığını daha çok desteklemektedir.[24-26]

Getirilen kısıtlamalar nedeni ile toplumda fiziksel hareketlilik düşmüştür.[27]. Hareketsizlik ise hem ruhsal hastalıklar ve iyi oluş, hem de kronik hastalıklar açısından önemli bir risktir.

3.2. Deprem ve Toplum Ruh Sağlığı

Ülkemizde Pazarcık merkezli 6 Şubat depremi yaklaşık 13 milyon insanı sosyal ve ekonomik açıdan etkilemiş, on binlerce insanın ölümüne yol açmış, çok sayıda insan ise yaralanmış ve sakat kalmıştır. Milyonlarca insan yaşadığı yerden ayrılmak zorunda kalmış, yüzbinlerce konut kullanılamaz duruma gelmiştir.[28]

Depremin toplum ruh sağlığı üzerinde önemli bir olumsuz etki yarattığı hemen herkes tarafından kabul edilen bir görüştür. Ekonomik ve sosyal sorunlar, ruhsal hastalıklar, hizmetlere erişim, sağlık açısından riskli tutum ve davranışlar ruh sağlığını etkileyebilecek faktörlerdir.[29]

Deprem, bölgede yaşayan insanlarda ruhsal sorunların artışına neden olmuştur. Travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete düzeylerinde önemli artışlar görülmüştür.[30,31] Bir meta-analizde TSSB %41, depresyon ve anksiyete %40 bulunmuştur.[32]

Deprem sonrası yapılan çalışmalar tütün kullanımının önemli ölçüde arttığı, bırakanların yeniden başlama eğilimi taşıdığını desteklemektedir.[33] Deprem sonrası ruhsal belirtiler oldukça yüksek düzeydedir. Bir çalışmada kadın olmak, yakın kaybı, evin çökmesi, yerinden olma, iş kaybı ve yetersiz sosyal destek önemli risk faktörleri olarak bulunmuştur.[32]

Şiddetli bir deprem sonucu oluşan büyük bir afetin travmasına maruziyet, deprem sonrası tekrarlayıcı travmalar yaşamak, yerinden edilme, konut ve barınma sorunu, gıdaya erişim, hijyen koşulları, temiz suya erişim, güvensiz ortam, kaza ve yaralanmalar, yakın kayıpları, hava kirliliği, yoksullukta artış, işsizlik, sakatlıklar gibi toplum ruh sağlığı açısından pek çok risk faktörü deprem sonrasında ruh sağlığı üzerine olumsuz etkide bulunabilecek faktörler arasındadır.[29,32]

3.2.1. Depremler Sonrası Afet ve Ruh Sağlığı Hizmetleri

Deprem sonrası sağlık hizmetleri önemli ölçüde kapasite kaybına uğramıştır. Bölgede 10 hastane yıkılmış, 11'i ağır hasar almıştır. Ayrıca 66 adet aile sağlığı merkezi yıkılmıştır.[34] Depremin 3.yılında Antakya'da sağlık hizmetleri henüz önceki kapasitesinin altındadır. Depremde yıkılan Antakya Toplum Ruh Sağlığı Merkezi halen açılamamış, birinci basamak sağlık hizmetleri düzenli işler hale gelememiştir.

Ortaya çıkan karşılanmamış ruh sağlığı gereksinimleri için çok sayıda sivil toplum örgütü gönüllü olarak deprem bölgesinde faaliyet göstermiştir. Gönüllü kuruluşların hizmetleri kesintili ve koordinasyon güçlükleri ile olmuştur. Bu nedenle bir yanda hizmette duplikasyonlar ortaya çıkarken diğer yanda ulaşılamayan bölgeler olmuştur. Hizmetin niteliği de önemli bir diğer konudur. Kuruluşlar tarafından daha çok psikososyal destek hizmetleri verilmiştir.

3.2.2. Depremler Sonrası Afet ve Pozitif Ruh Sağlığı

Deprem sonrasında yaşanan afet, ruh sağlığı için riskleri artırabilecek ve pozitif ruh sağlığı göstergelerini etkileyecek boyuttadır. Geleceğe güvenle bakış, huzur, yaşam doyumu, ruhsal dayanıklılık gibi pozitif ruh sağlığı düzeylerinde önemli değişiklikler kuvvetle muhtemeldir.

Özellikle kriz dönemindeki yüksek yardımlaşma ve dayanışma çabası afetzedeleri ayakta tutan, ruh sağlığını güçlendiren önemli bir etmen olmuştur. Kriz sonrasındaki güçlü yardımlaşma ve dayanışma, sosyal bağların güçlenmesine katkı sunmuştur. Ancak bunların kısa süreli olması ve uzun süren bir afette sürekliliğinin sağlanamaması toplumda yalnızlık, unutulmuşluk ve terk edilmişlik duygularının gelişmesine neden olabilir.

4. Türkiye'de Afetler ve Toplum Ruh Sağlığı

Türkiye'de acil ve afet durumlarında psikososyal destek sunumu için bazı mevzuatlar mevcuttur. Türkiye Afet Müdahale Planında (TAMP) Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının koordinasyonunda psikosoyal destek çalışma grupları planlanmıştır.[35] Çalışma grubu için 7 temel görev tanımlanmıştır. Bunlar kapasite geliştirme eğitimi, lojistik sağlama, gereksinim belirleme, sosyal iyileşme, incinebilir gruplara müdahale ve çalışanlara sosyal destek gibi konuları kapsamaktadır.[35]

AFAD 2024-2028 Stratejik Planında toplum ruh sağlığı konusu doğrudan yer almamakta, Türkiye Afet Risk Azaltma Planında (TARAP) ise "Psikolojik zarar ve kayıplar" azaltma başlığı yer almaktadır. Türkiye Afet Sonrası İyileşme Planlarında ise psikososyal destek çalışmalarına önemli bir yer verildiği gözlenmektedir.[36] Bu da AFAD planlarının bütünleşik afet planından daha çok, krize odaklı bir yaklaşım sergilediğini göstermektedir. AFAD planlarının içerik analizini yapan bir çalışmada benzeri sonuca ulaşılmıştır.[37] Türkiye'de risk yönetimi, risk iletişimi, risk azaltma konuları krize göre daha az ilgi çekmektedir. Çoğu çalışmalar "Afetlerde Sağlık

Hizmetleri, Afetlerde ...” şeklinde başlamaktadır. Oysa koruyucu yaklaşımlar afet öncesine daha çok önem vermeyi gerektirir.

Afet yönetimi kavramı yerini toplumsal dayanıklılık, dirençlilik kavramına bırakmalıdır. Hedeflenmesi gereken afetlere dayanıklı, güçlü toplumlardır. “Afet ve Acil Durum Yönetimi” (AFAD)’ın isminde de toplumsal dayanıklılık ve dirençlilik yer alabilir.

Risk yönetimi döneminde ruh sağlığının belirleyicileri ve pozitif ruh sağlığı açısından bir yaklaşım yarar sağlayabilir. Afet öncesi risk yönetimi döneminde toplum ruh sağlığı çalışmaları neler olmalı, neleri kapsamalı üzerinde tartışılmaya değer bir konudur.

Dayanıklı toplum ve afetler açısından son yıllarda bazı gelişmeler olsa da kriz yönetimi, toplum katılımı, eşitlik, adalet ve bilimsellik açısından atılması gereken adımlar vardır. Planların uygulanabilirliği arttırılmalı, iş birliği ve koordinasyon güçlendirilmelidir. Bu doğrultuda toplumsal ortak paydayı güçlendirici çabalar stratejik bir yaklaşım olabilir.

5. Afet ve Toplum Ruh Sağlığı İlişkisi

Afetler ruh sağlığını sosyal, kültürel, çevresel ve bireysel pek çok faktör üzerinden etkiler.[38] Yetersiz toplumsal destek, finansal destek, hava su ve gıda gibi temel fizik çevre öğelerinin kalitesinde bozulma ya da miktarında azalma, yetersiz güvenlik, karmaşanın yanı sıra bireyin psikososyal özellikleri etkili olabilir. Afetin etkisi travmaya maruz kalma derecesi ile de yakından ilişkilidir. Yakın kaybı, yaralanma, maddi kayıplar ve dezavantajlı gruplar afetlerde riskli gruplardır.

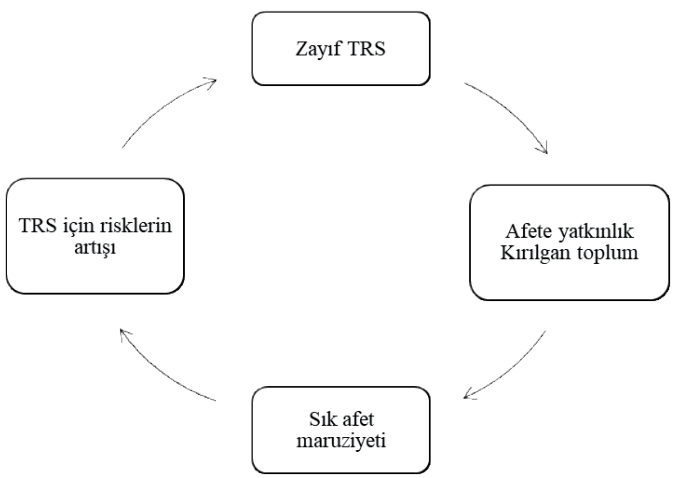
Döngüsel İlişki: Afetler büyük ölçüde toplumda ruhsal sorunlarda artışa neden olmaktadır. Toplumun kaynaklarını azaltmakta ve gereksinimlerini artırmaktadır. Afet sürecindeki tekrarlayıcı travmalar, tedavisi zamanında ve etkin yapılamayan hastalıklar, toplum ruh sağlığı olumsuz etkilemektedir.

Ekonomik güçlükler, gelir dağılımındaki farklılıklar, işsizlik, ruh sağlığını etkileyen riskler arasındadır. Afetler doğrudan önemli ekonomik kayıplara yol açabilir. Aynı zamanda devam eden süreçte insan gücü niteliği ve sayısında değişiklikler ve altyapı sorunları nedeni ile ikincil kayıplara da neden olabilir. Bunların sonucunda toplumda eşitsizlikler derinleşebilir. Afetlerde madde kullanımı, şiddet, gasp ve yaralanma olayları artabilir. Bu da pozitif ruh sağlığı için gerekli güven, yaşam doyumu ve mutluluk gibi değişkenleri olumsuz etkiler.

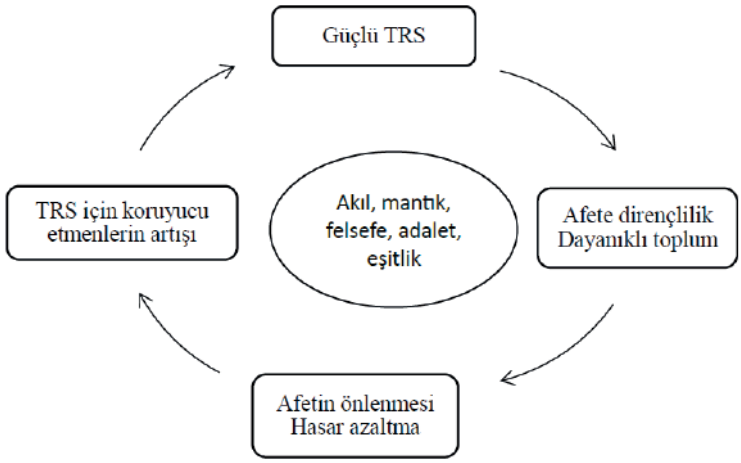
Afetler toplum ruh sağlığını gerek hastalıklar gerek pozitif ruh sağlığı gerekse de hizmet sunumu ve risk faktörleri açısından olumsuz etkiler. Öte yandan toplum ruh sağlığı sorunları da afetlerin belirleyicilerinden biri olabilir, bir başka anlatımla afetlere duyarlı toplumlar yaratabilir. Afetler ise toplum ruh sağlığını daha da zayıflatır. Toplumu ekonomik ve sosyal açıdan geriletir. Burada yıkıcı, döngüsel bir ilişkiden söz etmek yerinde olacaktır. Afet ve ruh sağlığı arasında karşılıklı iki yönlü bir ilişki görünmektedir.

Çözüm: Yıkıcı Döngüden Çıkmak, Nasıl?

Akılcılık, bilimsel ve etik yaklaşım, adil ve eşitlikçi yaklaşım, ekolojik yaklaşım, iyi yönetim, dayanıklı toplum ve güçlü toplum bahsi geçen kısır döngüden çıkmanın anahtarları olabilir. Buradan da anlaşılacağı gibi bu döngüden çıkmanın çözümü karmaşık ve güçtür.



Şekil 1. Afet ve TRS ilişkisi



Şekil 2. Dirençli toplum ve TRS ilişkisi

Alınabilecek önlemleri bireysel ve toplumsal düzeyde ikiye ayırmak olanaklıdır.

Bireysel düzeyde

Psikolojik dayanıklılık, stres yönetimi, sosyal ağların geliştirilmesi, insan hakları ve çevresel duyarlılık eğitimi, bilimsel yaklaşım konularında önemli uygulamalar gerektirmektedir.

Toplumsal düzeyde

Akılcı ve bilimsel eğitim politikaları, etik ve insan hakları eğitimi, eşitlikçi adil bir adalet sistemi, toplumsal barış, evrensel barış, risk yönetimi; risk iletişimi, risk analizi, risk küçültme, dirençli toplum konularında politikalar, programlar ve eylem planlarının artmasına ihtiyaç vardır. Akılcılık, etik ve adalete dayalı bir toplumsal ortak paydada birlikte çalışabilmek, üretebilmek becerisi açısından yaşamsal öneme sahiptir. İnsanın insanla, insanın diğer canlılarla ve cansız varlıklarla ilişkisini yeniden gözden geçirmenin zamanıdır. İnsanın kendisi ve ötekisi ile uyum içerisinde, doğa ile barışık, tehlikelere karşı dayanıklı bir kültürü hedeflemesi gereklidir. Var olan her şeye varlığından dolayı saygı esas olmalı, insan-insan ilişkisi ise eşitliğe, adalete ve hakkaniyete dayanmalıdır. Akılcılık, bilimsellik ve etik, yol gösterici araçlarımızdır.

KAYNAKLAR

1. Dünya Sağlık Örgütü. Mental health. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response [Erişim tarihi: 8.10.2025]
2. Dünya Sağlık Örgütü. Mental health: strengthening our response, 2018. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response[5/1/2020 [Erişim tarihi: 8.10.2025]
3. Sağlık Bakanlığı, & Hacettepe Üniversitesi. Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 Araştırması Sonuç Raporu, 2023. www.shgm.saglik.gov.tr [Erişim tarihi: 8.10.2025]
4. Sağlık Bakanlığı. Genel Koronavirüs Tablosu. https://covid19.saglik.gov.tr/tr-66935/genel-koronavirus-tablosu.html [Erişim tarihi: 9.10.2025]
5. Keskin S, Ergör, G. Excess Mortality in Türkiye during 2020-2022: Regional and Time-Based Analysis. Balkan Medical Journal, 2025:42(2),130-137. https://doi.org/10.4274/BALKANMEDJ.GALENOS.2025.2025-1-91
6. Özdemir A, Budak FK. Pandemiler ve Toplum Ruh Sağlığı. Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği - Özel Konular, 2021:*7*(3), 82-86. https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-pandemiler-ve-toplum-ruh-sagligi-95575.html
7. Polat I, Karabey S. COVID-19 ve Toplum Ruh Sağlığı. Türkiye Klinikleri COVID-19, 2021:2(13), 65-70. https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-covid-19-ve-toplum-ruh-sagligi-95046.html
8. Tükel R. COVID-19 Pandemi Sürecinde Ruh Sağlığı, 2023. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6/covid19-rapor_6_Part71.pdf [Erişim tarihi: 9.10.2025]
9. Demiryürek E, Çekiç D, Işsever K, Genç AC, Yaylaci S, Demiryürek BE. COVID-19 Geçirenlerde Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları: İnflamatuvar Belirteçlerin Rolü Depression and Anxiety Disorders in COVID-19 Survivors: Role of Inflammatory Predictors. Arch Neuropsychiatry, 2022:59,105-109. https://doi.org/10.29399/npa.27698
10. Şahin E, Turk F, Hamamcı Z. Covid-19 Pandemi Sürecinde Depresyon, Anksiyete ve Stres ile Başa Çıkma Tutumlarının Sosyal Medya Bağımlılığıyla İlişkisi. Erciyes İletişim Dergisi, 2022: *9*(1), 165-186. https://doi.org/10.17680/ERCIYESILETISIM.1001102
11. Arcan K. COVID-19 Pandemisinin sosyal medya bağımlılığına etkisi: Üniversite öğrencilerinde bir inceleme. Klinik Psikoloji Dergisi, 2023:*7*(2),187-204. https://doi.org/10.57127/KPD.26024438.1274637
12. Uyurdağ N, Eskicioğlu G, Aksu S, Soyata AZ. COVID-19 Pandemisi Sırasında Sağlık Çalışanlarında Psikososyal Etkilenme ile İlişkili Risk Etkenleri ve Koruyucu Etkenler:

Bir Sistematik Derleme. Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi, 2021:*26*(1),122-140. https://doi.org/10.21673/ANADOLUKLIN.783596

13. Taşdelen R, Ayik B, Kaya H, Ercis M, Ertekin E. Türk Sağlık Çalışanlarının Covid-19 Pandemisine Psikolojik Tepkileri: Damgalanmanın Etkisi. Noropsikiyatri Arsivi, 2022:*59*(2),133-138. https://doi.org/10.29399/NPA.27785
14. Özkahraman E, Ensari M, Yağımlı M. Covid-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyinin İncelenmesi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 2022:*12*(3),590-599. https://doi.org/10.31020/MUTFTD.1094464
15. Duruk N, Emek Kalayci F. Covid-19 Pandemi Sürecinin Yetişkin Bireylerde Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 2022:*4*(3),133-140. https://doi.org/10.48071/SBUHEMSIRELIK.1185414
16. Fırat YE, Cengiz EK, Neyal A, Karadeniz PG, Yılmaz DA, Demirbakan H, Neyal AM. COVID-19 Pandemisi Sırasında Uyku Durumu: COVID-19 Enfeksiyonu Geçiren ve Geçirmeyen Kişilerde Uyku Özellikleri Benzer Olmayabilir. Turkish Journal of Sleep Medicine, 2024:87-93. https://doi.org/10.4274/JTSM.GALENOS.2023.48343
17. Sa¸ lam NGU, Beştepe EE, Izci F, Sarikaya I, Usta H, Baz F. COVID-19 pandemic and individuals with severe mental illness: A comparative study of Community Mental Health Centers early experiences in COVID-19 pandemic. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2022:25(1), 49-56. https://doi.org/10.5505/KPD.2022.10437
18. Akber Ali N, Khoja A, Kazim F. COVID-19 Pandemisi Sırasında Tele-Psikiyatri Hizmetlerinin Rolü Hakkında Sistematik Derleme. Turk Psikiyatri Dergisi, 2021:*32*(4), 275-282. https://doi.org/10.5080/U26021
19. Bingül BA, Rengin AA, Türk A. COVID-19 ve Derinleşen Yoksulluk. Giresun Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2022:*8*(2),74-91. https://doi.org/10.46849/GUIIBD.1143648
20. Kaçer İ, Çağlar A, Öztürk B, Hacımustafaoğlu M. The Mental Health Of Turkish Society During The COVID-19 Pandemic. Journal of Contemporary Medicine, 2022:*12*(4),543-547. https://doi.org/10.16899/JCM.1057608
21. Çevik Aktura S, Vicnelioğlu E, Çıtlık Sarıtaş S. Damgalanmanın Pandemi Hali: COVID-19 Tanısı Almış Bireylerde Damgalanma ve Yalnızlık. Journal of Medical Topics & Updates, 2025:*4(2)*,28-35. https://doi.org/10.58651/jomtu.1707848
22. Demircioğlu S. Türkiye'de Covid-19 Salgısının Aile İçi Şiddete Etkisi. Uluslararası Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi, 2021:*1*(2),53-68. https://dergipark.org.tr/tr/pub/jswrpub/issue/65463/1011722
23. Yıldız G, Erbil N. COVID-19 pandemisi ve kadına yönelik aile içi şiddet. Androloji Bülteni, 2022:24(3), 228-233. https://doi.org/10.24898/TANDRO.2022.09327
24. Akbayram HT, Dogru S. Smoking and smoking addiction in future physicians during the COVID-19 pandemic; an example of a medical school in Turkey. Journal of Substance Use, 2024:*29*(1),75-80. https://doi.org/10.1080/14659891.2022.2124547
25. Çelik FGN, Demirel G. Impact of a Coronavirus Pandemic on Smoking Behavior in University Students: An Online Survey in Türkiye. Turkish Journal of Pharmaceutical Sciences, 2022:*19*(4),416-421. https://doi.org/10.4274/TJPS.GALENOS.2021.26985
26. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması 2022, https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747&utm_source=chatgpt.com [Erişim tarihi: 3.10.2025]
27. Atakan MM, Aktitiz S, Kayhan M. COVID-19 versus physical inactivity – a self-reported questionnaire study. Spor Hekimliği Dergisi, 2021:*56*(2),067-072. https://doi.org/10.47447/TJSM.0506
28. T.C. Cumhurbaşkanlığı. 2023 Kahramanmaraş ve Hatay Depremleri Raporu, 2024.
29. Koçer AT, Akpek A, Vural A, Aslan A, Erkoç A, Özen AM, et al. Public health challenges after the February 6 earthquakes: A comprehensive review of immediate and long-term impacts in Türkiye. International Journal of Disaster Risk Reduction, 2024:*114*,104925. https://doi.org/10.1016/J.IJDRR.2024.104925
30. İlhan B, Berikol GB, Eroğlu O, Deniz T. Prevalence and associated risk factors of post-traumatic stress disorder among survivors of the 2023 Turkey earthquake. American Journal of Emergency Medicine, 2023:*72*,39-43. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.07.026
31. Aslan B, Önal Ö. Prevalence of probable post-traumatic stress disorder among survivors of the 2023 earthquakes in Türkiye. Eastern Mediterranean Health Journal, 2024:*30*(9),622-631. https://doi.org/10.26719/2024.30.9.622
32. Çınaroğlu M, Yılmazer E, Noyan Ahlatcıoğlu E, Ülker SV, Hızlı Sayar G. Psychological impact of the 2023 Kahramanmaraş earthquakes: a systematic review and meta-analysis of PTSD, depression, and anxiety among Turkish adults. Frontiers in Public Health, 2025:*13* 1664212. https://doi.org/10.3389/FPUBH.2025.1664212/FULL
33. Er M. Deprem ve Tütün Kullanımı. Türkiye Klinikleri Göğüs Hastalıkları - Özel Konular, 2024:17(1),58-62. https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-deprem-ve-tutun-kullanimi-106751.html
34. TTB ve SES. Şubat 2023 Depremleri 18. Ay Değerlendirme Raporu, 2024.
35. AFAD. T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı - Türkiye Afet Müdahale Planı, 2025. https://www.afad.gov.tr/turkiye-afet-mudahale-plani
36. AFAD. T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı - Türkiye Afet Sonrası İyileştirme Planı Yürürlüğe Girdi, 2025. https://afad.gov.tr/turkiye-afet-sonrasi-iyilestirme-plani-yururluge-girdi
37. Yıldırım G, Saygın E. Türkiye'de Afet Yönetimi Paradigması: AFAD'ın Ürettiği Politika Belgelerinin İçerik Analizi. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 2024:*9*(1),15-35. https://dergipark.org.tr/tr/pub/ismus/issue/86027/1480207
38. Heanoy EZ, Brown NR. Impact of Natural Disasters on Mental Health: Evidence and Implications. Healthcare,2024:12(18),1812. https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE12181812

Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Açısından Geleceğe Yönelik Değerlendirme

Okan Taycan, Özge Karadağ

1. Giriş: Psikiyatrinin Kimlik Krizi

Türkiye'de toplum ruh sağlığı açısından geleceğe yönelik bir değerlendirme yapabilmek için öncelikle bir disiplin olarak psikiyatrinin içinde bulunduğu durumun kısaca gözden geçirilmesiyle başlamak tartışmanın sağlıklı bir zemine oturtulabilmesi adına bir ön gerekliliktir. Ruhsal sorunların tanımlanması, tespiti, gerekli müdahalelerin planlanması ve tedavisi konusunda sözün sahibi olan psikiyatrinin genel anlamıyla bir kimlik kriziyle karşı karşıya olduğundan bahsedilebilir.[1] Ruhsal bozuklukların neredeyse tamamıyla sadece biyolojik temellere dayandırılması, tanı ve semptomların geçerliliği ve heterojenliği, psikotrop ilaçların etkinliği ve güvenliği ile psikoterapi ve diğer müdahalelerin etkililiği alanlarında yaşanan sorunlar bu krizin ana bileşenlerini oluşturmaktadır. Tüm bu sorunlara ilişkin olanın bireyi önceleyen hakim biyotıp paradigması olduğu yönündeki görüş kuvvetli kanıtlarla desteklenmektedir.[2] Günümüzde bireyin psikolojik yazgısının belirlenmesinde kendisini çevreleyen toplumsal olgularla nasıl ilişkilendiğinin birincil derecede rol oynadığı, toplumsal olan her şeyin ruhsal iyilik halinin ayrılmaz bir parçası ve daha da ötesinde en önemli belirleyicisi olduğu yaygın kabul görür iken, psikiyatriyi bireyde kristalize etmeye aşina olan zihinlerin hegemonyasında tüm bu "katı gerçek"ler maalesef tali meseleler olarak indirgenmeye çalışılmaktadır.[3] Toplumsal olanın dışlanması ya da daha hafif bir tabirle psikiyatrinin özünü değil de bir süsünü oluşturduğu indirgemesi, psikiyatrinin içinde bulunduğu çıkmazların ve krizin temel yapıtaşını oluşturmaktadır. Gerek tek tek bireylerin, gerekse toplulukların ruhsal iyilik hallerinden bahsetmenin kaçınılmaz olarak sosyal yapı, ekonomik koşullar, kültürel değerler ve sağlık politikalarıyla yakından ilişkili olduğu ıskalanmamalıdır. Mevcut durumda psikiyatrinin meşruiyet krizini çözebilmesi için kendisine yeni bir rota ve zemin belirlemesi gerektiği pek çok araştırmacı tarafından uzun süredir dile getirilen bir tartışma konusudur.[4] Psikiyatrinin kendi pratiğini sorgulamak konusunda eleştirel bakış açısına her daim kulak kabartan ve hoş görüyle karşılayan ve daha da önemlisi dikkate alıp değişime açık tutumu hiç şüphe yok ki önemli bir avantajı ve gücüdür. Psikiyatri böylesi bir zeminde yapıcı gözden geçirmelerin kılavuzluğunda ileride kimlik krizinden çıkabilecek potansiyel ve imkanlara sahiptir. Ruh sağlığı alanında disiplinler arası çalışmaların güçlenmesi ve toplum temelli çalışmaların artması da bu alanda önemli adımlardır.

2. Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı: Güncel Durum ve Geleceğe Bakış

Ruh sağlığının önemi neredeyse dillere pelesenk olmuş bir slogana dönüşmüştür: "Ruh sağlığı olmadan sağlık olmaz". Herkesçe kabul edilen ve bir o kadar da iyi bilinen bu gerçek son yıllarda ruh sağlığı sorunlarında yaşanan dramatik artışlarla kendisini iyiden iyiye hissettirmeye başlamıştır. Epidemiyolojik araştırmalar ülkelerde her yıl toplumun yaklaşık %20'sinin tanı kriterlerini karşılayan ruhsal sorunlar yaşadığını göstermektedir. Buna karşın ruh sağlığı hizmetlerinin göreceli iyi organize olduğu ülkelerde bile, ihtiyacı olanların çoğunluğu düzenli hizmete erişememektedir.[5] Bu uçurum, "hizmet açığı" (treatment gap) olarak adlandırılmaktadır. Mevcut sistemde bu açığı kapatmanın en yaygın yolu ilaç reçetelerinin artması olmuştur. Ancak bu yaklaşım, depresyon ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi durumlarda kimi zaman aşırı reçeteleme endişelerine yol açmaktadır.[6] Avrupa'da ar-

tan zorunlu yatış oranları da bu açığın baskısıyla ilişkili görülmektedir.[7]

Türkiye'de toplum ruh sağlığı konusu, özellikle son çeyrek yüzyılda dünyada da artan toplumsal değişimler, hızlı kentleşme, göç, ekonomik dalgalanmalar, afetler ve demografik dönüşümler bağlamında daha da önem kazanmıştır. Bir yandan dijitalleşmenin ivmelendirdiği küreselleşme ile birlikte toplumsal yaşantılar hızla "modern"leşir ve kağıt üzerinde ya da dijital ekranlarda "refah" artarken, diğer yandan tüm dünyada artan ekonomik eşitsizlikler, sosyal adaletsizlikler, işsizlik ve diğer toplumsal stres faktörleri ruhsal sorunların yaygınlaşmasına zemin hazırlamaktadır. Nitekim Türkiye'de yapılan saha çalışmaları da depresyon, anksiyete bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) düzeylerine karşın profesyonel destek alma oranlarının düşük kaldığını göstermektedir.[8]

Sadece ülkemizde değil tüm dünyada değişen toplumsal dinamikler, sosyopolitik iklimde yaşanan radikal dönüşümler ruh sağlığı alanında farkındalığı ve talebi arttırarak psikiyatriyi biyotıp ezberinin dışına çıkmaya zorlamış ve hizmeti topluma yaymanın yollarını aramaya teşvik etmiştir.[9] Bu duruma psikiyatrinin önerdiği en kritik çözümlerin başında, geçtiğimiz yüzyılın ikinci yarısından itibaren uygulanmaya başlanan "kurumsuzlaşma" hareketi gelmektedir.[10] Geleneksel olarak ruh sağlığı hizmetleri, hastaların çoğunun uzun süreli yatırıldığı, ortalama 1500-2000 yatak kapasiteli "akıl hastaneleri" eliyle yürütülmekte iken, 1960'lardan itibaren bakım ve tedavide yoğun ihmallerin yaşandığı, hijyen koşullarının yetersiz olduğu, bazı temel insan haklarının çiğnendiği ve son kertede hastaların toplumdan izole edilmesi yoluyla bizatihi hastalıkların kronikleşmesine katkıda bulunan, yozlaşmış yapılara dönüşmüş olan bazı kurumlar kapatılarak, hastaların toplum içinde sağaltım ve rehabilitasyonunu hedefleyen "toplum temelli hizmet" anlayışı ortaya konulmuştur.[11] "Kurumsuzlaşma" sadece akıl hastanesi ya da depo hastane olarak tabir edilen kurumların kapatılmasından ibaret olmayıp, yerine uygun alternatiflerin geliştirilmesi, toplum ruh sağlığı merkezleri aracılığıyla hizmetin toplumsal tabana yayılması, yeterli beceri ve donanıma sahip ruh sağlığı çalışanı havuzunun oluşturulması ve belki de en önemlisi finansal destek ve sürekliliğin sağlanması, sistemin sürdürülebilir kılınması açısından kritik önemdedir.

Psikiyatride yaşanan bu radikal dönüşüm ne yazık ki ülkemize yaklaşık yarım yüzyıllık bir gecikmeyle gelmiş, 2006 yılında Ulusal Ruh Sağlığı metni yayınlanarak toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişin temelleri atılmıştır.[12] Bunu 2011 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planının yayınlanması takip etmiş ve bu ulusal plan 2020 yılında güncellenmiştir[13,14]. Eylem planının ana amacı *"Ruh sağlığı hizmetlerinde bütünleşik toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelini hayata geçirmek, bireylerin ruh sağlığını takip etmek, korumak ve iyileştirmek"* olarak belirlenmiş olup temel yapıtaşını Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) oluşturmaktadır. TRSM'ler, psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve rehabilitasyon görevlilerinden (örn. ergoterapistler) oluşan multidisipliner ekiplerle hizmet sunmakta olup temel işlevleri; hastaların düzenli olarak takip ve tedavilerinin sağlanması, her türden psikososyal desteğin sunulması, ailelerin eğitilmesi ve desteklenmesi, toplum içi rehabilitasyon programlarının yürütülmesi, sosyal hizmet ve istihdam desteklerinin yönlendirilmesi ve toplumda damgalamanın azaltılmasına yönelik farkındalık çalışmaları olarak özetlenebilir.[15] Ancak bu kurumların işleyişinde hâlâ biyomedikal modelin baskın olduğu, psikososyal ve toplumsal boyutların hizmetlere yeterince standart ve yaygın biçimde entegre edilemediği görülmektedir.[16] Ülkemizdeki uygulamalarda, TRSM'lerin hizmet kapasitesinin sınırlı olması; yetişmiş insan kaynağının yetersizliği nedeniyle ağırlıklı olarak medikal takip yapılıp, psikososyal hizmetlerin görece daha az kalması; finansman kısıtlılıkları sonucu fiziksel mekan, teknolojik donanım, hizmet alanlar ve ailelerine yönelik sosyal etkinlikler ve toplumda sağlık eğitimi çalışmaları ile ilgili yaşanan güçlükler; merkezlerin çoğunlukla şehir merkezlerinde yoğunlaşması nedeniyle kırsal bölgelerde erişim sınırlılıklarının varlığı ve de merkezlerin sadece psikotik ve bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal hastalıklara odaklanıp depresyon, anksiyete gibi en sık görülen ruhsal sorunların kapsam dışında bırakılması şeklinde özetlenebilecek bazı sorunların varlığı dikkat çekmektedir.[17-19] Tüm bunların üzerine COVID-19 pandemisinde yaşanan izolasyon, ekonomik kayıplar, belirsizlik ve sağlık endişelerinin etkisiyle tüm dünyada ruhsal sıkıntıların yaygınlaşması,[20] ayrıca ülkemizi derinden etkileyen depremlerin ruh sağlığı etkileri, mevcut ruh sağlığı hizmetleri ve TRSM'lerin yükünün daha da artmasına neden olmuş ve ortaya çıkan artmış hizmet gereksinimi, Türkiye'de toplum ruh sağlığı hizmetlerinin dayanıklılık, afet hazırlığı ve yönetimi kapasitesini de kapsayacak şekilde geliştirilmesi gerektiğini göstermiştir. Dolayısıyla mevcut uygulamadaki TRSM modeli, ruh sağlığı hizmetlerinde önemli bir ilerleme olmakla birlikte, kurumsallaşma ve toplumsallaşma süreçleri açısından geleceğe yönelik stratejik planlamanın sürdürülmesi gereği ifade edilebilir.

3. Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı İçin Öncelikli Alanlar

Türkiye'de toplum ruh sağlığı alanında geleceğe yönelik politikalar geliştirilirken, öncelikle mevcut gereksinimlerin net bir şekilde belirlenmesi gerekir. Güncel durum analizine göre aşağıda belirtilen alanlar öncelikli konular arasında yer almaktadır:

1. **Hizmete erişim:** Kırsal ve uzak bölgelerde hizmet sunumunun sınırlı olması, toplumun temel ruh sağlığı hizmetlerine erişiminde eşitsizliklere neden olmaktadır.
2. **İnsan gücü:** Psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve ruh sağlığı hemşiresi sayısının nüfusa göre henüz yeterli sayıya ulaşmaması, hizmet kapasitesini ve kalitesini etkilemektedir.
3. **Yaygın ruhsal bozuklukların kapsamı:** Depresyon, anksiyete ve madde kullanım bozukluğu gibi yaygın hastalıklar, öncelikli hizmet alanları içinde yeterince yer almamaktadır.
4. **Toplumsal farkındalık ve damgalama:** Ruh sağlığı okuryazarlığı, dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi henüz istenen düzeyde değildir. Ayrıca ruhsal bozukluklar toplumda halen damgalanmakta, bireylerin yardım arama davranışı olumsuz etkilenmektedir.[8]

4. Türkiye'nin Toplum Ruh Sağlığı İçin Politika Önerileri

4.1. Hizmet Erişiminin Artırılması ve TRSM Kapasitesinin Geliştirilmesi

Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması için TRSM'lerin kapasitesinin artırılması kritik önemdedir ve bu konuda bazı öneriler aşağıdaki gibi özetlenmiştir:

- **Yeni merkezlerin açılması:** Kırsal alanlar ve küçük şehirlerde TRSM'lerin açılması, hizmet erişimini artıracaktır.
- **Mobil sağlık ekipleri:** Ulaşım sorunu yaşayan bireylere hizmet sunmak için mobil ekiplerin kurulması önerilmektedir.
- **Tele-psikiyatri uygulamaları:** Tele-psikiyatri ve teknoloji destekli tanı sistemlerinin pilot uygulamalarla ve bilimsel kanıta dayalı olarak yaygınlaştırılması hizmete erişimi güçlendirecektir. Özellikle pandemi ve afet gibi kriz dönemlerinde ve uzak bölgelerde tele-psikiyatri ile hizmet sürekliliği sağlanabilir.[20]
- **Mevcut merkezlerin altyapı ve donanımının güçlendirilmesi:** Fiziksel mekan, teknoloji, araç-gereç yatırımları, sosyal etkinlikler ve eğitimler için ayrılan kaynakların arttırılması hizmet kalitesini yükseltecektir.

4.2. İnsan Gücü ve Eğitim Politikalarının Güçlendirilmesi

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliği, nitelikli insan gücü ile doğrudan ilişkilidir. Bu konudaki bazı öneriler aşağıdaki gibi özetlenmiştir:

- **Uzman sayısının artırılması:** Psikiyatri, psikoloji, sosyal hizmet ve psikiyatri hemşireliği alanlarında eğitim kapasitesi artırılmalı, ruh sağlığı uzmanı sayısı nüfusa oranla yükseltilmelidir.
- **Sürekli mesleki gelişim:** Hem TRSM çalışanları hem de birinci basamakta aile hekimleri için düzenli eğitim programları, ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesini arttıracak ve ruh sağlığı uzmanlarına sevk zincirinin daha kolay uygulanmasını sağlayacaktır. Halk sağlığı ve psikiyatri uzmanlarının toplum ruh sağlığı konusunda mesleki eğitimlerinin daha standart hale gelmesi de toplum ruh sağlığı hizmetlerinin güçlenmesine katkı sağlayacaktır.[21]
- **Girişimci ve multidisipliner yaklaşım:** Toplum ruh sağlığı konusunda çalışabilecek profesyonellerin disiplinler arası çalışması ve ruh sağlığı alanında sektörler arası işbirliği kültürü geliştirilmelidir.
- **İnsan gücünün kırsal alanlara dağılımı:** Teşvik mekanizmaları ile ruh sağlığı uzmanlarının kırsal bölgelere yönlendirilmesi faydalı olacaktır.[17]

4.3. Yaygın Ruhsal Bozuklukların Tespit ve Tedavisinde Uluslararası İş Birlikleri ve Teknoloji Kullanımı

Türkiye, uluslararası işbirlikleri ile uluslararası araştırma ve proje fonlarından faydalanarak hizmetlerin etkinliğini ve kapsamını artırabilir. Bu bağlamda:

- **DSÖ ve Avrupa ruh sağlığı programlarına entegrasyon:** mhGAP ve benzeri programlarla işbirliği, eğitim, rehberlik ve deneyim paylaşımı olanakları sağlayacaktır.
- **Teknolojik yeniliklerin kullanımı:** E-sağlık, tele-psikiyatri ve veri tabanı sistemleri, hizmetlerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve yaygınlaştırılması açısından kritik önemdedir.
- **Araştırma ve izleme:** Türkiye'de ruh sağlığı ile ilgili ulusal veri tabanları oluşturulmalı, daha fazla hizmete ihtiyaç duyan nüfus grupları ve hizmetle-

rin etkinliği düzenli olarak izlenmelidir. Ayrıca AB Ufuk Programları vb. araştırma fonları toplum ruh sağlığı alanında uluslararası araştırma işbirliklerini arttıracaktır.

4.4. Toplumsal Farkındalık, Damgalama İle Mücadele, Ruh Sağlığını Koruyan ve Geliştiren Yaklaşımlar

Ruh sağlığı politikalarının başarısı, toplumun farkındalık ve kabul düzeyi ile yakından ilgilidir. Türkiye'de bu alanda şu stratejiler önemlidir:

- **Topluma yönelik sağlık eğitimi ve iletişimi çalışmaları:** Ruhsal bozukluklar ve ruh sağlığı hizmetleri ile ilişkili damgalamanın azaltılması için medya, okullar, iş yerleri ve özel gereksinimi olan gruplara yönelik farkındalık programları düzenlenmelidir. Okul müfredatlarında ruh sağlığı okuryazarlığı ve sosyal emosyonel öğrenme gibi eğitim programlarına daha fazla ağırlık verilmeli ve özellikle gençlerin, mevcut psikososyal destek ve ruh sağlığı hizmetleri hakkında farkındalığı arttırılmalıdır. Ailelerin ruh sağlığı konusunda bilinçlendirilmesi, özellikle çocukların, gençlerin, kadınların, yaşlıların, kronik bir hastalıkla ya da bir engel ile yaşayan bireylerin destek mekanizmalarını güçlendirecektir.
- **Erken tanı ve müdahale programları:** Özel gereksinimi olan ya da afet vd. travma yaşayan nüfus gruplarında ruh sağlığı taramaları, erken tanı ve müdahale olanaklarını artıracaktır.
- **Koruyucu ruh sağlığı politikaları ve ruh sağlığını geliştiren kentler:** Stres yönetimi, psikolojik dayanıklılık ve sosyal destek programları yaygınlaştırılmalıdır. Okullar, hastaneler, işyerleri ve genel olarak kentler düzeyinde çevresel ve sosyal faktörleri de göz önüne alan koruyucu ve geliştirici yaklaşımlar, sağlık dışı politikalar içine entegre edilmelidir.

Bu önlemler, hem birey hem de toplum düzeyinde ruh sağlığını güçlendirecek ve uzun vadeli sürdürülebilirliği destekleyecektir.

5. Politika Önerilerinin Kısa ve Uzun Vadeli Hedefleri

Kısa vadeli hedefler (1–3 yıl):

- TRSM sayısının artırılması ve mevcut merkezlerin kapasitesinin güçlendirilmesi
- Temel farkındalık ve sağlık iletişimi müdahalelerinin, yapay zeka vd. güncel konuları da içerek şekilde yaygınlaştırılması
- Mobil ekip ve tele-psikiyatri uygulamalarının arttırılması
- Ruh sağlığı ve ilgili personel için sürekli mesleki eğitim programlarının uygulanması

Orta ve uzun vadeli hedefler (3–10 yıl):

- Kırsal alanlara hizmet erişiminin güçlendirilmesi
- Yaygın ruhsal bozuklukların daha fazla kapsam içine alınması
- Ulusal veri tabanları ve izleme sistemlerinin, ruh sağlığının sosyal belirleyicilerini de içine alacak şekilde geliştirilmesi ve çocuklar, gençler, kadınlar, yaşlılar, göçmenler gibi grupların kendi gereksinimlerine göre izlenmesi
- Uluslararası iş birliği ile deneyim paylaşımının ve araştırmaların arttırılması
- Ruh sağlığı araştırmalarına, özellikle müdahale çalışmalarına yönelik fonların artırılması
- Damgalamanın azaltılması ve ruh sağlığı okuryazarlığının toplumsal düzeyde artırılması
- Ruh sağlığını geliştiren okullar, işyerleri, kentler gibi yaklaşımlara daha fazla kaynak ayrılması.

Bu hedefler, Türkiye'nin toplum ruh sağlığı alanında sürdürülebilir ve kapsayıcı bir model geliştirmesine katkı sağlayacaktır.

6. Sonuç

Toplum ruh sağlığının önemi, yalnızca bireysel yaşam kalitesi açısından değil, aynı zamanda sosyal uyum, toplumsal barış ve ekonomik üretkenlik açısından da kritik öneme sahiptir. Ruh sağlığı, bireyin iyilik halini belirleyen bir unsur olmanın ötesinde, toplumun genel refahı, sosyal uyumu ve ekonomik kalkınmasıyla doğrudan ilişkilidir. Bireylerin ruhsal sorunlar yaşaması, yalnızca kişisel bir problem olarak kalmaz; aile ilişkilerini, iş hayatını, sosyal etkileşimlerini ve toplumsal katılımını da olumsuz yönde etkiler.[22] Bu nedenle toplum ruh sağlığı, bireysel psikopatolojilerin ötesine geçerek sosyal çevre, kültürel değerler ve toplumsal yapılarla birlikte ele alınmalıdır. Toplum ruh sağlığı konusu yalnızca bir sağlık meselesi değil; aynı zamanda sosyal adalet, insan hakları, ekonomik kalkınma, kültürel bütünleşme ve küresel sürdürülebilirlik amaçlarına ulaşılması açısından da ele alınması gereken bütüncül bir alandır. Bu nedenle, geleceğe yönelik stratejiler geliştirilirken disiplinler arası bir bakış açısının benimsenmesi, sağlık politikalarının sosyal politikalarla uyum içinde yürütülmesi ve toplumun tüm kesimlerinin bu

sürece dâhil edilmesi önemli birer gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır.

Göç, kentleşme, işsizlik, cinsiyete dayalı eşitsizlikler ve yoksulluk gibi faktörler, ruhsal sorunların yaygınlığını ve şiddetini artırmaktadır.[23] Dolayısıyla toplum ruh sağlığını kavramsallaştırırken, sosyal belirleyicilerin dikkate alınması elzemdir. Ülkemizde ruh sağlığı hizmetleri uzun yıllar boyunca ağırlıklı olarak biyomedikal modele dayalı ve hastane merkezli biçimde örgütlenmesine rağmen, 2000'li yıllarla birlikte toplum temelli ruh sağlığı anlayışının benimsenmeye başlanması olumlu bir gelişmedir. Bu olumlu gelişmeler korunmalı, bireylerin sosyal işlevselliğini ve yaşam kalitesini koruyan toplum temelli hizmetler yaygınlaştırılmalıdır.

Önümüzdeki dönemde hem dünyamızı hem ülkemizi etkileyen iklim değişikliği ve tetiklediği afetler, artan göç hareketleri, toplumlarda ayrımcılık ve şiddetin artması, dijitalleşmenin getirdiği yeni bağımlılık türleri ve çocuk-ergen ruh sağlığına yönelik artan talepler, politika yapıcıların gündeminde daha fazla yer alması gereken toplum ruh sağlığı konuları arasında öne çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Malhi GS. The truth, the whole truth and nothing but the truth. Aust N Z J Psychiatry. 2019 Jan;53(1):6-7. doi: 10.1177/0004867418821432.
2. van Os J, Guloksuz S, Vijn TW, Hafkenscheid A, Delespaul P. The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? World Psychiatry. 2019 Feb;18(1):88-96. doi: 10.1002/wps.20609.
3. Kirkbride JB, Anglin DM, Colman I, Dykxhoorn J, Jones PB, Patalay P, Pitman A, Soneson E, Steare T, Wright T, Griffiths SL. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. World Psychiatry. 2024 Feb;23(1):58-90. doi: 10.1002/wps.21160.
4. Cimilli C, Kuşcu K, Taycan O. Sosyal Psikiyatri: Neden Şimdi? Sosyal Psikiyatri (Eds. Cimilli C, Kuşcu K, Taycan O) Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2025, sf.3-13
5. Wahlbeck K. Public mental health: The time is ripe for translation of evidence into practice. World Psychiatry, 2015:14(1), 36–42.
6. Adlington K. Pop a million happy pills? Antidepressants, nuance, and the media. BMJ, 2018:360, k1069.
7. Wise J. Mental health: Patients and service in crisis. BMJ, 2017:356, j1141.
8. Kılıç C, Rezaki M, Ustün TB, Rezaki B. Prevalence of mental disorders, psychiatric morbidity, and associated factors in Turkey. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2018: 53(5), 503–512. https://doi.org/10.1007/s00127-018-1525-4
9. Taycan O ve Laçiner K. Bir Sosyal Disiplin Olarak Psikiyatri: Ruh Sağlığının Sosyal Belirleyicileri. Sosyal Psikiyatri (Eds. Cimilli C, Kuşcu k, Taycan O) Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2025, sf.25-52
10. Scull A. Uygarlık ve Delilik: Akıl Hastalığının Kültürel Tarihi. Yapı Kredi Yayınları, 2016.
11. Karabey S, Taycan O, Coşkun B. Türkiye'de ruh sağlığı hizmetleri. Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği (Eds. Kılıç B, Erbaydar T, Çamur D) Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER), 2023, sf.271-311
12. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Politikası, Ankara, 2006.
13. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), Ankara, 2011.
14. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2021-2023). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020.
15. Karasu U. Bir Sosyal Psikiyatri Uygulaması Olarak Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Uygulamaları. Sosyal Psikiyatri (Eds. Cimilli C, Kuşcu K, Taycan O) Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2025, sf.497-512
16. Yıldırım S, Kılıç C. Türkiye'de toplum ruh sağlığı uygulamaları: Bir değerlendirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2021:13(2), 201–215.
17. Özdemir H, Taşkın EO. Mental health policies in Turkey: An overview and challenges for the future. Journal of Psychiatric Research, 2020:128, 1–9.
18. Akdede BB, Alptekin K. Community-based mental health services in Turkey: Past, present, and future. International Journal of Mental Health Systems, 2019: 13(1), 45–59. https://doi.org/10.1186/s13033-019-0301-9
19. Erol N, Öner Ö, Çuhadaroğlu F. Mental health in Turkey: Current challenges and future prospects. Asian Journal of Psychiatry, 2023:84, 103553.
20. Çınar Ö, Arslan S, Şahin B. COVID-19 pandemisinin Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerine etkisi. Turkish Journal of Psychiatry, 2021:32(4), 230–242.
21. Polat I, Karadag O, Tiryakioğlu Engin A, Altıner Yaş M, Karazağ ÖB, Coşkun B, Karabey S. Community mental health in postgraduate education of psychiatrists and public health professionals- a proposal for a new subspeciality. 32nd European Congress of Psychiatry (EPA 2024), 6-9 April 2024, Budapest/ Hungary. European Psychiatry. 2024;67(S1):S180-S181. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.393
22. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. The Lancet, 2018: 392(10157), 1553–1598. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X
23. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. Social Science & Medicine, 2010:71(3),517–528. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027.

BÖLÜM 9

İŞ SAĞLIĞI

Bölüm Editörü: *Mine Esin Ocaktan*

Sunuş

Mine Esin Ocaktan

HASUDER tarafından 2025 yılında dördüncü kez hazırlanan TÜRKİYE SAĞLIK RAPORU 2025'in İŞ SAĞLIĞI bölümü içinde daha önceki raporlarda olduğu gibi Türkiye açısından İş Sağlığı ve Güvenliği alanında önemli ve öncelikli konuların durumu ortaya konmuş ve değerlendirmesi yapılmıştır. Bir önceki TÜRKİYE SAĞLIK RAPORU, 2020 yılında hazırlanmış olduğundan ve bazı bilgilere daha önceki raporlarda değinildiğinden tekrara düşmeden, seçilen alt başlıklarda son beş yılın değerlendirmesi yapılmaya çalışılmıştır.

İş Sağlığı, Halk Sağlığı bilim alanında sağlık, sosyal, teknik, ekonomik, politik, çevresel, hukuki boyutları olan çok boyutlu, önemli ve öncelikli bir yere sahiptir. Çalışanlar açısından, çalışma hakkı, işle ilgili hastalık ve kazaların boyutları, neden olduğu ölümler, sağlıklı yaşam yılı kayıpları, kayıt ve bildirim eksiklikleri gibi temel sorun alanları yanında, aile, hizmet alan, ürün kullanan, tüketici, müşteri, toplum, çevre, ekonomi, kalkınma üzerindeki dolaylı etkileriyle de toplum sağlığında anahtar öğedir. İş sağlığı alanında geleneksel olarak karşılaşılan sağlık sorunlarının sürmesi, yeni bir takım etkenler ve iş yapılarında değişiklikler nedeniyle bilinen bazı hastalıkların yeniden ortaya çıkması kadar, uyum ve dirençlilik kapasitesini zorlayan hızda ve çeşitlilikte yeni sorunlar da kendini göstermektedir.

Bu bölümde İş Sağlığı ile ilgili son beş yılda küresel olarak yaşanan ve ülkemizi de etkileyen sorunlar yanında, ülkemize özgü öne çıkan bazı konulara da yer verilmiştir. Bütünlük sağlaması ve değişimlerin ortaya konabilmesi için daha önceki raporlarda ele alınan başlıklara bağlı kalınmaya çalışılmıştır.

Bu bölümün amacı, Türkiye'de iş sağlığının son beş yıldaki mevcut durumunu, güncel olan, ciddi sağlık ve güvenlik tehdidi yaratan, yaygınlığı ile öne çıkan sorunlara dair alt başlıklarda, son veriler ve çalışmalar odağında ortaya koymak, değerlendirme yapmak, öneriler geliştirmek ve bundan sonraki çalışmalar için ışık tutmaktır.

İş Sağlığı bölümü içinde alt başlıklar olarak; Temel İş Sağlığı ve Güvenliği İlkeleri Kapsamında Türkiye'de Güncel Yasal Durum ve Uygulamadaki Süreçler Doç. Dr. Ceyda Şahan, İş Kazaları Prof. Dr. Ferruh Ayoğlu, Doç. Dr. Serol Deveci, Dr. Öğr. Üyesi Bilgehan Açıkgöz, Meslek Hastalıkları Prof. Dr. Ferruh Ayoğlu, Dr. Öğr. Üyesi Bilgehan Açıkgöz, Doç. Dr. Serol Deveci, Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliği Prof. Dr. Ferdi Tanır, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Meral Saygun, Çocuk İşçiliği Prof. Dr. Mehtap Türkay, Yeni/ Değişen İstihdam Modelleri Prof. Dr. Aytül Çakmak, Artan Yapay Zeka Uygulamaları ve İş Sağlığı Prof. Dr. Ercüment Beyhun, Bir Halk Sağlığı Acili Olarak Büyük Endüstriyel Kazalar Doç. Dr. Volkan Medeni tarafından kaleme alınmıştır. Çalışma Yaşamında Özellikli Gruplar (Kadınlar, Yaşlılar, Engelliler, Göçmenler) alt başlığında ele alınması öngörülen bölüm ise raporun diğer bölümlerinde; Kadın Sağlığı bölümünde Çalışma Yaşamı ve Kadın Sağlığı alt başlığında, Göç ve Göçmen Sağlığı bölümünde Çalışan Sağlığı alt başlığında, Yaşlı Sağlığı bölümünde Yaşlanma ve Çalışma Yaşamı alt başlığında, Engelsiz Toplum bölümünde İstihdam Hakkı alt başlığında ele alınmış olduğundan, mevcut bölümde yalnızca özellikli gruplardan olan Çocuk İşçiler alt başlığına yer verilmiştir. Ayrıca Sağlığın Sosyal Belirleyicileri bölümünde İstihdam Durumu ve Çalışma Koşulları alt başlığı ele alınmıştır.

İş Sağlığı bölümünün alanında kaynak niteliğinde bir eser olması ve çalışmalara katkı sunması dileğiyle, başta HASUDER Yönetim Kuruluna, raporu tasarlayan ve süreci yöneten baş editörlere, yazılarıyla emek ve katkı veren tüm yazarlara teşekkür ederim.

Temel İş Sağlığı ve Güvenliği İlkeleri Kapsamında Türkiye'de Güncel Yasal Durum ve Uygulamadaki Süreçler

Ceyda Şahan

1. Temel İş Sağlığı ve Güvenliği İlkelerinin Gelişimi

İş sağlığı kavramının gelişimi, toplumsal yapıda ve üretim teknolojilerinde meydana gelen dönüşümlerle paralel bir seyir izlemiştir. 18. yüzyılın sonlarında buhar gücünün keşfiyle başlayan Sanayi Devrimi, üretim biçimlerinde köklü değişimlere yol açmış; hızla artan üretim temposu ve sermaye birikimi süreci, işgücünün sağlık ve güvenliği açısından yeni sorun alanları doğurmuştur. Bu dönemde verimliliğin, rekabetin ve kârlılığın ön planda olduğu üretim düzeni, emek-sermaye ilişkilerinde güç dengesizliklerini derinleştirmiş; çalışanların haklarının korunması ve iş sağlığının geliştirilmesi giderek kamusal bir zorunluluk haline gelmiştir. Üretimin sürdürülebilirliği, toplumsal barışın ve sosyal adaletin sağlanması, çalışanların sağlığının korunmasıyla doğrudan ilişkilidir.[1] 1789 tarihli Virginia İnsan Hakları Bildirgesi, iş sağlığı alanında temel ilkeleri tanımlayan en erken belgelerden biridir. Bildirgede, "her işte çalışanların sağlığı ile işin niteliği ve koşulları arasında doğrudan bir bağ bulunduğu" vurgulanmış; işçinin sağlığı ile ailesinin refahı arasındaki karşılıklı etkileşim açıkça ifade edilmiştir.[1]

On dokuzuncu yüzyıl boyunca Avrupa'da, çalışanların sağlık ve güvenliklerinin korunmasına yönelik yasal düzenlemeler giderek artmıştır. Birinci Dünya Savaşı sonrasında imzalanan Versay Antlaşması, emeğin bir "mal" ya da "ticari meta" olarak değerlendirilemeyeceğini açıkça ortaya koymuş; bu ilke doğrultusunda 1919 yılında işçi, işveren ve devlet temsilcilerinin eşit katılımıyla Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) kurulmuştur. UÇÖ'nün Anayasası, "çalışanların mesleki hastalıklar ve iş kazalarına karşı korunması" gereğini temel bir ilke olarak benimsemiştir.[2]

UÇÖ, 187 üye ülkeye rehberlik eden çalışma standartlarıyla insana yakışır işin geliştirilmesini amaçlar. Türkiye'nin de taraf olduğu temel sözleşmelerden 155 No'lu İş Sağlığı ve Güvenliği Sözleşmesi, üye devletlerin ulusal koşullara göre tutarlı bir iş sağlığı politikası geliştirmesini öngörür.[3] 161 No'lu Sözleşme ise, tüm işçiler için sürekli geliştirilen iş sağlığı hizmetlerinin sağlanmasını şart koşar.[4] 187 No'lu Çerçeve Sözleşme, güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamının oluşturulmasını ve risklerin kaynağında önlenmesini hedefler.[5] Türkiye, 2005'te 155 ve 161 No'lu, 2014'te ise 187 No'lu ILO sözleşmeleri onaylamıştır. Bu sözleşmeler, taraf devletlere mevzuat oluşturma ve uygulama yükümlülüğü getirir.[6]

Avrupa Birliği'nde iş sağlığı ve güvenliği politikaları, 1989 tarihli 89/391 sayılı AB İş Sağlığı ve Güvenliği Çerçeve Yönergesi ile sistematik hale getirilmiştir. Yönerge, tüm AB ülkelerinde asgari sağlık ve güvenlik standartlarını garanti altına alırken, ulusal düzeyde daha ileri önlemler alınmasına da olanak tanır.[7,8] Ayrıca üye devletlerin iş sağlığı ve güvenliği düzeylerinin yakınlaştırılmasıyla rekabet eşitsizliklerinin önlenmesi ve ortak pazarın güçlendirilmesi hedeflenir.[9] Türkiye, AB üyelik süreci kapsamında bu yönergelere uyum sağlamak amacıyla çok sayıda yasal düzenleme yapmıştır. Ancak iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesinde bu düzenlemelerin uygulama etkinliği sınırlı kalmıştır. Sanayileşme sürecinde dış kaynak kullanımı ve taşeronlaşmanın artması, esnek ve güvencesiz çalışma biçimlerini yaygınlaştırarak iş sağlığı ve güvenliği alanında önemli bir risk oluşturmuştur.[9]

2. Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliği ile Mevzuatın Gelişimi ve Temel İSG İlkeleri Kapsamında Yasal Durumun Değerlendirilmesi

1923'te Cumhuriyetin ilanıyla birlikte sanayi, ekonomi ve eğitim başta olmak üzere birçok alanda reform yapılmıştır. **1924 Anayasası** yurttaşların sosyal haklarını tanımlamış; **Hafta Tatili (1924)**, **Medeni Kanun, Borçlar Kanunu ve Ceza Kanunu (1926)** gibi temel düzenlemelerle çalışma yaşamına hukuki zemin kazandırılmıştır. Medeni Kanun toplum düzenini belirleyen temel hükümleriyle; Borçlar Kanunu ise işçi–işveren ilişkilerini düzenleyerek işverenin işçinin yaşamını ve sağlığını koruma sorumluluğunu vurgulamıştır. Ceza Kanunu çalışma ve sanayi özgürlüğünü güvence altına almış, aynı dönemde sosyal sigortaların temelleri atılarak çalışanların sosyal haklarını koruyan ilk mevzuat oluşturulmuştur.[1]

1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, iş sağlığı hizmetlerinin kurumsallaşması açısından dönüm noktası olmuştur. Kanun, çalışan sağlığını koruma görevini devlete vermiş; özellikle kadın ve çocuk işçilerin korunması, doğum ve emzirme izinleri gibi konularda düzenlemeler getirmiştir. Elli ve üzeri işçi çalıştıran işyerlerinde hekim bulundurma zorunluluğu, işyeri hekimliği uygulamasının başlangıcını oluşturmuştur. Ayrıca çalışma ortamlarının düzenlenmesine ilişkin tüzüklerin hazırlanmasına öncülük etmiştir.[10]

1936 tarihli 3008 sayılı İş Kanunu, Türkiye'de iş hukukunun ilk kapsamlı düzenlemesi olup, sonrasında **931 (1967)**, **1475 (1971)** ve **4857 (2003)** sayılı kanunlarla güncellenmiştir.[1] Ancak 2012'de yürürlüğe giren **6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu**, tüm kamu ve özel sektör işyerlerini kapsayan ilk bağımsız düzenleme olmuştur.[11] Bu kanunla 4857 sayılı Kanun'un "İş Sağlığı ve Güvenliği" bölümü yürürlükten kaldırılmış[12], iş kazaları ve meslek hastalıklarını önlemeye, riskleri azaltmaya ve sorumlulukları tanımlamaya yönelik hükümler getirilmiştir. İşverenlere işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı görevlendirme zorunluluğu getirilmiş; çalışanların eğitimi, bilgilendirilmesi ve katılımı esas alınmıştır.[11] Kanunun en önemli özelliği, çalışan sayısı ve sektör farkı gözetmeksizin tüm işyerlerine uygulanmasıdır. Ancak bu kanuna göre işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanından hizmet alma yükümlüğü kamu kurumları ve 50'den az çalışanı bulunan az tehlikeli işyerleri için 1 Ocak 2025 tarihine kadar ertelenmiştir. Mevcut düzenlemede ise bu erteleme uzatılmamıştır ve tüm işyerlerini kapsamaktadır.

6331 sayılı Kanun, çalışan katılımını güçlendiren, risklerin önlenmesine odaklanan ve eğitim ile bilgilendirmeyi zorunlu kılan yapısıyla Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliğinde önemli bir dönüşüm yaratmıştır.[13] Ancak mevzuatla uygulama arasında özellikle erteleme dönemlerindeki uyumsuzluk, özellikle kamu kurumları ve küçük işletmelerde sorunlara yol açmıştır. Hizmet yükümlülüklerinin ertelenmesi bütçe ve insan kaynağı yetersizliğini artırmış, işverenlerin sorumluluk bilincini zayıflatmıştır. Bu durum hiçbir zaman işverenlerin, çalışanlarını koruma yükümlülüğünden muaf olduğu anlamına gelmemektedir. Erteleme dönemlerinde küçük işletmelerde İSG'nin "ek maliyet" olarak görülmesi, esnaf odalarının baskısı ve kamudaki kaynak sıkıntıları hizmetlerin etkin yürütülmesini engellemiş ve yöneticiler için ciddi sorumluluk riski doğurmuştur.[14] Bu nedenle 6331 sayılı kanunun bahsettiğimiz hükümlerinin kamu kurumları ve 50'den az çalışanı bulunan az tehlikeli işyerleri için yeniden ertelenmemiş olması olumlu bir gelişmedir.

Tüm dünyada kabul gören temel iş sağlığı ve güvenliği ilkeleri kapsamında uluslararası ve ulusal düzenlemeler aşağıdaki **Tablo 1**'de ele alınmıştır.

Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği (İSG) alanı, 2012 yılında yürürlüğe giren 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile sistematik bir yasal çerçeveye kavuşmuştur. Ancak bu çerçeve, çalışma yaşamındaki risk dinamiklerine bağlı olarak düzenli biçimde değişen ve uygulama yönü güçlendirilen bir yapıya sahiptir. 2020 sonrası dönem, İSG mevzuatı açısından hem pandemi sonrası risk yönetimi anlayışının güçlendiği hem de ertelenen bazı temel hükümlerin yürürlüğe girdiği kritik bir süreçtir.

2020 yılında 6331 sayılı Kanun'da doğrudan bir değişiklik yapılmamış olsa da COVID-19 pandemisi, işyerlerindeki risk yönetimi yaklaşımını doğrudan etkilemiş ve biyolojik riskler ilk kez bu ölçekte hukuki yorumun konusu olmuştur. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) ve Sağlık Bakanlığı pandemi sürecinde çalışanların COVID-19 kapsamında iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinde dikkat edilecek huşuları ele almaları ve özellikle risk değerlendirmeleri süreçlerinde biyolojik riskleri kapsayacak şekilde güncelleme yapmaları ve çalışma ortamlarını iyileştirmeleri gerekli görülmüştür.[28] Bu uygulama, hukuki olarak Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği'ndeki "biyolojik risk etmenleri" hükmünün işletilmesi anlamına gelmektedir.[19] Ayrıca 2020 yılında işyerlerinde temaslı takibi, izolasyon uygulamaları ve acil durum planlarında salgın yönetimi uygulamaları fiili zorunluluk haline gelmiştir.

Tablo 1. Temel İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) İlkelerinin Güncel Mevzuat Kapsamında Değerlendirilmesi

İlkeler	Uluslararası Dayanak	Türkiye Mevzuatı	Açıklama
Çalışan sağlığı temel haktır	ILO 'insana yakışır iş',[15] AB 89/391,[8] Virginia Bildirgesi(1789)[1]	6331 Sayılı İSG Kanunu (m.1, m.4)[16]	İSG tüm çalışanlar için temel haktır; işverenin koruma yükümlülüğü esastır.
Emek meta değildir	Versay Antlaşması (1919), ILO üçlü yapı (işçi, işveren, devlet)[17]	6331 Sayılı İSG Kanunu genel amaç,[16] 4857 İş Kanunu[12]	İş insan onuru temelinde; sosyal adaletin koşulu sağlanır.
Önleme ve kaynağında kontrol	ILO 155 Sayılı Sözleşme,[3] ILO 187 Sayılı Sözleşme,[5] AB 89/391 (m.6)[8]	6331 Sayılı İSG Kanunu(m.4,m.10),[16] KKD Kullanımı Yön.[18]	Tehlike ortadan kaldırma–ikame–toplu koruma–KKD sırası izlenir.
Sistematik risk değerlendirmesi	AB 89/391(m.6),[8] ILO 155 Sayılı Sözleşme[3]	6331 Sayılı İSG Kanunu (m.10),[16] Risk Değerlendirmesi Yön.[19]	Periyodik ve güncel risk değerlendirmesi zorunludur.
Ulusal politika ve sürekli gelişim	ILO 155 Sayılı Sözleşme,[3] 187 Sayılı Sözleşme[5]	6331 Sayılı İSG Kanunu genel sistemi[16]	Politika sürekli gözden geçirilir; PDCA döngüsü uygulanır.
Katılımcı yaklaşım / sosyal diyalog	ILO üçlü yapı (işçi, işveren, devlet),[17] AB 89/391 (m.11–12)[8]	6331 Sayılı İSG Kanunu(m.18,m.22),[16] İSG Kurulları Yön.[20]	Çalışan temsilcisi ve kurul danışma mekanizması şarttır.
Eğitim ve bilgilendirme	AB 89/391 (m.12),[8] ILO 155 Sayılı Sözleşme[3]	6331 Sayılı İSG Kanunu(m.16–17),[16] Çalışanların İSG Eğitimleri Yön.[21]	İşe girişte, değişiklikte ve periyodik eğitim zorunludur.
İş sağlığı hizmetlerine erişim	ILO 161 Sayılı Sözleşme[4]	6331 Sayılı İSG Kanunu(m.6–7),[16] İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personeli Yön.[22]	Önleyici ve sürekli iş sağlığı hizmetleri sağlanmalıdır.
Kayıt–bildirim–izleme	ILO 187 Sayılı Sözleşme,[5] AB 89/391[8]	6331 Sayılı İSG Kanunu(m.14),[16] 5510 sayılı Kanun[23]	Kaza ve hastalıklar kayıt altına alınır, SGK'ya bildirilir.
Acil durum hazırlığı	AB 89/391[8]	6331 Sayılı İSG Kanunu(m.11–12),[16] İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yön.[24]	Acil plan, tatbikat ve ekip düzenlemeleri zorunludur.
Özel grupların korunması	ILO 155 Sayılı Sözleşme[3]	6331 Sayılı İSG Kanunu(m.4,m.10),[16] Çalışanların İSG Eğitimleri Yön.,[21] İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personeli Yön.,[22]	Gebeler, gençler, engelliler için özel önlemler gerekir.
Eşitlik ve ayrımcılık yasağı	ILO temel ilkeleri,[17] AB eşitlik çerçevesi[25]	4857 İş Kanunu(m.5),[12] Anayasa eşitlik ilkesi[26]	Cinsiyet, statü, ırk vb ayrımcılık yasaktır.
Entegre ve sürdürülebilir yaklaşım	WHO & EU-OSHA[27]	6331 Sayılı İSG Kanunu[16]	İSG çevre, halk sağlığı ve verimlilikle entegre ele alınır.

2021 yılı, İSG mevzuatı açısından resmi ve önemli bir değişimin yılıdır. 01.10.2021 tarihli ve 31615 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan değişiklikle "İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik" yeniden düzenlenmiştir.[24] Bu değişiklikle acil durum tanımına salgın hastalık ve biyolojik riskler açıkça eklenmiştir. Acil durum planlarının kapsamı genişletilerek ziyaretçi, taşeron ve müşteri gibi dış paydaşların da korunması zorunlu hale getirilmiştir. Her işyerinde oluşturulması gereken acil durum ekiplerinin nitelikleri ve görevleri güncellenmiştir. İşverenlerin acil durum risk değerlendirmesi ve dokümantasyon zorunlulukları güçlendirilmiştir. Bu düzenleme, Türkiye'de ilk kez biyolojik risklerin açıkça mevzuata girmesi bakımından kritik öneme sahiptir.

Bunun yanında uzaktan çalışma, teknolojik gelişmeler ve esnek çalışma modellerinin yaygınlaşmasıyla birlikte çalışma yaşamında giderek daha görünür hale gelmiş, özellikle COVID-19 pandemisi süreci ile birlikte

hukuki düzenleme ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Türkiye'de uzaktan çalışmanın yasal dayanağı 4857 sayılı İş Kanunu'nun 14. maddesine dayanmakta olup,[12] 10 Mart 2021 tarihli ve 31419 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Uzaktan Çalışma Yönetmeliği ile uygulamaya ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir.[29]

Yönetmelik, uzaktan çalışmayı "işçinin iş görme edimini işyeri dışında teknoloji iletişim araçları ile yerine getirmesi" olarak tanımlamaktadır (Madde 4). Uzaktan çalışmaya geçiş, işçi ve işveren arasında yapılacak yazılı sözleşme ile mümkündür ve bu sözleşmede çalışmanın şekli, iş tanımı, ücret, iletişim yöntemi ve iş sağlığı ve güvenliği tedbirleri gibi hususlar yer almak zorundadır (Madde 5).[29] Yönetmeliğin 12. maddesi, uzaktan çalışmada dahi işverenin iş sağlığı ve güvenliği (İSG) sorumluluğunun devam ettiğini açık şekilde ortaya koymaktadır. Buna göre işveren, uzaktan çalışma kapsamında çalışanları iş sağlığı ve güvenliği riskleri hakkında bilgilendirmek, gerekli eğitimi vermek, iş ekipmanının güvenli kullanımını sağlamak ve riskleri önleyici tedbirler uygulamakla yükümlüdür. Buna ek olarak yönetmelik, veri güvenliği ve kişisel verilerin korunması konusunda da yükümlülükler getirmiştir (Madde 11). Ayrıca çalışanların iletişim saatleri ve iş-özel yaşam dengesi kapsamında ulaşılabilirlik sınırının belirlenmesi gerektiği vurgulanmıştır (Madde 13). Bu yönüyle yönetmelik, yalnızca çalışma düzenini değil, uzaktan çalışmanın ergonomi, ekranlı araçlarla çalışma riskleri ve psikososyal riskler gibi İSG boyutlarını da kapsamaktadır.[12,16,29]

Türkiye'de kimyasal risklerin değerlendirilmesi ve çalışan sağlığının korunması amacıyla yapılan düzenlemeler, 2020 sonrası iş sağlığı ve güvenliği mevzuatında önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik ve İş Hijyeni Ölçüm, Test ve Analizleri Hakkında Yönetmelik kapsamında uygulama hükümleri güçlendirilmiştir. Bu kapsamda kimyasal maruziyet ölçümü artık işyerlerinde yasal bir zorunluluk olarak uygulanmakta olup, bu ölçümlerin yetkili laboratuvarlar tarafından yapılması şartı getirilmiştir.[30,31]

2023 ve 2024 yıllarında yapılan düzenlemeler ile birlikte, kimyasal madde kullanılan tüm işyerlerinde iş hijyeni ölçümlerinin periyodik olarak yapılması ve kayıt altına alınması zorunlu hale getirilmiştir. İşverenler, çalışma ortamında bulunan uçucu organik bileşikler (VOC), solventler, asit ve baz buharları, ağır metaller, kaynak dumanı ve toz maruziyeti gibi riskler için ölçüm yaptırmakla yükümlüdür. Bu ölçümler maruziyet değerlendirmesine uygun olarak, işin niteliğine ve tehlike sınıfına göre en az yılda bir kez veya risk durumu değiştikçe yenilenmelidir.[30] Ayrıca 2023 yılı itibarıyla çıkarılan uygulama duyuruları ile ölçüm sonuçlarının İSG-KATİP sistemine işlenmesi ve işyerinde İSG dosyasında saklanması zorunluluğu getirilmiştir. Bu doğrultuda ölçüm yaptırılmaması, 6331 sayılı Kanun kapsamında idari para cezasına tabi bir ihlal olarak değerlendirilmekte ve denetimlerde öncelikli inceleme başlıklarından biri haline gelmiştir.[16]

Öte yandan, Kanserojen ve Mutajen Maddelerle Çalışma Yönetmeliği 2023 yılında güncellenmiş, kanserojen ve mutajen maddelere maruziyet bulunan işyerlerinde ölçüm zorunluluğu yeniden vurgulanmıştır. Buna göre kristalin silika, benzen, vinil klorür, formaldehit, krom (VI) bileşikleri gibi maddelerle çalışan işyerlerinde periyodik ölçüm raporu bulundurulması zorunlu hale gelmiştir. Ayrıca bu işyerlerinde çalışanlara yönelik özel sağlık gözetimi ve biyolojik izlem yükümlülüğü bulunmaktadır.[32]

Sonuç olarak, 2020 sonrası güncellemeler ile birlikte kimyasal maruziyet ölçümü artık yalnızca bir iş güvenliği tavsiyesi değil, yasal zorunluluk haline gelmiştir. Bu zorunluluk, işverenin risk değerlendirme yükümlülüğünün ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmekte; yapılan ölçümlerin sonuçlarına göre işyerinde mühendislik kontrolleri, havalandırma iyileştirmeleri ve kişisel koruyucu donanım seçimi yapılması gerekmektedir. Bu düzenlemeler, kimyasal risklerin kontrolü ve meslek hastalıklarının önlenmesine yönelik önemli bir mevzuat dönüşümünü temsil etmektedir.

Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimleri Yönetmeliği'nde 2024'te yapılan değişikliklerle eğitimlerin yöntemi, belgelendirilmesi, eğitim kayıt sistemi ve eğiticilerin yetkinlikleri konuları düzenlenmiştir. Buna göre çalışanlara verilecek iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinde "uzaktan eğitim" ve "karma eğitim (hibrit)" yöntemleri resmî olarak yönetmeliğe dahil edilmiştir. Eğitimler artık sadece yüz yüze değil, eşzamanlı (senkron) veya eşzamansız (asenkron) uzaktan yöntemlerle de yapılabilecektir. Bu değişiklik, COVID-19 sonrası gelişen dijital eğitim yaklaşımını kalıcı hale getirmiştir. Ayrıca eğitim süreçlerinin kesintisiz olarak kayıt altına alınması zorunlu hale gelmiştir. Eğitim sonrasında düzenlenen katılım belgesinin içeriği ve şekli yeniden düzenlenmiştir. Uzaktan eğitimlerde kimlik doğrulama ve yoklama alma zorunluluğu getirilmiştir. Böylece formaliteden ibaret çevrim içi eğitimlerin önüne geçilmesi hedeflenmiştir. Eğitim verilen platformun katılımcı giriş-çıkış bilgilerini kayıt altına alması gerekmektedir. Eğitici yetkinliği ve denetimi ele alınarak eğitim verebilecek kişiler ve kurumlar yeniden tanımlanmıştır.[21] Böylece İSG eğitimlerinin formaliten

çıkması ve denetlenebilir olması sağlanmıştır. Uzaktan eğitim modeli ulusal İSG mevzuatında ilk kez yasal dayanak kazanmıştır. Eğitim süreçleri şeffaf, izlenebilir ve kayıtlı hale gelmiştir. Bu yasal düzenleme değişikliği ile süreç olumlu ilerlese de özellikle kamuda eğitim verecek finansman, insangücü, fiziksel ya da dijital altyapı eksiklikleri devam etmekte ve İSG hizmet süreçlerini güçleştirmektedir.

Güncel yasal gelişmeleri sırasıyla ele aldığımızda yine de en önemlisi 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun ertelenen maddelerinin 1 Ocak 2025'te yürürlüğe konması çok önemli bir gelişmedir. Bu tarih, Türkiye'de İSG mevzuatında bir dönüm noktasıdır.

Buna göre kamu kurumları ve 50'den az çalışanı bulunan az tehlikeli işyerleri için de iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekimlerinden hizmet alma zorunluluğu yürürlüğe girmiştir.[16] Bu, 6331 sayılı Kanun'un 13 yıl sonra tam yürürlüğe girmesi anlamına gelmektedir. Bu durumda artık kamuda çalışan tüm memurların da İSG-Katip sistemi üzerinden tanımlanmış işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanlarından hizmet alma gereksinimini ortaya çıkarmıştır. Erteleme kalkmadan önceki tarihlerde de işverenin çalışanların iş kazası ve meslek hastalıkları bakımından sorumlu olsa da, bu süreçten sonra artık resmi olarak da yeterli işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı görevlendirmediği takdirde cezai sorumluluğu olduğunun farkında olmalıdır. Bunun için hem kamuda hem de az tehlikeli işyerlerinde özellikle işyeri hekimi istihdam etmekte zorluklar bulunmaktadır.[14] Bu konuda özellikle kamuda iş sağlığı profesyonellerinin hizmet vermesi bakımından hem insangücü hem de finansman bakımından yetersizlikler vardır. Bu durum da kamuda çalışan işveren vekillerinin süreci yönetmesinde zorluklara yol açmaktadır ve iş sağlığı ve güvenliği hizmet kalitesini düşürmektedir.[14]

3. Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği (İSG) uygulamaları temel olarak 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği çerçevesinde yürütülmektedir.[16,19] Ancak mevzuatın kapsam yönünden büyük ölçüde yeterli olmasına karşın, uygulamada çeşitli yapısal sorunlar bulunmaktadır. Türkiye'de İSG alanında karşılaşılan başlıca sorunlar; iş sağlığı ve güvenliği kültürünün yeterince gelişmemiş olması, çalışan ve işverenlerin bilinç ve eğitim düzeyinin düşük olması, kurumlar arası koordinasyon eksikliği ve mevzuatın bazı hükümlerinin sahaya tam olarak yansıtılamaması şeklinde özetlenebilir.

Bununla birlikte işyerlerinde risk değerlendirmesi süreçlerinin şeklen uygulanması, İSG kurullarının etkin çalıştırılmaması ve İSG profesyonellerinin iş güvencesi ile mesleki bağımsızlıklarının zayıflığı temel sorun alanları arasında yer almaktadır. Aynı zamanda İSG hizmetlerine ayrılan mali kaynakların yetersizliği, sektörel rehberlik eksikliği ve iş ekipmanlarının standartlara uygunluğu konusunda yaşanan uygunsuzluklar, iş kazaları ve meslek hastalıklarının önemli sebepleri arasında gösterilmektedir.

Mevzuatın etkili olması için yasaların yalnızca yayımlanması değil, uygulanabilirliğinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda işveren ve çalışan sorumluluklarının açık şekilde tanımlanması, belirsiz kalan hükümlerin netleştirilmesi ve caydırıcı denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi önem taşımaktadır. Ayrıca İSG kültürünün geliştirilmesi için eğitim temelli bir yaklaşım benimsenmeli, ilkokuldan itibaren İSG eğitimi içeren programlar uygulanmalıdır. İSG sisteminin güçlenmesi için sendikalar, meslek odaları ve sivil toplum kuruluşlarının katılımıyla sosyal diyalog mekanizmaları desteklenmelidir. Genel olarak İSG'de temel amaç, önleyici ve koruyucu yaklaşımın benimsenmesi ve iş kazaları ile meslek hastalıklarının gerçek anlamda azaltılması olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Yıldız AN, Şahan C. İş Sağlığı ve Güvenliği Temel Kavramlar. İçinde: İş Sağlığı ve Güvenliği Meslek Hastalıkları. 1. bs Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2020.
2. About the ILO | International Labour Organization [Internet]. 2024 [a.yer 16 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/about-ilo
3. 155 No'lu İş Sağliği ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin Sözleşme | International Labour Organization [İnternet]. 2015 [a.yer 16 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/tr/resource/155-nolu-sagligi-ve-guvenligi-ve-calisma-ortamina-iliskin-sozlesme
4. 161 No'lu Sağlık Hizmetlerine İlişkin Sözleşme | International Labour Organization [İnternet]. 2015 [a.yer 16 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/tr/resource/161-nolu-saglik-hizmetlerine-iliskin-sozlesme
5. 187 No'lu İş Sağlığı ve Güvenliğini Geliştirme Çerçeve Sözleşmesi | International Labour Organization [İnternet]. 2015 [a.yer 16 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/tr/resource/187-nolu-sagligi-ve-guvenligini-gelistirme-cerceve-sozlesmesi
6. ILO Sözleşmeleri ve Tavsiye Kararları | International Labour Organization [İnternet]. 2015 [a.yer 16 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/tr/resource/ilo-sozlesmeleri-ve-tavsiye-kararlari
7. Hämäläinen RM. The Europanisation of occupational health services: A study of the impact of EU policies.

8. Council Directive 89/391/EEC of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work [Internet]. OJ L Haz 12, 1989. Erişim adresi: http://data.europa.eu/eli/dir/1989/391/oj/eng
9. Özcüre G, Demirkaya H, Eryiğit N. Avrupa Birliği'ne Uyum Çerçevesinde Türkiye'de Çalışma Hayatında Kurullar Aracılığıyla Yönetime Katılma: İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Kocaeli Örneği. International Journal of Social and Economic Sciences [Internet]. 2014 [a.yer 16 Ekim 2025];4(1):58-69. Erişim adresi: https://ijses.org/index.php/ijses/article/view/118
10. Umumi Hıfzısıhha Kanunu [İnternet]. 1930. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf
11. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu [İnternet]. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6331.pdf
12. 4857 Sayılı İş Kanunu [İnternet]. 2003. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4857.pdf
13. Korkut G, Tetik A. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun Getirdiği Yenilikler ve Temel Sorunlar. SDÜİİBFD [İnternet]. 01 Eylül 2013 [a.yer 18 Ekim 2025];18(3):455-74. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/sduiibfd/issue/20817/222750
14. Demir B. 6331 Sayılı Kanunun 6.Maddesi Yürürlülük Ertelemesinin Kamuda İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı Çalıştırılması Açısından Değerlendirilmesi. HOD [Internet]. 15 Mayıs 2017 [a.yer 18 Ekim 2025];2(1):23-36. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/hod/issue/29287/313934
15. The Decent Work Agenda - Looking back, looking forward: A growing consensus | International Labour Organization [Internet]. 2008 [a.yer 18 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/publications/decent-work-agenda-looking-back-looking-forward-growing-consensus
16. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu [İnternet]. 2012. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6331&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5
17. ILO'nun Tarihçesi | International Labour Organization [İnternet]. 2015 [a.yer 18 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/tr/resource/ilonun-tarihcesi
18. Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik [İnternet]. 2013. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18540&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
19. İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği [İnternet]. 2012. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=16925&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
20. İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Yönetmeliği [İnternet]. 2013. Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130118-3.htm
21. Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimleri Yönetmeliği [İnternet]. 2013. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18371&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
22. İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik [İnternet]. 2013. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18615&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
23. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortasi Kanunu [İnternet]. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5510&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5
24. İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik [İnternet]. 2013. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18493&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
25. Directive - 2000/78 - EN - EUR-Lex [Internet]. [a.yer 18 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2000/78/oj/eng
26. TÜRKİYE İNSAN HAKLARI VE EŞİTLİK KURUMU [İnternet]. [a.yer 18 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.tihek.gov.tr
27. Implementation of the WHO Global Strategy for Occupational Health for All. Plan of action: covering the specific period 1996-2001. Part I. Int J Occup Med Environ Health. 1997;10(2):113-39.
28. Baycık G, Türkşen Ö, Dinç İC. COVID-19 Salgınında Alınması Gereken İş Sağlığı ve Güvenliği Önlemleri. SGD [İnternet]. 17 Haziran 2021 [a.yer 18 Ekim 2025];Cilt 11 Sayı 1(Sayı 1):17-32. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/sgd/issue/63306/952506
29. Uzaktan Çalışma Yönetmeliği [İnternet]. 2021. Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2021/03/20210310-2.htm
30. İş Hijyeni Ölçüm, Test ve Analizleri Hakkında Yönetmelik [İnternet]. 2023. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=40042&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
31. Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik [İnternet]. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18709&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
32. Kanserojen veya Mutajen Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik [İnternet]. 2013. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18695&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5

Bir Halk Sağlığı Acili Olarak Büyük Endüstriyel Kazalar

Volkan Medeni

1. Giriş

Büyük endüstriyel kaza (BEK), "tehlikeli madde içeren büyük tesislerde ani bir olay sonucu meydana gelen ve çalışanlar, çevrede yaşayanlar veya çevre için ciddi tehlike oluşturan emisyon, yangın ya da patlama" olarak tanımlanır.[1] Daha geniş bir bakış açısıyla, bir sanayi tesisinden zehirli veya tehlikeli bir maddenin salınması ya da sızıntısı sonucunda toplum yaşamının ciddi biçimde kesintiye uğradığı, insan sağlığı, mal varlığı ve çevrede büyük kayıplara yol açan ve afet kapasitesinin ötesinde müdahale gerektiren durumlar "endüstriyel afet" olarak değerlendirilir.[2]

BEK, sadece işletme personelini değil, geniş kitleleri ve ekosistemi etkileyen çok kurumlu olaylardır. Bu nedenle halk sağlığı acil durumlarına yönelik müdahaleleri zorlaştırır; risk değerlendirmesi ve kontrol önlemleriyle ilgili bilimsel bilgi birikiminde önemli boşluklar vardır.[3] Uluslararası düzeyde bu boşlukları gidermeyi hedefleyen en kapsamlı politika belgesi, Birleşmiş Milletler'in 2015–2030 Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi'dir. Bu çerçeve, risk yönetimi yaklaşımını yalnızca doğal afetlerle sınırlamaz; ani veya yavaş gelişen, küçük ya da büyük ölçekli, insan kaynaklı ya da teknolojik tehlikeleri de kapsar. Ayrıca afet risk yönetimini sağlık sistemlerinin her düzeyine entegre etmeyi, çok paydaşlı erken uyarı ve sürveyans sistemlerini geliştirmeyi ve sağlık çalışanlarının bu riskleri kavrama kapasitesini artırmayı hedefler.[4]

BEK'lerin küresel ve ulusal düzeyde halk sağlığı açısından önemi, yaşanan felaketlerin boyutuyla ortaya konmuştur. Örneğin, gerçekleşen bir kimyasal sızıntı, binlerce kişinin ölmesine ve çok daha fazla sayıda kişinin uzun yıllar süren ciddi hastalıklara maruz kalmasına yol açabilir.[5] Avrupa Komisyonu'nun değerlendirmesine göre, tehlikeli kimyasalların büyük miktarlarda bulunduğu tesislerde meydana gelen kazalar, insan hayatı, sağlık ve çevre için ciddi tehditler oluşturmakta; büyük ekonomik kayıplara ve sürdürülebilir büyümenin engellenmesine yol açmaktadır.[6] Bu nedenle, Türkiye'de ve dünyada BEK'lerin sadece iş sağlığı sorunu olarak değil, geniş toplum kesimlerini ilgilendiren bir "halk sağlığı acili" olarak ele alınması gereklidir. Çünkü bu kazalar önlenebilir olmasına karşın hazırlıksız yakalandığında ağır can kayıpları ve uzun vadeli sağlık etkileri bırakmaktadır.

2. Kavramsal Çerçeve

Endüstriyel kazaların niteliğini kavramak, bunları "kaza, afet, felaket" üçlüsü içinde doğru konumlandırmakla başlar. Afetler günlük acil durumlardan niteliksel olarak farklıdır, felaketler ise afetlerin ötesinde niteliksel bir sıçrama oluşturarak çok sayıda örgütü, kamu ve özel sektör unsurlarını aynı anda sahaya çeker ve olağanüstü bir koordinasyon gerektirir.[7] Bu nedenle BEK'ler, küçük ölçekli iş kazalarından farklıdır ve "çok tehlikeli" perspektifiyle ele alınmalıdır.

BEK'leri sınıflandırmak için yaygın olarak kullanılan şema kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer (KBRN) olaylarıdır. Uluslararası Kızılhaç Komitesi'ne göre KBRN ajanlar, üretildikleri veya depolandıkları tesislerde kazara veya kasıtlı olarak salınabilir.[8] Buna ek olarak, maden ve enerji sektörü kazaları büyük ölçekli patlamalar ve göçükler nedeniyle ayrı bir kategori olarak ele alınmalıdır. Küresel istatistikler, madenciliğin toplam iş gücünün sadece %1'ini oluşturmasına rağmen iş kazalarına bağlı ölümlerin %8'inin bu sektörde meydana geldiğini ve özellikle küçük ölçekli madenlerin yaralanma oranlarının büyük madenlere göre 6–7 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir.[9]

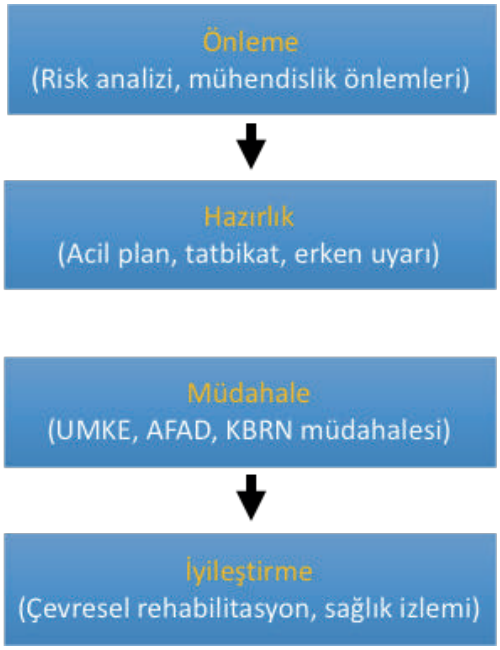
BEK'lerin tarihteki örnekleri, bu olayların boyutunu ve etkilerini somutlaştırır. 10 Temmuz 1976'da İtalya'nın Seveso kasabasındaki kimya tesisinde basınç diskinin

patlaması, TCDD (dioksin) içeren bir bulutun çevreye salınmasına yol açmış; ölen insan olmamasına rağmen birçok kişi hastalanmış, 26 hamile kadın kürtaj yaptırmış ve binlerce hayvan ölmüş veya itlaf edilmiştir.[10] 3 Aralık 1984'te Hindistan'ın Bhopal kentinde bir pestisit fabrikasından 40 ton metil izosiyanat gazı sızmış; en az 3 800 kişi hemen ölmüş, on binlerce kişi ciddi hastalıklarla karşılaşmış ve olay sonrasında uluslararası güvenlik standartlarının gerekliliği vurgulanmıştır.[11] 26 Nisan 1986'da Ukrayna'daki Çernobil nükleer santralinde hatalı reaktör tasarımı ve eğitim eksikliği sonucu meydana gelen patlama, reaktör çekirdeğinin %5'inin çevreye yayılmasına neden olmuş; resmi rakamlara göre iki işçi olay gecesi ölürken radyasyon sendromu nedeniyle 28 kişi daha haftalar içinde hayatını kaybetmiş ve 350 000'den fazla kişi tahliye edilmiştir.[12] Türkiye'de 13 Mayıs 2014'te Soma kömür madeninde elektrik ekipmanından kaynaklanan patlama ve yangın sonucu karbon monoksit zehirlenmesinden 301 işçi hayatını kaybetmiştir.[13]

BEK'lerin sınır tanımazlığı en önemli özelliklerinden biridir. Birleşmiş Milletler Avrupa Ekonomik Komisyonu, endüstriyel kazaların sınır ötesi etkilerini azaltmak amacıyla önleyici yaklaşımları desteklemekte ve uluslararası iş birliğini teşvik etmektedir.[14] Avrupa Komisyonu da büyük kazaların ulusal sınırları aşabileceğini vurgulamakta ve bu nedenle uluslararası iş birliğinin zorunlu olduğunu belirtmektedir.[15]

BEK'ler aynı zamanda tamamen önlenebilir olaylardır. Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı'nın "Sıfır Kaza Vizyonu" felsefesi, kimsenin kaza nedeniyle yaralanmaması gerektiğini savunur ve tüm kazaların önlenebilir olduğu inancına dayanır.[16] Bu yaklaşım, iş sağlığı ve güvenliği yönetiminde sürekli iyileşme kültürünün önemini vurgular; benzer şekilde OECD'nin kimyasal kazaların önlenmesi rehberi, geçmiş kazalardan çıkarılan derslerin uygulanmasıyla birçok kimyasal kazanın engellenebileceğini belirtir.[17] Dolayısıyla BEK'lerin yönetiminde önleme ilkesi esastır; risk değerlendirmesi, güvenlik kültürü, eğitim ve teknoloji yatırımlarıyla bu kazalar engellenebilir.

BEK'ler afet yönetimi bağlamında bütüncül afet risk azaltma stratejilerine entegre edilmelidir. Böylece, doğal afetler gibi teknolojik ve insan kaynaklı tehlikelerin de önleme–hazırlık–müdahale–iyileştirme şeklindeki risk yönetimi döngüsünde yer almaları sağlanır.[18] Bu entegrasyon, BEK'leri sadece iş kazası olarak değil, toplum sağlığını ve çevreyi ilgilendiren geniş kapsamlı bir halk sağlığı sorunu olarak ele almanın da temelini oluşturur.



Şekil 1.Büyük Endüstriyel Kazalarda Risk Yönetimi Döngüsü

3. Büyük Endüstriyel Kazaların Sağlık Etkileri

Büyük endüstriyel kazalar, patlama, sızıntı veya doğal afetlerin tetiklediği kimyasal salınımlar sonucu meydana gelir ve akut–kronik sağlık sorunlarının yanı sıra mevcut hastalıkları ağırlaştırabilir. Bu olaylar yalnızca yaralanma ve ölümlere değil; aynı zamanda bulaşıcı olmayan hastalıklar, psikiyatrik morbidite ve kalıcı engellilik gibi uzun erimli sonuçlara yol açabilmektedir.[19] Doğal afetlerin tetiklediği olaylarda sağlık tesislerinin zarar görmesi ve hizmetlerin aksaması, müdahale süreçlerini zorlaştırmakta; bu durum güçlü koordinasyon ve etkili risk yönetimi stratejilerini zorunlu kılmaktadır.[20]

Kısa vadeli etkiler; ölümler, yaralanmalar ve akut zehirlenmeler şeklindedir. Bhopal felaketinde olayın ilk günlerinde toplu ölümler gerçekleşmiş; sonraki günlerde ölü sayısı artmış ve çok sayıda kişi hastanelere solunum yolları ve göz irritasyonu, akciğer ödemi ve ciddi zehirlenmelerle başvurmuştur.[21] Çernobil nükleer kazasında ilk patlamalar sonucu ve akut radyasyon sendromu sonucunda ölenlerin haricinde, maruz kalanlar bulantı, kusma, ateş ve cilt yanıkları yaşamıştır.[22]

Orta ve uzun vadeli etkiler kronik hastalıklar ve ruhsal sağlığın bozulmasına yol açar. Seveso kazasından sonra yapılan araştırmalar kalp ve solunum hastalıkları, diyabet ve bazı kanserlerde artış tespit etmiştir.[23] Bhopal felaketinin uzun vadeli etkilerini inceleyen araştırmalar, gaz sızıntısına maruz kalan bireylerde akciğer, sinir, kas-iskelet, göz ve endokrin sistemleri etkileyen kronik

hastalıkların geliştiğini ortaya koymuştur. Maruziyetin yaklaşık 7 km çapında bir alana yayıldığı; anne karnında maruz kalan erkek çocuklarda engellilik ve kanser riskinin arttığı, düşük ve ölü doğum oranlarının yükseldiği ve yeraltı suyu kirliliğinin üreme sağlığını olumsuz etkilediği gösterilmiştir.[24] Deepwater Horizon petrol sızıntısı sonrasında temizlik işçilerinin uzun vadeli sağlık izlemleri, bu kişilerin kan parametrelerinde ve karaciğer enzimlerinde kalıcı bozulmalar olduğunu ve birçoğunda kronik sinüzit, reaktif hava yolu disfonksiyonu ve kalıcı solunum sorunları geliştiğini ortaya koymuştur.[25] Aynı kazanın insan sağlığı üzerindeki sonuçlarını inceleyen GuLF Çalışması, maruz kalan işçilerin astım semptomları geliştirme olasılığının %60 daha yüksek olduğunu ve aromatik hidrokarbonlara maruz kalanlarda solunum yolu hassasiyetinin belirgin biçimde arttığını ortaya koymuştur.[26]

Ruh sağlığı açısından bakıldığında, Çernobil'den etkilenen popülasyonlarda yapılan araştırmalar, kaza alanında çalışanlar ve kontamine bölgelerde yaşayanlar arasında depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu görülme oranlarının yüksek olduğunu; ruh sağlığının kazadan sonra en önemli halk sağlığı sorunu haline geldiğini ve uzun süreli psikososyal desteğin gerekli olduğunu göstermiştir.[27]

Endüstriyel kazalardan yayılan kimyasal kirleticiler hava, su ve toprakta birikerek uzun vadede sağlık sorunlarına yol açmakta ve ekosistemleri tahrip etmektedir. İngiltere'de yayınlanan bir afet hazırlık raporu, çevreye salınan zararlı maddelerin ekosistemlerde biyolojik çeşitlilik kaybına ve besin zinciri üzerinden insan sağlığına zarar verdiğini vurgulamaktadır.[28]

Büyük endüstriyel kazaların sağlık etkilerini değerlendirmek, yalnızca kaza sonrasına değil, hazırlık ve müdahale aşamalarına da yayılan kapsamlı bir sürveyans ve epidemiyoloji yaklaşımı gerektirir. Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü rehberine göre, majör kazaların etkilerini anlamak için epidemiyolojik çalışmaların hazırlık, müdahale ve iyileştirme aşamalarının tümünde bilgi sağlaması ve politika yapıcılar için rehberlik etmesi şarttır.[29]

Tablo 1. Sağlık Etkilerinin Zaman Boyutuna Göre Sınıflandırılması

Zaman Boyutu	Sağlık Etkileri
Akut (Saatler–Günler)	Ölümler ve ağır yaralanmalar
	Solunum yolları irritasyonu, akciğer ödemi
	Göz irritasyonu, cilt yanıkları
	Bulantı, kusma, ateş
	Ani psikolojik şok ve akut stres tepkileri
Subakut (Haftalar–Aylar)	Tedavi gerektiren solunum yolu hassasiyeti ve bronşit
	Karaciğer ve hematolojik parametrelerde bozulmalar
	Reaktif hava yolu disfonksiyonu
	Travma sonrası stres bozukluğu
	Geç ortaya çıkan cilt lezyonları veya alerjik reaksiyonlar
Kronik (Yıllar–On Yıllar)	Kanserler
	Kronik solunum ve kardiyovasküler hastalıklar
	Abortus, ölü doğum, infertilite
	Kalıcı engellilik ve iş gücü kaybı
	Depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu

4. Mevzuat, Politika ve Kurumsal Çerçeve Bakımından Türkiye'deki Mevcut Durum

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Kanunu, Türkiye'de önceki dağınık düzenlemeleri birleştirip tüm iş kolları ve çalışan gruplarını kapsayan yeni bir çerçeve getirmiştir. Kanun, risk değerlendirmesine dayalı "önleyici" yaklaşımı esas alarak işverenin sorumluluklarını ağırlaştırmıştır.[30] Buna karşın, Kanun'un İSG profesyonellerinin görevlendirilmesinde, mesleki bağımsızlıklarının sağlanmasında, işveren yükümlülüklerinin ifasında, denetim sisteminin işleyişi açısından eleştiriler söz konusudur.[31]

Büyük Endüstriyel Kaza Risklerinin Azaltılması Yönetmeliği (BEKRA) ise tehlikeli kimyasal madde içeren tesislerde büyük kazaların önlenmesi ve bu kazaların insan ve çevreye vereceği zararın en aza indirilmesi amacıyla hazırlanmıştır Yönetmelik, tehlike seviyesi yüksek tesisler için yüksek düzeyde teknik önlemler alınması, olay senaryolarına göre iç acil durum planları yapılması gibi usul ve esasları belirlemektedir.[32]

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın 2023 genel değerlendirme raporu, BEKRA kapsamındaki "Üst Seviyeli Kuruluş" listelerinde yer alan 259 tesiste teftiş yapıldığını ve bu tesislerde 74.347 çalışanın istihdam edilmiş olduğunu belirtir. Denetimler 52 ili kapsamakta; rafineri, boya ve kimya fabrikaları, altın madeni işletmeleri, depolama tesisleri, gübre fabrikaları, sünger üretimi ve enerji santralleri gibi yüksek riskli sektörleri hedeflemektedir. Aynı rapor, teftiş programının işletmelere rehberlik amacı taşıdığını ve BEKRA yüküm-

lülüklerinin uygulanmasının iyileştirilmesi gerektiğini vurgular.[33]

İçişleri Bakanlığı'na bağlı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD), ulusal afet yönetimi faaliyetlerini planlar, gerçekleştirir, yönlendirir ve koordine eder. Deprem, sel ve büyük endüstriyel kaza gibi olaylarda arama-kurtarma, tahliye, insani yardım ve altyapı desteği gibi görevleri üstlenir.[34] Sağlık müdahalesi konusunda Sağlık Bakanlığı'nın Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE) devreye girer. UMKE, 2004'te kurulmuş, gönüllü sağlık personelinden oluşan bir arama-kurtarma birimidir. Afet veya olağandışı durumlarda olay yerine en hızlı şekilde intikal ederek yaralılara tıbbi müdahalede bulunma, stabilizasyon sağlama ve tahliye edilene kadar bakım yapma görevini üstlenir.[35] Acil durumlarda Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi (SAKOM) üzerinden yürütülen haberleşme ve kaynak yönetimi, tüm sağlık birimlerinin sahadaki operasyonlarını koordine etmeyi ve karar vericilere gerçek zamanlı bilgi sağlamayı amaçlamaktadır.[36] Sağlık Bakanlığı'nın afet planları ve hastane hazırlık stratejileri, Türkiye Afet Müdahale Planı ve Hastane Afet Planları Uygulama Yönetmeliği gibi düzenlemelerle belirlenmiştir.[37]

Türkiye, 2015'te kabul edilen BM Sendai Çerçevesi'ni benimsemiş; 2022–2030 dönemini kapsayan Türkiye Afet Risk Azaltma Planı'nda Sendai'nın stratejik öncelikleri temel alınmıştır.[38] Fakat uygulama düzeyinde veri şeffaflığı, düzenli izleme ve yaptırım mekanizmalarının zayıflığı gibi sorunlar devam etmektedir. Bilhassa küçük ve orta ölçekli tesislerdeki yükümlülüklerin hayata geçirilememesi uluslararası standartlara fiilen uyumu tartışmalı hâle getirmektedir.

Türkiye'de büyük endüstriyel kazalara ilişkin düzenleyici çerçeve, Büyük Endüstriyel Kazaların Önlenmesi ve Etkilerinin Azaltılması Hakkında Yönetmelik üzerine kuruludur. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı'nın rehberine göre, bu yönetmelik AB'nin Seveso II Direktifi ile uyumludur ve tehlikeli madde bulunduran tesislerin düzenli bildirim yapması, güvenlik raporu hazırlaması ve kapsamlı acil durum planları ile güvenlik yönetim sistemleri kurmasını zorunlu kılar.[39] Bu doğrultuda Bakanlık tarafından BEKRAPEDIA adlı bir portal hayata geçirilmiştir. Söz konusu platformda, dünyada yaşanan büyük endüstriyel kazalar örnek gösterilerek, benzer olayların önlenmesi amacıyla güvenlik kültürünün güçlendirilmesi ve uluslararası işbirliğinin artırılması gerektiği belirtilmektedir. Bunun yanı sıra kazalar öncesinde önleyici tedbir-



Şekil 2. Büyük Endüstriyel Kaza Risklerinin Azaltılmasında Kurumsal Yapı ve Yetkiler

lerin alınması, acil durum planlarının hazırlanması ve kurumlar arası koordinasyonun sağlanmasının kritik rolü vurgulanmaktadır.[40] BEKRAPEDIA bünyesinde paylaşılan bilgilerin büyük ölçüde kamusal kullanıma açık istatistiksel veri niteliği taşımaması, kapsamlı analizlerin yapılmasını kısıtlamaktadır.

"Teknolojik Afetler Yol Haritası", AFAD'ın 2014–2023 stratejik planlarıyla şekillenmiştir. Bunun dışında AFAD'ın "Kritik Altyapıların Korunması Yol Haritası" tehlikelerin tespit edilmesi, kritik tesislerin sınıflandırılması, risk analizlerinin yapılması ve ulusal/sivil kurumlar arasında koordinasyonun güçlendirilmesi gibi ilkeleri ortaya koyar. Bu yol haritasında, kritik altyapılar için erken uyarı sistemleri kurulması, acil müdahale planlarının hazırlanması ve kamu-özel sektör iş birliğinin geliştirilmesi hedeflenir.[41]

BEKRA kapsamında gerçek zamanlı bildirim ve raporlama süreçlerinin henüz kurumsallaşmadığını belirtmekte fayda vardır. Denetlenmeyen yüzlerce orta ve küçük ölçekli tesisin varlığı sistematik bir güvenlik kültürü oluşturmanın önündeki büyük bir engeldir.

5. Türkiye'de Son Dönemde Gerçekleşen Büyük Endüstriyel Kazalar

Türkiye'de, 2020'den itibaren geçen sürede bir dizi büyük endüstriyel kaza yaşanmıştır. Bu kazaların birçoğu, önceki yıllarda gerçekleşmiş olan benzer kazalardan herhangi bir ders çıkarılmadığının ispatı niteliğindedir. Aşağıda bazı örnekler verilmiştir:

Sakarya Hendek Havai Fişek Fabrikası Patlaması (3 Temmuz 2020) –

Büyük Coşkunlar Piroteknik firmasına ait havai fişek fabrikasında meydana gelen ardışık patlamalar sonucunda, 7 işçi hayatını kaybetmiş ve 127 çalışan yaralanmıştır. Fabrikadaki havai fişeklerin tahliyesi sırasında, ikinci patlama meydana gelmiş ve bu patlama sonucu üç jandarma ölmüş, on iki kişi de yaralanmıştır. Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) açıklamasına göre, bu patlama son 11 yılda aynı fabrikada kayıtlara geçen yedinci kaza olup, önceki altı olayda toplam 7 işçi hayatını kaybetmiş ve 59 işçi yaralanmıştır. TTB, aynı fabrikada tekrar eden kazaların "iş cinayeti" niteliğinde olduğunu vurgulayarak, önceki patlamalar sonrasında yapılan denetim sonuçlarının kamuoyuyla paylaşılması, büyük kaza senaryoları, acil durum planları ve risk değerlendirme dokümanlarının açıklanması çağrısında bulunmuştur.[42]

Bartın Amasra Taşkömürü Ocağı Patlaması (14 Ekim 2022) –

Maden Mühendisleri Odası'nın incelemesine göre, Türkiye Taşkömürü Kurumu'na ait Amasra ocağındaki patlama, metan gazının kritik yoğunluğa ulaşıp ateş kaynağıyla temas etmesi sonucu oluşan bir grizu patlamasıdır. Patlama ve ardından yayılan karbon monoksit zehirlenmesi 41 madencinin ölümüne ve çok sayıda yaralanmaya yol açmıştır. Kazaya ilişkin en kritik sorunlardan birinin gaz izleme sistemi verilerinin erişilebilir olmaması olduğu belirtilerek; metan sensörlerinin kritik seviyede uyarı verip vermediğinin ve hangi önlemlerin alındığının araştırılması istenmiştir. Grizu patlamalarının önlenebilir olduğu vurgulanarak, madenlerde iş güvenliği kültürünün güçlendirilmesi gerektiği ifade edilmiştir.[43]

İskenderun Limanı Konteyner Yangını (6 Şubat 2023) –

Kahramanmaraş merkezli depremler, İskenderun Limanı'ndaki konteyner istiflerinin devrilmesine ve konteyner depolama alanında büyük bir yangının çıkmasına yol açmıştır. Olay, depremin tetiklediği teknolojik kazaların karmaşıklığını ve felaket sonrası lojistik zincirinin ne ölçüde etkilenebileceğini göstermiştir. Yangın, deniz ve hava unsurlarının müdahalesine rağmen ikinci gün de devam etmiş; sahil güvenlik gemileri su sıkarak, hava kuvvetleri ve kara kuvvetleri uçak ve helikopterleri ise yangın söndürücü kimyasal püskürterek müdahale etmiştir. Yangın geçici olarak söndürülmüş olsa da yeniden tutuşmuş, konteyner içeriklerinin çeşitliliği nedeniyle söndürme çalışmaları güçleşmiştir.[44]

Erzincan İliç Altın Madeni Liç Yığını Kayması (13 Şubat 2024) –

Erzincan'ın İliç ilçesinde bulunan Anagold Madencilik'e ait altın madeninde, devasa bir liç yığını kayarak Fırat Havzası'na doğru akmış ve 9 işçi göçük altında can vermiştir. Türk Tabipleri Birliği raporunda, kayma sırasında siyanür ve sülfürik asit içeren tonlarca malzemenin Fırat Nehri havzasına yayıldığı ve bunun Türkiye'nin en büyük çevre felaketlerinden biri olarak nitelendirildiği belirtilmiştir.[45] Türkiye Barolar Birliği, liç yığınının devlet izniyle 250 metre yüksekliğe ulaştığını, içindeki siyanür ve ağır metalin geniş bir bölgeyi kirletebileceğini, olayın basit bir toprak kayması değil, ihmaller sonucu oluşan bir çevre suçu olduğunu açıklamıştır. Kazadan üç gün önce yığın üzerinde çatlaklar tespit edildiği, uyarılara rağmen üretimin sürdürüldüğü ve bu durumun facianın büyüklüğüne katkıda bulunduğu belirtilmiştir.[46] Kimya Mühendisleri Odası, bir yıl önce aynı bölgede kayma yaşandığını ve kamuoyu bilgilendirilmeden çalışmalara devam edildiğini iddia etmiştir.[47]

Tablo 2. 2020–2025 Döneminde Türkiye'de Yaşanan Başlıca Büyük Endüstriyel Kazalar

Tarih	Yer	Tesis Türü	Kaza Türü	Ölü ve Yaralı Sayısı
03.07.2020	Sakarya, Hendek	Havai fişek fabrikası	Patlama	7 ölü, 127 yaralı
14.10.2022	Bartın, Amasra	Taşkömürü madeni	Grizu patlaması	43 ölü, 9 yaralı
29.04.2022	İstanbul, Tuzla	Boya fabrikası	Yangın	3 ölü, 9 yaralı
06.02.2023	Hatay, İskenderun	Liman	Yangın	-
07.08.2023	Kocaeli, Derince	Silo	Patlama	12 yaralı
10.06.2023	Ankara, Elmadağ	Patlayıcı fabrikası	Patlama	5 ölü
13.02.2024	Erzincan, İliç	Altın madeni	Heyelan	9 ölü
15.09.2024	Sakarya, Hendek	Makarna fabrikası	Patlama	1 ölü 30 yaralı
24.12.2024	Balıkesir, Karesi	Mühimmat fabrikası	Patlama	12 ölü, 5 yaralı
09.03.2025	İzmir, Aliağa	Kimyasal fabrikası	Patlama	1 ölü, 4 yaralı

Balıkesir Karesi Mühimmat Fabrikası Patlaması (24 Aralık 2024) –

Balıkesir Tabip Odası'nın basın açıklamasında, ZSR Patlayıcı Sanayi A.Ş.'ye ait fabrikada meydana gelen patlamada 12 işçinin yaşamını yitirdiği, belirtilmiştir. Açıklamada, patlamanın ardından çevreye yayılan kimyasal ve patlayıcı artıklarının hava, su ve toprak üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği, bunun da yalnızca işçilerin değil bölge halkının sağlığını da tehdit edebileceği vurgulanmıştır. Ayrıca, patlayıcı ortamlar için gerekli olan ATEX standartlarına uygun sistemlerin işletilmesi ve mevcut iş sağlığı ve güvenliği mevzuatına tam uyumun hayati önemde olduğu, denetim süreçlerindeki eksikliklerin bu tür ağır sonuçlara yol açabileceği ifade edilmiştir.[48]

6. Büyük Endüstriyel Kazalarda Risk Yönetimi ve Halk Sağlığı Perspektifi

Büyük endüstriyel kazaların risk yönetimi kapsamında, önleme safhasında, tehlikelerin belirlenmesi ve risklerin azaltılması hedeflenir. Tesis tasarımında güvenlik standartlarının uygulanması, tehlikeli kimyasalların daha az riskli alternatiflerle ikame edilmesi ve düzenli bakım faaliyetlerinin yürütülmesi bu adımların temelini oluşturur. Ayrıca çalışanların bu süreçlere aktif katılımı, olası aksaklıkların erken fark edilmesine katkı sağlar. Avrupa Birliği mevzuatı sanayi kuruluşlarının kaza öncesinde kapsamlı risk değerlendirmeleri yapmasını zorunlu kılmıştır.[49] Ancak uygulamada, yürürlükteki düzenlemelerin kâğıt üzerinde yeterli olmasına karşın, denetimlerin sürekliliği, yaptırımların caydırıcılığı ve kurumlar arası koordinasyonun yetersizliği, önleme kapasitesini sınırlandıran temel sorunlar arasında sayılabilir. Özellikle riskli tesislerde mevzuata uyumun düzenli olarak izlenmesi, bağımsız denetim mekanizmalarının işletilmesi ve tespit edilen ihlallerin şeffaf biçimde kamuoyuna duyurulması, güvenlik kültürünün yerleşmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Hazırlık aşamasında kurumlar, risk analizleri yapmakta, acil durum planlarını hazırlamakta ve personel, toplum ile ilgili kurumlarla tatbikat ve eğitim faaliyetleri yürütmektedir. Müdahale safhasında, olay komuta sistemi devreye girerek hızlı karar mekanizmaları işletilmekte, lojistik ve koordinasyon süreçleri ile ekip hareketi organize edilerek kayıplar ve zararlar en aza indirilmeye çalışılmaktadır. Ayrıca, doğal afet senaryolarının yanında kimyasal ve radyoaktif sızıntı gibi özel tehdit durumlarında da müdahale planlarının hazırlanması kritik önem taşır; bu tür teknolojik afetlerde hem müdahale süreçleri hem de psikososyal yaklaşımlar ayrı bir boyut kazanmaktadır. İyileştirme döneminde ise altyapı onarımı, çevresel rehabilitasyon, ekonomik toparlanma ve mağdurlara psikososyal destek sağlanması gibi süreçler söz konusudur.[50-52]

Toplumsal direnç, eğitim ve tatbikatlarla güçlendirilir. Sanayi tesislerinde çalışanlara kimyasal güvenlik eğitimleri verilir, düzenli tatbikatlar yapılır. Bu uygulamalar sayesinde çalışanların müdahale becerileri gelişirken, iş yerlerinde güvenlik kültürü de pekiştirilir. Sakarya AFAD tarafından Ege Kimya Fabrikası'nda gerçekleştirilen KBRN tatbikatı buna örnek olarak gösterilebilir.[53] Benzer şekilde toplum düzeyinde de okullar, belediyeler ve sivil toplum kuruluşları aracılığıyla düzenlenen farkındalık etkinlikleriyle toplumun genel hazırlık kapasitesi yükseltilebilir. Uluslararası düzeyde Birleşmiş Milletler Ortak Çevre Birimi, ülkelerin kapasitesini geliştirmek için özel eğitim modülleri ve tatbikat programları sunmaktadır.[54]

Büyük endüstriyel kazalarda erken uyarı sistemleri kritik rol oynar. Tesis içindeki sensörler, alarmlar ve ke-

sintisiz izleme altyapıları ile dış çevredeki gözlem ağları, kazaların hızlıca tespit edilmesini sağlar. Türkiye'de acil durum planlarında bu prosedürlerin yer alması yasal zorunluluktur.[55] Uluslararası düzeyde, Endüstriyel Kazaların Sınır Ötesi Etkileri Sözleşmesi, sınır aşan riskler için eş zamanlı uyarı mekanizmaları ve koordinasyonu öngörmektedir.[56]

Risk iletişimi, kamuoyunun bilgilendirilmesi ve güvenin tesis edilmesi açısından hayati öneme sahiptir. Halkın doğru, zamanında ve anlaşılır biçimde bilgilendirilmesi, kriz anlarında ortaya çıkabilecek panik ve söylentilerin önlenmesi açısından gereklidir. Resmî açıklamaların yetersiz kalması durumunda bireylerin sosyal ağlara yönelmesi, bilgi kirliliğini ve güvensizliği artırabilmektedir. Bu nedenle risk iletişim planlarının önceden hazırlanması, farklı toplumsal gruplara hitap eden kanalların belirlenmesi ve kriz anlarında eşit bilgi akışının sağlanması büyük önem taşımaktadır.[57] Türkiye'de AFAD öncülüğünde yürütülen risk iletişimi eğitimleri ve bilgilendirme faaliyetleri; halk toplantıları, broşürler, medya açıklamaları ve sosyal medya duyuruları aracılığıyla bu alandaki kapasitenin artırılmasını hedeflemektedir.[58]

Büyük endüstriyel kazalar, doğrudan işçilerin sağlığını ve toplumun güvenliğini tehdit eder. Bunlara ek olarak yetersiz eğitim, koruyucu önlemlerin eksikliği ve belirsiz tazminat süreçleri, endüstriyel kazaların işçiler üzerindeki yükünü daha da ağırlaştırmaktadır.[59] Endüstriyel kazalar yalnızca anlık bir afet değil, aynı zamanda kuşaklar arası etkiler bırakabilen kalıcı bir halk sağlığı sorunu olarak görülmelidir. Buna ek olarak sağlık sistemlerinin, özellikle kimyasal kazalara yönelik hazırlık kapasitesinin sınırlı olduğu görülmektedir. Türkiye'de UMKE gibi ekipler görev alsa da hastanelerin özel donanım, dezenfeksiyon uygulamaları, zehirlenme tanı protokolleri ve acil durum tatbikatları konusundaki hazırlıkları yetersizdir.[60] Hastanelerin alternatif enerji kaynakları, güvenli su ve havalandırma sistemleriyle desteklenmesi ve personelin düzenli eğitimlerle donatılması, kapsamlı hastane afet planlarının uygulanması ve tatbikatlarla sınanması, müdahale kapasitesinin artırılması ve sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanması açısından zorunludur.[61]

Endüstriyel kazaların etkileri sosyal eşitsizlikleri de açığa çıkarır. Yoksul ve kırsal bölgelerde yaşayanlar genellikle sanayi tesislerine daha yakın yerleştiğinden risk altındadır. Bu topluluklar, sağlık hizmetlerine erişimdeki sınırlılıklar ve ekonomik kısıtlılıklar nedeniyle daha ağır sonuçlarla karşılaşır.[62] Yaşlılar, engelliler ve göçmenler gibi hassas gruplar uyarıları anlamada, tahliyede veya koruyucu donanımlara erişimde dezavantajlar yaşar. Kadın ve çocukların sağlık ihtiyaçları ise afet sırasında genellikle göz ardı edilmekte, bu da eşitsizlikleri artırmaktadır. Dolayısıyla endüstriyel afetler mevcut toplumsal kırılganlıkları derinleştiren ve sosyal adalet boyutunu da gündeme getiren bir halk sağlığı sorunudur.[63]

KUTU 1. BÜYÜK ENDÜSTRİYEL KAZALARIN ÖNLENEBİLİRLİĞİ AÇISINDAN RİSK YÖNETİMİ BAKIŞ AÇISI

Büyük endüstriyel kazaların önemli bir bölümü, doğrudan teknik ya da yönetimsel yetersizliklerden kaynaklanır. Tesis tasarımında güvenlik standartlarının ihmal edilmesi, bakım ve onarım süreçlerinin aksaması, denetim mekanizmalarının işlevsizliği ve çalışanların risk yönetimi süreçlerine dâhil edilmemesi bu nedenlerin başında gelir. Oysa uygun mühendislik uygulamaları, düzenli ve bağımsız denetimler ile etkin iş sağlığı–güvenliği programları sayesinde bu kazaların büyük kısmı önlenebilir niteliktedir.

Deprem, sel veya fırtına gibi doğal afetlerin tetiklediği olaylarda "tam önlenebilirlikten" söz etmek güç olsa da, kritik tesislerin afetlere dayanıklı projelendirilmesi, tehlikeli maddelerin güvenli koşullarda depolanması ve acil durum planlarının afet senaryolarına duyarlı biçimde güncellenmesiyle kayıpların boyutu önemli ölçüde azaltılabilir. Bu nedenle doğal afet kaynaklı olaylarda bile proaktif önlemlerle riskin tamamen ortadan kaldırılamasa da etkisinin sınırlanması mümkündür.

Sonuç olarak mutlak sıfır risk hiçbir endüstriyel faaliyet için mümkün değildir; ancak güçlü bir risk yönetimi kültürü, şeffaf ve hesap verebilir denetim mekanizmaları, çalışan katılımının kurumsallaştırılması ve toplumsal hazırlık düzeyinin güçlendirilmesi yoluyla büyük endüstriyel kazaların büyük çoğunluğunun önlenmesi veya etkilerinin asgari düzeye indirilmesi sağlanabilir. Buna karşın büyük endüstriyel kazaların "kaçınılmaz" olduğu yönündeki söylemler, çoğu zaman kurumsal ya da siyasal sorumluluktan kaçış aracı olarak değerlendirilmelidir; ulusal politika düzeyinde "tüm kazalar önlenebilir" varsayımına dayanan stratejiler ve bunu destekleyen yasal–kurumsal düzenlemeler olmaksızın sürdürülebilir bir güvenlik kültürünün oluşması mümkün değildir.

7. Sonuç ve Öneriler

2020–2025 döneminde Türkiye'de yaşanan büyük endüstriyel kazalar, mevzuat ve denetim mekanizmalarındaki yapısal zafiyetlerin sürdüğünü; risk iletişimi, şeffaflık ve kurumsal koordinasyon alanlarında önemli boşluklar bulunduğunu göstermektedir. Yaşanan kazalar, hem işçiler hem de toplum açısından ciddi can kayıplarına ve kalıcı çevresel yıkımlara yol açmış; bu durum kazaların yalnızca teknik aksaklıkların sonucu olmadığını, aynı zamanda yetersiz hazırlık ve yöneti-

şim sorunlarının da belirleyici olduğunu ortaya koymuştur.

Bu deneyimler, büyük endüstriyel kazaların yalnızca bir iş güvenliği meselesi olarak değil, doğrudan halk sağlığını ilgilendiren bir acil durum olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir. Türkiye'de büyük endüstriyel kazalar, sanayi gelişiminin kaçınılmaz yan ürünü olarak görülmemeli; önlenebilir riskler olarak değerlendirilmelidir. Bu çerçevede mevzuatın etkin uygulanması için bağımsız denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi, riskli tesislerde düzenli ve toplum katılımlı tatbikatların zorunlu hâle getirilmesi, kriz anlarında şeffaf ve çok kanallı risk iletişimi stratejilerinin geliştirilmesi öncelikli adımlar arasında yer almalıdır.

Ayrıca halk sağlığı, iş sağlığı ve afet yönetimi alanları arasındaki bütünleşmenin güçlendirilmesi, endüstriyel kazaların yarattığı çok boyutlu etkilerin daha etkili biçimde yönetilmesini mümkün kılacaktır. Sağlık sistemleri ile sanayi kuruluşları arasındaki bilgi paylaşımının geliştirilmesi, kriz anlarında hızlı ve doğru karar almayı kolaylaştırırken; akademi, kamu kurumları ve sivil toplum kuruluşları arasındaki işbirliği, bilimsel bilginin politika geliştirme süreçlerine yansıtılmasına ve toplumsal farkındalığın artırılmasına katkı sağlayacaktır. Tüm bu nedenlerle büyük endüstriyel kazalar, Türkiye açısından süreklilik gösteren bir halk sağlığı acili olarak ele alınmalı ve bütüncül, önleyici ve adil politikalarla yönetilmelidir.

KAYNAKLAR

1. International Labour Organization. C174 - Prevention of Major Industrial Accidents Convention, 1993 (No. 174). Geneva: ILO; 1993.
2. Keim ME. The public health impact of industrial disasters. Am J Disaster Med. 2011;6(5):265-72.
3. Partridge RA, Proano L, Marcozzi D, et al. Oxford American Handbook of Disaster Medicine. New York: Oxford University Press; 2012.
4. The United Nations Office for Disaster Risk Reduction. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030. Geneva: UNISDR; 2015.
5. Dhara VR, Dhara R. The Union Carbide disaster in Bhopal: a. review of health effects. Arch Environ Health 2002, 57(5):391-404.
6. European Commission. Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the Implementation and Efficient Functıoning of Directive 2012/18/EU on the Control of Major Accident Hazards Involving Dangerous Substances for the Period 2019-2022, Brussels: EC; 2025.
7. Quarantelli EL. Catastrophes are different from disasters: some implications for crisis planning and managing drawn from Katrina. Newark: Disaster Research Center, University of Delaware; 2006.
8. International Committee of the Red Cross. Chemical, Biological, Radiological and Nuclear Response: Introductory Guidance. Geneva: ICRC; 2014.
9. Cruz-Ausejo L, Cama-Ttito NA, Solano PF, et al. Occupational accidents in mining workers: scoping review of studies published in the last 13 years. BMJ Open. 2024;14(10):e080572.
10. Health and Safety Executive. Icmesa chemical company, Seveso, Italy. 10 July 1976.
Erişim Tarihi:26.09.2025. https://www.hse.gov.uk/comah/sragtech/caseseveso76.htm
11. Broughton E. The Bhopal disaster and its aftermath: a review. Environ Health. 2005;4(1):6.
12. World Nuclear Association. Chernobyl accident 1986. Erişim Tarihi:26.09.2025. https://world-nuclear.org/information-library/safety-and-security/safety-of-plants/chernobyl-accident
13. Vasheghani Farahani J. Man-made major hazards like earthquake or explosion; case study, Turkish mine explosion (13 May 2014). Iran J Public Health. 2014;43(10):1444-50.
14. United Nations Economic Commission for Europe. Risk assessment for industrial accident prevention. Geneva: UN; 2023.
15. European Commission. Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the Implementation and Efficient Functıoning of Directive 2012/18/EU on the Control of Major Accident Hazards Involving Dangerous Substances for the Period 2015-2018, Brussels: EC; 2025.
16. European Agency for Safety and Health at Work. Consolidated Annual Activity Report 2023. Bilbao: EU-OSHA; 2024.
17. Organisation for Economic Co-operation and Development. Guiding principles for chemical accident prevention, preparedness and response. 3rd ed. Paris: OECD; 2023.
18. World Health Organization. Health emergency and disaster risk management framework. Geneva: WHO; 2019.
19. Mills DS. Building environmental public health framework for chemical emergencies. J Environ Health. 2014;77(3):32-33.
20. World Health Organization. Chemical releases caused by natural hazard events and disasters – Information for public health authorities. Geneva: WHO; 2018.
21. Gupta JP. Bhopal and the global movement on process safety. In: Hazards XVIII: Process Safety — Sharing Best Practice. IChemE Symposium Series No. 150. Rugby: Institution of Chemical Engineers; 2004.
22. Canadian Nuclear Safety Commission. Health effects of the Chornobyl accident.
Erişim Tarihi:26.09.2025. https://www.cnsc-ccsn.gc.ca/eng/resources/health/health-effects-chornobyl-accident/
23. Bertazzi PA, Bernucci I, Brambilla G, Consonni D, Pesatori AC. The Seveso studies on early and long-term effects of dioxin exposure: a review. Environ Health Perspect. 1998;106 Suppl 2(Suppl 2):625-633.

24. NPR News. The world's worst industrial disaster harmed people even before they were born.
Erişim Tarihi:26.09.2025. https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2023/06/17/1181244389/the-worlds-worst-industrial-disaster-harmed-people-even-before-they-were-born
25. D'Andrea MA, Reddy GK. The Development of Long-Term Adverse Health Effects in Oil Spill Cleanup Workers of the Deepwater Horizon Offshore Drilling Rig Disaster. Front Public Health. 2018;6:117.
26. Lawrence KG, Niehoff NM, Keil AP, et al. Associations between airborne crude oil chemicals and symptom-based asthma. Environ Int. 2022;167:107433.
27. Bromet EJ. Mental health consequences of the Chernobyl disaster. J Radiol Prot. 2012;32(1):N71-N75.
28. Mudu P, Terracini B, Martuzzi M. Human Health in Areas with Industrial Contamination. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.
29. World Health Organization. Assessing the health consequences of major chemical incidents: epidemiological approaches. Copenhagen: WHO; 1997.
30. Korkut G, Tetik A. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun Getirdiği Yenilikler ve Temel Sorunlar. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2013;18(3): 455-474.
31. Kılkış İ. İş Sağlığı ve Güvenliği`nde Yeni Bir Dönem: 6331Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (İSGK). İŞGÜÇ. 2013;15(1):17-42.
32. T.C. Resmî Gazete. "Büyük Endüstriyel Kaza Risklerinin Azaltılması (BEKRA) Yönetmeliği, 2 Mart 2019; Sayı: 30646.
33. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. 2023 Yılı Büyük Endüstriyel Kazaların Önlenmesi ve Etkilerinin Azaltılması Hakkında Yönetmelik Kapsamında Programlı Teftiş – Genel Değerlendirme Raporu. Ankara: ÇSGB; 2024.
34. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. AFAD Hakkında. Erişim Tarihi:26.09.2025. https://www.afad.gov.tr/afad-hakkinda
35. Karçin MŞ. Türkiye'nin Afet Yönetiminde UMKE'nin Rolü. BERSAD. 2024;2(2):73-94.
36. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü.
Erişim Tarihi:26.09.2025. https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu
37. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. Sağlık Kurumları İçin Afet ve Acil Durum Planlama Rehberi. İstanbul: AFAD; 2023.
38. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. Türkiye Afet Risk Azaltma Planı (TARAP) 2022–2030. Ankara: AFAD; 2022.
39. T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı. Büyük Endüstriyel Kaza Risklerinin Azaltılması (BEKRA) - İşletmeciler İçin Rehber. Ankara: ÇŞİDB; 2017.
40. Bekrapedia. Büyük endüstriyel Kazalar ve Etkileri. Erişim Tarihi:26.09.2025. https://bekrapedia.cevre.gov.tr/buyuk-endustriyel-kazalar-ve-etkileri
41. Afet Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. 2014-2023 Kritik Altyapıların Korunması Yol Haritası Belgesi. Ankara: AFAD; 2014.
42. Türk Tabipleri Birliği. Yine patlama, yine iş cinayeti, yine katliam; Sakarya Hendek'te havai fişek fabrikasında büyük patlama. Erişim Tarihi:26.09.2025.
https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=fef-9b464-beac-11ea-9489-8d3047d5562f
43. Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Mimarlar Odası. TTK Amasra Müessesesinde meydana gelen kaza ile ilgili basın açıklaması. Erişim Tarihi:26.09.2025. https://www.maden.org.tr/icerik/ttk-amasra-muessesesinde-meydana-gelen-kaza-ile-ilgili-basin-aciklamasi-12315
44. The Maritime Executive. Container Fire Continues to Burn at Port of Iskenderun.
Erişim Tarihi:26.09.2025. https://maritime-executive.com/article/container-fire-continues-to-burn-at-port-of-iskenderun
45. Türk Tabipleri Birliği. İliç Altın Madeni Kazası: Altın-Ekosistem-Halk Sağlığı. Ankara: TTB; 2024.
46. Türkiye Barolar Birliği. İliç Çöpler Altın Madeni Faciası Açıklaması. Erişim Tarihi:26.09.2025. https://www.barobirlik.org.tr/Haberler/ilic-copler-altin-madeni-faciasi-aciklamasi-olasi-zararlarin-onlenmesinin-mumkun-oldugu-durumlarda-84596
47. Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Kimya Mühendisleri Odası. İliç Altın Madeni ve Göçük Raporu. Ankara: TMMOB; 2024.
48. Balıkesir Tabip Odası. ZSR Patlayıcı San. A.Ş. basın açıklaması. Erişim Tarihi:26.09.2025. https://www.balikesirtabip.org.tr/zsr-patlayici-san-a-s-basin-aciklamasi/
49. İktisadi Kalkınma Vakfı. Sanayi-Çevre İlişkisi: AB ve Türkiye'de Büyük Endüstriyel Kazaların Önlenmesi Yönergesi. İstanbul: İKV; 2020.
50. T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Kalkınma Ajansları Genel Müdürlüğü. Kalkınma Ajansları Afet Sonrası Kılavuzu. Ankara: T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı; 2021.
51. Altun F. Afetlerde Psikososyal Hizmetler: Marmara ve Van Depremleri Karşılaştırmalı Analizi. stanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2016;4(8-9):183-197.
52. Rahman S.Anugerah P. El-Mubarak MI, Atayoğlu AT. Emergency response and recovery management in the 2023 Turkey earthquake: Lessons learned from AFAD's systematic approach and international EMT coordination. Svāsthya: Trends in General Medicine and Public Health. 2025; 2(3):e93.
53. Sakarya İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü. Ege Kimya Fabrikası'nda tatbikatı gerçekleştirdik.
Erişim Tarihi:26.09.2025. https://sakarya.afad.gov.tr/ege-kimya-fabrikasinda-tatbikati-gerceklestirdik
54. Organisation for Economic Co-operation and Development. International efforts for industrial and chemical accidents: Prevention, preparedness and response. Paris: OECD; 2023.
55. T.C. Çevre ve Orman Bakanlığı, Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü. Büyük Endüstriyel Kazalar İçin Acil Durum

Planlaması Rehberi. Ankara: T.C. Çevre ve Orman Bakanlığı; 2011.

56. The Inter-Agency Coordination Group for Industrial and Chemical Accidents. efforts for industrial and chemical accidents prevention, preparedness and response. Geneva: UNECE; 2025.
57. Toland J, Whelton A, Wukich C, et al. What drives household protective actions in an industrial crisis? Insights from the East Palestine train derailment. Sustain Cities Soc. 2024;115:105867.
58. U.S. Environmental Protection Agency. General RMP guidance: Chapter 11: Communication with the Public. Washington, DC: U.S. EPA; 2021.
59. International Labour Organization. Exposure to hazardous chemicals at work and resulting health impacts: A global review. Geneva: ILO; 2021.
60. Wanner GK, Atti S, Jasper E. Chemical Disaster Preparedness for Hospitals and Emergency Departments. Dela J Public Health. 2019;5(4):68-74.
61. World Health Organization. Hospital safety index: guide for evaluators – 2nd ed. Geneva: WHO; 2015.
62. Fekete A, Neuner S. Spatial industrial accident exposure and social vulnerability in Germany. Int J Disaster Risk Sci. 2023;14(2):223-236.
63. Beck M. The Risk Implications of Globalisation: An Exploratory Analysis of 105 Major Industrial Incidents (1971-2010). Int J Environ Res Public Health. 2016;13(3):309.

İş Kazaları

Ferruh Niyazi Ayoğlu, Serol Deveci, Bilgehan Açıkgöz

Günümüz insanının yaşamsal gereksinimlerini karşılayabilmek için neredeyse zorunlu bir biçimde içinde yer aldığı çalışma koşullarından kaynaklanan sağlık sorunlarının önlenmesi ve kontrolü Halk Sağlığı disiplininin öncelikli ve özellikli çalışma alanlarından birini oluşturur. İş ile ilgili hastalıklar ve meslek hastalıkları gibi, çalışma yaşamı kaynaklı sağlık sorunlarından biri olan iş kazaları da önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.

İş kazaları ülkemiz yasal düzenlemelerinden 20.06.2012 tarihinde kabul edilen ve 30.06.2012 tarih ve 28339 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda "işyerindeki veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen engelli hale getiren olay" olarak, 31.05.2006 tarihinde kabul edilen ve 16.06.2006 tarih ve 26200 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda "sigortalının işyerinde bulunduğu sırada, işveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle sigortalı kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş nedeniyle, bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda, bu kanunun 4. maddesinin 1. fıkrasında (a) bendi kapsamındaki emziren kadın sigortalının iş mevzuatı gereğince çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda, sigortalının işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş gelişi sırasında meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen engelli hale getiren olaylar" olarak tanımlanmıştır.[1,2]

SGK İstatistik Yıllıklarında aktif çalışanlar 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 4. maddesi kapsamında hizmet akdi ile bir veya daha fazla işveren tarafından çalıştırılanlardan oluşan "4-1/a", köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan oluşan "4-1/b" ve kamu idarelerinde çalışanlardan oluşan "4-1/c" olarak 3 ana grup halinde yer almaktadır. Türkiye'de 2019-2024 yılları arasında çalışan aktif çalışan/sigortalı sayıları **Tablo 1**'de, iş kazası ve iş kazasına bağlı ölüm sayıları **Tablo 2**'de paylaşılmıştır.

Ülkemizde 2019-2024 yılları arasında meydana gelen 3 milyon 323 bin 963 iş kazasının %99.9'u, 9280 iş kazalarına bağlı ölümün %99.6'sı 4-1/a grubunda çalışanlarda oluşmuştur. Bu çalışmada, ülkemizde konuya yönelik tek resmi veri kaynağı olarak kabul edilen Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) İstatistik Yıllıklarında yer alan veriler temel alınarak ve söz konusu dağılım dikkate alınarak ülkemizde 2019-2024 yılları arasında 4-1/a grubu çalışanlarda gözlenen iş kazaları değerlendirilmiştir. Çalışma, daha önce Türkiye Sağlık Raporu 2020 başlıklı kitap çalışmasında yer alan ve aynı temel

Tablo 1. Türkiye'de 2019-2024 yılları arasında 4-1/a, 4-1/b ve 4-1/c gruplarında yer alan aktif sigortalı sayısı.[4-9]

Yıl	4-1/a	4-1/b	4-1/c	Toplam
2019	16010002	2888154	3102808	22000964
2020	17358140	2845310	3141097	23344547
2021	18399864	3156745	3188540	24745149
2022	19814531	3252606	3277097	26344234
2023	18613745	3100834	3643443	25358022
2024	18899291	3066874	3659585	25625750

Tablo 2. Türkiye'de 2019-2024 yılları arasında 4-1/a ve 4-1/b gruplarında tespit edilen iş kazası (İK) ve iş kazasına bağlı ölüm (İKBÖ) sayısı.[4-9]

Yıl	4-1/a		4-1/b		Toplam	
	İK	İKBÖ	İK	İKBÖ	İK	İKBÖ
2019	422463	1147	374	2	422837	1149
2020	384262	1231	343	9	384605	1240
2021	511084	1382	555	12	511639	1394
2022	588823	1517	448	3	589271	1520
2023	681401	1966	254	6	681655	1972
2024	733646	1897	310	8	733956	2005

veri kaynağı kullanılarak 2013-2018 yıllarında görülen iş kazalarını inceleyen İş Kazaları başlıklı bölümün[3] devamı niteliğinde olup, bu çalışmada söz konusu devamlılığa ek olarak seçilmiş bazı parametrelerde 2007-2023 dönemine ait veriler Jointpoint Regresyon Analizi yöntemi kullanılarak değerlendirilmiş ve 2019-2024 dönemine yönelik yorumlamalar geliştirilmiştir.

SGK istatistik yıllıklarında iş kazalarının görüldüğü iş kolları ISCO'ya (International Standart Classification of Occupations) ve Avrupa Topluluğu Ekonomik Aktivitelerin İstatistiksel Sınıflandırılması'na göre iki veri grubu halinde yer almaktadır. ISCO'ya göre yapılan gruplandırma kapsamında yer alan veriler **Tablo 3**'te paylaşılmıştır. Tüm yıllarda en çok iş kazası gerçekleşen meslek grubu nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlardır.

En sık iş kazası tespit edilen meslek grubu tüm yıllarda nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar olmuştur. Bu grubu tüm yıllarda tesis ve makine operatörleri ve montajcılar izlemektedir. En sık iş kazası tespit edilen nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar grubunda "temizlikçiler ve yardımcıları", "tarım, ormancılık ve balıkçılık sektörlerinde nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar", "madencilik, inşaat, imalat ve ulaştırma sektörlerinde nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar", "yiyecek hazırlama yardımcıları", "cadde/sokak ve ilgili satış ve hizmet çalışanları" ile "çöpçüler ve diğer nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar" alt grupları yer almaktadır.

İşkollarının Avrupa Topluluğu Ekonomik Aktivitelerin İstatistiksel Sınıflandırılması'na göre gruplandırıldığı veriler görece daha detaylıdır ve gruplama Fransızca karşılığından kısaltılan NACE (nomenclature statisque des activités économiques dans la Communauté Européenne) olarak da bilinmektedir. En çok iş kazası yaşanan 5 işkolu **Tablo 4**'te, en çok iş kazasına bağlı ölüm yaşanan 5 işkolu **Tablo 5**'te gösterilmiştir. Altı yıllık dönemde "bina inşaatı" ve "gıda ürünleri

Tablo 3. 2019-2024 yılları arasında 4-1/a grubu çalışanlarda meslek gruplarına göre iş kazası sayıları.[4-9]

Meslek Grubu	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Silahlı kuvvetler ile ilgili meslekler	282	164	229	408	369	364
Yöneticiler	4144	3487	4300	5160	3926	3630
Profesyonel meslek mensupları	10837	11635	13073	16774	18907	20641
Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları	15611	13446	16615	20802	25093	26818
Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar	10314	8153	8700	11125	12596	14505
Hizmet ve satış elemanları	39556	28812	39991	51894	61649	72068
Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanları	1074	962	634	2374	3139	3073
Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	34440	32709	41927	48371	56146	59554
Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar	79797	76505	100966	111985	126474	128219
Nitelik gerektirmeyen meslekler	226334	208377	283347	319895	373087	404752
Bilinmeyen	74	12	41	35	15	22
Toplam	422463	384262	511084	588823	681401	733646

Tablo 4. 2019-2024 yılları arasında 4/a grubu çalışanlarda en çok iş kazası yaşanan beş ekonomik faaliyet grubu ve iş kazası sayısı.[4-9]

Yıl	Ekonomik faaliyet alanı	Sayı
2019	Yiyecek ve içecek hizmeti faaliyetleri	25969
	Bina inşaatı	25551
	Makine ve teçhizat hariç, fabrikasyon metal ürünleri imalatı	24085
	Gıda ürünleri imalatı	22734
	Tekstil ürünleri imalatı	20274
2020	Bina inşaatı	23949
	Fabrikasyon metal ürünler imalatı (makine ve teçhizat hariç)	22746
	Gıda ürünleri imalatı	21945
	Tekstil ürünleri imalatı	19399
	İnsan sağlığı hizmetleri	18840
2021	Bina inşaatı	32131
	Fabrikasyon metal ürünler imalatı (makine ve teçhizat hariç)	30599
	Tekstil ürünleri imalatı	28816
	Gıda ürünleri imalatı	27962
	Yiyecek ve içecek hizmeti faaliyetleri	27020
2022	Bina inşaatı	35636
	Yiyecek ve içecek hizmeti faaliyetleri	32607
	Gıda ürünleri imalatı	31609
	Tekstil ürünleri imalatı	30294
	İnsan sağlığı hizmetleri	26360
2023	Bina inşaatı	45996
	Fabrikasyon metal ürünler imalatı (makine ve teçhizat hariç)	37699
	Yiyecek ve içecek hizmeti faaliyetleri	36755
	Gıda ürünleri imalatı	36089
	Tekstil ürünleri imalatı	31258
2024	Bina inşaatı	50429
	Yiyecek ve içecek hizmeti faaliyetleri	41393
	Gıda ürünleri imalatı	39604
	Fabrikasyon metal ürünler imalatı (makine ve teçhizat hariç)	37510
	Konaklama	36762

imalatı" tüm yıllarda, "fabrikasyon metal ürünler imalatı (makine ve teçhizat hariç)", "tekstil ürünleri imalatı" ve "yiyecek ve içecek hizmetleri faaliyetleri" beş yılda en çok iş kazası görülen ekonomik faaliyet alanları arasında yer almıştır.

2019-2024 yılları arasındaki 6 yıllık dönemde "karayolu taşımacılığı ve boru hattı taşımacılığı", "bina inşaatı", "bina dışı yapıların imalatı" ve "özel inşaat faaliyetleri" tüm yıllarda en çok iş kazasına bağlı ölüm görülen ekonomik faaliyet alanları arasında yer almıştır.

İş kazalarının hangi iş kollarında gerçekleştiğini inceledikten sonra değerlendirilecek bir diğer unsur iş kazasına bağlı yaralanmaya neden olaylar olabilir. Yaralanmaya neden olan olaylar **Tablo 6**'da paylaşılmıştır. İlgili tabloda dikkat çekici unsurlardan biri, kullanılan sınıflandırmaya dahil edilemeyen kazaların ve bu kazalara bağlı ölümlerin fazlalığıdır; iş kazası olguların 2019 ve 2020 yılında %47.1'i, 2021 ve 2022 yılında %46.5'i, 2023 yılında %45.4'ü, 2024 yılında %46.1'i bu grupta yer almaktadır. Aslında "kayıp" olarak düşünebileceğimiz bu oranlara "bilgi yok" bölümünde yer alan %4.1-5.4 arasındaki verileri de eklemek gerekiyor. Böylece verilerin yaklaşık yarısının tanımlayıcı özelliğini yitirdiği bu durum kullanılan sınıflandırmanın gözden geçirilmesi gerektiğini destekler niteliktedir. Bu iki grup

Tablo 5. 2019-2024 yılları arasında 4/a grubu çalışanlarda en çok iş kazasına bağlı ölüm yaşanan beş ekonomik faaliyet grubu ve ölüm sayısı.[4-9]

Yıl	Ekonomik faaliyet alanı	Sayı
2019	Bina inşaatı	207
	Kara taşımacılığı ve boru hattı taşımacılığı	184
	Bina dışı yapıların imalatı	105
	Özel inşaat faaliyetleri	56
	Toptan ticaret (motorlu kara taşıtı ve motorsiklet hariç)	34
2020	Kara taşımacılığı ve boru hattı taşımacılığı	209
	Bina inşaatı	199
	Bina dışı yapıların imalatı	98
	Özel inşaat faaliyetleri	50
	Toptan ticaret (motorlu kara taşıtı ve motorsiklet hariç)	40
2021	Kara taşımacılığı ve boru hattı taşımacılığı	220
	Bina inşaatı	214
	Bina dışı yapıların imalatı	106
	Özel inşaat faaliyetleri	66
	Diğer metalik olmayan mineral ürünlerin imalatı	53
2022	Bina inşaatı	248
	Kara taşımacılığı ve boru hattı taşımacılığı	224
	Bina dışı yapıların imalatı	91
	Özel inşaat faaliyetleri	83
	Kömür ve linyit çıkartılması	54
2023	Bina inşaatı	316
	Kara taşımacılığı ve boru hattı taşımacılığı	277
	Bina dışı yapıların imalatı	120
	Özel inşaat faaliyetleri	116
	Diğer metalik olmayan mineral ürünlerin imalatı	69
	Gıda ürünleri imalatı	69
2024	Bina inşaatı	348
	Kara taşımacılığı ve boru hattı taşımacılığı	298
	Bina dışı yapıların imalatı	138
	Özel inşaat faaliyetleri	66
	Gıda ürünleri imalatı	62

dışarıda tutulduğunda tüm yıllarda en çok yaralanmaya neden olay sivri uçlu, sert veya kaba bir materyal araç ile temastır. Bununla birlikte, yaralanmaya neden olan olaya bağlı olarak fatalite hızları değişkenlik göstermektedir. Örneğin, 2024 yılında fatalite hızının en yüksek olduğu yaralanma türü %5.7 ile boğulma, gömülme, sarılma iken diğer gruplarda hız %0.01-0.8 arasında değişmektedir.

İş kazaları ve bu kazalara bağlı ölümler işyeri büyüklüğüne/işyerinde çalışan sayısına göre değerlendirildiğinde (**Tablo 7**), en çok iş kazasının 2019-2021 yıllarında 250-499 işçi çalışan işyerlerinde, 2022-2024 yıllarında 1000'den fazla işçi çalışan işyerlerinde olduğu görülmektedir. Bu durum, iş kazalarının, iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının görece iyi olduğu işyerlerinde görülmesi, bu tür işyerlerinde kayıt sistemlerinin daha güçlü olmasından da kaynaklanabilir. Bununla birlikte iş kazası fatalite hızı işyerinde çalışan kişi sayısı azaldıkça, başka bir ifade ile işyeri küçüldükçe artış göstermektedir. Örneğin, 2024 yılında iş kazasına bağlı fatalite hızının en yüksek olduğu grup %1.4 ile 1-3 işçi çalışan en küçük işyerleridir. Bu durum da benzer bir

Tablo 6. 2019-2024 yılları arasında iş kazası geçirenlerin ve iş kazasına bağlı ölümlerin* yaralanmaya sebep olan olaya göre dağılımı.[4-9]

Olay	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bilgi yok	17503 (126)	16489 (156)	21421 (175)	25818 (210)	32979 (298)	39489 (332)
Elektrik akımı, ısı, tehlikeli maddelerle temas-Belirtilmemiş	9508 (57)	7478 (50)	10384 (63)	12797 (73)	16810 (75)	19238 (81)
Boğulma, gömülme, sarılma	486 (31)	373 (24)	480 (24)	534 (34)	820 (76)	769 (44)
Sabit bir nesneye yatay veya düşey darbe (kazazede hareket halindeyken)-Belirtilmemiş	41790 (107)	38649 (129)	55172 (141)	61640 (134)	69314 (144)	73674 (143)
Hareket halindeki bir nesnenin çarpması, çarpışma-Belirtilmemiş	34735 (199)	31416 (200)	43833 (200)	48992 (211)	56325 (223)	57506 (221)
Sivri uçlu, sert veya kaba bir materyal araç ile temas	69464 (13)	63123 (14)	81164 (20)	94698 (10)	113163 (31)	119644 (26)
Kısılmak, ezilmek, vb.	39396 (80)	37030 (86)	48448 (110)	54166 (116)	63156 (131)	64902 (109)
Fiziksel veya ruhsal baskı	6814 (7)	5642 (11)	9099 (10)	11056 (6)	13250 (15)	13469 (13)
Isırılma, tekme, vb. (hayvan veya insan tarafından	3715 (1)	3028 (0)	3668 (0)	5060 (1)	6176 (3)	6864 (1)
Bu sınıflandırmada listelenmemiş yaralanmaya sebep olan hareket (olay)	199052 (526)	181034 (561)	237415 (639)	274062 (722)	309408 (970)	338091 (927)
Toplam	422463	384262	511084	588823	681401	733646

*:Ölüm sayıları parantez içinde verilmiştir.

Tablo 7. 2019-2024 yılları arasında işyerinde çalışan sigortalı sayısına göre iş kazası-iş kazasına bağlı ölüm sayısı.[4-9]

Çalışan sayısı	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1-3	8005-126	7514-95	9940-133	10167-135	10743-167	10897-153
4-9	19940-159	19052-193	23828-177	27077-213	29807-247	31434-228
10-20	28343-165	25576-172	33726-238	36851-234	41080-306	44047-268
21-49	49304-201	47499-244	63654-250	67443-289	75211-387	80421-375
50-99	46190-136	43140-151	56648-161	64777-185	74142-242	80298-219
100-199	60735-126	55435-148	71783-148	82494-140	97126-196	103457-246
200-249	22112-31	20644-27	27134-40	31075-42	35610-65	36660-36
250-499	68632-81	61775-73	79794-105	93580-139	108912-146	116891-148
500-1000	52579-54	45921-56	65716-81	78676-65	91975-111	100509-103
1001+	66623-68	57706-72	78861-49	96683-75	116795-99	129032-121
Toplam	422463	384262	511084	588823	681401	733646

biçimde işyerlerindeki iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının güçlülüğü ile ilişkili olabilir.

İş kazaları ve iş kazalarına bağlı ölümler çalışanın mesleki deneyimine göre değerlendirilirken (**Tablo 8**) dikkat edilmesi gereken özelliklerden biri veride yer alan çalışma süresinin kişinin son çalıştığı işyerindeki süreyi yansıtıyor olmasıdır. İlgili verinin bir diğer dikkat çekici özelliği daha bulunmaktadır. 2019-2022 yılları arasında iş kazası ve iş kazasına bağlı ölüm sayıları alt gruplar arasında dağılırken, 2023 yılında iş kazalarının %99.4'ü, iş kazasına bağlı ölümlerin %99.1'i, 2024 yılında iş kazalarının %99.4'ü, iş kazasına bağlı ölümlerin %99.6'sı 10 yılın üzerinde deneyimi olan işçilerde kümelenmiş durumdadır. Verilerin 2023 yılında izlenen ve 2024'te de devam eden keskin değişimi açıklanabilmeye gereksinim duymaktadır. Söz konusu iki

Tablo 8. 2019-2024 yılları arasında çalışanın son işyerindeki çalışma süresine göre iş kazası-iş kazasına bağlı ölüm sayısı.[4-9]

Deneyim süresi	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1 gün	1832-22	1943-27	2721-23	1271-14	26-0	27-0
2-7 gün	10453-70	10543-63	14802-82	7212-32	100-3	109-1
8-30 gün	34427-152	33510-144	47760-155	23516-66	407-0	420-0
1 aydan fazla-3ay	60027-159	53821-178	78699-208	39289-93	582-2	683-2
3aydan fazla-1 yıl	118296-275	99562-280	137160-316	74031-153	1172-6	1136-1
1 yıldan fazla-2 yıl	76019-167	61473-153	70562-157	37163-90	616-1	746-0
2 yıldan fazla-5 yıl	69960-133	74923-177	97191-222	49141-112	669-3	679-2
5 yıldan fazla-10 yıl	32757-66	31481-84	40342-86	20703-44	80-1	92-1
>10 yıl	13539-30	12034-42	15451-51	333350-873	677431-1949	729444-1890
Bilinmeyen	5153-73	4972-83	6396-82	3147-40	318-1	310-0
Toplam	422463	384262	511084	588823	681401	733646

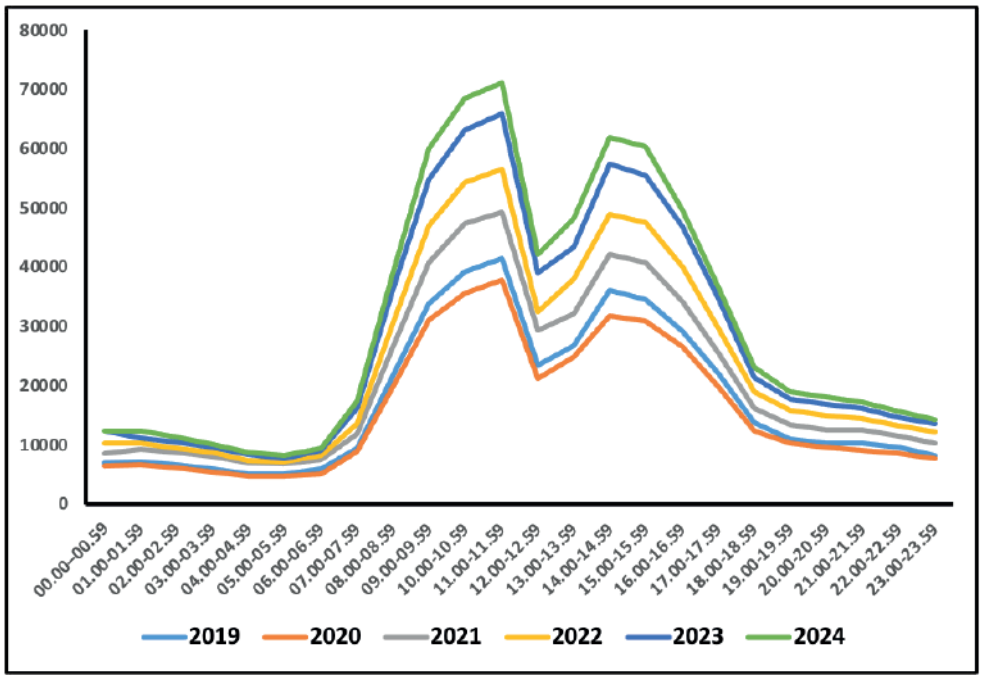
yıl dışarıda tutularak bir değerlendirme yapıldığında iş kazalarının ve iş kazalarına bağlı ölümlerin en çok 3 aydan fazla-1 yıl deneyimi olan işçilerde olduğu izlenmektedir. Buna karşılık iş kazasına bağlı fatalite hızı 2019'da %1.2, 2020'de %1.4, 2021'de %0.8 ve 2022'de %1.1 ile en yüksek 1 gün deneyimi olan işçilerdedir ve 2019-2022 yılları arasındaki tüm yıllarda deneyim arttıkça azalma eğilimi göstermektedir.

İş kazaları çalışanın yaşı yönünden değerlendirildiğinde (**Tablo 9**), en çok kaza 18-24 yaş grubunda görülmekte ve tüm yıllarda işçinin yaşı arttıkça iş kazası sayısı azalmaktadır. Söz konusu azalış yaş ilerledikçe çalışan sayısının azalmasından kaynaklanabilir. Bununla birlikte, iş kazası geçiren işçilerin 2019'da %1.5'i, 2020'de %0.8'i, 2021'de %1.1'i, 2022'de %1.9'u, 2023'te %,2.2'si, 2024'te %2,5'i 18 yaşından küçük işçilerdir ve dikkatle izlenmesi gereken bir durumu yansıtmaktadır.

İş kazalarına yönelik bir diğer değerlendirme, iş kazalarının oluştuğu saate göre değerlendirilmesidir (**Tablo 10**). Türkiye Sağlık Raporu 2020 başlıklı bir önceki çalışmada 2013-2018 arasındaki tüm yıllarda benzer bir dağılım izlendiği belirtilmektedir[3]. 2019-2024 yılları arasındaki dağılım da 2013-2018 yılları arasındaki dağılım ile aynı özellikleri taşımaktadır (**Şekil 1**). İş kazalarının önemli bir bölümü 08:00-18:00 saatleri arasında yoğunlaşmaktadır. 24:00-07:00 arasında görece sabit seyreden iş kazası sayıları 07:00-08:00 arasında izlenen artış eğilimi ile gündüz çalışma saatlerinin başında bir pik oluşturmakta, 12:00-13:00 arasında görece azalmakta, gündüz çalışma saatlerinin ikinci bölümünde

Tablo 9. 2019-2024 yılları arasında iş kazası geçirenlerin yaş gruplarına göre dağılımı.[4-9]

Yaş grubu	2019	2020	2021	2022	2023	2024
< 15	144	128	375	1270	1546	1659
15-17	6221	2794	5319	9768	13574	16441
18-24	96656	89854	132923	153778	189357	204467
25-29	70624	65811	86231	97376	112158	120740
30-34	65263	58567	71710	77705	86413	90060
35-39	64579	57064	67977	74066	82267	85607
40-44	50789	47585	62567	72081	80031	83687
45-49	38892	35056	45163	52750	56630	61318
50-54	18568	17067	23414	29988	35151	41096
55-59	7862	7750	11472	14369	16872	19352
60-64	2246	2157	3101	4391	5830	7186
65+	619	429	832	1281	1572	2.033
Toplam	422463	384262	511084	588823	681401	733646



Şekil 1. 2019-2024 yılları arasında iş kazalarının çalışma saatlerine dağılımı

yeniden ancak daha düşük bir pik yapmakta ve 18:00-24:00 arasında azalarak devam etmektedir. İş kazalarının gündüz çalışma saatlerinde daha yoğun izlenmesi, farklı vardiya gruplarında çalışan işçi sayılarının ve üretim yoğunluklarının farklılık göstermesinden kaynaklanabilir.

İş kazalarının sonuçları yaralanma türü, yaralanan vücut bölgesi ve geçici iş göremezlik süreleri yönünden değerlendirilebilir. İş kazası sonucu oluşan yaralanma türü **Tablo 11**'de paylaşılmıştır. Bu veri grubunda da iş kazalarının önemli bir bölümü "yaranın türü bilinmeyen ya da belirtilmemiş" ve "diğer başlıklar altında içerilmeyen diğer belirtilmemiş yaralanmalar" grubunda yer almaktadır. İş kazalarının %5.5-6.7'si söz konusu gruplardan ilkinde, %24.2-25.2'si ikincisinde yer almaktadır. İş kazasına bağlı en yüksek fatalite hızı 2019, 2020, 2022 ve 2023 yıllarında %15.7-24.4 ile "suda boğulma ve nefesin kesilmesi", 2021'de %29.2 ile "birden fazla sayıda yaralanma", 2024'te %9.8 ile "beyin sarsıntısı ve iç yaralanmalar" grubunda izlenmiştir.

İş kazasına bağlı yaralanma türü gibi, yaralanan vücut bölgesi de iş kazası sonucu oluşan tablonun ağırlığını belirleyici unsurlardan biridir. Buradaki verilerde de "yaranın vücuttaki yeri belirtilmemiş" ve "vücudun yaralanmış diğer bölgelerinden yukarıda belirtilmemiş alanlar" şeklinde tanımlanan iki alt grup bulunmaktadır. Olgulardan %5.3-5.8'i bunlardan ilk grupta, %19.7-20.3'ü ikinci grupta yer almaktadır (**Tablo 12**). Yaralanan vücut bölgesine göre iş kazasına bağlı fatalite hızı tüm yıllarda %2.6-3.5 ile "tüm beden ve çeşitli bölgeler; belirtilmemiş" grubunda izlenmektedir.

2019-2024 yılları arasında gerçekleşen iş kazaları kazaya bağlı geçici iş göremezlik süresi yönünden değerlendirildiğinde (**Tablo 13**), kazazedelerin 2019'da %58.2'si, 2020'de %54.4'ü, 2021'de %52.7'si, 2022'de %54.3'ü, 2023'te %57.9'u, 2024'te %60'ı kaza günü çalışır durumda iken 2019'da %26.7'si, 2020'de %29.5'i, 2021'de %29.6'sı, 2022'de %27.7'si, 2023'te %24.5'i, 2024'te 23'ü 5 gün ve üzerinde geçici iş göremezlik yaşamıştır.

2019-2024 yılları arasında bir yılda çalışılan bir milyon çalışma saatine ve tam gün çalışan her 100 işçiye karşılık gelen iş kazası sayısını gösteren iş kazası sıklık hızları ile bir yılda çalışılan bir milyon iş saatine karşılık kaybedilen iş günü sayısı ve çalışılan her 100 saate karşılık kaybedilen çalışma saatini gösteren iş kazası ağırlık hızları **Tablo 14**'te paylaşılmıştır.

Çalışmamızın başında da ifade edildiği gibi, istatistik yıllıklarına yansıyan iş kazalarının önemli bir bölümü 4-1/a grubunda yer alan çalışanlarda izlenmektedir ve bu bölümde yer alan veriler de bu grup üzerinden incelenmiştir. İş kazalarına yönelik olarak seçilmiş bazı değişkenler için yapılmış jointpoint regresyon analizi ile elde edilen sonuçlar **Tablo 15**, **Tablo 16** ve **Tablo 17**'de paylaşılmıştır.

Türkiye'de 4-1/a grubunda çalışan kişi sayısında anlamlı bir artış olduğu izlenmektedir. Söz konusu artış

Tablo 10. 2019-2024 yılları arasında iş kazalarının meydana geldiği saatlere göre dağılımı.[4-9]

Saat	2019	2020	2021	2022	2023	2024
00.00–00.59	7015	6372	8549	10303	12401	12323
01.00-01.59	7110	6518	9222	10324	11115	12293
02.00-02.59	6617	6147	8636	9395	10464	11298
03.00-03.59	5941	5444	8002	8646	9487	9996
04.00-04.59	5029	4708	6870	7290	8247	8720
05.00-05.59	5078	4664	6759	7149	7726	8169
06.00-06.59	5937	5116	7467	8238	9023	9398
07.00-07.59	9325	8830	11811	13502	16121	17360
08.00-08.59	21695	19814	26604	30538	36317	38932
09.00-09.59	33755	31062	40741	46981	54799	59969
10.00-10.59	39121	35528	47267	54314	63035	68456
11.00-11.59	41370	37735	49296	56466	65882	71055
12.00-12.59	23420	21228	29304	32353	39069	42186
13.00-13.59	26679	24711	32033	37904	43281	48231
14.00-14.59	35987	31759	42151	48896	57373	61802
15.00-15.59	34565	30916	40698	47409	55515	60284
16.00-16.59	29063	26545	34076	40022	46786	49643
17.00-17.59	22059	19837	25479	29672	34684	36557
18.00-18.59	13650	12379	16125	18895	21348	23079
19.00-19.59	10924	10171	13334	15733	17661	18986
20.00-20.59	10203	9514	12493	14881	16750	18007
21.00-21.59	10236	9058	12449	14441	16103	17172
22.00-22.59	9465	8490	11452	13215	14649	15553
23.00-23.59	8219	7716	10266	12166	13565	14177
Toplam	422463	384262	51084	588823	681401	733646

Tablo 11. 2019-2024 yılları arasında yaralanma türüne göre iş kazası-iş kazasına bağlı ölüm sayısı.[4-9]

Yaralanma türü	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Yaranın türü bilinmeyen ya da belirtilmemiş	23396-175	21499-222	30004-214	35924-244	43137-355	49212-357
Yaralar ve yüzeysel yaralanmalar	188122-19	173208-26	234925-30	264426-16	308994-22	323793-37
Kemik kırıkları	19982-45	19360-50	24006-61	25371-61	26908-66	27212-66
Çıkıklar, burkulmalar ve incinmeler	62594-1	56876-0	76885-2	88914-1	103838-4	112700-3
Travma sonrası organ kaybı (bedenin bir parçasının kaybı)	561-13	525-13	675-9	669-7	670-11	651-4
Beyin sarsıntısı ve iç yaralanmalar	932-121	830-128	1079-127	1321-139	1442-170	1506-147
Yanıklar, kaynar su ile kavrulma ve donmalar	11072-16	7899-12	10566-21	13207-25	15971-34	17669-33
Zehirlenme ve enfeksiyonlar	6484-6	4483-7	4737-12	7204-7	9323-8	9161-4
Suda boğulma ve nefesin kesilmesi	78-19	69-13	107-15	108-17	139-29	191-17
Ses titreşim ve basınç etkileri	560-1	392-2	466-1	571-2	707-2	744-0
Aşırı ısı, ışık ve radyasyon etkileri	427-0	382-0	598-1	680-1	915-1	1213-0
Şok	946-9	774-4	992-202	1315-8	1525-10	1871-4
Birden fazla sayıda yaralamalar	1980-189	1914-202	2355-687	2769-227	3075-271	2976-216
Diğer başlıklar altında içerilmeyen diğer belirtilmemiş yaralanmalar	105329-533	96051-552	123689-0	146344-762	164757-983	184747-1009
Toplam	422463	384262	511084	588823	681401	733646

Tablo 12. 2019-2024 yılları arasında yaralanan vücut bölgesine göre iş kazası-iş kazasına bağlı ölüm sayısı.[4-9]

Yaralanan vücut bölgesi	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Yaranın vücuttaki yeri belirtilmemiş	22781-235	20495-294	28061-298	32840-313	38313-521	42686-489
Kafada meydana gelen belirtilmemiş alanlar	52898-158	47010-180	63235-185	73319-192	87421-196	96140-188
Boyun; boyundaki omurilik ve omur dahil	2352-27	2001-21	2511-26	3001-34	3474-39	3573-37
Sırt; sırttaki omurilik ve omur dahil	10298-4	9590-7	13452-4	15316-6	17517-4	18566-9
Gövde ve iç organlar; belirtilmemiş alanlar	9123-75	8221-65	11454-93	13252-91	15763-109	17087-113
Kollar; belirtilmemiş alanlar	154530-6	138593-6	183008-8	209014-13	241186-3	254994-11
Bacaklar; belirtilmemiş alanlar	75781-14	71230-12	98084-10	109342-21	125624-21	134055-14
Tüm beden ve çeşitli bölgeler; belirtilmemiş alanlar	9728-307	8988-318	10684-350	13405-348	17017-487	18056-468
Vücudun yaralanmış diğer bölgelerinden yukarıda belirtilmemiş alanlar	84972-321	78134-328	100595-408	119334-499	134586-586	148489-568
Toplam	422463	384262	511084	588823	681401	733646

Tablo 13. 2019-2024 yılları arasında iş kazalarının geçici iş göremezlik sürelerine göre dağılımı.[4-9]

Geçici iş göremezlik süresi	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Kaza günü çalışır	245968	209001	269167	319689	394487	440010
Kaza günü iş göremez	11884	10244	15331	18658	21743	23124
2 gün	19647	18204	26188	30114	34273	36433
3 gün	25293	26587	39147	45304	50599	50773
4 gün	6869	6858	10071	12216	13429	14652
5+ gün	112802	113368	151180	162842	166870	168654
Toplam	422463	384262	511084	588823	681401	733646

Tablo 14. 2019-2024 yılları arasında iş kazası sıklık ve ağırlık hızları.[4-9]

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
İş kazası sıklık hızı (10^6 iş saatinde)[a]	10.76	10.85	12.27	12.44	14.14	14.96
İş kazası sıklık hızı (100 kişide)[b]	2.42	2.44	2.76	2.80	3.18	3.37
İş kazası ağırlık hızı (gün)[c]	548	568	532	529	563	551
İş kazası ağırlık hızı (saat)[d]	0.43	0.45	0.42	0.42	0.45	0.44

a: Bir takvim yılında çalışılan bir milyon iş saatine karşılık gelen iş kazası sayısı. b: Tam gün çalışan her 100 işçiye karşılık gelen iş kazası sayısı. c: Bir takvim yılında çalışılan bir milyon iş saatine karşılık iş kazası sonucu kaybedilen iş günü sayısı. d: Çalışılan her 100 saate karşılık iş kazasına bağlı olarak kaybedilen saat.

bu çalışmanın odaklandığı 2019-2024 yılları arasındaki süreci de içeren 2015-2024 döneminde (APC=3.09; p=0.0200) 2007-2015 dönemindeki (APC=6.66; p<0.0001) ivmesini yitirmekle birlikte devam etmektedir. Aktif çalışan kişi sayısındaki anlamlı artış sonucunda iş kazası ve iş kazasına bağlı ölüm sayılarında bir artış olması beklenecektir. 2007-2011 döneminde iş kazası sayılarında anlamlı olmayan bir azalma izlenirken (APC=-5.94; p=0.1152), 2011-2014 döneminde anlamlı bir artış (APC=57.09; p<0.0001) görülmektedir ve bu artış daha düşük bir ivmeyle de olsa 2014-2024 döneminde de anlamlı olarak (APC=12.01; p=0.0008) seyretmektedir. İş kazası sayısında alt dönemler izlenmesine karşın, iş kazasına bağlı ölüm sayıları 2007-2024 yılları arasında tek bir dönem halinde anlamlı bir artışla (APC=2.75; p=0.0168) seyretmektedir. Bir diğer önemli değerlendirme de iş kazasına bağlı fatalite hızının incelenmesi olacaktır. İş kazasına bağlı fatalite

Tablo 15. 2007-2024 yılları arasında 4-1/a grubunda çalışan, iş kazası, iş kazasına bağlı ölüm sayısı ve iş kazasına bağlı fatalite hızı değerlerinin zamansal eğilimi.

			APC[a] için %95 güven aralığı		
Değişken	Dönem	APC[a]	Alt sınır	Üst sınır	p
4-1/a grubunda çalışan sayısı	2007-2015	6.66	5.53	8.64	<0.0001
	2015-2024	3.09	1.35	3.97	0.0200
İş kazası sayısı	2007-2011	-5.94	-17.79	1.59	0.1152
	2011-2014	57.09	35.41	69.47	<0.0001
	2014-2024	12.01	8.66	14.43	0.0008
İş kazasına bağlı ölüm sayısı	2007-2024	2.75	0.53	5.07	0.0168
İş kazasına bağlı fatalite hızı (%)	2007-2011	15.09	2.80	43.07	0.0216
	2011-2014	-37.40	-44.28	-20.61	0,0012
	2014-2024	-6.95	-10.48	1.49	0.0800

a: Annual Percent Change.

Tablo 16. 2007-2024 yılları arasında 4-1/a grubunda çalışanlar için iş kazası sıklık hızı ve iş kazası ağırlık hızı değerlerinin zamansal eğilimi.

			APC[a] için %95 güven aralığı		
Değişken	**Dönem**	**APC[a]**	**Alt sınır**	**Üst sınır**	**p**
İKSH-1[b]	2007-2011	-11.60	-23.98	-4.23	0.0036
	2011-2014	47.46	27.44	59.25	<0.0001
	2104-2024	8.17	4.72	10.38	0.0020
İKSH-2[c]	2007-2011	-11.62	-23.48	-4.45	0.0032
	2011-2014	47.79	28.04	59.16	<0.0001
	2014-2024	8.16	4.76	10.33	0.0020
İKAH-1[d]	2007-2024	-0.0004	-2.58	2.48	0.9710
İKAH-2[e]	2007-2024	-0.09	-2.63	2.35	0.9222

a: Annual Percent Change. b: Bir takvim yılında çalışılan bir milyon iş saatine karşılık gelen iş kazası sayısı.

c: Tam gün çalışan her 100 işçiye karşılık gelen iş kazası sayısı. d: Bir takvim yılında çalışılan bir milyon iş saatine karşılık iş kazası sonucu kaybedilen iş günü sayısı. e: Çalışılan her 100 saate karşılık iş kazasına bağlı olarak kaybedilen saat.

Tablo 17. 2013-2024 yılları arasında 1-3 işçi çalışan işyerlerinde 4-1/a grubunda çalışan işçiler için iş kazası, iş kazasına bağlı ölüm sayısı ve iş kazasına bağlı fatalite hızı değerlerinin zamansal eğilimi.

			APC[a] için %95 güven aralığı		
Değişken	Dönem	APC[a]	Alt sınır	Üst sınır	p
İş kazası sayısı	2013-2024	6.36	3.22	9.35	0.0004
İş kazasına bağlı ölüm sayısı	2013-2024	2.16	-0.76	5.09	0.1520
İş kazasına bağlı fatalite hızı (%)	2013-2024	-3.99	-7.11	-0.74	0.0164

a: Annual Percent Change.

hızı 2007-2011 döneminde anlamlı bir artış gösterirken (APC=15.09; p=0.0216), 2011-2014 döneminde anlamlı bir düşme göstermiştir (APC=-37.40; p=0.0012). 2011-2014 yılları arasında izlenen anlamlı düşme, bu çalışmanın odaklandığı dönemi de içine alan 2014-2024 döneminde devam etmekle birlikte, 2014-2024 döneminde izlenen azalma istatistiksel olarak anlamlı değildir (APC=-6.95; p=0.0800).

SGK istatistik yıllıklarında paylaşılan iş kazası sıklık hızı ve iş kazası ağırlık hızı değerleri zamansal eğilimleri yönünden değerlendirildiğinde, iş kazası sıklık hızı değerlerinin 2007-2024 yılları arasında benzer biçimde

üç alt dönem halinde seyrettiği görülmektedir. Gerek İKSH-1 (APC-11.60=; p=0.0036), gerekse de İKSH-2 (APC=-11.62; p=0.0032) 2007-2011 döneminde anlamlı bir azalma gösterirken, bu dönemi 2011-2014 yıllarında anlamlı bir artış (İKSH-1 için APC=47.66; p<0.0001, İKSH-2 için APC=47.79; p<0.0001) dönemi izlemiş, bu anlamlı artış dönemi ivmesini kaybederek 2014-2024 döneminde de devam etmiştir (İKSH-1 için APC=8.17; p=0.0020, İKSH-2 için APC=8.16; p=0.0020). İKSH-1 ve İKSH-2 için elde edilen APC ve p değerlerindeki benzerlik, her iki hızın hesaplanmasında kullanılan yöntemdeki örtüşme nedeniyledir. İş kazası sıklık hızlarında izlenen bu eğilime karşılık, iş kazası ağırlık hızları 2007-2024 yılları arasında tek bir dönem halinde ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir biçimde seyretmekte (İKAH-1 için APC=-0.0004; p=0.9710, İKAH-2 için APC=-0.09; p=0.9222), başka bir ifade ile herhangi bir değişim göstermemektedir.

Kullanılan yöntem iş kazalarının ve sonuçlarının süreç içerisindeki seyrini ve/veya herhangi bir olay veya müdahalenin etkisini değerlendirmek için kullanılabilir. Daha önce değinildiği gibi iş kazasına bağlı fatalite hızı, işyeri büyüklüğünü de yansıtan, işyerinde çalışan işçi sayısı üzerinden değerlendirildiğinde en yüksek fatalite hızı 1-3 işçi çalışan küçük işyerlerinde izlenmektedir. Bu anlamda burada 1-3 işçi çalıştıran işyerleri üzerinden bir örnek paylaşılmıştır. 2013-2024 yılları arasında bu işyerlerinde gözlenen iş kazalarının sayısında anlamlı bir atış izlenirken (APC=6.36; p=0.0004), iş kazasına bağlı ölümlerin sayısında artış yönünde, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir seyir görülmektedir (APC=2.16; p=0.1520). Aynı işyerlerinde iş kazasına bağlı fatalite hızı ise 2013-2024 döneminde anlamlı bir azalma (APC=-3.99; p=0.0164) göstermiştir.

KAYNAKLAR

1. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. www.mevzuat.gov.tr (Erişim tarihi: 15.08.2025)
2. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. www.mevzuat.gov.tr (Erişim tarihi: 15.08.2025).
3. Ayoğlu F, Deveci S, Açıkgöz B. İş Kazaları. (In) Türkiye Sağlık Raporu 2020. (Eds) Üner S, Okyay P. Hipokrat Yayıncılık, Ankara, 2020:417-426.
4. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2019. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 15.08.2025).
5. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2020. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 15.08.2025).
6. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2021. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 15.08.2025).
7. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2022. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 15.08.2025).
8. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2023. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 15.08.2025).
9. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2024. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 15.08.2025).

Meslek Hastalıkları

Ferruh Niyazi Ayoğlu, Bilgehan Açıkgöz, Serol Deveci

Çalışma ortamı, günümüz insanının yaşamsal gereksinimlerini karşılayabilmek için neredeyse zorunlu olarak içinde yer aldığı, gerçekleştirilen işin niteliğiyle bağlantılı özelliklere sahip, çok sayıda etkenin tek tek ya da karmaşık bir etkileşim ile bireyin sağlık ve sağlıksızlık durumunda belirleyici rol oynadığı özellikli bir çevresel öğe niteliğindedir. Çalışma yaşamından kaynaklanan sağlık sorunlarının önlenmesi ve kontrolü Halk Sağlığı disiplininin öncelikli ve özellikli ilgi alanlarından birisi konumundadır.

Çalışma yaşamı kaynaklı sağlık sorunlarının önemli bir alt başlığını oluşturan meslek hastalıkları ülkemiz yasal düzenlemelerinden 20.06.2012 tarihinde kabul edilen ve 30.06.2012 tarih ve 28339 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda "mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalık" olarak, 31.05.2006 tarihinde kabul edilen ve 16.06.2006 tarih ve 26200 sayılı Resmi Gazete'de yayınlan 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda "sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleri" olarak tanımlanmıştır.[1,2] Ulusal mevzuatımızda yer alan tanımlarda da görülebileceği gibi meslek hastalıklarında kişinin yaptığı iş ile yaşadığı sağlık sorunu arasında doğrudan nedensellik bağı bulunmaktadır ve meslek hastalıkları "tümüyle korunulabilir" hastalıklar olarak kabul edilir.

Bu çalışmada, ülkemizde konuya yönelik tek resmi veri kaynağı olarak kabul edilen Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) İstatistik Yıllıklarında yer alan veriler temel alınarak ülkemizde 2019-2024 yılları arasında gözlenen meslek hastalıkları değerlendirilmiştir. Çalışma, daha önce Türkiye Sağlık Raporu 2020 başlıklı kitap çalışmasında yer alan ve aynı temel veri kaynağı kullanılarak 2007-2018 yıllarında görülen meslek hastalıklarını inceleyen Meslek Hastalıkları başlıklı bölümün[3] devamı niteliğinde olup, bu çalışmada söz konusu devamlılığa ek olarak seçilmiş bazı parametrelerde 2007-2023 dönemine ait veriler Jointpoint Regresyon Analizi Yöntemi Kullanılarak değerlendirilmiş ve 2019-2024 dönemine yönelik yorumlamalar geliştirilmiştir.

SGK İstatistik Yıllıklarında aktif çalışanlar 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 4. maddesi kapsamında hizmet akdi ile bir veya daha fazla işveren tarafından çalıştırılanlardan oluşan "4-1/a", köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan oluşan "4-1/b" ve kamu idarelerinde çalışanlardan oluşan "4-1/c" olarak 3 ana grup halinde yer almaktadır. Türkiye'de 2019-2024 yılları arasında çalışan aktif çalışan/sigortalı sayıları **Tablo 1**'de, meslek hastalığı sayıları **Tablo 2**'de paylaşılmıştır.

Ülkemizde aktif çalışan sigortalı sayısı 2019-2024 yılları arasında 4-1/a grubunda %18, 4-1/b grubunda %6.2, 4-1/c grubunda %17.9, toplamda %16.5 artmıştır. Bununla birlikte aynı dönemde yıllık meslek hastalığı sayısı 888-1209 arasındadır. Ülkemizde 2019-2024 yılları arasında SGK İstatistik Yıllıklarında izlenen 5998 meslek hastalığı olgusunun 5989'u (%99.8), aktif çalışanların 2024 yılı itibarı ile %73.8'ini oluşturan 4-1/a grubunda yer alan çalışanlarda tespit edilmiştir. Beş yıllık süreçte 4-1/b grubunda yer alan çalışanlarda tespit edilen 9 meslek hastalığının 7'sine kişinin sigortalılığı sona erdikten sonra tanı konulmuştur ve bu olguların çalıştığı ekonomik faaliyet alanı ve hastalık tanıları görülememektedir. Diğer iki olgudan birinin ekonomik faaliyet alanı özel inşaat faaliyetleridir ancak meslek hastalığı tanısı listede olmayan başka hastalık grubunda yer aldığı için bilinememektedir. Diğer olgu insan sağlığı hizmetleri ekonomik faaliyet alanındandır ve meslek hastalığı tanısı F Grubu Mental ve Davranışsal Bozukluklar grubunda yer alan hafif bilişsel bozukluk olarak izlenmektedir. Meslek hastalıklarının %99.8'inin 4-1/a çalışan grubunda görülmesi nedeniyle çalışmanın ilerleyen bölümlerinde meslek hastalıkları-

Tablo 1. Türkiye'de 2019-2024 yılları arasında 4-1/a, 4-1/b ve 4-1/c gruplarında yer alan aktif sigortalı sayısı.[4-9]

Yıl	4-1/a	4-1/b	4-1/c	Toplam
2019	16010002	2888154	3102808	22000964
2020	17358140	2845310	3141097	23344547
2021	18399864	3156745	3188540	24745149
2022	19814531	3252606	3277097	26344234
2023	18613745	3100834	3643443	25358022
2024	18899291	3066874	3659585	25625750

Tablo 2. Türkiye'de 2019-2024 yılları arasında 4-1/a, 4-1/b ve 4-1/c gruplarında tespit edilen meslek hastalığı sayısı.[4-9]

Yıl	4-1/a	4-1/b	4-1/c	Toplam
2019	1088	3	-	1091
2020	908	1	-	909
2021	1207	2	-	1209
2022	953	2	-	955
2023	945	1	-	946
2024	888	-	-	888

na yönelik değerlendirmeler 4-1/a grubu temel alınarak yapılmıştır.

Yaygın ve klasikleşmiş bir bilgi olarak çalışanlarda ortaya çıkacak meslek hastalığı sıklığının ‰4-12 arasında değişmesi öngörülmektedir. Bu yönde bir değerlendirme ile 2019-2024 yılları arasında 4-1/a grubunda yer alan çalışanlar için tespit edilen ve beklenen meslek hastalığı sayıları **Tablo 3**'de paylaşılmıştır.

Meslek hastalıkları için beklenen en düşük sıklığın ‰4 olduğu dikkate alındığında 2019-2024 yılları arasında beklenen meslek hastalıklarının %1.2-1.7'sinin tespit edildiği söylenebilir. Bununla birlikte, SGK İstatistik Yıllıklarında yer alan meslek hastalığı sayıları ve özellikleri çoğu zaman "tespit edilen meslek hastalıkları" olarak yorumlansa da bu ifade tam olarak doğruyu yansıtmamaktadır. Şöyle ki, SGK istatistik yıllıkları ülkemizde meslek hastalıklarına yönelik detaylı bilgiye ulaşabildiğimiz neredeyse tek kaynak olmakla birlikte, bu olgular yasal olarak işlemleri tamamlanmış, yani "yasal olarak" meslek hastalığı tanısı almış ve %10 ve üzerinde maluliyet tespit edilmiş olguları kapsamaktadır. Buna karşılık, ‰4-12 olarak belirtilen beklenen meslek hastalığı sıklığı klinik/tıbbi olarak tanı alan meslek hastalıklarına yöneliktir. Dolayısıyla, SGK istatistik yıllıklarında yer alan olgular tıbbi olarak meslek hastalığı tanısı alan olguların "bir bölümünü" kapsamaktadır. Bu durumu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, Zonguldak Uzunmehmet Göğüs ve Meslek Hastalıkları Hastanesi'nde tanı alan Kömür İşçisi Pnömokonyozu olgularını değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmada[10] 2008 yılında tanı alan 457 olgu incelenirken, 2009 yılında SGK İstatistik Yıllığına[11] yansıyan toplam meslek hastalığı sayısı 429'dur, bu olguların 230'u solunum sistemi hastalıklarına bağlıdır, 201 olgu kömür ve linyit üretimi işkolundandır ve 191 olgu Zonguldak'tan bildirilmiştir. Söz konusu durumu destekleyen diğer bir veri, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlı-

Tablo 3. Türkiye'de 2019-2024 yılları arasında 4-1/a grubunda tespit edilen ve beklenen meslek hastalığı sayısı

Yıl	Meslek hastalığı	BMH1[a]	BMH2[b]	Tespit Oranı[c] (%)
2019	1088	64040	192120	1.7
2020	908	69433	208298	1.3
2021	1207	73599	220798	1.6
2022	953	79258	237774	1.2
2023	945	74455	223365	1.3
2024	888	75597	226791	1.2

a: ‰4 sıklık hızı için beklenen meslek hastalığı sayısı. b: ‰12 sıklık hızı için beklenen meslek hastalığı sayısı. c: BMH1 değeri dikkate alındığında tespit edilen meslek hastalıklarının oranı.

Tablo 4. Türkiye'de 2012-2020 yılları arasında ‰4 sıklık hızına göre beklenen meslek hastalığı sayısı ile tanı alan tıbbi ve yasal meslek hastalığı sayıları.

Yıl	Beklenen Meslek Hastalığı[a]	Tıbbi Meslek Hastalığı[b]	Yasal Meslek Hastalığı[c]	Tespit Oranı-1[d]	Tespit Oranı-2[e]
2012	50109	4342	395	8.7	0.8
2013	52545	4947	351	9.4	0.7
2014	55871	5435	494	9.7	0.9
2015	59209	4082	510	6.7	0.9
2016	61421	4316	597	7.0	1.0
2017	65476	4855	691	7.4	1.1
2018	64219	5573	1044	8.7	1.6
2019	64040	5952	1088	9.3	1.7
2020	69433	3231	908	4.7	1.3

a: 4-1a grubu çalışanlarda ‰4 sıklık oranına göre beklenen olgu sayısı. b: Tıbbi olarak meslek hastalığı tanısı alan olgu sayısı. c: SGK istatistik yıllığında 4-1/a grubu çalışanlar için bildirilen meslek hastalığı sayısı. d: Tıbbi meslek hastalığı olgu sayısının beklenen meslek hastalığı sayısına oranı (%). e: Yasal meslek hastalığı olgu sayısının beklenen meslek hastalığı sayısına oranı (%).

ğı Genel Müdürlüğü Çalışan Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından paylaşılan Meslek Hastalığı Farkındalık ve Bildirimi eğitimi için hazırlanan sunum materyalinde yer alan 2012-2020 yılları arasında tıbbi olarak saptanan meslek hastalığı verilerdir.[12] Söz konusu veriler ve diğer bazı veriler kullanılarak hazırlanan **Tablo 4** konuya yönelik açıklayıcı nitelikte olacaktır.

Tablo 4'de görülebileceği gibi, tıbbi olarak tanı koyulan meslek hastalığı olguları da beklenen olgu sayısının oldukça altındadır; 9 yıllık süreçte izlenen tespit oranı %10'u aşmamaktadır. Üstelik, bu aşamada tıbbi olarak meslek hastalığı sayılarını izleyebilmekle birlikte, bu olguların tıbbi tanıları paylaşılmamış durumdadır.

Tablo 5'de paylaşılan meslek hastalığı sıklık hızları da beklenen sıklık değerlerinin oldukça altındadır. Tespit edilen meslek hastalığı sıklığının beklenenden düşük olması, ülkemizde meslek hastalığı sıklığının "gerçekte" de az olduğu şeklinde yorumlanmamalıdır; mevcut çalışma koşulları, meslek hastalığı tanı ve tedavi süreçlerine yönelik sorunlar gibi, ilgili taraflarca sıklıkla dile getirilen sorun alanları dikkate alındığında böyle bir yorum inandırıcılıktan uzaktır. **Tablo 3**, 4 ve 5'te görülen değerler, geçmiş dönemlerde de izlenen meslek hastalıklarının yeterince saptanamaması sorununun bu çalışmanın odaklandığı dönemde de devam ettiğini destekler niteliktedir. Daha çarpıcı ve akılda kalıcı bir ifade ile vurgulamak gerekirse, ülkemizde 2019-2024 yılları arasında sadece 4-1/a grubunda çalışan işçiler için var olması ve saptanması gereken en iyi olasılıkla 436 bin 382 meslek hastalığı olgusunun %98.6'sına karşılık gelen 430 bin 393'ü tespit edilememiştir veya bu olgular hakkında detaylı bilgiye ulaşılamamaktadır; bilgi sahibi olunan olgular ile ilgili sorunlara da ilerleyen bölümlerde değinilecektir.

Ülkemizde resmi nitelikteki istatistiklerin kapsayıcılıkla ilgili sorunlarına ve tespit edilen meslek hastalıklarının beklenenin çok altında olmasına değindikten sonra, değerlendirmelerimize Türkiye'de 4-1/a grubunda yer alan çalışanlar, diğer bir ifade ile işçilerde saptanan ve resmi istatistiklere yansıyan meslek hastalığı olgularının tanımlayıcı özellikleri ile devam edebiliriz. Ancak, henüz ilerlemeden şunu da ifade etmek gerekir ki, meslek hastalığı olgularının ulaşılabilir verileri de tümüyle sorunsuz değildir. Bu bağlamda değinilecek ilk tanımlayıcı özellik meslek hastalıklarının tanı gruplarına göre dağılımıdır ve **Tablo 6**'da paylaşılmıştır.

2019-2024 yılları arasında meslek hastalıklarında en çok izlenen iki tanı grubu sırasıyla solunum sistemi hastalıkları ve kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları olmuştur. Bunları 2019-2023 yılları arasında kulak ve mastoid çıkıntı hastalıkları, 2024 yılında sinir sistemi hastalıkları izlemiştir. En çok tanı alan ilk üç hastalık grubu geçmiş dönemler ile benzerdir. Meslek hastalıklarının tanı gruplarına dağılımına yönelik ve-

Tablo 5. Türkiye'de 2019-2024 yılları arasında 4-1/a grubu çalışanlarda meslek hastalığı sıklığı (‰).

Yıl	Sıklık	Yıl	Sıklık	Yıl	Sıklık
2019	0.06	2021	0.06	2023	0.05
2020	0.05	2022	0.04	2024	0.04

Tablo 6. Türkiye'de 2019-2024 yılları arasında 4-1/a çalışan grubunda tespit edilen meslek hastalığı olgularının tanı grupları.[4-9]

Tanı Grubu	2019	2020	2021	2022	2023	2024
AB Grubu: Bazı Enfeksiyöz ve Paraziter Hastalıklar	0	4	0	3	5	1
C Grubu: Malign neoplazmlar	2	1	0	1	0	0
D Grubu: Kan ve kan yapıcı organların hastalıkları ve immün sistemin bazı bozuklukları	3	0	1	0	2	2
F Grubu: Mental ve davranışsal bozukluklar	0	1	1	0	0	0
G Grubu: Sinir sistemi hastalıkları	31	26	48	32	32	53
H1 Grubu: Göz ve adnekslerin hastalıkları	3	2	0	4	5	3
H2 Grubu: Kulak ve mastoid çıkıntı hastalıkları	68	34	55	84	65	48
I Grubu: Dolaşım sistemi hastalıkları	0	0	1	0	0	0
J Grubu: Solunum sistemi hastalıkları	406	167	209	205	163	146
K Grubu: Sindirim sistemi hastalıkları	0	0	1	1	0	0
L Grubu: Deri ve derialtı dokunun hastalıkları	21	4	16	10	9	16
M Grubu: Kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları	72	54	146	105	104	100
N Grubu: Genitoüriner sistem hastalıkları	0	0	0	0	0	0
Z Grubu: Listede olmayan bir başka hastalık	301	463	557	416	383	403
Bilinmeyen	-	1	3	-	1	-
SSES[a]	181	151	169	92	176	116
Toplam	1088	908	1207	953	945	888

a: Sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı tanısı koyulan sigortalı sayısı.

rileri içeren **Tablo 6**'da izlenen önemli bir sorun alanı bulunmaktadır; zaten olduğundan eksik tespit edilen meslek hastalıklarından bir bölümünü içeren bu verilerde olgulara yönelik tanıların önemli bir kısmı da görülememektedir. SGK istatistik yıllıklarının ilgili tabloların alt bölümünde bulunan satırlardan biri "Z Grubu: Listede olmayan bir başka hastalık" şeklindedir ve bu satırda bulunan vaka sayısı toplam olguların 2019'da %27.7'sini, 2020'de %51'ini, 2021'de %46.1'ini, 2022'de %43.7'sini, 2023'te %40.5'ini, 2024'te %45.4'ünü oluşturmaktadır. Benzer biçimde, olguların 2019'da %16.6'sı, 2020'de %16.6'sı, 2021'de %14'ü, 2022'de %9.7'si, 2023'te 18.6'sı, 2024'te %13.1'i tanıların izlenemediği "sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı tanısı koyulan sigortalılar" olarak ifade edilmektedir. Bunlara ek olarak 2019-2024 yılları arasında 5 olgu da tanısı bilinmiyor olarak yer almaktadır. Her üç grupta yer alan olgular birlikte düşünüldüğünde, olguların 2019'da %44.3'ü, 2020'de %67.7'si, 2021'de %60.4'ü, 2022'de 53.3'ü, 2023'de %59.3'ü, 2024'te %58.4'ü, 2019-2024 yıllarını içeren 6 yıllık sürecin toplamında ise %57'sinin hangi tanı grubunda yer aldığı izlenememektedir. İstatistik yıllıklarında 2013 yılından belirgin bir sorun olarak izlenen ve bu çalışmanın odaklandığı dönemde de varlığını devam ettiren "tespit edilen meslek hastalığının tıbbi tanısına yönelik belirsizlik", ülkemizde beklenen sayıların çok altında tespit edilen, istatistik yıllıklarında sunulan verilerin %10 ve üzerinde maluliyeti olanları kapsadığı ve sadece 4/a grubundaki işçilere yönelik olarak sınırlı değerlendirme yapılmasına olanak tanıyan meslek hastalıklarının önemli bir bölümünü içermektedir. Meslek hastalıklarının en önemli iki tanımlayıcı özelliğinden biri olan tıbbi tanılarda izlenen bu belirsizlik, meslek hastalıkların önlenmesine ve kontrolüne yönelik uygulamaların planlanmasından başarısına kadar hemen her alanda aşılması gereken önemli bir sorun/engel oluşturmaktadır.

2019-2024 yılları arasında 4-1/a grubunda bulunan çalışanlarda görülen meslek hastalıklarının %80.2'si erkek çalışanlarda tespit edilmiştir, bu oran yıllar itibarı ile %74.5-91.6 arasında değişmektedir (**Tablo 7**).

Tablo 6'da yer alan tanı gruplarının her biri kendi içerisinde alt başlıklar içermektedir. Söz konusu alt başlıklar dikkate alınarak yıllar itibarı ile en çok tespit edilen beş meslek hastalığı **Tablo 8**'de paylaşılmıştır. Yıllar itibarıyla tanılar önemli ölçüde örtüşmektedir; Tüm yıllarda "J62.8: Pnömokonyoz, diğer silisyum içeren tozlara bağlı" ilk sıradadır ve "H83.3: İç kulakta gürültünün etkileri" ve "M77.1: Lateral epikondilit"

Tablo 7. 2019-2024 Yılları Arasında 4/a Grubu Çalışanlarda Meslek Hastalıklarının Cinsiyete Göre Dağılımı.[4-9]

	Erkek		Kadın				Erkek		Kadın		
Yıl	Sayı	%	Sayı	%	Top.	Yıl	Sayı	%	Sayı	%	Top.
2019	997	91.6	91	8.4	1088	2022	771	80.9	182	19.1	953
2020	724	79.7	184	20.3	908	2023	718	75.9	227	24.1	945
2021	933	77.2	274	22.8	1207	2024	662	74.5	226	25.5	888

Tablo 8. 2019-2024 yılları arasında 4-1/a grubu çalışanlarda en çok tespit edilen 5 meslek hastalığı.[4-9]

Yıl	Tanı	Sayı
2019	J62.8: Pnömokonyoz, diğer silisyum içeren tozlara bağlı	325
	H83.3: İç kulakta gürültünün etkileri	68
	J60: Kömür işçisi pnömokonyozu	28
	M77.1: Lateral epikondilit	26
	M70.0: El ve bileğinin kronik krepitan sinoviti	24
2020	J62.8: Pnömokonyoz, diğer silisyum içeren tozlara bağlı	113
	H83.3: İç kulakta gürültünün etkileri	34
	M77.1: Lateral epikondilit	25
	G56.0: Karpal tünel sendromu	18
	J60: Kömür işçisi pnömokonyozu	14
2021	J62.8: Pnömokonyoz, diğer silisyum içeren tozlara bağlı	124
	M70.0: El ve bileğinin kronik krepitan sinoviti	56
	H83.3: İç kulakta gürültünün etkileri	55
	M77.1: Lateral epikondilit	49
	G56.2: Ulnar sinir lezyonu	31
2022	J62.8: Pnömokonyoz, diğer silisyum içeren tozlara bağlı	134
	H83.3: İç kulakta gürültünün etkileri	84
	M70.0: El ve bileğinin kronik krepitan sinoviti	38
	M77.1: Lateral epikondilit	33
	G56.0: Karpal tünel sendromu	24
2023	J62.8: Pnömokonyoz, diğer silisyum içeren tozlara bağlı	97
	H83.3: İç kulakta gürültünün etkileri	65
	M70.0: El ve bileğinin kronik krepitan sinoviti	46
	M77.1: Lateral epikondilit	27
	J60: Kömür işçisi pnömokonyozu	26
2024	J62.8: Pnömokonyoz, diğer silisyum içeren tozlara bağlı	91
	H83.3: İç kulakta gürültünün etkileri	48
	M77.1: Lateral epikondilit	33
	M70.0: El ve bileğinin kronik krepitan sinoviti	30
	G62.2: Polinöropatiler, diğer toksik ajanlara bağlı	30

tanıları da tüm yıllarda en sık tanı koyulan beş meslek hastalığı arasındadır.

Meslek hastalıklarına yönelik olarak değerlendirilebilecek öğelerden biri de bu hastalıkları hangi işyerlerinde ve hangi işkollarında görüldüğüdür. İşyerinde çalışan işçi sayısı ile belirlenen işyeri büyüklüğüne göre yapılacak bir değerlendirmede (**Tablo 9**). 2019-2024 yılları arasında en çok meslek hastalığı tespit edilen işyerleri 2020 yılı hariç bin ve üzerinde işçi çalışan işyerleri, 2020 yılında 250-499 işçi çalışan işyerleri olmuştur.

Tablo 9. 2019-2024 yılları arasında 4-1/a grubu çalışanlarda tespit edilen meslek hastalıklarının işyeri büyüklüğüne göre dağılımı.[4-9]

İşçi Sayısı	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1-3	41	80	80	58	57	93
4-9	27	27	45	38	43	47
10-20	37	31	44	55	40	49
21-49	80	73	107	94	79	83
50-99	83	63	86	70	60	77
100-199	107	83	126	109	110	91
200-249	33	64	48	31	40	31
250-499	134	153	153	117	103	82
500-999	155	77	141	100	105	96
1000+	210	106	208	189	132	123
SSES[a]	181	151	169	92	176	116
Toplam	1088	908	1207	953	945	888

a:Sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhisi konulan sigortalı sayısı.

Bu işyerlerinin, özellikle de bin ve üzerinde işçi çalışan işyerlerinin iş sağlığı ve güvenliği organizasyonunun genellikle işyerinde örgütlendiği, görece daha nitelikli yapısal organizasyona sahip işyerleri olduğu, bu kapsamda da meslek hastalığı tespit ve bildirimlerinin görece nitelikli olduğu işyerleri olduğu öngörülebilir. Bununla birlikte, çalışma koşullarının daha olumsuz olduğu öngörülen küçük işyerlerinde genellikle işyeri dışından alınan iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri olduğu düşünüldüğünde, bu tür işyeri dışından alınan iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin işyerlerindeki meslek hastalıklarını yeterince tespit edememe olasılığı da özenle değerlendirilmelidir.

Bölümün başlangıcında da değinildiği gibi meslek hastalıklarının ortaya çıkışı maruz kalınan etkenin özellikleri, çalışanın bireysel özellikleri, çalışma ortamı ve çalışma koşullarından kaynaklanan çok sayıda değişkenin karmaşık etkileşimine bağlıdır. Herhangi bir işyerinde meslek hastalığı görülmesi, çalışma ortamı koşullarına ve işyerindeki iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının yeterliliğine bağlı olduğu kadar, o işyerinde işçilerin ne kadar süreyle çalışmaya devam ettiği ya da işe giriş-çıkış hareketliliğinin ne boyutta olduğu gibi değişkenlere de bağlıdır. Bu bağlamda, işe giriş-çıkış hareketliliğinin yüksek olduğu küçük bir işyerinde, işçiler hastalık tablosunun ortaya çıkması için gereken süreye yetecek kadar iş devamlılığı sağlayamadığı için meslek hastalıkları oluşmayabilir ya da küçük işyerlerinde görece daha sık karşılaşılan yetersiz iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları nedeniyle meslek hastalıkları tespit edilemeyebilir. Buna karşılık, işe giriş-çıkış hareketliliğinin görece az, işçinin iş devamlılığının görece yüksek olması beklenen daha çok işçinin çalıştığı işyerlerinde işçinin meslek hastalığı tablosu oluşumu için gerekli süreyi/maruziyeti yaşama olasılığı artarken, görece daha yeterli olması beklenen iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının önleyici etkisiyle bu işyerlerinde meslek hastalığı görülme olasılığı azalabilir ya da iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının iyi ve yeterli olmasına bağlı olarak meslek hastalığı tespiti artabilir. Bu nedenle, işyeri büyüklüğü üzerinden yapılacak değerlendirmeler dikkatle yorumlanmalı ve gerekli durumlarda işyerine özel değerlendirmeler yapılmalıdır.

Daha önce de değinildiği gibi çalışanın işyerinde geçirdiği toplam süre maruziyet yükünü belirleyen önemli bir belirleyicidir. 2019-2024 yılları arasında bu kapsamda yer alan veriler **Tablo 10**'da sunulmuştur. En çok meslek hastalığı 2019, 2022-2024 yıllarında 10 ve üzeri yıldır çalışanlarda, 2020 ve 2021 yılında 2-5 yıl çalışmış olanlarda izlenmektedir. İlgili tablo birkaç yönden dikkat çekicidir. Altı yıllık dönem içerisinde saptanmış olan 5989 olgudan 577'sinde (%9.6) çalışanın çalışma süresi bilinmemektedir. Meslek hastalıkları tanısında kişilerin çalışma öyküsünün oynadığı önemli rol dikkate alındığında, bu durum, kişilerin çalışma yaşamına yönelik kayıtların geliştirilmesi yönünde bir uyarı niteliğindedir. Bilindiği gibi, meslek hastalıklarının ortaya çıkabilmesi için maruz kalımın belirli bir süre boyunca devam etmesi gerekir. Maruz kalım süresi olarak adlandırılan bu süre meslek hastalığının türüne göre değişim göstermektedir ve yasal düzenlemelerde çeşitli süreler bildirilmesine karşın bilimsel olarak her hastalık için kesin sınırlar tanımlanması olası değildir. SGK istatistik yıllıklarında yer alan

Tablo 10. 2019-2024 yılları arasında 4-1/a grubunda çalışanlarda son işveren nezdinde çalışma süresine göre meslek hastalığı sayıları.[4-9]

Çalışma Süresi	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1 gün	-	2	2	-	-	-
2-7 gün	5	12	9	2	0	2
8-30 gün	20	26	13	11	0	0
1 aydan fazla-3 ay	34	52	51	16	0	1
3 aydan fazla-1 yıl	101	86	116	48	3	4
1 yıldan fazla-2 yıl	85	87	87	53	0	2
2 yıldan fazla-5 yıl	152	224	261	73	5	6
5 yıldan fazla-10 yıl	158	106	192	85	1	5
10+ yıl	196	65	123	502	732	711
Bilinmeyen	156	97	184	71	28	41
SSES[a]	181	151	169	92	176	116
Toplam	1088	908	1207	953	945	888

a:Sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhisi konulan sigortalı sayısı.

olguların %10 ve üzerinde maluliyet oranı bulunanları kapsadığı düşünüldüğünde, verilere yansıyan çalışma sürelerinin maruz kalım sürelerinden daha fazla olması gerektiği düşünülebilir. Verilerde yer alan çalışma süresi, çalışanın çalıştığı son işyerindeki çalışma süresini göstermektedir. Böyle bir verinin kullanılması, çalışanların işe giriş muayenelerinin uygun olması zorunluluğu dikkate alındığında akla yatkın bir yöntem olarak kabul edilebilir. Ancak, 6 yıllık süreçte tespit edilen olguların 930'u (%15.5) 2 yıl ve altında çalışma süresine sahiptir. Söz konusu 930 olgunun 104'ünde bu süre 30 gün ve altındadır; çalışma süresi bu 104 olgunun 70 inde 8-30 gün, 30'unda 2-7 gün ve 4'ünde ise 1 gündür. Bu durum, kişilerin herhangi bir yerde çalışmaya başlayabilmesi için gereken işe giriş muayenelerinin niteliğinin ve işe giriş muayeneleri ile ilgili yasal düzenleme ve kurguların geliştirilmesi gerektiğinin açık göstergesi olarak kabul edilmelidir. İlgili tabloda çalışma süresi 2 yıl ve altında olanların sayısı 2023 ve 2024 yıllarında keskin bir düşüş göstermiştir ve bu iki yılda sayı sadece 12'dir. Olumlu bir gelişme olarak nitelendirilebilecek bu durum takip eden yıllarda sürekliliği yönünden dikkatle izlenmelidir

SGK istatistik yıllıklarında meslek hastalıklarının olguların ortaya çıktığı işkollarına yönelik olarak, işkollarının ISCO'ya (International Standart Classification of Occupations) ve Avrupa Topluluğu Ekonomik Aktivitelerin İstatistiksel Sınıflandırılması'na göre gruplandırılmış iki veri grubu yer almaktadır. ISCO'ya göre yapılan gruplandırma kapsamında yer alan veriler **Tablo 11**'de paylaşılmıştır. En sık meslek hastalığı tespit edilen meslek grubu tüm yıllarda nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar olmuştur. Bu grubu tüm yıllarda tesis ve makine operatörleri ve montajcılar izlemektedir. En sık meslek hastalığı tespit edilen nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar grubunda "temizlikçiler ve yardımcıları", "tarım, ormancılık ve balıkçılık sektörlerinde nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar", "madencilik, inşaat, imalat ve ulaştırma sektörlerinde nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar", "yiyecek hazırlama yardımcıları", "cadde/sokak ve ilgili satış ve hizmet çalışanları" ile "çöpçüler ve diğer nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar" alt grupları yer almaktadır.

İşkollarının Avrupa Topluluğu Ekonomik Aktivitelerin İstatistiksel Sınıflandırılması'na göre gruplandırıldığı veriler görece daha detaylıdır ve gruplama Fransızca karşılığından kısaltılan NACE (nomenclature statisque des activités économiques dans la Communauté Européenne) olarak da bilinmektedir. Verilerdeki detay göz önüne alınarak her yıl için, sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı tanısı koyulan olgularda ekonomik faaliyet alanı tanımlanmayan grup dışarıda tutularak, en çok meslek hastalığı saptanan 5 işkolu **Tablo 12**'de gösterilmiştir. Verilerden en çok meslek hastalığı tespit edilen ekonomik faaliyet alanlarının özellikle "fabrikasyon metal ürünler imalatı (makine ve teçhizat hariç)", "metalik olmayan ürünler imalatı", "ana metal sanayii" ve "motorlu kara taşıtı ve römork imalatı" işkollarında kümelendiği görülmektedir.

Seçilmiş değişkenler için yapılmış jointpoint regresyon analizi ile elde edilen analiz sonuçları **Tablo 13**'te paylaşılmıştır. Türkiye'de 2007-2024 yılları arasında aktif çalışan kişi sayısı anlamlı artış göstererek devam etmektedir. Söz konusu artış bu çalışmanın

Tablo 11. 2019-2024 yılları arasında 4-1/a grubu çalışanlarda meslek gruplarına göre meslek hastalığı sayıları.[4-9]

Meslek Grubu	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Yöneticiler	3	12	3	4	5	5
Profesyonel meslek mensupları	4	86	48	19	8	11
Yardımcı profesyonel meslek mensupları	31	30	30	33	25	16
Büro ve müşteri hizmetlerinde çalışan elemanlar	17	28	35	31	8	7
Hizmet ve satış elemanları	14	32	53	38	51	72
Nitelikli tarım, hayvancılık, avcılık, ormancılık ve su ürünleri çalışanları	-	1	-	-	1	1
Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	119	48	106	85	69	80
Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar	223	158	288	200	185	151
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	489	359	473	450	416	422
Silahlı (Askeri) kuvvetler (özellikle belirtilmeyen)	7	3	2	1	1	7
SSES*	181	151	169	92	176	116
Toplam	1088	908	1207	953	945	888

a:Sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhisi konulan sigortalı sayısı.

Tablo 12. 2019-2024 yılları arasında 4/a grubu çalışanlarda en çok meslek hastalığı saptanan beş ekonomik faaliyet grubu ve meslek hastalığı sayısı.[4-9]

Yıl	Ekonomik faaliyet alanı	Sayı
2019	Metalik olmayan ürünler imalatı	188
	Ana metal sanayii	95
	Motorlu kara taşıtı ve römork imalatı	59
	Fabrikasyon metal ürünler imalatı (makine ve teçhizat hariç)	56
	Kömür ve linyit çıkartılması	50
2020	İnsan sağlığı hizmetleri	119
	Bine ve çevre düzenleme faaliyetleri	66
	Metalik olmayan ürünler imalatı	60
	Ana metal sanayii	48
	Fabrikasyon metal ürünler imalatı (makine ve teçhizat hariç)	44
2021	Motorlu kara taşıtı ve römork imalatı	111
	İnsan sağlığı hizmetleri	82
	Fabrikasyon metal ürünler imalatı (makine ve teçhizat hariç)	70
	Ana metal sanayii	64
	Diğer ulaşım araçları imalatı	49
2022	Metalik olmayan ürünler imalatı	91
	Motorlu kara taşıtı ve römork imalatı	85
	Fabrikasyon metal ürünler imalatı (makine ve teçhizat hariç)	51
	Ana metal sanayii	43
	Kömür ve linyit çıkartılması	41
2023	Motorlu kara taşıtı ve römork imalatı	64
	Metalik olmayan ürünler imalatı	55
	Fabrikasyon metal ürünler imalatı (makine ve teçhizat hariç)	49
	Perakende ticaret (motorlu kara taşıtları ve motorsikletler hariç)	48
	Kömür ve linyit çıkartılması	44
2024	Metalik olmayan ürünler imalatı	67
	Motorlu kara taşıtı ve römork imalatı	61
	Perakende ticaret (motorlu kara taşıtları ve motorsikletler hariç)	60
	Ana metal sanayii	58
	Fabrikasyon metal ürünler imalatı (makine ve teçhizat hariç)	46

Tablo 13. 2019-2024 yılları arasında 4-1/a, 4-1/b, 4-1/c ve toplam istihdam sayıları ile 4-1/a grubunda meslek hastalığı sayısı ve meslek hastalığı sıklık hızı değerlerinin zamansal eğilimi.

			APC[a] için %95 güven aralığı		
Değişken	**Dönem**	**APC[a]**	**Alt sınır**	**Üst sınır**	**p**
4-1/a grubunda çalışan sayısı	2007-2015	6.66	5.53	8.64	<0.0001
	2015-2024	3.09	1.35	3.97	0.0200
4-1/b grubunda çalışan sayısı	2007-2016	-1.96	-4.93	-0.99	0.0012
	2016-2024	1.26	0.07	5.36	0.0400
4-1/c grubunda çalışan sayısı	2007-2009	-4.98	-8.06	-0.14	0.0460
	2009-2014	5.52	4.18	9.12	<0.0001
	2014-2021	1.02	-1.89	1.80	0.3667
	2021-2024	5.58	2.75	9.68	<0.0001
Toplam çalışan sayısı	2007-2015	4.49	3.75	7.40	<0.0001
	2015-2024	2.73	0.21	3.35	0.0440
4-1/a grubunda çalışanlarda meslek hastalığı sayısı	2007-2009	-38.77	-53.06	4.19	0.1040
	2009-2024	7.05	2.67	25.37	0.0364
4-1/a grubunda meslek hastalığı sıklığı (‰)	2007-2009	-44.03	-59.18	0.98	0.0644
	2009-2024	1.66	-36.75	32.49	0.3035

a: Annual Percent Change.

odaklandığı 2019-2024 yılları arasındaki süreci de içeren 2015-2024 döneminde (APC=2.73; p=0.0440) 2007-2015 dönemindeki (APC=4.49; p<0.0001) ivmesini yitirmekle birlikte devam etmektedir. 4-1/a grubunda çalışan kişi sayısı için de benzer bir durum söz konusudur; 2007-2024 yılları arasında bu grupta çalışan kişi sayısında anlamlı bir artış olduğu izlenmektedir. Söz konusu artış bu çalışmanın odaklandığı 2019-2024 yılları arasındaki süreci de içeren 2015-2024 döneminde (APC=3.09; p=0.0200) 2007-2015 dönemindeki (APC=6.66; p<0.0001) ivmesini yitirmekle birlikte devam etmektedir. 4-1/b grubunda çalışan kişi sayısı 2007-2016 döneminde anlamlı düşüş (APC=-1.96; p=0.0012), 2016 sonrasında anlamlı bir artış (APC=1.26; p=0.0400) göstermeye başlamış ve bu artış çalışmamızın odaklandığı 2019-2024 döneminde de devam etmiştir. 4-1/c grubunda çalışan kişi sayısındaki zamansal eğilim ise 2007-2024 yılları arasında dalgalı bir seyir izlemiştir; 2007-2009 arasında anlamlı bir azalma (APC=-4.98; p=0.0460) ve 2009-2014 arasında anlamlı bir artış (APC=5.52; p<0.0001) izlenen dönemleri 2014-2021 yılları arasında anlamlı olmayan bir atış (APC=1.02; p=0.3667) ve 2021-2024 yılları arasında yeniden anlamlı bir artış (APC=5.58; p<0.0001) dönemi izlemiştir.

Aktif çalışan kişi sayısındaki anlamlı artış sonucunda tespit edilen meslek hastalığı sayısında da artış olması beklenmektedir. Bu durum, çalışmamızda meslek hastalığı sayısını ve meslek hastalığı sıklık hızını incelediğimiz 4-1/a grubunda çalışan sayısı için de geçerlidir; benzer şekilde, 4-1/a grubunda çalışan kişi sayısındaki anlamlı artışa bağlı olarak bu grupta tespit edilen meslek hastalığı sayısının da artması beklenmektedir. Bununla birlikte, tespit edilen meslek hastalığı sayısında, çalışmamızın odaklandığı dönemi de içeren 2009-2024 yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir artış (APC=7.05; p=0.0364) izlenmektedir. Tespit edilen meslek hastalığı sayısında 2009-2024 yılları arasında izlenen anlamlı artışın, 4-1/a grubunda çalışan kişi sayısındaki anlamlı artıştan daha yüksek bir eğilimle devam etmesi olumlu bir gelişme olarak değerlendirilebilirse de bu yönde bir değerlendirme, meslek hastalığı sıklık hızlarına yönelik değerlendirme dikkate alındığında, meslek hastalıklarının yeterince tespit edilemediği gerçeğini değiştirmemektedir.

Daha önce de değinildiği gibi meslek hastalıklarının beklenen sıklık hızı ‰4-12 arasındayken, ülkemizde 2007-2024 yılları arasındaki 18 yılın 17'sinde SGK istatistik yıllarına yansıyan olgular 4-1/a grubunda ‰0.03-0.07 düzeyindedir, sadece bir yılda, 2007'de ‰0.13 olarak izlenmiştir. Meslek hastalığı sıklık hızında izlenen değerlerin beklenen değerlerin çok altında seyrediyor olması, mevcut çalışma koşulları ve iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarına yönelik sorunlar dikkate alındığında, meslek hastalıklarının yeterince tespit edilemediği gerçeğini desteklemektedir. Bununla birlikte, 4-1/a grubunda çalışanlarda 4-1/a grubundakiler için istatistik yıllıklarına yansıyan meslek hastalıkla-

rı sıklık hızında 2009 yılında başlayan ve 2024 yılına kadar devam eden bir artış olduğu görülmektedir. Ne var ki, çalışmanın odaklandığı dönemi de kapsayan bu dönemde izlenen artış istatistik olarak anlamlı bir seyir izlememektedir (APC=1.66; p=0.3035).

Meslek hastalıkları çalışma yaşamı kaynaklı sağlık sorunları arasında önemli yer tutan, çalışanlardan başlayarak ailelerini ve tüm toplumu olumsuz etkileyen önemli ve öncelikli bir toplum sağlığı sorunudur. Kişinin yaptığı işten kaynaklanan, neden-sonuç ilişkisinin doğrudan ve açık olduğu, tümüyle korunulabilir olan meslek hastalıklarının önlenmesini ve kontrolünü sağlayacak iş sağlığı ve güvenliği çalışmaları geliştirilmeli, bu kapsamda meslek hastalıklarının tespitini geliştirecek uygulamalara da önemle yer verilmelidir. Meslek hastalıklarının önlenmesi ve kontrolüne yönelik uygulamaların planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde tespit edilen meslek hastalıklarına yönelik yeterli ve güvenilir tanımlayıcı bilgilere ulaşılması yaşamsal bir zorunluluktur. Ülkemizde meslek hastalıklarına yönelik ulusal ölçekli veriler, olguların yasal olarak değerlendirme süreci bitmiş olgular, maluliyet oranı belli bir düzeyin üzerinde olması ya da benzer sınırlamalar olmaksızın, tıbbi olarak tanı alan tüm olguları kapsayacak biçimde paylaşılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. www.mevzuat.gov.tr (Erişim tarihi: 15.08.2025)
2. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. www.mevzuat.gov.tr (Erişim tarihi: 15.08.2025).
3. Ayoğlu F, Açıkgöz B, Deveci S. Meslek Hastalıkları. (In) Türkiye Sağlık Raporu 2020. (Eds) Üner S, Okyay P. Hipokrat Yayıncılık, Ankara, 2020:427-438.
4. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2019. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 15.08.2025).
5. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2020. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 15.08.2025).
6. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2021. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 15.08.2025).
7. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2022. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 15.08.2025).
8. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2023. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 15.08.2025).
9. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2024. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 15.08.2025).
10. Ayoglu FN, Acikgoz B, Tutkun E, Gebedek S. Descriptive characteristics of coal workers' pneumoconiosis cases in Turkey. Iranian Journal of Public Health, 2014;43(3):389-390.
11. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2009. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.08.2025).
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Meslek Hastalığı Farkındalık ve Bildirimi. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/calisan-sagligi-db/Dokumanlar/Sunumlar/Meslek_Hastaligi_Farkindalik_Egitimi-6.9.21.pdf (Erişim tarihi: 20.08.2025)

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet

Meral Saygun

1. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı

Bütün ülkelerde yoğun işgücünü oluşturan sağlık çalışanları, dünyadaki en büyük küresel işgücü olarak kabul edilmektedir. WHO, dünya çapında toplam 59,8 milyon sağlık çalışanı olduğunu tahmin etmektedir. Bunların yaklaşık üçte ikisi (39,5 milyon kişi) sağlık hizmeti sunarken, diğer üçte biri (19,8 milyon kişi) sağlık yönetimi ve destek hizmetleri çalışanlarından oluşmaktadır. Kadınlar, sağlık çalışanı iş gücünün yaklaşık %80'ini oluşturmaktadır.

Sağlık çalışanı, sağlık hizmeti sunan kişileri; doktorlar, hemşireler, ebeler, diş hekimleri, acil müdahale ekipleri, sağlık personeli, hemşire ve diş hekimi asistanları, terapistler, laboratuvar teknisyenleri, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve eczacılar ve bu alanlarda eğitim gören öğrencileri içerir. Sağlık çalışanı ayrıca, yönetim ve destek hizmetleri sunan kişileri de: yöneticiler, mali işler görevlileri, büro personeli, aşçılar, hasta taşıyıcıları (hem tesis içi hem de şoförler), güvenlik, temizlik ve tesis işlemlerinde (tesisatçılar, elektrikçiler, boyacılar, marangozlar) çalışanları içermektedir.[1]

Sağlık kuruluşu, bir iş yeri olmasının yanı sıra bakım alma ve verme yeridir. Sağlık çalışanları arasında mesleki yaralanma ve hastalık vakaları, tüm sektörler arasında en yüksek oranlara sahiptir. Sağlık çalışanları, günlük olarak biyolojik tehlikeler (TB, Hepatit, HIV/AIDS, SARS, Ebola gibi); kimyasal tehlikeler (glutaraldehit, etilen oksit, lateks, sitostatik gibi); fiziksel tehlikeler (gürültü, radyasyon, kayma, takılma ve düşme gibi); ergonomik tehlikeler (ağır kaldırma, uygunsuz açılarda tekrarlayan hareketler gibi); psikososyal tehlikeler (vardiyalı çalışma, şiddet ve stres gibi); yangın ve patlama tehlikeleri (oksijen, alkollü dezenfektan jelleri kullanımı gibi) dahil olmak üzere karmaşık bir sağlık ve güvenlik tehlikesi yelpazesine maruz kalmaktadır. Sağlık çalışanlarının işyeri tehlikelerinden korunması gerekir; sağlıklı bir iş gücü olmadan etkili bir sağlık sistemi olamaz.[1]

1.1. Türkiye'de Sağlıkta İnsan Gücü

Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde sürdürülmesinde sağlıkta insan gücünün yeterli olması son derece önemlidir. Ülkemizde toplam hekim sayısı 2022 yılında 194.688 iken %4,9 artış göstererek 2023 yılında 204.223 olmuş, toplam personel sayısı ise 1.350.528'den 2023 yılında 1.413.921'e yükselmiştir. Hemşire, ebe ve diğer sağlık personelini kapsayan yardımcı sağlık personeli sayısı bir önceki yıla göre %7,2 artarak 574.254 olmuştur. Toplam hekimlerin yaklaşık % 50,4'ü uzman hekim, % 27,7'si pratisyen hekim ve yüzde 21,9'u ise uzmanlık öğrencisi hekimlerden oluşmaktadır. 2023 yılında tüm ünvanlarda 100.000 kişiye düşen personel sayısının bir önceki yıla göre arttığı belirlenmiştir, ülkemizde 2022 yılında 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı 228 iken 239'a, 100.000 kişiye düşen toplam diş hekimi sayısı ise 50 iken 54'e yükselmiştir. Tüm bölgelerde 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı bir önceki yıla göre artış göstermiş, 100.000 kişiye düşen uzman hekim, toplam hekim, eczacı ile hemşire ve ebe sayısının en yüksek olduğu bölgenin Batı Anadolu olduğu belirlenmiştir.[2]

Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD)'nin 2021 verilerine göre ise, Türkiye'de bin kişiye 2,2 doktor düşmektedir. OECD ortalaması ise 3,7 doktor olarak bildirilmiştir. Kişi başına düşen doktor sayısında Türkiye OECD üyeleri arasında son sırada bulunmaktadır. Kişi başına düşen hemşire sayısında da, Türkiye oldukça gerilerdedir, 38 üye içinde Kolombiya'nın ardından sondan ikinci sırada yer almaktadır. Tür-

kiye'de bin kişiye 2,8 hemşire düşerken OECD ortalaması 9,2 dir. OECD ortalaması Türkiye'nin üç katından fazla olarak bildirilmiştir. Hemşire sayısının doktor sayısına oranı da sağlık hizmetlerinde kullanılan göstergelerden birisidir, Türkiye'de hemşirelerin doktorlara oranı 1,3 iken, OECD ortalaması ise 2,5 olarak bildirilmiştir.[3]

1.2. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Sağlık ve Güvenliği İle İlgili Mevzuat

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği uyarınca yataklı hastane hizmetlerinin çok tehlikeli gruba dahil olması sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliğinin önemini ön plana çıkarmaktadır.[4,5]

6331 sayılı Kanun,

Sağlık hizmetleri bakımından herhangi bir özel hüküm getirilmemiş olduğundan, 6331 sayılı kanunda yer alan tüm hükümler sağlık hizmetleri bakımından da geçerlidir. Sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanması için Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan, Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmeliğe dayalı olarak Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Genelge yayımlanmıştır.[6,7]

Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik ile de hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlıkta kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esaslarının düzenleneceği belirtilmiştir.[8]

Sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik olarak 08.04.2020 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi" kamu sağlığını ve bu kapsamda sağlık çalışanlarının sağlığını korumak bakımından Türk Tabipleri Birliği tarafından incelenmiş, değerlendirmeler ve teklifin iyileştirilmesine yönelik öneriler Türkiye Büyük Millet Meclisi çatısı altındaki bütün milletvekillerine sunulmuştur.[9]

"Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi" 15.04.2020 tarihinde TBMM'de kabul edilmiş, teklif, siyasi partilerin ortak önergesi ile TBMM genel kurulunda görüşülmekte olan 212 sıra sayılı Kanun teklifine eklenerek kanunlaştırılmıştır.[10]

Türk Tabipleri Birliği (TTB), 15.04.20 tarihinde "Sağlıkta Şiddet Yasası"nın Türk Tabipleri Birliği'nin kazanımı olduğunu belirterek, kabul edilen maddeler yönünden değerlendirmelerini bildirmiştir.[11]

1.3. Türkiye'de Konu İle İlgili Yapılan Çalışmalardan Örnekler

Bu bölümde, ülkemizde 2020-2025 yılları arasında yapılmış, sağlık çalışanlarının çeşitli sorunlarını konu alan araştırmalar derlenmeye çalışılmıştır. Bu araştırmaların sonuçları, son yıllarda bu sorunların ciddi boyutlara ulaştığını, sağlık çalışanlarının meslek etkinliklerini yerine getirmede zorluklar yaşadığını bildirmiş ve sağlık çalışanlarına sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı sağlayabilmek için çağdaş iş sağlığı uygulamalarına gereksinim olduğunu ortaya çıkarmıştır.

1.3.1. Sağlık Çalışanlarının Enfeksiyon Riskleri, COVID-19 Enfeksiyonu

SARS-CoV-2, COVID-19 olarak bilinen ciddi, yaşamı tehdit eden bir hastalığın nedeni olan bir virüs olup, ilk olarak Kasım 2019'da Çin'in Wuhan kentinde görülmüş, yüksek enfeksiyon ve yaşamı tehdit eden bir hastalık olması nedeniyle bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. COVID-19 enfeksiyonu riski açısından sağlık çalışanları, çok yüksek risk grubunda değerlendirilmektedir. Dünyada sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisine bağlı ölümleri konusunda sistematik bir takip sistemi olmamakla birlikte, 17000'den fazla sağlık çalışanının COVID-19 nedeniyle hayatını kaybettiği bilinmektedir. COVID-19 hastalarına bakmakla yükümlü olan sağlık personeli bu dönemde; fiziksel yorgunluk, stres, ailelerden ayrılma, damgalanma, hastaları ve meslektaşlarını kaybetmenin acısıyla karşı karşıya kalmışlardır.[12]

COVID-19 pandemisi sürecinde sahada olan sağlık çalışanlarının yaşadıkları sorunları ve çözüm önerilerini ortaya koymak üzere yarı yapılandırılmış görüşme yöntemiyle yapılmış nitel bir araştırmanın sonuçlarına göre; katılımcıların kurumlarından yeterli eğitim almadıkları, koruyucu ekipman temininde yaşanan sorunları kendi kişisel çabalarıyla çözmeye çalıştıkları, eksik donanımla çalışmanın sağlık çalışanında kaygı, ölüm korkusu, yetersizlik ve güvensizlik duygusu oluşturduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanları kendi çalışma ortamları dışında çalışmalarından kaynaklı stres yaşamışlar, zaman zaman mesleklerini yapmaktan vazgeçmek istemelerine rağmen yaptıkları işi değerli gördükleri için motivasyonlarını koruyabildiklerini bildirmişlerdir.[13]

TTB 22 Nisan 2020 tarihinde yaptığı basın açıklamasında, Tabip Odaları tarafından toplanan verilere göre, tanı almış hekim sayısına 37 ilde ulaşılmış, üç ilde sağlık çalışanlarının meslekleriyle ilgili ayırım yapılamamıştır. Toplam 3474 sağlık çalışanının COVID-19 tanısı aldığı bilgisine ulaşılabilmiştir. Bunların %38'ini

hekimler oluşturmaktadır. Hekim dışı sağlık çalışanlarının meslekleri ebe, hemşire, sağlık teknisyeni, sağlık memuru, eczacı, diş hekimi, temizlik çalışanı, tıbbi sekreter, şoför ve mühendistir. Tanı almış hekim sayısının sırasıyla İstanbul, Ankara, Eskişehir ve Adana illerinde yüksek olduğunu belirtilmiştir. Bu illerde önlemlerde yaşanılan sorunlar "tıbbi maske erişiminde sorun, N95 maske erişiminde sorun, çalışan sayısının hiç arttırılmaması ile ilgili sorun, triyaj mekanı sağlanmaması ile ilgili sorun, salgınla ilgili eğitim verilmemesi ile ilgili yaşanılan sorun" olarak sınıflandırılmış ve bölgesel farklılıklar olduğu belirtilmiştir.[14]

Covid-19'un sağlık çalışanları üzerine etkisinin haber metinleri üzerinden incelendiği nitel çalışma sonucunda, mesleki ve sosyal hayatlarının fazlası ile etkilendiği ve bu etkilerin mesleki ve sosyal yaşamlarında değişime neden olduğu belirlenmiştir.[15]

COVID-19 salgını döneminde çalışan sağlık personelinin Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksi toplam puanı meta-analiz sonucu 7,55 olarak bulunmuştur. COVID-19 tanılı hasta ile teması olan sağlık personelinin, teması olmayan sağlık personeline göre uyku kalitelerinin 2,57 kat daha kötü olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucunda COVID-19 salgını döneminde çalışan sağlık personelinin kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiş, özellikle COVID-19 tanılı hastaya tedavi ve bakım veren sağlık personelinin uyku kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır.[16]

COVID-19 pandemisinin görülmesiyle birlikte her zamankinden çok daha yoğun ve stresli bir ortamda görev yapan sağlık çalışanlarının iyilik hali düzeylerinin ve bu düzeylerdeki değişimlerin saptanması amacı ile planlanan çalışmada; sağlık çalışanlarının iyilik hali düzeyleri "İyilik Hali Ölçeği" nden yararlanılarak, COVID-19 pandemisinden önce ve pandemiden sonraki süreçler için ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda; pandemi süreciyle birlikte sağlık çalışanlarının depresyon ve anksiyete düzeylerinde pandemi öncesine göre anlamlı artışlar yaşandığı görülürken, enerji, pozitif iyilik hali ve genel iyilik hali düzeylerinde ise anlamlı düşüşlerin olduğu saptanmıştır.[17]

Covid-19 döneminde görevli sağlık çalışanlarının sosyal destek algısının, depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği nicel araştırmada; katılımcıların %53,3'ünde orta ve ileri düzeyde depresif belirtiler, %53,8'inde anksiyete belirtileri, %48,7'sinde ise stres belirtileri saptanmıştır. Hemşirelerin depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin doktorlardan yüksek olduğu, haftalık çalışma süresi artttıkça depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının sosyal destek algılarının azalmasının, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerindeki artışla kendini gösterdiği belirlenmiştir.[18]

Tüm dünyada ciddi etkileri olan Covid-19 küresel salgını, tüm bireyler ve özellikle de sağlık çalışanları üzerinde büyük bir belirsizliğe neden olmuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile kaygı ve depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki olduğu bilinmektedir. Küresel salgın durumlarında yaşanan belirsizliğin sağlık çalışanları üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmada; karantina süreci yaşayanlar, vardiyalı çalışanlar ve aile ile birlikte yaşayanların belirsizliğe tahammülsüzlüğü daha yüksek bulunmuştur. Çalışmanın sonunda; çalışma koşullarının iyileştirilmesinin, mümkünse çalışma sürelerinin ya da gece vardiya sayılarının azaltılması önerilmiştir.[19]

Türkiye'deki sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi sırasında yaşadığı psikolojik zorlukları ve damgalamanın etkisini araştırmayı amaçlayan çalışmada; orta ile şiddetli depresyon, anksiyete ve stresle ilişkili semptomların yaygınlığı sırasıyla %36, %35 ve %22 olarak bulunmuştur. Kadın olmak, COVID-19 hastalarıyla yakın temas halinde çalışmak ve daha önce bir psikiyatrik hastalık geçirmiş olmak ruhsal sıkıntı için risk faktörleri olarak ortaya çıkmıştır. Daha az kişisel koruyucu ekipmana sahip olduğunu, yöneticilerinden daha az destek aldığını ve çalışma koşullarının daha güvensiz olduğunu ifade eden sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve stres puanları önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, katılımcıların %7'si aileleri ve yakın arkadaşları tarafından, %14'ü komşuları, akrabaları ve yakın arkadaşları tarafından ve %7'si tanıdık olmayan kişiler tarafından damgalandıklarını hissettiklerini belirtmişlerdir. Başkaları tarafından daha çok dışlandığını düşünen sağlık çalışanlarının, önemli ölçüde daha yüksek depresyon ve anksiyete puanlarına sahip olduğu saptanmıştır. Araştırma sonunda, sağlık çalışanlarının psikolojik durumlarının anlaşılması için daha fazla ruh sağlığı hizmetine ihtiyaç olduğu ve çalışma koşullarını daha güvenli ve destekleyici hale getirmek için iyileştirmeler yapılması gerektiği önerilmiştir.[20]

Nisan 2022 tarihinde TTB tarafından hazırlanan "Pandemi sürecinde Türkiye'de sağlık çalışanı ölümlerinin anlattığı" başlıklı raporda; salgının başından 28.02.2022 tarihine kadar COVID-19 hastalığına bağlı olarak 506 aktif sağlık çalışanının yaşamını yitirdiği bildirilmiştir. Toplanan verilere göre COVID-19'a bağlı ölümlerin %34,0'ü hekimlerde, %13,4'ü eczacılarda ve %7,3'ü hemşire ve ebelerde olmuştur. Hekimlerde COVID-19'a bağlı ölüm 10.000'de 9,87, erkek he-

kimlerde 10.000'de 16,23, kadın hekimlerde 10.000'de 0,83'tür. Eczacılarda COVID-19'a bağlı ölüm 10.000'de 18,86'dır. Hemşire-ebelerde COVID-19'a bağlı ölüm 10.000'de 1,28'dir. COVID-19'a bağlı nedenlerle hayatını kaybeden sağlık çalışanlarının %84,6'sı ve ölen hekimlerin %96,5'i erkektir. Türkiye'de, pandemide ölümlerin büyük çoğunluğu, 65 yaş ve üstünde olduğu halde, ölen sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 54,6'dır. Ölen 34 yaş ve altındaki sağlık çalışanlarının %29,2'si, 35-49 yaş arasındakilerin %40,6'sı işçi statüsünde çalışanlardır. Acil sağlık hizmeti istasyonu çalışanlarından COVID-19'a bağlı nedenlerle hayatını kaybeden 14 kişinin 12'sinin ambulans şoförü olarak çalıştığı bildirilmiştir. Ölen sağlık çalışanlarının yaş ortalamasının düşük olması, sağlık çalışanlarının yeterince korunamadığını göstermektedir. Erkek sağlık çalışanları için yaş ve ek hastalık, ölümlerde belirleyici olmuştur. Ölen sağlık çalışanları içinde, özel sektörde çalışan hekim, diş hekimi, eczacı sayısı kamuda çalışanlardan daha fazladır. Hiç çalışmamaları gereken bir yaşta, ekonomik nedenlerle ve hatta emeklilik sonrası özel sektörü tercih eden bu çalışanlar için ek önlemlerin alınmaması, çalışma saatlerinin kısaltılmaması, ölümlerin daha fazla olmasında etkilidir. COVID-19'a bağlı ölen eczacıların, eczacı teknisyenlerinin, aile hekimlerinin ve işyeri hekimlerinin oranı düşünüldüğünde, bütün sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının ve çalışma mekanlarının irdelenmesi gerektiği açıktır. Raporda; Sağlık Bakanlığının, salgının başından bugüne kadar, hem SARS-CoV-2 virüsü ile enfekte olan, hem de COVID-19 nedeniyle ölen sağlık çalışanlarının çalıştığı il, çalıştığı kurum ve bölümü, çalışma koşulları, çalıştığı mekanın fiziksel özellikleri, havalandırması, kişisel koruyucu ekipman yeterliliği, periyodik olarak PCR testi yapılıp yapılmadığı, demografik bilgileri, mesleği ve ek hastalığı ile ilgili herhangi bir veri paylaşımında bulunmadığı belirtilmiştir. Raporda; Sağlık Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı, TTB, sendikalar ve diğer ilgili oluşumların yer alacağı bir komisyon oluşturulmasının gerekli olduğu komisyonun; pandemi döneminde sadece doğrudan COVID-19 nedeniyle değil, dolaylı olarak pandeminin yol açtığı nedenlerle (iş yükünden kaynaklı intihar, tedavisi geciktirilen hastalıklar…) hayatını kaybeden bütün sağlık çalışanlarının verilerinin detaylı olarak incelenerek raporlanması ve ölüm nedenlerinin kamuoyu ile paylaşılması gerektiği belirtilmiştir.[21]

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve birçok uluslararası örgüt, COVID-19 hastalığının meslek hastalığı olarak kabul edilmesi yönünde çağrıda bulunmuştur. İtalya, Fransa, Almanya, Belçika, Kanada, Amerika Birleşik Devletleri, Güney Afrika ve Malezya dâhil 130'a yakın ülke tarafından, COVID-19 sağlık çalışanları için meslek hastalığı olarak kabul edilmiştir. COVID-19 ülkemizde halen resmi olarak meslek hastalığı olarak kabul edilmemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün belirttiği üzere; sağlık hizmeti nedeniyle COVID-19 enfeksiyonu geçiren bir sağlık çalışanının tedavisinin sağlanması, rehabilitasyonu ve zararının tazmini sağlık çalışanının haklarındandır. 6331 sayılı kanunda da tanımlandığı gibi sağlık çalışanlarının COVID-19 hastalığı "mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır". Yasalarımızda meslek hastalıklarının bildirim ve kaydının birincil yükümlülüğü Sağlık Bakanlığı'ndadır. Bu nedenle COVID-19 doğrudan meslek hastalığı statüsüne alınmalı, COVID-19 hastası sağlık çalışanlarının sayıları Sağlık Bakanlığı tarafından her gün şeffaflıkla açıklanmalıdır. Bu kayıt ve bildirimin doğrudan SGK için bir "illiyet bağı" delili oluşturduğu konusunda mevzuatımızda gerekli değişiklikler ivedilikle yapılmalıdır. COVID-19 pandemisi ile mücadele sırasında vefat eden veya hastalanarak mağduriyet yaşayan sağlık çalışanlarının mağduriyetlerinin giderilmesi ve zararlarının tazmin edilmesinin önü açılmalıdır.

Esasen yeni bir yasa çıkarılmadan da bu konuda idari düzenleme ile sağlık çalışanları bakımından COVID-19 iş kazası ve meslek hastalığı sayılabilir. 6331 sayılı kanunun ve Türkiye'nin tarafı olduğu ILO'nun 155, 161 ve 187 sayılı sözleşmeleri böyle bir imkan tanımaktadır. Aynıca, Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'nin "Meslek Hastalıkları Listesi" başlıklı 18. maddesinin (ç) bendinde "D Grubu: Mesleki Bulaşıcı Hastalıklar" ana grubu buna imkan tanımaktadır.[22]

İzmir'de işyeri hekimi olan Dr. Muharrem İdiz'in görev yaparken, COVID-19 Pandemisinin ilk günlerinde hastalığa yakalanarak vefat etmesi ile başlayan COVID-19'un sağlık çalışanları açısından meslek hastalığı kabul edilmesi tartışmaları SGK tarafından önce reddedilmiş, daha sonra tekrar yapılan değerlendirme sonucunda, ölümün meslek hastalığına bağlı olduğu kabul edilmiştir. Bu çerçevede işyeri hekiminin eşi ve kızına, meslek hastalığına bağlı ölüm geliri bağlanmıştır. COVID-19'un Türkiye'de kamu veya özel sağlık kurumu ayrımı yapılmadan, sağlık çalışanları için meslek hastalığı olarak kabul edilmesinde emsal oluşturacak bu kararın alınmasında, meslek örgütlerinin mücadelesi önemlidir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunun 14. maddesine göre yapılan itiraz sonucunda Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunca COVID-19 meslek hastalığı olarak kabul edilmiştir.[23]

Ülkemizde sağlık çalışanlarının kesici delici alet yaralanmaları ile ilgi yapılmış çalışmaları incelediğimizde; Bir üniversite hastanesinde, Ocak 2013-Aralık 2022 tarihleri arasında sağlık çalışanlarının kan ve vücut sıvılarıyla riskli temaslarının değerlendirildiği çalışmada; İnfeksiyon Kontrol Komitesi (İKK) tarafından takip edilen kan ve vücut sıvılarıyla temas izlem formları retrospektif olarak incelenmiş, On yıllık takip sürecinde; 625 sağlık çalışanında, %91.9'u kesici-delici alet yaralanması ve %8.1'i cilt ve mukozal temas olmak üzere toplam 700 riskli temas saptanmıştır. Riskli temasların %37.4'ü dahili birimlerde, %24.4'ü cerrahi birimlerde ve %16'sı acil serviste gerçekleşmiştir. En sık bildirimde bulunan meslek grupları stajyerler, hemşireler ve temizlik personelidir; riskli temasların ortaya çıkma şekilleri değerlendirildiğinde; sırası ile invazif girişim uygulamalarında, iğne ucu kapağını kapatırken ve iğne batması ile geliştiği belirlenmiştir. Riskli temaslıların %13'ünün 72 saatten sonra İKK'ye başvurduğu ve %79'unun uygun kişisel koruyucu donanım (KKD) kullandığı saptanmış, kaynağı bilinen 478 riskli temasın %14.9'u hepatit B, %7.3'ü hepatit C ve %1.5 'i HIV'li hasta ile gerçekleşmiştir. Riskli temasa maruz kalan hemşirelerin %96'sı, stajyerlerin %93'ü, doktorların %87'si, temizlik personelinin %56'sı ve diğer sağlık çalışanlarının %84'ü hepatit B'ye karşı bağışıklık kazanmıştır. Temas sonrası profilaksi yaklaşımı ile bir yıllık izlem sürecinde, hiçbir sağlık çalışanında hepatit B ve HIV infeksiyonu gelişmezken bir kişide anti-HCV pozitifliği tespit edilmiştir.[24]

Bir tıp fakültesindeki intörn ve asistan hekimlerde sosyodemografik özelliklerin, çalışma koşullarının ve gündüz aşırı uykululuk halinin kesici-delici alet yaralanmalarına etkisinin incelendiği araştırmada; Katılımcıların %46,6'sı son bir yıl içinde kesici-delici alet yaralanması geçirmiş ve %49,4'ü gece çalışma saatlerinde yaralanmıştır. Hekimlerin %95,1'i iğne ile yaralanmış ve %11'i durumu çalışan sağlığı birimine bildirmiştir. İntörn ve asistan hekimlerin %43,7'sinde gündüz aşırı uykululuk hali vardır. Katılımcılardan erkek cinsiyette olanların, intörn hekimlerin, gündüz aşırı uykululuk hali bulunanların kesici-delici aletle yaralanma sıklığı, diğer gruplarda bulunan hekimlere göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Cerrahi branşlardaki asistan hekimlerin, dahili branşlardaki hekimlere göre kesici delici alet yaralanması sıklığı anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Araştırma sonucunda; asistan ve intörn hekimlere yaralanmadan korunma ve uyku bozukluklarıyla baş edebilme ile ilgili eğitim, danışmanlık hizmeti ve sağaltım desteği sağlanması gerektiği belirtilmiştir.[25]

1.3.2. Sağlık Çalışanlarında Ergonomik Risk Etmenlerine Bağlı Sağlık Sorunları

Sağlık çalışanlarında kas iskelet sorunlarının en önemli nedeni, hasta ile yakın temas gerektiren aktivitelerdir. Hekim, diş hekimi, hemşire, fizyoterapist ve hasta bakıcılar çalışma ortamlarında sürdürdükleri aktiviteler nedeni ile kas iskelet sistemini ilgilendiren yaralanma ve hastalıklarla sıklıkla karşılaşmaktadırlar. Tıp ve diş hekimliği fakültelerinde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ve ilişkili bazı ergonomik risklerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada; Tıp hekimleri ve hekimlerin tamamında haftalık çalışma süresi, günlük ortalama hasta sayısı ve kas iskelet sistemi rahatsızlıkları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. Hekimlerde yaş ve günlük uyku süresiyle toplam CMDQ (Cornell Kas İskelet Rahatsızlık Ölçeği) puanı ortalaması arasında negatif yönde anlamlı korelasyon, haftalık çalışma süresi, günlük ortalama hasta sayısı ve molasız ayakta çalışma süresi ile toplam CMDQ puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Sonuçta tıp ve diş hekimliğinde, gün boyu monoton bir şekilde, hareketin sınırlı olduğu dar bir alanda, tekrarlayan hareketlerle çalışmanın kas iskelet sisteminde rahatsızlıklara neden olduğu belirtilmiş, hekimlerin mesleki eğitimleri süresince ergonomi hakkında yeterince eğitim alamaması ve ergonomiye uygun koşullar sağlanmadığı durumlarda, çoklu kas iskelet sistemi hastalıkları ile karşılaştıkları vurgulanmıştır.[26]

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin kas iskelet sistemine ilişkin ağrı yaşama durumları ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan çalışmada, İstanbul'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi erişkin düzey Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan 90 hemşire dahil edilmiştir, veriler "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Genişletilmiş Nordic Kas-İskelet Sistemi Anketi" kullanılarak elde edilmiş, hemşirelerin %17.8'inde tanısı konulmuş kas-iskelet sistemi hastalığı saptanmıştır. Ağrı şiddetleri 0 ile 10 puan aralığında değişmekte olup, ortalama 4.04±2.51'dir. Kas-iskelet sistemini olumsuz etkileyebilecek ilk üç hareket; hemşireler tarafından %42.2'si hastaya pozisyon vermek, %21.1'i hastayı yukarı çekmek ve %17.8'i hastaya bakım yapmak olarak belirtilmiştir. Hemşirelerin %88.9'unda son 12 ay süresince herhangi bir zamanda acı, ağrı, rahatsızlık saptanmış ve %36.7'sinde 1-3 bölgede, %36.7'sinde 4-6 bölgede ağrı olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin, yarıdan fazlasında son on iki ay süresince herhangi bir zamanda ağrıdan dolayı işini yapamama durumu tespit edilmiştir. Bu durumlar göz önüne alınarak; hemşirelerin kas-iskelet sistemini etkileyen risk faktörleri ve hissedilen

ağrı açısından düzenli olarak değerlendirilmesi, kaliteli bakım için vücut mekaniğinin doğru kullanılması, yoğun bakım ünitesinde çalışma koşullarının ergonomik tasarımı, yeterli dinlenme sürelerinin ayarlanmasının önemli olduğu belirtilmiştir.[27]

1.3.3. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Psikolojik Yıldırma (Mobbing)

Ülkemizde yıldırmanın çok yaygın bir biçimde yaşandığı alanlardan birisi de sağlık sektörüdür. Bu nedenle sağlık çalışanlarının yıldırmaya maruz kalma, depresyon ve yaşam doyumu düzeylerinin incelenmesi, hem çalışanların yaşam kalitesi hem de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından önemlidir. Bir ikinci basamak hastanesinde yapılan araştırmada; katılımcılara Mobbing Ölçeği, Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12), İntihar Düşünce Ölçeği ve Minnesota İş Doyumu Ölçeği uygulanmış, toplam mobbing maruziyeti düzeyi kadın hekimlerde kadın hemşire ve kadın tıbbi sekreterlere göre fazla bulunurken, erkek hekimlerde erkek hemşirelere göre fazla bulunmuştur. GSA-12 ile yapılan psikolojik sıkıntı incelemesinde, hekimlerde %81,8, tıbbi sekreterlerde %58,1, hemşirelerde %59 oranında psikolojik sıkıntı varlığı saptanmıştır. Mobbing maruziyeti ile psikolojik sıkıntı ve suisid düşüncesi arasında pozitif ilişki, mobbing maruziyeti ile iş doyumu arasında negatif ilişki saptanmış, mobbing maruziyetinin hekimlerde fazla olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarında mobbing maruziyeti genel olarak yüksek psikolojik sıkıntı, düşük iş doyumu ve suisid düşüncesi ile ilişkili görünmektedir. Basamaklandırılmamış sağlık hizmeti sunumu ve yoğun çalışma gibi nedenlerle sağlık çalışanlarının, mobbinge maruz kalma, bununla birlikte iş doyumunda azalma, intihar düşüncesi ve psikolojik sıkıntı yaşama olasılığı yüksektir.[28]

Kadın sağlık çalışanlarının demografik özellikleri bağlamında mobbinge maruz kalmalarında farklılık olup olmadığını belirlemek amacı ile Şanlıurfa'da sağlık sektöründe görev yapan 384 kadın çalışan ile gönüllü katılımlı olarak yürütülen çalışmada, mobbing açısından medeni durum, eğitim durumu, yaş ve gelir durumu bağlamında bir farklılığın bulunup bulunmadığını inceleyen analizlere göre, eğitim düzeyi açısından mobbinge maruz kalmalarında farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır.[29]

Sağlıkta mobing'in tükenmişliğe etkisi adlı meta analiz çalışmasında; literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde mobing ve tükenmişlik arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Mobinge maruz kalan kişilerin zamanla çaresizlik hissedip tükenmişlik yaşaması ciddi bir problemdir. Ayrıca bu iki olgu arasında doğal bir ilişki bulunmasına rağmen, alanda yapılmış çalışmalarda beklenenden daha düşük bir ilişki saptanmıştır. Bu durum mobing mağdurlarının tükenmişlik seviyelerinin yeterince yansıtılamadığı, kişilerin bu olguyu belirli nedenlerden dolayı kimseye açıklayamaması, alanda yapılan çalışmaların daha yüzeysel ve az sayıda olmasının bir sonucu olabileceği belirtilmiştir.[30]

2017-2025 yılları arasında mobbing nedeniyle intihar eden sağlık çalışanlarına ilişkin haberleri analiz ederek, sağlık çalışanları arasında psikolojik tacizin ölümcül sonuçlarını ortaya koymak amacıyla yapılan çalışmaya göre; 2017-2025 yılları arasında medyada yer alan mobbing nedeniyle intihar girişiminde bulanan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 30,75 iken, %41,67'si kadın ve %58,33'ü erkektir. Sağlık çalışanlarının %41,67'si doktor, %41,67'si hemşire ve %16,66'sı diğer sağlık çalışanlarıdır. Sağlık çalışanlarının kullandığı intihar yöntemi, yüksekten atlama, yüksek doz ilaç, ası, ateşli silah yaralanması ve diğer yöntemlerdir. İntihar davranışlarının %75'i tamamlanmış intihar ve %25'i intihar girişimi olarak sonuçlanmıştır. Çalışmada, doktor ve hemşirelerin risk altında olduğu, ciddi intihar girişim yöntemlerinin kullanıldığı saptanmıştır. Bulgular, mobbingin sağlık çalışanları için sadece mesleki bir stres kaynağı olmadığını, aynı zamanda sağlık çalışanlarının ruh sağlığı üzerinde derin etkiler yarattığını ve bu durumun tamamlanmış intihar riskini artırabileceğini ortaya koymaktadır. Sağlık çalışanları için mobbingi önlemeye yönelik müdahale programlarının geliştirilmesi ve mobbinge maruz kalan sağlık çalışanları için ruhsal destek sistemlerinin oluşturulması önerilmektedir.[31]

Sağlık çalışanlarının mobbing ve iş tatmini düzeylerinin ilişkisini belirlemeyi amaçlayan 7 çalışmadan elde edilen meta analiz çalışması, sağlık çalışanlarının mobbinge maruziyeti arttıkça iş tatminlerinin belirgin bir şekilde azaldığını ortaya koymaktadır. Çalışmanın bulguları, işyerinde mobbingin azaltılmasının çalışanların iş tatmini üzerindeki olumlu etkisini desteklemekte ve bu ilişkinin iş sağlığı ve verimliliği açısından önemini vurgulamaktadır. Sağlık çalışanlarının iş tatmini, iş performansı ve genel ruh sağlığı açısından kritik bir faktördür ve mobbing gibi olumsuz çalışma koşullarına maruz kalmaları, iş tatminlerinde ciddi bir düşüşe yol açabilmektedir. Bu bağlamda, işyerinde mobbingin azaltılması, sadece çalışan memnuniyetini değil, aynı zamanda hizmet kalitesini de iyileştirebilir. Sağlık çalışanlarının iş tatmininin artırılması için mobbingin engellenmesi ve olumlu bir çalışma ortamının sağlan-

ması, sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkileyebilir.[32]

1.3.4. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik

Zihinsel veya fiziksel yorgunluğun sonucunda ortaya çıkan tükenmişlik sendromu, işe olan motivasyonun azalmasına neden olmaktadır. *Sessiz istifa* ise, çalışanların görev ve sorumluluklarını yerine getirmede minimum katılım sağlayarak sadece zorunlu olanları yerine getirmesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Yoğun emek gerektiren sağlık sektöründe fazla iş yükü, stres ve duygusal baskılar tükenmişliği ve sessiz istifa olgularını tetiklemektedir. Sessiz İstifa Ölçeği ve Marshall Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak bir üniversite hastanesinin hasta hizmetleri biriminde çalışan bireyler üzerinde yapılan çalışmada; toplam 234 katılımcıya ulaşılmıştır. Katılımcılar yüksek düzeyde sessiz istifa gösterirken, sessiz istifa alt boyutlarından; güvensizlik yüksek düzey, aidiyet orta düzey, değersizlik orta düzey, iletişimsizlik yüksek düzey ve tutarsızlık yüksek düzey göstermiştir. Tükenmişlik alt boyutlarına göre; katılımcılar yüksek düzeyde duygusal tükenme, normal düzeyde duyarsızlaşma ve yüksek düzeyde düşük kişisel başarı göstermiştir. Katılımcıların tükenmişlik düzeyleri ile Sessiz İstifa Ölçeği ve alt boyutlarından; güvensizlik, değersizlik ve iletişimsizlik arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir, 45 saat üstü çalışan katılımcıların 45 saat ve altı çalışan katılımcılara göre daha fazla sessiz istifa ve tükenmişlik gösterdiği saptanmıştır. 3-5 yıl arası çalışan katılımcıların 2 yıl ve altı çalışan katılımcılara göre daha fazla sessiz istifa gösterdiği, kadınların, erkeklere göre daha fazla tükenmiş olduğu saptanmıştır. Araştırma sonunda, yöneticilerin, tükenmişlik sendromuna ve sessiz istifaya sebep olabilecek riskleri göz önünde bulundurarak stratejik yaklaşımlar geliştirmeleri gerektiği belirtilmiştir.[33]

Pandemi sürecinde 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışanların tükenmişlik düzeyi ve iş doyumu ilişkisinin incelendiği çalışmada; araştırma verileri Sosyo- Demografik Bilgi Formu, Minnesota İş Doyum Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Çalışma sonucunda Elazığ ilinde görev yapan 112 acil sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğu saptanmış, bekar, ileri yaşta olan ve hizmet yılı fazla olan çalışanların tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gelir artışının tükenmişlik düzeyini azaltıcı bir etkisi olduğu, lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan acil tıp teknisyeni ve doktorların tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu, aylık nöbet sayısındaki artışın tükenmişlik düzeyini olumsuz etkilediği ve COVID-19'a yakalanan 112 acil sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bununla beraber sağlık çalışanlarının iş doyum düzeyi yüksektir. Sonuç olarak, yönetim ile çalışanlar arasında etkin iletişimin sağlanması ve çalışanlara motivasyon imkanlarının oluşturulmasının tükenmişlik düzeyini azaltarak, iş doyumunu arttıracağı düşünülmüştür.[34]

Türk Tabipleri Birliğinin kesin olmamakla birlikte, Eylül 2020 itibariyle pandemi döneminde 900 kadar hekimin istifa ettiğini açıklaması ile bir *istifa salgını* yaşandığını ortaya koyması, bu konuya dikkat çekmenin önemini göstermektedir. Bu nedenle; COVID-19 Pandemisi'nde istifa eden/emekliye ayrılan hekimlerin bu kararlarını sosyolojik açıdan değerlendirmeyi amaçlayan nitel çalışmanın sonuçları önemlidir. Araştırmada, kısa süre içinde istifa ettiği ya da emekli olduğu öğrenilen, farklı şehirlerden hekimlere davet götürülmüştür. Kabul edenlerle yarı-yapılandırılmış yüz yüze mülakat tekniğiyle, çevrimiçi olarak görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler 21.08.2020 ve 01.09.2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Hasta sayısının yeniden artışı ve iş yükünün sağlık sisteminin kapasitesini aşabileceği öngörüsü, istifa/emeklilik için yeniden yasaklama getirilme olasılığı nedeniyle, bu deneyimlerin hızlı bir şekilde kayda geçirilmesine çalışılmıştır. Görüşmecilerin 11'i kadın, 8'i erkektir; yaşları 32 ile 63 arasındadır. (ortanca 50). Hekimlik süreleri 6 ile 40 yıl arasında değişmektedir (ortanca 26). İki görüşmeci henüz uzmanlık yapmamışken diğerlerinin uzmanlık süresi 3 ile 32 yıl arasındadır (ortanca 22). Çalışmada; görüşmecilerin, 9'u istifa etmiş, 10'u emeklilik kararı almıştır. Görüşme ifadelerinin kodlarında, işten ayrılma kararını etkileyen etmenlerden, organizasyon sorunları, yönetimin yaklaşımı, mesleği icra etme koşulları, meslek anlayışı, kişilik özellikleri, yakın çevrelerinin yaklaşımı araştırılmıştır. Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının istifa ve emeklilik eylemi, enfekte olma-başkasına bulaştırma korkusu, sağlık sistemindeki sorunlar, ağır çalışma şartları; sürecin ne kadar süreceğini bilememekten kaynaklı tükenmişlik hissiyle açıklanmaktadır, adaletsiz görev dağılımı, organizasyon bozuklukları, belirsizliğin sorumluluk kavramını muğlaklaştırması, meslektaşların görevden kaçınma davranışları, takdir görmeme ve kişilik özellikleri, ayrılma davranışına zemin hazırlayan başlıca unsurlar olarak saptanmıştır. Toplumla mübadeledeki dengesizlik, bireyin adanmışlıkla çalışmasının hak ettiğine inandığı ödülü kendi kendine vermeyi seçmesine yol açmıştır. Bu araştırmanın sonuçları, COVID-19 Pandemi sürecindeki istifa ve emeklilik olgularının arkasında yatan etmenleri ve *vazgeçiş salgınına* dönüş-

mesinin önlenmesi için yapılması gerekenleri belirleyebilmek için önemlidir.[35]

1.3.5. Hekim Göçü

Sağlık hizmeti sunumunda büyük rolü olan hekimlerin, ülke için yeterli sayıda olması kaliteli sağlık hizmeti sunumunda önemlidir. Bu nedenle yeterli sayıda hekimin istihdam edilmesi ve artan göç hareketlerine karşı kontrol sağlanmalıdır. Bunun için ülkelerdeki hekim göçü düzeyini tespit etmek, göçü etkileyen faktörleri belirlemek ve gerekli önlemleri almak önemlidir. Günümüzde, Türkiye'de bin kişi başına düşen hekim sayısı Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütüne (Organisation for Economic Co-Operation and Development [OECD]) üye ülkelerin ortalamasından düşük olduğu halde, hekimlerin uluslararası göçünde önemli bir artış görülmektedir.[36]

Tıp fakültesi 5. ve 6. sınıflarda öğrenim gören toplam 82 gönüllü öğrencinin dahil edildiği çalışmada, katılımcılara sosyodemografik veriler, tıp mesleğine yönelik tutumlar, ülkemizde hekimlik mesleğini zorlaştıran nedenler, yurt dışında çalışma fikri ve öğrenciler için yurt dışı fırsatlarının cazip özelliklerini sorgulayan bir anket uygulanmıştır. Çalışmanın sonuçları, tıp öğrencilerinin çoğunun beyin göçü fikrine sahip olduğunu göstermektedir. Araştırma sonunda, ülkemizde nitelikli iş gücü kaybına neden olan ve son yıllarda giderek artan hekim beyin göçü konusunda, hekimlerin ve tıp öğrencilerinin sorunlarına özel önem verilmesi ve çözüm odaklı müdahalelerin hızla hayata geçirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.[37]

Türkiye'deki 39 farklı tıp fakültesinden 9881 son sınıf tıp öğrencisinin katıldığı, kesitsel çalışmada; katılımcıların göç kararının yanı sıra, Türkiye ve yurtdışındaki çalışma, sosyal çevre ve yaşam tarzıyla ilgili itici ve çekici faktörler, tıp fakültesi eğitim yetersizliği ve kişisel yetersizlikler ile yurtdışına göç kararını etkileyebilecek sosyoekonomik değişkenler değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçları; tıp öğrencilerinin %70,7'sinin göç etme niyetinin olduğunu, bu öğrencilerin yaklaşık %60'ının yurtdışında kalıcı olarak kalmak istediğini, %61,5'inin yurtdışında yabancı dil öğrenmek ve ilgili sınavlara girmek gibi girişimlerde bulunduğunu göstermiştir. Araştırma ve Geliştirme alanında çalışmak isteyenlerin göç etme olasılığı 1,37 kat daha fazla bulunmuştur. Göç etme niyetiyle ilişkili itici faktör, "ülkedeki çalışma koşulları" iken, "yurtdışındaki sosyal çevre/yaşam tarzı" göç eğilimi için yalnızca çekici faktör olarak saptanmıştır. Ayrıca, tıp fakültelerindeki kalite sorununun da öğrencilerin kararları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, ülkemizden "Kesinlikle" göç etmek isteyenlerin yüzdesi diğer gelişmekte olan ülkelerle aynı seviyede olsa da, Türkiye'den "kalıcı olarak" göç etme eğiliminin daha yüksek olduğu saptanmış ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve tıp fakültelerinin kalitesinin artırılmasının, hekim göçünün önlenmesinde hayati önem taşıdığı vurgulanmıştır.[38]

Hekimlerin göç etmesinde ülkelerin ekonomik koşulları, sosyo-kültürel gelişimi, yaşam şartları ve çalışma koşulları gibi pek çok faktör etkili olabilir. Türkiye'deki hekimlerin çalışma ortamı değerlendirildiğinde, hekimleri göçe itebilecek çeşitli faktörler söz konusudur. Bunlar arasında hasta yoğunluğunun, iş yükü ve çalışma saatlerinin fazla olması, ücretlerin adaletsiz ve yetersiz olarak algılanması, eğitim, araştırma ve kariyer imkanlarının yetersiz olması, hekimlere yönelik şiddet olaylarının yaşanması, iş sağlığına yönelik gerekli ve yeterli tedbirlerin alınmaması ve bu konudaki yasaların uygulanmasındaki eksiklik ve aksaklıklar sayılabilir. Hekim göçü, yetkililerin zamanında müdahalesini gerektiren ciddi bir durumdur. Önlem alınmazsa, ülkenin sağlık sistemini tehdit edebilecek ciddi sonuçlar ortaya çıkarabilir.[36]

2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet

Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet ile ilgili yurt içinde ve yurt dışında yapılan birçok çalışmada elde edilen verilerin ortak noktası, diğer iş yerlerine göre sağlık alanında ortaya çıkan şiddet olaylarının çok daha fazla olduğudur. Sağlıkta şiddet türlerine bakıldığında çalışanların en çok sözel şiddete maruz kaldıkları görülmektedir. Sağlık çalışanlarının bir bölümünün şiddetin işlerinin doğasında olduğunu kabullendikleri, ciddi yaralanmalar söz konusu olmadıkça maruz kaldıkları şiddetle ilgili bildirim yapmadıkları belirlenmiştir. Şiddetle ilgili araştırmalar incelendiğinde hemen hemen tüm çalışmalarda şiddetin zaman içerisinde artış gösterdiği görülmüştür.[39]

Düzce ilindeki kamu, özel ve üniversite hastanelerinde, hastane çalışanlarına yönelik 2017-2019 tarihleri arasında raporlanan şiddet olaylarının değerlendirilmesinin amaçlandığı çalışmada, 122 beyaz kod bildiriminin yapıldığı belirlenmiştir. Bu bildirimlerin % 49,2'sinin Kamu Hastanesi, % 46,7'sinin Üniversite Hastanesi ve % 4,1'inin Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde (ADSM) gerçekleştiği, özel hastanelerde ise beyaz kod bildiriminin hiç yapılmadığı görülmektedir. Araştırma kapsamında incelenen 122 beyaz kod bildiriminin %80,3'ünü sözel şiddet, % 4,9'unu fiziki şiddet ve

%14,8'ini ise hem sözel hem de fiziki şiddet olaylarının oluşturduğu görülmüştür.[40]

Bir üniversite hastanesinde, sağlık personelinin tümünü kapsayan çalışmada; çalışanların %30.2'sinin meslek yaşamlarının bir bölümünde şiddetle karşılaştığı, son bir yılda şiddet ile karşılaşmalarının ise %19,6 olduğu belirlenmiştir. Meslek hayatları süresince her 3 sağlık çalışanından birinin şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin nedenlerinin; sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki iletişimin eksikliği, stres seviyesinin yüksekliği, yargı sisteminde bulunan boşluklar, yeterli güvenlik önlemlerinin olmaması, mevzuat uygulamalarında sağlık çalışanlarının korunmasıyla ilgili eksikliklerin olduğu belirtilmiştir.[41]

Günümüzde özellikle gazetelerde yayınlanan sağlık çalışanlarını konu edinen haberler ilgi görmekte, sağlık personelini kötüleyen haberler yayınlandığında, toplumda ciddi derecede bir tepkisellik ve ajitasyon meydana gelmektedir. Siyasetçilerin bu konuyla ilgili açıklamaları ise, sağlık personelinin toplumun gözünde iyice değersizleşmesine sebep olmaktadır. Medyanın sorunları sağlık çalışanlarına atfetmesi, sağlık çalışanlarını ayırt etmeden suçlaması sağlıkta hizmet ve kişisel başarısızlıklarının oluşmasına yol açmaktadır, sağlıkta şiddetin yaşanmasında medyadaki provakatif haberlerin de etkisi olduğu söylemek mümkündür. Medyanın sağlık alanındaki eksiklikleri yansıtırken tarafsız olmadığı, isteyerek ya da istemeyerek sağlık çalışanlarını hedef gösterdiği, sağlık çalışanlarını günah keçisi haline getirdiği ve tıbbi hata ile komplikasyon arasındaki farkın tanım olarak insanlar tarafından bilinmediği belirtilmektedir. Ülkemizde üç büyük gazetenin sağlıkta şiddet içeren 501 haberinin incelendiği çalışmada; haberlerin 143 tanesi sağlıkta şiddete yönelik yaşanan hadiseleri kapsarken, 358 tanesi şiddete yönelik tepkide bulunan kurumlara veya bürokratlara yönelik haberlerden oluşmaktadır. Bu bağlamda ülkemizde hem sağlıkta şiddetin yoğun olarak yaşandığı hem de sağlıkta şiddete yönelik çok fazla tepki gösterildiği söylenebilir. Gazetelerden elde edilen veriler sonucunda analiz edilen konular ise; şiddetin yaşandığı il, şiddeti uygulayan kişi, şiddet mağduru, şiddetin sebebi, şiddet için kullanılan araç, şiddetin yaşandığı sektör, kurum ve departman, ve şiddetle ilişkili kullanılan kelimeler ve şiddet hakkında önlem alınıp alınmadığına yönelik bilgilerden oluşmaktadır. Çalışmanın sonucuna göre ise gazete haberlerinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sıklığı, Türkiye'nin genelini yansıtabilecek çalışmalarda saptananlarla benzerlik gösterebilecek şekilde oldukça yüksektir. Haberlere göre, %86,6 oranında şiddete yönelik önlemlerin alınmadığı belirlenmiştir. Analiz sonucuna göre, sağlıkta şiddete yönelik tepkide bulunanlar, tabip odası, sendikalar ve derneklerdir, tepkiler, basın açıklaması, protestolar ve etkinlikler şeklinde gösterilmiştir. Buna göre; gazete haberlerinde; %51,7 oranında sağlıkta şiddet kınanırken, %48,3 oranında sağlıkta şiddete yönelik öneriler getirildiği tespit edilmiştir. Medyada sağlıkta şiddete yönelik her geçen gün olumsuz içerikli ve taraflı yayınlar yapılmakta, olayların perde arkası yeterince araştırılmadan ve incelenemeden sağlık çalışanlarını yargılayan bir tarzda kamuoyuna haber olarak sunulmaktadır. Araştırmanın sonunda; medyanın, sansasyondan uzak durması, şiddeti yeniden üretmeyen yayınlar sunması ve şiddet mağdurlarına yönelik daha hassas bir dil kullanması gerektiği, medyanın sağlık çalışanlarına yönelik şiddet yerine, şiddet uygulayıcılarının cezalandırıldığı yayınlara yönelmesinin uygun olduğu belirtilmiştir.[42]

Sağlık-Sen'in 2022 Yılında yayınladığı **"Sağlıkta Şiddet Raporu'na**" göre; 2022 yılında yaşanan şiddet olaylarının, bir önceki yıla göre arttığı, Aralık ayında yaşanan 15 şiddet olayıyla birlikte 2022 yılında toplamda 249 şiddet olayı yaşandığı. 2021 yılında bu rakamın 190 olduğu bildirilmiştir. Yıl boyunca yaşanan 494 saldırganın neden olduğu 249 şiddet vakasında 422 sağlık çalışanı şiddet kurbanı olmuş, 1 doktor ve 1 güvenlik görevlisi ise görevi başında hayatını kaybetmiştir. Şiddet olaylarının 210'una hasta ve hasta yakınları neden olurken, 35'ine kendini bilmez kişiler sebebiyet vermiş, 4 olaya ise idarecilerin neden olduğu bildirilmiştir, 249 şiddet olayının 216'sı hem sözlü hem fiili, 32'si sözlü, 1'i mobbing şeklinde meydana gelmiştir. 2022 yılı boyunca yaşanan 249 şiddet olayının 206'sı hastanelerde yaşanmış, 23 olay sahada yaşanırken, 16 şiddet olayı ise aile sağlık merkezlerinde gerçekleşmiştir. Aynı zamanda 1 olay sosyal medya, 3 olay ise SABİM üzerinden tehditle gerçekleşmiştir, yıl boyunca en çok şiddete maruz kalanlar doktor ve hemşirelerdir. Yaşanan şiddet olaylarında 2 sağlık çalışanı hayatını kaybetmiş, 149 doktor, 76 hemşire, 76 güvenlik görevlisi, 58 acil sağlık hizmetleri çalışanı, 3 eczacı ve 60 diğer sağlık çalışanı olmak üzere toplamda 422 sağlık çalışanı mağdur olmuştur. Yıl boyunca şiddet olaylarına sebebiyet veren 494 saldırgandan 202'si hakkında herhangi bir işlem yapılmazken, 141 saldırgan gözaltına alınıp serbest bırakılmış. Sadece 96 saldırgan tutuklanırken, 53 saldırgan hakkında adli soruşturma başlatılmış. İki saldırgana ise kamudan uzaklaştırma cezası verilmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet kanayan bir yaraya dönüşmüşken, bu rakamlar, adli mercilerin konuya yeterince hassasiyetle yaklaşmadığını ortaya koymaktadır.[43]

Sağlık-Sen tarafından 2022 yılında gerçekleştirilen **"Sağlıkta Şiddet Araştırması"** ile sorunun çalışanlar üzerindeki etkisini, nedenlerini ve önlemeye yönelik çözüm önerilerini ortaya koymak amaçlanmıştır. Araştırmaya, %55,4'ü kadın olmak üzere çeşitli sağlık kurum ve kuruluşlarından toplam 2124 sağlık çalışanı katılmıştır. Katılımcıların %79'unun evli, %60,5'inin lisans düzeyi bir okul mezunu olduğu görülmüştür. Çalışma koşullarının da ele alındığı araştırmaya göre, katılımcıların %58,9'unun haftalık çalışma süresi 40-60 saattir, %12,8'i ise 60 saatin de üzerinde çalışmaktadır. Bu durum, normal bir memurun çalışma süresi olan haftalık 40 saatin çok üzerindedir. Sağlık çalışanlarının %71,7'si 40 saatin üzerinde çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarının %58,5'i nöbet tutmakta, gün aşırı veya üç günde bir nöbet tutanların oranı ise %40,7 olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırma; her dört sağlık çalışanından birinin fiziksel şiddete maruz kaldığını ortaya koymaktadır. Şiddet failleri ise hiçbir zaman değişmemektedir. Şiddet olaylarının yaklaşık yüzde 50'si hasta ve hasta yakınlarının birlikte hareket etmesiyle ortaya çıkmaktadır. Şiddete en fazla maruz kalan kesim hekim ve hemşireler iken, şiddetin en yoğun yaşandığı yerler 112 Acil Hizmetler, Aile Hekimlikleri, ADSM'ler, hastane acil servisleridir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, %82,3'ü iş yerlerinde şiddetle karşılaşma konusunda endişe yaşadıklarını, %71,8'i daha önce çalışma arkadaşlarına şiddet uygulandığına tanıklık ettiğini belirtmiş, bu şiddete tanıklık eden sağlık çalışanlarının %63,2'si yaşanan olayda araya girerek olaya müdahale ettiğini belirtmiştir. Meslek hayatı boyunca en az bir kez herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını belirten sağlık çalışanı oranı %67,3'dür. Sağlık çalışanlarının;

- **%25,9'u fiziksel şiddete,**
- **%66,7'si psikolojik/sözel şiddete**
- **%5,3'ü cinsel şiddete** maruz kaldığını belirtmiştir.

Fiziksel şiddet ağırlıklı olarak sertçe itip kakmak (%23,95), etraftaki nesneleri fırlatmak (%23,59), Yumruk, tekme tokat, el-kol bükmek, kafa atmak, boğazını sıkmak, bir cisimle vurmak gibi saldırıda bulunma (%22,64) dır.

Psikolojik/sözel şiddet, %27,9'u bağırılmak, %25,4'ü tehdit edilmek, %25,1'i aşağılanmak ve %21,6'sı küfür edilmek şeklinde gerçekleşmektedir.

Cinsel şiddet, en fazla (%42,2) cinsel içerikli konuşma şeklinde gerçeklemektedir. Şiddet olaylarının %57,6'sı mesai saatlerinde, %40,4'ü nöbet esnasında ve %2'si mesai saati dışında gerçekleşmiştir. Herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını belirten katılımcıların yalnızca %35,7'si yaşadıkları olayı rapor etmiştir. Rapor etmeyenlerin büyük çoğunluğu rapor etmenin bir fayda sağlamayacağını düşündüğü için rapor etmemeyi tercih etmektedirler. Yaşanan şiddet olaylarının psikolojisini etkilediğini söyleyen sağlık çalışanı oranı %52,5 iken, şiddetin iş performansını etkilediğini dile getiren sağlık çalışanı oranı ise % 34.2'dır. Sağlıkta şiddetin sağlık çalışanlarına olan etkisi; %37,7 ile bu tür olaylara karşı hassaslaşmaları, %9,9 ile bu tür olayları konuşmaktan veya düşünmekten kaçınma olarak kendini göstermektedir. Sağlık çalışanlarının %82,4'ü işyeri şiddetine maruz kaldıktan sonra yöneticilerinden herhangi bir yardım alamamaktadır.

Sağlık çalışanları şiddetin nedenlerini;

- Şiddeti kendine hak görme (%82,03)
- Yetersiz güvenlik önlemleri (%75,66)
- Genel olarak izlenen sağlık politikaları (%70,14)
- Medyadan etkilenme (%64,06) olarak sıralamışlardır.

Sağlık çalışanlarının %63,2'si çalıştıkları kurumdaki güvenlik önlemlerini yeterli bulmamaktadır, %46'sı şiddet olayı meydana geldiğinde ne yapmaları gerektiği ile ilgili bir eğitim almıştır. İşyerinde meydana gelen şiddet olaylarını rapor etme konusundaki bilgilendirilme durumları ise %58,4'dür. Sağlık çalışanlarının %64,2'si sağlıkta şiddet olaylarının salgın döneminde arttığını düşünmektedir.

Sağlık çalışanlarının şiddeti önlemek için sunduğu öneriler;

- Kurumlardaki güvenlik önlemlerinin artırılması
- Sağlık çalışanına şiddet uygulayana caydırıcı cezalar verilmesi
- Medya ile işbirliği yapılması
- Çalışma koşullarının düzeltilmesi, istihdam sağlanması
- Sistemsel sorunların giderilmesi
- Eğitimler verilmesidir.

Şiddeti etkileyen faktörler ;

- Kadınlarda
- Haftalık çalışma süresi 40 saatin üzerinde olanlarda
- Nöbet sıklığı gün aşırı ve üç günde bir olanlarda
- Hekim/diş hekimi ve hemşirelerde

- Hastane acil servisleri, poliklinikler ve yataklı servislerde,
- Güvenlik önlemlerinin yeterli olmadığı kurumlarda şiddet daha fazla meydana gelmektedir.

Araştırmanın çıktıları göz önüne alındığında; Sağlık Sen tarafından yapılan öneriler; sağlıkta yaşanan şiddetin önlenebilmesi için öncelikli olarak yapılması gereken güvenlik güçlerinin yetki ve sorumluluklarının artırılarak, şiddet uygulayan kişiye caydırıcı cezalar verilmesi ve bu cezaların medyada yer bulmasıdır. Uzun mesai saatlerinin ve sık nöbet tutmanın şiddet olaylarıyla ilişkisi bulunmuştur. Bu nedenle sağlık personeli istihdamı ile çalışma süreleri ve nöbet sıklıkları azaltılmalı, hastaya yeterli zaman ayırması suretiyle tüm sağlık çalışanlarının iş yükü azaltılmalıdır.

Medyada sağlıkta şiddete yönelik haberler ile kurgu programlardaki sağlıkçılara yönelik kullanılan dil değiştirilmeli, sağlıkta şiddete hayır kampanyası toplumsal bir boyuta taşınmalıdır. Mesleğin kutsallığı ve önemine vurgu yapılmak suretiyle sağlık çalışanlarının mesleki saygınlıklarının artırılması hedeflenmelidir.

Sağlık çalışanları için, şiddetle başa çıkma, ileri iletişim teknikleri gibi eğitimlere ağırlık verilmelidir. Bunun yanı sıra vatandaş da küçük yaşlardan itibaren iletişim ve empati yeteneklerini geliştirici programlara dahil edilmelidir.[44]

Ülkemizde pandeminin sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarına etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada; şiddet eylemini gerçekleştirenlerin çoğunlukla hasta ve hasta yakınları olduğu, çoğunlukla fiziksel şiddet olaylarının yaşandığı, şiddet nedenleri arasında sözlü tartışma ve pandemiyle ilgili uyarıların yer aldığı belirlenmiştir. Çalışmada, Türkiye'nin bütün bölgelerinde sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet haberlerinde artış görüldüğü tespit edilmiştir.[45]

Türkiye'de pandemi sonrası sağlık çalışanlarının şiddet algılarının değerlendirildiği çalışmada; şiddet uygulayanlara yönelik cezaların caydırıcı olmadığı, çalışan sayısının yeterli olmaması nedeniyle hizmette aksamaların yaşandığı, tıbbi hataların ortaya çıktığı ve bekleme sürelerinin uzadığı belirtilmiştir. Bu durumların şiddet olaylarına zemin hazırladığı ifade edilmiştir.[46]

COVID-19 pandemisi sırasında hemşirelerin şiddete maruz kalmaları ile mesleki bağlılıkları arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlayan çalışmada; hemşirelerin pandemi sırasında mobbinge maruz kalma durumlarının arttığı; fiziksel şiddet, sözel şiddet ve mobbinge maruz kalma durumları ile çalışma saatleri, bakım verilen hasta sayısı ve mesleği bırakmayı düşünme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, ayrıca fiziksel şiddete maruz kalmanın mesleği bırakma düşüncesini arttırdığı ve mesleki bağlılığı azalttığı bulunmuştur. Bu sonuçlar ışığında, pandemi sürecinin yönetiminde, mobbingi önlemeye yönelik kararlar ve uygulamaların, yöneticilerin inisiyatifine bırakılmaması gerektiği belirtilmiştir.[47]

COVID-19 salgını sırasında toplumsal şiddetteki artışa paralel olarak, acil servis sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yaygınlığı da artmıştır. Verilere göre pandeminin yol açtığı sorunlar, acil servis sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin arttığına işaret etmekte ve onları korumak için ek önlemler alınması gerektiği vurgulanmaktadır.[48]

COVID-19 Pandemi Sürecinde Beyaz Kod Verilerinin Retrospektif olarak değerlendirildiği çalışmaya göre; 283 adet beyaz kod bildirimi pandemi öncesi ve sonrası gerçekleşme durumlarına göre değerlendirilmiştir. Çalışanlara yönelik 283 bildirimden %51,95'i pandemi öncesi %48,05'i pandemi sürecinde gerçekleşmiştir. Yapılan araştırma sonucunda kamu hastanelerinde pandemi öncesine göre pandemi sonrası artış tespit edilirken, üniversite hastanesinde pandemi sonrası azalma tespit edilmiştir. Ayrıca pandemi öncesi dönemde şiddet uygulayan kişilerin profili incelendiğinde ise bu dönemde hasta yakınlarından gelen şiddet vakaları çoğunlukta iken pandemi döneminde şiddet uygulayan kişiler çoğunlukla hastaların kendileri olmuştur.[49]

İstanbul'da çalışan, sağlık çalışanlarının koronavirüs hastalığı 2019 pandemisi öncesi ve sırasındaki, şiddete maruz kalma ve gelecekte şiddete uğrama endişeleri arasındaki ilişki ve bu ilişkinin sağlık çalışanlarının çeşitli özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla planlanan çalışmanın örneklemini İstanbul'da çalışan 392 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre; çalışanların COVID-19 pandemisi öncesi ve sırasındaki doğrudan ve dolaylı şiddete maruz kalmaları ile gelecekte şiddete uğrama endişeleri arasındaki ilişki doğru orantılıdır. Kadın sağlık çalışanlarının erkek sağlık çalışanlarına göre gelecekte şiddete maruz kalma endişesinin daha yüksek olduğu, vardiyalı çalışma şekline sahip sağlık çalışanlarının COVID-19 sırasında iş yerinde doğrudan şiddete maruz kalma durumunun, sürekli gündüz çalışanlarda daha yüksek olduğu, haftalık çalışma saati 51-60 saat arasında olan sağlık çalışanlarının ≤40 saat çalışan sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırma sonunda, Pandemi öncesinde var olan sağlıkta şiddetin, pandemi döneminde de artarak devam ettiği, bu durumun sağlık çalışanlarının gelecekte de

şiddete maruz kalma endişelerini artırdığı belirtilmiştir.[50]

Ankara Tabip Odasının 10-10-2023 tarihli haberine göre;

Son üç yılda hekime müracaat sayıları incelendiğinde kamu ve özel sektörde yaşanan sağlık talebindeki patlamanın boyutu daha net anlaşılmaktadır:

- 2020 yılında 600 milyon 261 bin 131,
- 2021 yılında 675 milyon 652 bin 190,
- 2022 yılında ise 854 milyon 328 bin 324'a ulaşmıştır.

2022 yılında hekime müracaatın % 39,9'u birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara yapılırken, % 60,1'i ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılmış, kişi başı hekime müracaat sayısı 10,0, kişi başı diş hekimine müracaat sayısı 0,62 ve yatak doluluk oranı 58,1 olarak saptanmıştır. Kişi başı hekime müracaatın 10'a ulaşması, genel olarak sağlık ortamındaki bozulmanın ve sağlık hizmetinin planlanmasındaki sorunların göstergesidir. Sağlık sistemindeki yoğunlaşma hekim, hemşire, teknisyen, ebe, vd. çalışanların iş yükünü artırmaktadır, başvuru sayılarının artışı sistemi kilitleyerek muayene sürelerini 5 dakikaya çekmekte, kimi uzmanlık alanlarında randevu krizine neden olmaktadır. Tedavi olamayan veya 5 dakikalık muayene süresinde kendisiyle yeterince ilgilenilmediğini düşünen hastalar, sisteme yönelik öfkesini en yakınındaki sağlık çalışanlarına yansıtmaktadır. Sağlıkta şiddetin nedenlerinden biri, kontrol edilemez hale gelerek 850 milyonu geçen, hekime ve sağlık kurumlarına müracaat sayısıdır. Beyaz Kod sistemi kurulduğu günden itibaren, en az 101 bin sözlü ve fiziksel şiddet bildirimi verilmesi bu sonucu desteklemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, sağlık çalışanlarının yüzde 8'i ila 38'i meslek yaşamlarının bir noktasında fiziksel şiddete maruz kalmaktadır, Türkiye'de ise günde en az 100 sözel ve fiziksel şiddet vakası yaşanmakta; hekimlerin % 84'ü ise en az bir kere sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalmaktadır.[51]

Prof. Dr. Oğuz Polat'ın başkanı olduğu İmdat Derneğinin Raporuna göre; 2023 yılında sağlık çalışanına yöneltilen şiddet sayısı 2022'ye göre %83,54 oranında artmış, 1 Ocak- 20 Aralık 2023 tarihleri arasında 457 sağlıkta şiddet vakası tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre %43,3 hemşireler, %40,9 hekimler, %15,8 diğer sağlık personeli görev başında şiddete maruz kalmıştır. Şiddetin, %60.4'ü hasta yakını, %25.5'ü hasta, %12.8'i 3.şahıslar tarafından gerçekleştirilmiştir. Sağlık çalışanlarının,%75,3'ü hem sözlü hem fiziksel şiddete maruz kalmış, %85,7'si darp edilmiş, olayların %14.3'ünde ateşli silah ya da bıçak gibi alet kullanılmış, şiddet olaylarının %80,5'inde adli süreç başlatılmıştır. **Raporda, Sağlıkta şiddetin nedenleri özetlenmiştir, Buna göre;**

Sağlıkta dönüşüm programı,

Sağlık çalışanlarının popülist politikalar ile hedef haline getirilmesi,

Halkın eğitim düzeyinin düşük olması,

Medyada sağlık çalışanlarına yönelik olumsuz haberlerin yapılarak hedef haline getirilmesi,

Sağlık çalışanlarının bazılarının iletişim yeteneklerinin düşük olması,

Sağlık kuruluşlarının fiziki mekanlarının ve tecrübeli personelin yetersiz kalması,

Sağlık çalışanlarının aşırı iş yükü ve tükenmişlik ile karşı karşıya kalması, iş doyumunun yetersiz olması,

Sağlıkta şiddeti önleyici yasal düzenlemelerin caydırıcı olmaması, sağlık şiddet nedenleri olarak belirlenmiştir.[52]

22 Temmuz 2025 tarihli Sağlık Haberlerine göre, 2024 ve 2025 yıllarına ilişkin tam veriler henüz resmi olarak açıklanmamıştır. Türk Tabipleri Birliği, Sağlık Bakanlığı'ndan bu verileri şeffaf biçimde paylaşmasını talep etse de, Bakanlık bu konuda düzenli bir bilgi akışı sağlamamaktadır. 2023 yılına ait faaliyet raporunda yalnızca, 2023'ün ilk 6 ayında beyaz kod sistemine 9035 başvuru yapıldığı bilgisi yer almıştır. Bu başvuruların 7066'sı hukuki yardıma konu olmuştur. TTB'nin ısrarlı talepleri sonucu Bakanlık, 18 aylık bir dönemde (2022 ve 2023'ün ilk yarısı) 5100 fiziksel şiddet vakası bildirildiğini iletmiştir. Ancak bu veriler oldukça eksiktir, sözel şiddet vakaları ve detaylı dökümler paylaşılmamıştır. Buna karşılık sahadan gelen haberler ve sendika raporları, 2024 ve 2025 yıllarında da sağlıkta şiddetin hızla arttığını ortaya koymaktadır, örneğin, Cumhuriyet gazetesinin derlediği haberlere göre; 2024'ün ilk 7 ayında en az 16 doktor hasta veya yakını tarafından darp edilmiş, 2025 yılının ilk yarısında da Türkiye'nin farklı illerinden doktor, hemşire ve diğer çalışanlara yönelik onlarca saldırı olayı basına yansımıştır.[53]

Bireylerin sağlık çalışanlarına şiddet uygulama niyetinin değerlendirilmesi ve şiddete yönelik algılarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmada; veriler, İstanbul ili Sultanbeyli ilçesi evreninde 550 kişiden, "Sağlık Çalışanlarına Şiddet Uygulama Niyeti Ölçeği" ve kişisel bilgi formu kullanılarak, anket tekni-

ğiyle toplanmıştır. Geçmişte sağlık çalışanlarına şiddet uyguladığını belirten katılımcıların oranı %14.4'dür. Her on katılımcıdan biri sağlık çalışanlarının şiddeti hak ettiğini düşünmektedir. Şiddet uygulamada ilk beş nedenin; muayene için bekleme süresinin uzun olması (%36.7), hakarete uğrama (%16.5), muayene için ayrılan sürenin yetersiz olması (%16.5), yeterince bilgilendirilmeme (%11.4), sağlık çalışanlarının güler yüzlü ve kibar olmaması (%11.4) olduğu tespit edilmiştir. Çalışma bulguları 31-40 yaş aralığındaki bireylerin, eğitim seviyesi düşük olanların ve çalışan katılımcıların şiddet uygulama niyetinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.[54]

Ülkemizde sağlık çalışanlarına şiddet konusunda yapılan birçok araştırmanın sonuç bölümünde yapılan öneriler incelendiğinde; kurumsal düzeyde iş gücü analizleri yapılarak yeterli sayı ve nitelikte sağlık profesyoneli istihdam edilmesinin, sistemin yükünü hafifleterek, hizmet sunum kalitesinin ve hasta memnuniyetinin artırılmasına katkı sağlayacağı, ayrıca politik düzeyde birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde kullanılması amacıyla düzenlemeler yapılması gerektiği belirtilmiştir. Sağlık kurumlarında güvenlik önlemlerinin alınmasının, yasal ve politik düzenlemelerin gözden geçirilmesinin, randevu sisteminin güçlendirilmesinin, hekimlere hasta muayeneleri için ayrılan sürelerin ve yoğun ünitelerde sağlık çalışanı sayısının artırılmasının, şiddet olaylarının raporlanmasının, çalışma ortamının iyileştirilmesinin, bekleme salonlarının tasarımının stresli koşulları en aza indirecek şekilde düzenlenmesinin şiddet olaylarını azaltabileceği belirtilmiştir.

Medyada sağlıkta şiddete yönelik haberler ile kurgu programlardaki sağlıkçılara yönelik kullanılan dil değiştirilmeli, mesleğin kutsallığı ve önemine vurgu yapılmak suretiyle sağlık çalışanlarının mesleki saygınlıklarının artırılması hedeflenmelidir.

Toplumda, küçük yaşlardan itibaren sağlık okuryazarlığının artırılması için çalışmalar başlatılmalıdır.

Sağlık çalışanları için, şiddetle başa çıkma, ileri iletişim teknikleri eğitimleri, psikolojik destek programları hazırlanmalıdır.

Sağlıkta yaşanan şiddetin önlenebilmesi için öncelikli olarak; yasal düzenlemeler yapılması, güvenlik güçlerinin yetki ve sorumluluklarını arttırarak, şiddet uygulayan kişiye caydırıcı cezalar verilmesi ve bu cezaların medyada yer bulmasıdır.[44,54,55]

KAYNAKLAR

1. ICOH. OH for Health Workers [İnternet]. [erişim tarihi 13 Ağustos 2025]. Erişim adresi: http://www.icohweb.org/site/scientific-committee-detail.asp?sc=18.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 Haber Bülteni [İnternet]. [erişim tarihi 22 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/49429/0/haber-bulteni-2023-30092024pdf.pdf.
3. Euronews. OECD ülkelerinde doktor sayısı: Türkiye'de kişi başına kaç doktor ve hemşire düşüyor? [İnternet]. 18 Mart 2024 [erişim tarihi 22 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://tr.euronews.com/2024/03/18/oecd-ulkelerinde-doktor-sayisi-turkiyede-kisi-basina-kac-doktor-ve-hemsire-dusuyor.
4. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. T.C. Resmi Gazete. 30 Haziran 2012;28339.
5. İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. T.C. Resmi Gazete. 13 Mart 2025;3284.
6. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete. 6 Nisan 2011;27897.
7. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. 2012/23 sayılı Çalışan Güvenliği Genelgesi. Ankara: T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı; 2012.
8. Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesine ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete. 27 Haziran 2015;29399.
9. Türk Tabipleri Birliği. Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi Hakkında Görüş ve Öneriler [İnternet]. [erişim tarihi 22 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=2d2b65b6-7a61-11ea-a12d-7aee3f6e69c5.
10. Türkiye Büyük Millet Meclisi. Genel Kurul Tutanağı, 27. Dönem 3. Yasama Yılı 85. Birleşim. 14 Nisan 2020.
11. Türk Tabipleri Birliği. Sağlıkta Şiddet Yasası: Türk Tabipleri Birliği'nin kazanımıdır [İnternet]. [erişim tarihi 22 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=89769254-7f21-11ea-bc5a-1802c1c4918a.
12. Kurudirek F, Arıkan D, Ekici S. COVID-19 salgını sürecinde sağlık çalışanı olan ve olmayan ebeveynlerin çocukları ile olan ilişkisinin incelenmesi. J Infant Child Adolesc Health. 2023;3(2):98-110.
13. Gürer A, Gemlik HN. Covid-19 pandemisi sürecinde sahada olan sağlık çalışanlarının yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri üzerine nitel bir araştırma. Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi. 2020;4(2):45-52.
14. Türk Tabipleri Birliği (TTB). Türkiye'de COVID-19 tanısı almış sağlık çalışanlarının sayısı artıyor: Daha fazla arkadaşımızı kaybetmemek için hükümeti önlem almaya davet ediyoruz [İnternet]. 2020 [erişim tarihi 22 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/kollar/userfiles/files/ttbcovid-saglik-calisanlari_-EN-SON.pdf.
15. Çetin B, Deniz D, Gemlik HN, Yarar O. Koronavirüs (COVID-19)'ün sağlık çalışanları üzerine etkisi: Nitel bir araştırma. J Acad Perspect Soc Stud. 2021;1:45-58.

16. Şayık D, Açıkgöz A, Mutlu F. Koronavirüs pandemisinde sağlık personellerinin uyku kalitesi: Meta-analiz. J Turk Sleep Med. 2021;1:1-6.
17. Çankaya M. Covid-19 pandemisi ve sağlık çalışanlarının iyilik hali değişimi. In: Nagy H, Huseynov R, eds. Atlas International Congress on Social Sciences 7. Proceedings Book. Budapest, Hungary; 2020. p.446-60.
18. Öztürk M, Ertem GT, Kotanoğlu MS, Erdinç FŞ, Kınıklı S. Covid-19 pandemisinde görev alan sağlık çalışanlarının algıladıkları sosyal desteğin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine etkisi. Ankara Eğt Arş Hast Derg. 2021;54(1):70-7.
19. Güdük Ö, Güdük Ö, Vural A. COVID-19 küresel salgınında sağlık çalışanlarının belirsizliğe tahammülsüzlüğünün değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg. 2021;24(1):139-50.
20. Taşdelen R, Ayık B, Kaya H, Erciş M, Ertekin E. Türk sağlık çalışanlarının Covid-19 pandemisine psikolojik tepkileri: Damgalanmanın etkisi. Arch Neuropsychiatry. 2022;59:133-8.
21. Nesanır N, Bahadır A, Karcıoğlu Ö, Korur Fincancı Ş. Pandemi sürecinde Türkiye'de sağlık çalışanı ölümlerinin anlattığı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2022. ISBN: 978-605-9665-76-6.
22. Türk Tabipleri Birliği. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi çalışma raporu 1 Eylül 2020–31 Mayıs 2021. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 2021.
23. Kol E, Topgül S. COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları açısından iş kazası ve meslek hastalığı olarak değerlendirilmesi. Enderun. 2021;5(2):165-95.
24. Azak E, Altındağ-Okekar N, Toygar-Deniz M. Evaluation of risky contact with blood and body fluids in healthcare workers in the last 10 years: A university hospital experience [Türkçe]. Klimik Derg. 2024;37(2):122-30.
25. Pıçakçıefe IM, Kıcalı RÜ, Dede B, Vatandaş MO, Ata Ş. Sağlık çalışanlarında sosyodemografik özelliklerin, çalışma koşullarının ve gündüz aşırı uykululuk halinin kesici-delici alet yaralanmalarına etkisi. Nobel Med J. 2024;20(1):14-21.
26. Karakılçık HN. Tıp ve diş hekimliği fakültesi araştırma görevlilerinde kas-iskelet sistemi yakınmaları ve ergonomik risk faktörlerinin değerlendirilmesi [uzmanlık tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD; 2023.
27. Geçer SG, Kumsar AK. Yoğun bakım hemşirelerinin kas iskelet sistemi ağrılarının incelenmesi. J Innov Healthc Pract. 2024;5(1):40-51.
28. İnaltekin A, Yagcı I. Sağlık çalışanlarının ruh sağlığı, intihar düşüncesi, mobbinge maruziyet ve iş doyumu: bir ikinci basamak hastane örneklemi. Osmangazi J Med. 2024;46(6):869-77.
29. Kaya K. Mobbing: Şanlıurfa kadın sağlık çalışanları üzerine ampirik bir çalışma. Econharran. 2021;5(7):101-17.
30. Özek F, Adıgüzel Y, Karataş Ö, Yükseloğlu EH, Erkan I. Sağlıkta mobbingin tükenmişliğe etkisi: bir meta analiz çalışması. Yeni Yüzyıl J Med Sci. 2023;4(2):68-76.
31. Aslan R, Çevik Z. Sağlıkta mobbingin ölümcül yüzü: intihara sürüklenen sağlık çalışanları üzerine bir analiz. In: 1. Ulusal Gülhane Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Bildiri Kitabı; 2025 Nisan 25-26; Ankara. p.54.
32. Keleş F, Keleş DA, Alp F. Sağlık çalışanlarının mobbing ve iş tatmini düzeyleri arasındaki ilişki: meta analiz çalışması. In: ICHEAS 8th International Conference on Health, Engineering and Applied Sciences; 2024 Kasım 15-17; Rome. ISBN: 978-625-6283-98-5.
33. Altun U, Uslu YD, Aygün S, Sevim B. Hasta hizmetleri çalışanlarının tükenmişlik ve sessiz istifa düzeylerinin değerlendirilmesi: ampirik bir analiz. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg. 2024;27(4):671-88. doi:10.61859/hacettepesid.1497014
34. Günaydın N, Gürgöze R, Erkan I. Pandemi sürecinde 112 acil sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin ilişkisi. Eurasian J Health Technol Assess. 2023;7(2):77-86.
35. Altınışık Ergur G, Nuhoğlu Ş, Çobanoğlu C, Çetin N, Bostan P, Ergur A. Adanmışlıktan tükenmişliğe, tükenmişlikten vazgeçişe: COVID-19 pandemisinde istifa eden/emekli olan hekimlerin çığlığı. İstanbul Üniv Sosyoloji Derg. 2021;41:73-102. https://doi.org/10.26650/SJ.2021.41.1.0078.
36. Aydan S. Hekim göçü açısından Türkiye'nin çalışma koşullarının değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg. 2023;26(3):895-920.
37. Erdoğan Kaya A, Erdoğan Aktürk B, Aslan E. Factors predicting the motivation to study abroad in Turkish medical students: a causal investigation into the problem of brain drain. J Health Sci Med. 2023;6(2):526-31.
38. Eser E, Cil E, Sen Gundogan NE, Col M, Yildirim Ozturk EN, Thomas DT, et al. Push and pull factors of why medical students want to leave Türkiye: a countrywide multicenter study. Teach Learn Med. 2024;36(5):588-600.
39. Yalçın H. Sağlık çalışanlarına şiddet ve şiddet oranları. Aydın Sağlık Derg. 2023;9(3):117-30.
40. Bekar EÖ, Çevik E. Beyaz Kod verileri ışığında Düzce ilindeki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. Düzce Üniv Sağlık Bilimleri Enstitüsü Derg. 2021;11(3):298-304.
41. Uskun E, Batmaz K, Aydın G. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve ilişkili faktörler: araştırma uygulama hastanesi örneği. Med J SDU. 2022;29(1):23-35.
42. Işıklı Eİ, Arslan T. Sağlık kurumlarında şiddet: gazete haberleri üzerinde bir araştırma. Sosyal Politika Çalışmaları Derg. 2021;21(50):89-128. doi:10.21560/spcd.vi.621293.
43. Sağlık-Sen. 2022 yılı sağlıkta şiddet raporu [İnternet]. 2022 [erişim 22 Ağu 2025]. Erişim: https://www.saglik-sen.org.tr/haber/12308/saglik-sen-2022-yili-saglikta-siddet-raporu
44. Sağlık-Sen. Sağlıkta şiddet araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları; 2022. Yayın No: 55.
45. Akça N, Kaya M, Sönmez S. Pandemi döneminin sağlık çalışanına yönelik şiddet olaylarına etkisi: yazılı basın üzerine bir araştırma. Dicle Univ İİBF Derg. 2022;12(24):178-91.
46. Güvener H, Aytekin M, Bağcı E. COVID-19 pandemisi sonrası sağlık çalışanlarının şiddet algısı. Gaziantep Univ J Soc Sci. 2023;22(3):912-31. doi:10.21547/jss.1300156.
47. Özkan Şat S, Akbaş P, Yaman Sözbir Ş. Nurses' exposure to violence and their professional commitment during

the COVID-19 pandemic. J Clin Nurs. 2021;30(13-14):2036-47. doi:10.1111/jocn.15760.

48. Ekşi A, Gümüşsoy S, Utanır Altay S, Kirazlı G. Effect of the COVID-19 pandemic on violence against pre-hospital emergency health workers. Work. 2022;(Preprint):1-6. doi:10.3233/WOR-220147.
49. Gülen S, Ormankaya T. COVID-19 pandemi sürecinde sağlıkta şiddet: Beyaz Kod verileri ile retrospektif bir değerlendirme. Sağlık Bilimlerinde Değer. 2025;15(2):275-81.
50. Karatuzla M, Uluocak Köse T, Sönmez B. Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumu ve geleceğe yönelik endişeleri: COVID-19 pandemisi öncesi ve sırasına ilişkin tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma. Turkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2024;16(3):785-97.
51. Ankara Tabip Odası. Hekime başvuru patladı: 85,4 milyon; sağlıkta şiddet, artan iş yükü, sağlıksız toplum [İnternet]. 2023 [erişim 22 Ağu 2025]. Erişim: https://ato.org.tr/haberler/2023-haberleri/print:page,1,2564-hekime-basvuru-patladi-854-milyon-saglikta-siddet-artan-is-yuku-sagliksiz-toplum.html.
52. Polat O. İmdat Derneği. Sağlıkta şiddet 2023 raporu [İnternet]. 2023 [erişim 22 Ağu 2025]. Erişim: https://www.imdat.org/media/raporlar/2023_SAGLIKTA_SIDDET_RAPORU.pdf.
53. Sağlıkta şiddet olayları 2025: sağlık çalışanlarına yönelik şiddet durmuyor [İnternet]. Sağlık Haberi. 2025 [erişim 22 Ağu 2025]. Erişim: https://saglikhaberi.net/saglikta-siddet-olaylari-2025-saglik-calisanlarina-yonelik-siddet-durmuyor.
54. Şafak T, Kızılkaya Y, Aslan Y. Sağlık çalışanlarına şiddet uygulama niyetinin değerlendirilmesi: Sultanbeyli örneği. Hacettepe Univ İİBF Derg. 2024;42(2):294-318.
55. Çakmakcı B. Durdurulamayan pandemi: sağlıkta şiddetin sıklığı üzerine bir meta analiz çalışması. Sağlık Sosyal Refah Araş Derg. 2024;6(1):66-77.

Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliği

Ferdi Tanır

1. Giriş

Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (Food and Agriculture Organization-FAO) anayasasında tarım, tarımsal gıdanın çiftlikten sofraya; yetiştirilmesi, avlanması, hasat edilmesi, işlenmesi, paketlenmesi, taşınması, dağıtılması, ticaretinin yapılması, satın alınması, hazırlanması, tüketilmesi ve imha edilmesi aşamalarını, balıkçılık, deniz ürünleri, ormancılık ve ürünlerinin işlem gördüğü sektörü tanımlamaktadır. Tarla bitkileri (arpa, buğday, mısır, çeltik vb.), bahçe bitkileri (elma, vişne, fındık, zeytin vb.), sera, mantar yetiştiriciliği gibi topraklı, topraksız faaliyetlerin ve tüm hayvancılık faaliyetlerinin hepsi ziraat ya da tarım olarak adlandırılmaktadır. Tarım, bitkilerin ve evcil hayvanların küresel insan nüfusunun gıda ve diğer ürünleri sağlayarak geçimini sağladığını açıklayan en kapsamlı tanımlamadır. *İnsan beslenmesi temelde tarıma bağlıdır ve bu bağımlılık, yaşamın sağlıklı devamı için de kaçınılmazdır. Tarım sektörü, gıda üretimi ve beslenmeyle yakından ilişkilidir. Tarım, sağlıklı bir çevrenin, ekolojik dengenin ve böylece doğal yaşamın sürdürülebilirliğin sağlaması yönünden tüm ülkeleri etkiler. Aktif nüfus ve işgücü oranına, milli gelire ve sanayi için hammadde ve kapitale katkı sağlar. Bu etkinlikleriyle stratejik derecede önemli bir sosyoekonomik sektördür.*[1,2]

Tarım sektörü çalışanları; tarlalarda, meyve bahçelerinde, seralarda, hayvancılık ünitelerinde ve birincil işleme tesislerinde çalışan kadın ve erkeklerdir. Bu işçiler homojen bir grup oluşturmazlar. Sektör; daimi (tam zamanlı) işçiler; geçici veya gündelik işçiler; mevsimlik tarım işçileri; göçmen tarım işçileri, parça başı veya bir tür 'ayni(eşya, mal, gıda vb.)' olarak ödeme alan işçi gruplarını içermektedir. *Tarım sektörü; mevsimlik, göçmen ve geçici işgücünün en yaygın kullanıldığı ekonomik alandır.*[3]

Bu derlemede, çalışma yaşamında tehlikeli sınıf işyerleri grubunda bulunan ve özel risk grupları (kadın, çocuk, mevsimlik vb.) içeren tarım sektörünün, Dünyada ve Türkiye'deki 2020-2024 yıllarındaki istihdam değişimleri ile iş sağlığı ve güvenliği (İSG) verilerinin değerlendirilerek paylaşılması amaçlanmıştır.

2. Dünya ve Türkiye Tarım Sektöründe İstihdam

Dünya genelinde yaklaşık bir milyar (873 milyon) kişi tarım sektöründe çalışmaktadır ki bu sayı istihdam edilen nüfusun yaklaşık %28'idir. Yaklaşık 450 milyon kişi ücretli işçi olup, bunların çoğu tarla vb. ekili alanlar/plantasyon sektöründeki işlerden elde edilen gelire bağımlıdır. Teknolojik gelişmeler ve ekonomik değişimler sonucu birçok ülkede tarımın istihdamdaki payı azalmış olsa da tarım; geçim kaynakları, gıda güvenliği ve kırsal kalkınma için kritik bir sektör olmaya devam etmektedir. Tarım sektörü, kırsal ekonomi, istihdam yaratma, yoksulluğu azaltma, gıda güvenliğini sağlama ve sosyal adaleti ilerletme potansiyeline sahiptir.[4,5]

International Labour Organization/Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) verilerine göre dünyada tarım çalışanlarının ortalama %26'sı(%5-45) kadındır. TÜİK 2024 verilerine göre *Türkiye tarım çalışanlarının %41'i kadındır ve tarım en yüksek oranda kadın çalışanın olduğu sektördür. Ne yazık ki bu sektörde çalışan kadınların %47,8'i kayıt dışıdır.*[5,6-11]

United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF-Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu) ve ILO'nun 2020 yılı verilerine göre, dünya genelinde 160 milyon çocuk, işçi olarak çalışmakta ve bunların 79 milyonu sağlıklarını, güvenliklerini ve ahlaki gelişimlerini doğrudan olumsuz etkileyen tehlikeli işlerde çalıştırılmakta iken 2024

yılında yaklaşık 138 milyon çocuk, işçi olarak çalıştırılmıştır. Bu çocukların yaklaşık 54 milyonu, sağlıklarını, güvenliklerini veya gelişimlerini tehlikeye atabilecek tehlikeli işlerde çalıştırılmaktadır. Son veriler, 2020'den bu yana toplamda 22 milyondan fazla çalışan çocuğun azaldığını ve 2016-2020 yılları arasında görülen endişe verici artışın tersine döndüğünü göstermektedir. Bu olumlu eğilime rağmen, *Dünya, söz verdiği 2025 yılına kadar çocuk işçiliğini ortadan kaldırma hedefini kaçırmıştır.*[12,13]

Türkiye, uygun iklim koşulları, zengin biyolojik çeşitliliği ile önceki yıllarda tarıma dayalı ekonomisi varken, günümüz istihdamında, hizmet ve sanayiden sonra üçüncü sırada yer alan önemli bir tarım ülkesidir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye'de çalışanların istihdamlarının sektörlere göre dağılımları incelendiğinde; 2020-2024 yılları arasındaki beş yıllık dönemde, çalışanların sayısı %21,7 kadar artarken tarım sektörü yaklaşık %2,5 oranında azalan tek sektör olmuştur. Çalışanların yaklaşık 3/5'i hizmet sektöründe istihdam edilmektedir. Sanayi sektörü çalışanlarının istihdamı hemen aynı oranda kalırken, bir diğer istihdamı artan sektör inşaat sektörü olmuştur. Bu sayılar, kayıt dışı çalışanlar ile bunların içinde en büyük oranı içeren mevsimlik tarım işçileri(MTİ)ni içermemektedir. *TÜİK verilerine göre kayıt dışı çalışanların oranı 2020'de %32,7'den 2024'de %27,8'e azaldığı belirtilse de en yüksek oran (%81-84) tarım sektöründedir (***Tablo 1***).*[6-11]

Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK) verilerine göre 2024'te Türkiye nüfusunun %25,5'ini 0-17 yaş grubu çocuklar oluşturmuştur. Hane halkı iş gücü araştırmasına göre 2020'de %16,2 olan 15-17 yaş grubu çocukların iş gücüne katılma oranı 2024'de %24,9'a (Erkek: %35,6 Kadın: %13,7) yükselmiştir. Yani dört çocuktan birisi işçi olarak çalışmaktadır. 2024'te 15-17 yaş grubunda 3.894.000 çocuk bulunurken, bunların 970.000 kadarı kayıtlı işçi olarak çalışmaktadır. Buna ek olarak 504.000 çocuğun da mesleki eğitim merkezleri (MESEM) kapsamında çalıştığı hesaba katılınca toplamda çocuk işçi sayısı 1.474.000'e ulaşmaktadır. *Çocuk işçilerin en az %30,8'i tarımda olduğu kabul edilirse bile tarımda yaklaşık olarak 300.000 çocuk işçi bulunmaktadır. Ayrıca büyük oranda kayıt dışı olan MTİ'nin çocuk işçileri, bu sayının içerisinde değildir.*[10,13]

Tarım sektöründe, makineler dışında günümüzde de çok sayıda insan gücüne gereksinim olmakta ve nitelik gerektirmeyen ekim, dikim, çapalama, ayıklama, hasat gibi işlemlerde mevsimlik tarım işçilerinin çalışması gerekmektedir. Mevsimlik tarım işçileri (MTİ), genellikle kendisinin olmayan tarım alanında, üretimin herhangi bir aşamasında çalışan, ücretli, o ülkenin vatandaşı ya da göçmen olup sürekli ya da gezici olarak mevsimlik çalışan kişiler olarak tanımlanmaktadır. *Türkiye'de MTİ'nin demografik yapısı dış göçlerle değişime uğramış ve bölgesel olarak yer yer %60-80 kadarının göçmen işçi olduğu belirtilmiştir.*[3, 16-18]

3. Tarım Sektöründe İş Sağlığı ve Güvenliği

3.1. Dünya Tarım Sektöründe İş Sağlığı ve Güvenliği

Tarım sektörü; kapalı ve açık çevrede, çok değişken coğrafi ve iklimsel koşullarda yürütülen bir sektördür. Tüm ekonomik sektörler arasında en tehlikeli olanlardan birisidir ve her yıl birçok tarım işçisi, iş kazaları ve mesleki sağlık sorunları yaşamaktadır. Tarım, çeşitli makine, hayvan, taşıt, bitki ve ürün türünü barındıran bir sektördür. Özellikle Afrika ve Asya'da olmak üzere birçok ülkede kadın istihdamının en büyük sektörü tarımdır. Tarım, dünya iş gücünün üçte birinden fazlasını istihdam etmekte ve dünya genelindeki çocuk işçiliğinin yaklaşık %70'ini oluşturmaktadır.[2,5,12]

Tablo 1. Türkiye'de çalışanların sektörlere göre dağılımı*

Yıllar	Sektörler (x 1000 kişi)								Toplam
	Tarım		Sanayi		İnşaat		Hizmet		
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%**	
2020	4.716	17,6	5.497	20,5	1.538	5,7	15.060	56,2	26.811
2021	4.695	14,9	6.143	21,3	1.777	6,2	15.928	55,3	28.796
2022	4.827	14,8	6.663	21,7	1.846	6,0	17.378	56,5	30.753
2023	4.695	14,8	6.711	21,2	1.997	6,3	18.230	57,6	31.633
2024	4.827	14,8	6.746	20,7	2.162	6,6		57,9	32.621

* 2020-2024-TÜİK

** Satır %

Günümüzde milyonlarca tarım çalışanı hâlâ kayıt dışılık, düşük ücretler, sınırlı söz hakkı ve sosyal koruma eksikliği gibi insana yakışır iş eksiklikleriyle karşı karşıyadır. Tarım işçilerinde, yüksek oranda çalışan yoksulluğu, gıda güvencesizliği, kötü sağlık ve güvenlik koşulları, işgücü ve sosyal koruma eksikliği süregelmektedir. Tarım sektörü, ağır makinelerle çalışma ve bitki sağlığı ürünleri ile kimyasallarının yaygın kullanımını gerektirmektedir. Bu çalışmalar genellikle zorlu çevre koşulları (açık veya kapalı alan, aşırı sıcak-soğuk, nemli ortam, ultraviyole maruziyeti vb.) altında, uzun çalışma saatleri ile ve genelde düşük eğitim düzeyinde olan kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir.[3-5,12,15,16]

Tarım sektörü; gürültü ve titreşim maruziyeti, kayma, sekme ve yüksekten düşme, kas-iskelet bozukluklarına yol açan ağır yük kaldırma, taşıma ve diğer işler, toz ve diğer organik maddelere, kimyasallara ve bulaşıcı etkenlere maruz kalma, yüksek sıcaklıklara ve sert iklim koşullarına maruziyet, vahşi hayvan saldırıları gibi, kırsal çevrede yaygın olan diğer çalışma koşulları gibi İSG açısından tehlikeli ve çok tehlikeli sınıf çalışma ortamı özelliklerini taşımaktadır. Ortam ısısı, iş sağlığı ve güvenliği açısından bir tehlikedir ve kanıtlar, tarım sektörünün iklim değişikliklerine bağlı olarak öngörülen sıcaklık artışlarından özellikle etkileneceğini göstermektedir. Tarım çalışanlarının pestisit maruziyeti, mesleki, toplumsal ve halk sağlığı sorunlarına yol açmaktadır. Pestisitler, tarım işçilerinin kişisel sağlık ve çevresel güvenlik önlemlerini göz ardı etmeleri nedeniyle önemli bir sağlık sorunu kaynağıdır.[12-18]

Avrupa Birliği İSG düzenlemelerindeki en önemli sorun ve eksikliklerinden birisi, tarım çalışanları nüfusunun yaklaşık %90'ını oluşturan serbest çalışan çiftçilerin kapsam dışı bırakılmasıdır. Bu durum, kazaların ciddi oranda eksik raporlanmasına yol açmakta ve sağlık ve güvenlik girişimlerinin performansının gerçek boyutunun görülmesini engellemektedir.[19]

Avrupa Birliği(AB)'nde ortalama tarımsal fatalitenin 12/100.000 olduğu tahmin edilmektedir. Ancak bu oran, sınırlı verilere, raporlamadaki önemli farklılıklara ve tarımda iş yeri ölümlerinin eksik bildirilmesine dayanmaktadır. Birçok AB ülkesinde, serbest çalışan bir çiftçinin, aile üyelerinin veya iş sözleşmesi olmayan kişilerin ölümleri genellikle bildirilmemektedir. Bu nedenle, Avrupa ve hatta uluslararası alanda ölümcül yaralanma istatistiklerini ve oranlarını karşılaştırmak çok zordur. Mesleki hastalıklar, bedensel hasara yol açan işle ilgili herhangi bir faaliyetten kaynaklanır ve genellikle "Yavaş Çekimde Yaralanma" olarak tanımlanır. Uluslararası çalışmalarda, mesleki hastalıklarının tarımsal iş kazalarından yaklaşık 10 kat daha fazla kayba neden olduğu tahmin edilmektedir. Tarım dışı tüm sektörlerde ise meslek hastalıklarının iş kazalarına bağlı kayıplardan altı kat fazla kayba neden olduğu bilinmektedir. İrlanda'da yapılan ulusal bir çalışmada, tarım çalışanlarında 17-65 yaş arasında mesleki hastalık oranlarının, "beyaz yakalı" çalışanlara göre Kardiyo Vasküler Hastalık-KVH insidansının beş kat, kanser vakalarının üç kat ve kazara ölümlerin ve zehirlenmelerin yedi kat daha fazla olduğu gösterilmiştir.[13,14,19]

3.2. Türkiye Tarım Sektöründe İş Sağlığı ve Güvenliği

Türkiye'de daha önce İSG açısından kapsam dışı olan tarım sektörü, 2012'de yayımlanan 6331 sayılı İSG Kanunu'nun hemen tüm sektörleri kapsamasından dolayı İSG kapsamına alınmıştır. Süreç içinde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü koordinatörlüğünde üniversiteler (Ankara, Çukurova, Harran), ile 19 Mart 2013 tarihinde imzalanmış olan "Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliği İşbirliği Protokolü" çerçevesinde, ilgili bakanlıkların (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı) da katıldığı, "İş Sağlığı ve Güvenliği Ortak Danışma Kurulu" toplantıları, 2013, 2014 ve 2018'de olmak üzere üç kez yapılmışsa da alınan kararların ve uygulama önerilerinin sürdürülebilirliği sağlanamamıştır.

Özellikle mevsimlik tarım çalışanlarına yönelik çıkarılarak uygulanmaya çalışılan 24.03.2010 tarih, 27531 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 2010/6 sayılı, 19.04.2017 tarih 30043 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 2017/6 sayılı Başbakanlık ve 27.04.2024 tarih 32529 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 2024/5 sayılı Cumhurbaşkanlığı "Mevsimlik Tarım İşçileri" genelgesi ile yapılması gerekenler detaylı biçimlerde açıklanmışsa da her yedi yılda bir çıkarılan genelgelerin uygulamalar açısından beklenenleri veremediğini güncel gözlemlerimizle belirtmemiz gerekmektedir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB)'nın İSG Genel Müdürlüğü koordinatörlüğünde anılan yönergelerin birincisine dayanarak geliştirilen ve 2010-2013 yıllarında 38 ilde 65 proje ile uygulanan "Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Yaşam Koşullarının İyileştirilmesi Projesi (METİP)" için istenilen boyutta yarar ve sürdürülebilirlik sağlanmadığı saha gözlemleri ile geri bildirimlerde belirtilmiştir. Daha sonra 2017-2024 yıllarında 15 ilde 28 alanda uygulanan e-METİP projesi ile sürdürülmek istenmişse de istenilen verim alınamamıştır.[19]

ÇSG Bakanlığı, 14.02.2025'de yapılan "Mevsimlik Tarım İşçileri İzleme ve Değerlendirme Kurulu Toplan-

tısı"nda "MTİ ve ailelerinin, ekonomik ve sosyal sıkıntılarla karşı karşıya olduğu, MTİ'nin hem çalışma hem de yaşam koşullarının iyileştirilmesine yönelik önemli faaliyetler yürütüldüğü, 2024/5 sayılı 'Mevsimlik Tarım İşçileri' Cumhurbaşkanlığı Genelgesi ile "Sağlık hizmetleri, eğitim hizmetleri, geçici yerleşim alanları, ulaşım ve güvenlik hizmetleri, istihdam ve sosyal güvenlik hizmetleri, sosyal hizmetler, Mevsimlik Gezici Tarım İşçileri Bilgi Sistemi, mali kaynak, yatırım ve koordinasyon, mevsimlik gezici tarım işçileri eylem planı, İl/İlçe Mevsimlik Tarım İşçileri İzleme Kurulu ile Mevsimlik Gezici Tarım İşçiliği İzleme ve Değerlendirme Kurulu oluşturulduğu açıklanmıştır.[19] ÇSG Bakanlığının yakın tarihte belirttiği gibi yaklaşık 15 yıldır sürdürülen projeler, yayınlanan iki Başbakanlık ve bir Cumhurbaşkanlığı genelgesine rağmen sorunların halen devam ettiği, kayda değer çözümlenen bir gelişmenin olmadığı gerçeğini ortaya koymaktadır. On yıllardır kayıtlara giren sorunlar ne yazık ki hemen aynı şekilde süregelmektedir.[19]

Bu süreçte, uygulamaların bölgesel farklılıklar göstermesi ve sürdürülebilir olmaması, kurumsal görevlilerin sık ve sürekli değişimleri, kurumsal bilgi ve uygulamaların aksamasına neden olduğu kanısındayız.

Tarım, Türkiye'de en riskli sektörler arasındadır ve inşaat ve imalattan sonra üçüncü sırada yer almaktadır. "İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği"ne göre tarım, ormancılık ve balıkçılığın faaliyet kollarının büyük bir çoğunluğu "Tehlikeli" sınıf işyerleri grubunda yer almaktadır. 2024 yılı İSİG ve SGK istatistiklerine göre 7679 kişi iş kazası geçirmiş olup 326 çalışan bu kazalar sonucunda hayatını kaybetmiştir. Tarım sektöründe kayıt dışı çalışma oranlarının fazlalığı, MTİ'nin varlığı, iş kazası ve meslek hastalığına yakalananlarının tespitini de zorlaştırmaktadır.[20-21]

Ülkemizde tarımsal üretimin mevsimlik olarak değişkenlik göstermesi, tarım çalışanlarının emek yoğun olarak çalışması ve işgücünde kadın ve çocuk çalışanlar gibi özel risk gruplarının da yoğun olarak bulunması gibi nedenlere bağlı olarak sektörde İSG'e ilişkin birçok sorun ortaya çıkabilmektedir.

Ülkemizde, tarım işçilerinin başlıca sorunları; ulaşım, barınma, beslenme, sağlık, hijyen ve çalışma koşullarının yetersiz olmasıdır. Bu sorunların yanı sıra özellikle MTİ; ulaşım, barınma, beslenme, sağlık, eğitim, sosyal güvenlik, İSG, çevre ve çocuk işçiliği gibi birçok farklı sorunla karşılaşmaktadır. Ayrıca güneş altında açık havada çalışma, birden fazla iş yapma, çalışma sürelerinin ve dönemin mevsim koşullarına bağlılığı, yaşam alanlarının sağlıksız olması MTİ'nde çeşitli sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Tarım sektöründe yapılan araştırmalar, tarım sektöründeki iş kazalarının genelde makine kullanımı, trafik kazaları, pestisit maruziyeti ve ağır fiziksel iş yükü gibi risklerle oluştuğunu göstermektedir.[16,17,20,21]

4. Tarım Sektörü Çalışanları İçin İSG Önerileri

Tarım sektörü, dünyada büyük zorluklarla karşı karşıyadır. Dünyada giderek artan küresel nüfusun besleme gereksinimi de artarken, yoğun geleneksel tarım ve ilerleyen iklim değişikliği nedeniyle yıkıcı toprak bozulmasıyla karşı karşıya kalınmıştır. Günümüzde çocuklarımızın ve torunlarımızın nasıl bir dünyada yaşayacağına bizler karar vermek zorundayız. Sağlıklı ve besleyici ürünler mi yoksa besin takviyeleri mi tüketeceğiz? Ürün rotasyonunda tür erozyonu, tarımda büyük bir zorluktur. Avrupa'da ve dünyada, ekim alanındaki tahıl payı %80'lere kadar ulaşmakta ve bu da biyolojik çeşitlilikte ciddi bir azalmaya neden olmaktadır. Ürün rotasyonundaki basitleştirmeler, topraktaki humus içeriğini ve dolayısıyla kuraklık, sıcak veya şiddetli yağmur gibi periyodik olaylar sırasında çok önemli olan toprağın tampon kapasitesini azaltmaktadır. Ancak tarım, atmosferdeki karbondioksitin tutulması, yani organik karbonun toprakta sabitlenmesi sayesinde CO_2 emisyonlarını önemli ölçüde azaltma konusunda çok önemli oranda yüksek bir potansiyele sahiptir. Rejeneratif tarım, toprak verimliliğini artırırken ve değerli gıda üretirken iklim değişikliğini durdurmanın veya hatta tersine çevirmenin doğal bir yoludur. Biyolojik tarımı destekleyerek gezegenimizin yenilenmesine (karbon tutulması, toprak sterilizasyonunun ve su kirliliğinin önlenmesi) yardımcı olunabilecek, tarımsal üretimin geleceği ile gelecek nesiller için sağlıklı bir çevreyi sürdürülebilir bir şekilde güvence altına alınması sağlanabilecektir.[15]

Tam, üretken ve özgürce seçilmiş istihdam ve insana yakışır iş anlayışının özünde yer aldığı, sosyal, çevresel ve ekonomik açıdan sürdürülebilir bir tarım sektörü, yoksulluğun ortadan kaldırılması, eşitsizliklerin giderilmesi ve küresel açlığın sona erdirilmesi için vazgeçilmezdir. Bu nedenle, tarım-gıda sektöründeki tüm çalışanlar için insana yakışır işlerin sağlanması, sürdürülebilir kalkınmanın sağlanması ve kimsenin geride bırakılmaması, dolayısıyla sosyal adalete katkıda bulunulması için de önemlidir. Kırsal alanlarda insana yakışır iş, kimsenin geride kalmamasını gerçekleştirmek için salt koşuldur.[4,5,12]

Tarım sektöründe yapılan araştırmalar, işyerlerinde verilen eğitimlerin, çalışan sağlığını geliştirmenin iyi bir yolu olduğunu göstermiştir. Tarımda sağlık ve güvenlik 2021-2024 aksiyon planına uygun olarak Avrupa'da belirlenen hedefler:

1. Tarım sektörünü değer verilen bir profesyonel meslek olarak yerleştirmek.
2. Tarım çalışanlarının kayıtlarını, temel güvenlik ve sağlık sorunları hakkındaki araştırmaları ve mevcut bilgileri kullanarak müdahaleleri ve iyileştirmeleri bilgilendirmek.
3. Temel güvenlik sorunları hakkında açık ve uygun bilgi ve rehberliğin mevcut, kolayca erişilebilir olmasını ve tarım topluluğundaki herkesi etkilemesini sağlamak.
4. Tarım çalışanlarının hepsine, temel riskler hakkında güvenlik açısından kritik ve zamanında bilgi sağlanmasını ve bu riskleri ortadan kaldırma/azaltmadaki rollerini bilmelerini sağlamak.
5. Tarım sektörü çalışanları için sağlık ve güvenlik eğitimi ve ilgili sağlık ve güvenlik bileşenlerinin daha geniş eğitim ve öğretime dahil edilmesi de dahil olmak üzere yaşam boyu öğrenmeyi teşvik etmek.
6. İSG'nin bilgi aktarım gruplarına, meslektaşlar arası girişimlere, seminerlere, konferanslara, önemli etkinliklere ve çevrimiçi kaynaklara dahil edilmesi yoluyla, tarımda güvenlik, çocuk güvenliği, çalışan sağlığı ve genel güvenlik farkındalığını sağlamak.
7. Her eğitim seviyesinde güvenlik ve sağlığın tüm yönleri hakkında eğitim ve öğretim sağlayarak gelecek nesil tarım çalışanlarına odaklanarak nesillerin yenilenmesini desteklemek.
8. Ciddi ve ölümcül yaralanmaları önlemek için tüm yaş gruplarına pratik beceri eğitimi sağlanmasına özellikle önem vermek.
9. Traktör ve makinelerin yetersiz bakımı, kötü traktör ve makine işletimi, kötü hayvan elleçleme uygulamaları, düşme koruması olmadan yüksekte çalışma vb. gibi kötü uygulamaların tespit edilmesini, caydırılmasını ve uygun durumlarda cezalandırılmasını sağlamak.
10. Mesleki sağlığın (bedensel ve ruhsal) temel alanlarını vurgulamak ve sağlık risklerinin nasıl yönetileceği hakkında bilgi sağlamak.[14,15]

Tarım sektörü çalışanlarını iklim değişikliği kaynaklı ısı stresine karşı korumak için iklim değişikliğine uyum önlemlerini tasarlamak, uygulamak ve değerlendirmek gereklidir. Ortam ısısı, İSG açısından fiziksel bir tehlikedir ve kanıtlar, tarım sektörünün öngörülen sıcaklık artışlarından özellikle etkileneceğini göstermektedir.[15]

Tarım çalışanları genelde pestisit toksisitesinin ve bunun ciddi sonuçlarının farkında değildir. Pestisit kullanımında en iyi uygulamalar arasında, pestisitlerin doğru kullanımı konusunda teşviklerle davranış değişiklikleri konusunda farkındalık programlarının düzenli ve sürekli uygulanmasının yanında kişisel koruyucu ekipmanların kullanımı da önemlidir. Drone'larla pestisit püskürtme ve polioksim ile işlenmiş koruyucu kumaş giysiler test edilmektedir. Pestisitlerin mantıksız kullanımı, farklı pestisitlerin gelişigüzel karıştırılması ve kayıt dışı, yasaklı ve eski pestisitlerin yasadışı ticareti durdurulmalıdır. Tarımsal ekolojik sistemlerin uygulanması gereklidir. Pestisit sorunlarını ele alan katı bir pestisit yasası, tarım çalışanlarını ve halkın sağlığını koruyacaktır.[15]

Finlandiya'da iş sağlığı hizmetleri, çiftçilerin çalışma becerilerine önemli destek sağlamaktadır. İSG, serbest çalışan girişimciler için gönüllülük esasına dayanmakta ve bu nedenle Finlandiya'daki tüm çiftçilerin yalnızca %30'unu kapsamaktadır. Tarım sigortası kurumu, tarım çalışanlarını İSG'ye katılmaya teşvik etmek için üç başlıkta çeşitli önlemler almıştır:

1. Yeni dijital hizmet: Tarım sigortası, 2020'de yeni bir dijital İSG uygulaması başlatmıştır. Bu uygulama, tarım çalışanlarının ortamlarında ziyaretlerle, çalışma koşullarını gerçek zamanlı olarak raporlamak için tarayıcı tabanlı, modern ve etkileşimli bir araçtır. Hem çiftçiler hem de İSG hizmet sağlayıcıları uygulamaya erişebilmektedir. Hizmet sağlayıcılar, tarım çalışanlarından ön bilgi toplayabilmekte, aldığı verileri kaydedebilmekte ve rapor ile eylem planı oluşturmak için uygulamayı kullanabilmektedir. Tarım çalışanları, hizmet sağlayıcıyla iletişim kurabilmekte, ziyaret raporunu görüntüleyebilmekte ve önlemlerini İSG önerilerine kaydedebilmektedir.
2. İSG çerçeve anlaşmaları: Tarım sigortası, tarım çalışanları ve hizmet sağlayıcılar arasında çerçeve anlaşmalar sunarak İSG'yi desteklemektedir. Çerçeve anlaşmalar, iyi iş sağlığı uygulamaları, makul fiyatlar ve çiftçilerin ihtiyaçlarını karşılayan faaliyetler doğrultusunda yüksek kaliteli hizmetler sunmayı taahhüt eden hizmet sağlayıcılarla yapılmaktadır. Amaç, tarım sektörü çalışanlarının İSG'ye katılım süreçlerini kolaylaştırmak ve hizmet kalitesini, bölgesel eşitliği, erişilebilirliği ve etkinliği artırmaktır.

3. Erken Müdahale Ağı: İSG hizmet sağlayıcıları, sigorta tarafından kurulan erken müdahale ağının önemli aktörleridir. Erken müdahale kavramı, iş birliği ortaklarını tükenmişliğin erken belirtileri hakkında gözlemler yapmaları, gözlemlerini tarım çalışanlarıyla paylaşmaları ve çalışanların yardım almasına yardımcı olmaları konusunda eğitmeyi içermektedir.[15]

Tarımda iş sağlığı, 21. yüzyılda işçi koruması için yeniden ortaya çıkan bir sınırı temsil etmektedir. Tarımın küresel gıda güvenliği ve kırsal geçim kaynakları için süregelen önemine rağmen, tarım işçileri mesleki risklere karşı en savunmasız kesimler arasında yer almaya devam etmektedir; geleneksel tehlikelerle, iklim değişikliğinden kaynaklanan yeni tehditlerle ve sosyal korumada devam eden boşluklarla karşı karşıyadırlar. ILO ve DSÖ tarafından hazırlanan uluslararası çerçevelerin normatif temeller sağlamasına rağmen, ulusal düzeydeki pratik uygulamaların parçalı ve yetersiz kaldığı görülmektedir. Çin'in deneyimi, tarımda iş sağlığını ilerletmedeki hem zorlukları hem de fırsatları vurgulamaktadır. Sağlıklı Çin 2030 ve Kırsal Canlandırma Stratejisi gibi ulusal stratejiler, iş sağlığını daha geniş kalkınma ve halk sağlığı gündemlerine entegre etmeye başlamıştır. ILO Ergonomik Kontrol Noktaları gibi uluslararası araçları toplum temelli müdahalelerle birleştiren pilot projeler, kırsal sağlık sistemlerinde kapasite oluşturma ve sürdürülebilir iyileştirmeleri teşvik etme konusunda umut verici modeller sunmaktadır. Ancak, özellikle güvencesiz ve göçmen nüfustan oluşan tarım işçileri, mesleki sağlık hizmetleri, düzenleyici korumalar ve iklim kaynaklı risklere karşı dayanıklılık konusunda önemli engellerle karşılaşmaya devam etmektedir. Küresel olarak, araştırma boşluklarını doldurmak, normatif rehberliği güçlendirmek ve üst düzey taahhütler ile yerel gerçekler arasındaki uzun süredir devam eden uçurumu kapatmak için canlandırılmış çabalara ihtiyaç duyulmaktadır. ILO/WHO Mesleki Sağlık Ortak Komitesi'nin yeniden canlandırılması, küresel liderliği yeniden tesis etmek, politika tutarlılığını artırmak ve kolektif eylemi hızlandırmak için elzemdir. Uluslararası kuruluşlar, tarımda mesleki sağlığı daha kapsamlı bir şekilde ele almak için stratejileri, yalnızca geleneksel riskleri değil, aynı zamanda iklim değişikliğinin, çevresel bozulmanın ve sosyoekonomik eşitsizliklerin bileşik etkilerini de dikkate alarak uyumlu hale getirmelidir. Tarım işçilerini korumak yalnızca insan hakları ve sosyal adalet meselesi değil, aynı zamanda sürdürülebilir kalkınma, halk sağlığı dayanıklılığı ve gıda güvenliği için de bir ön koşuldur. Günümüz, ulusal ve uluslararası düzeyde bütünleşik, kanıta dayalı ve eşitlik yaklaşımlarla kararlı eylem zamanıdır.[19,23]

Adana'da yapılan çalışmalarda, mevsimlik tarım çalışanlarının, işle ilgili hastalık/iş kazası geçirme oranlarının %23,6 ile önemli düzeyde yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu sorunların düzeltilmesi çalışmaları, yerel özellikler dikkate alınarak planlanmalıdır.[16, 17]

Türkiye tarım çalışanlarında yapılan araştırmaların incelendiği bir çalışmada, mevcut İSG önlemlerinin sektörde iş kazalarını etkili bir şekilde azaltmak ve meslek hastalıklarının teşhisini iyileştirmek için yetersiz olduğunu göstermektedir. Uygulanması gereken temel önlemler arasında, çalışanlar için İSG eğitim programlarının genişletilmesi, tarım makinelerinin kullanımıyla ilgili güvenlik eğitiminin artırılması ve düzenli sağlık taramalarının yapılması yer almaktadır. Ayrıca, iş kazalarını ve meslek hastalıklarını önlemek için güvenlik protokollerinin daha sıkı uygulanması ve düzenli denetimler şarttır. Mevsimlik işçiler için konaklama, hijyen ve sağlık hizmetleri gibi temel olanaklara erişimin iyileştirilmesi de sektörde iş sağlığı ve güvenliğini artırmak için kritik öneme sahiptir.[24]

Orta Anadolu'da yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, uygun İSG eğitimi, kişisel koruyucu ekipman temini ve ulaşım güvenliğinin iyileştirilmesi de dahil olmak üzere etkili iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin uygulanmasının önemi vurgulanmaktadır. Bu sorunların ele alınması, tarım işçilerinin refahını artırabilir ve sektörde daha güvenli bir çalışma ortamına katkıda bulunabilir.[25]

Türkiye tarım çalışanları içinde en çok desteğe ihtiyacı olan MTİ için öneriler:

- MTİ'nin hemen hepsi kayıt dışı çalışmaktadır ve sosyal güvenceleri yoktur. Bu durumun giderilmesi için yasal düzenlemeler yapılmalı, sürekli ve düzenli denetimlerle izlenmelidir.
- MTİ'nin istihdamlarını, ulaşımlarını, yerleşim yerlerini ve tüm sosyal desteklerini organize eden kahya/elçi/çavuş/dayı başı gibi iş aracıları, işveren ile çalışanlar arasında iletişimi sağlamaktadır. Bu iş aracılarının hepsi İŞKUR İl Müdürlüğü'ne kayıtlı olmalı, kayıt dışı çalışanlara yaptırımlar uygulanmalıdır.
- MTİ'nin tarım çalışanlarının iller arası transferleri için illerde koordineli çalışan komisyonlar kurulmalı, ulaşım masrafları işverenlerce karşılanmalıdır. MTİ'nin iller arası ve çadır yerleşim yerlerinden çalışma alanlarına ulaşımlarının güvenli olması

sağlanmalı ve bu düzenek denetimler ile izlenmelidir.

- MTİ, Çukurova bölgesi başta olmak üzere Türkiye'nin mevsimlik tarım yapılan birçok yerinde, saz, naylon, branda vb. çadırlardan oluşan yaşam alanlarında birçok olumsuz faktörle iç içe yaşamaktadırlar. Çadır yerleşim yerlerinin, il/ilçe merkezlerinden uzakta, yol, sulama kanalları kenarlarına, toprak zemine kurulduğu, alt yapı ve çevre sağlığı hizmetlerinin olmadığı bilinmektedir. Bu yerleşimlerin kurulacağı bölgeler yerel yetkililerce belirlenmeli, gerekli alt yapı hizmetlerinin (yol, su, elektrik, atık yönetimi vb.) ulaştırılması sağlanmalıdır. Kişi başına yeterli yaşam alanı olacak şekilde çadırlar oluşturulmalı, çadırlarda gıda maddelerinin güvenli olarak saklanması için gerekli donanım bulunmalıdır. Bu yerleşim yerlerinde, kadın ve erkekler için ayrı taşınabilir banyo ve tuvaletler sağlanmalı, yeterli içme ve kullanma suyu ile sabun temin edilmelidir. Bulaşık ve çamaşırların hijyene uygun yıkanması sağlanmalıdır. Yerleşim yerlerindeki haşereler için yerel yönetimle (belediyeler) düzenli olarak ilaçlama yapmalı, alanlara yeterli sayıda çöp konteynırı konulmalı, atıklar düzenli ve sürekli olarak toplanmalıdır.
- Tarım çalışma alanlarında birçok risk faktörü bulunmakta ve bu riskler işle ilgili hastalıklara ve iş kazalarına neden olmaktadır. Çalışma alanlarında işverenler tarafından uygun kişisel koruyucu donanımlar temin edilmeli ve kullanılması sağlanmalıdır. Çalışma alanlarında, mola ve yemek için güvenli alanlar, temiz içme suyu, banyo/tuvalet, gibi temel gereksinimler sağlanmalıdır.
- Sağlık hizmetlerine erişimi olamayan MTİ'ne yönelik gezici sağlık hizmetleri verilmeli, rutin bağışıklama, gebe, lohusa, bebek ve çocuk izlemleri yapılmalı, gerekli konularda sağlık eğitimleri verilmelidir.
- Tarım çalışanlarının temel iş gücü olan mevsimlik tarım işçiliği, her yaş grubu için tehlikeli işleri kapsamaktadır. Tehlikeli sınıf işyerleri olduğu için çocuk işçiliğini önleyici düzenlemelere öncelikle bu sektörde gereksinim vardır. Çocukların bulunması gereken yerler, birçok tehlikenin olduğu tarım işyerleri değil, eğitimlerine devam ettikleri okul sıraları olmalıdır.
- Araştırmalarda belirtildiği gibi, MTİ'nin yaptıkları işleri ve İSG konularında eğitim almaları sağlanmalı, işle ilgili hastalıklar ve iş kazaları sonrası ne yapılması gerektiği konusunda bölge çalışanları arasından en az her 15 kişiden birisine ilk yardım eğitimi verilmelidir.[16,17, 22-25]



Resim 1. Mevsimlik tarım işçilerinin çalışma yerlerinden dönüşleri[17]



Resim 2. Mevsimlik tarım işçilerinin çadır yerleşim yeri örneği17



Resim 3. Mevsimlik tarım işçilerinin çadır yerleşimi örneği[17]

5. Sonuç

ILO'nun 2001 Tarımda Güvenlik ve Sağlık Sözleşmesi (No. 184) ve tamamlayıcı Tavsiye Kararı (No. 192), tarımda karşılaşılan İSG risklerinin çeşitliliğini incelemekte ve bu sektörde çalışan herkes için -mümkün olduğunca- kaza ve hastalıkları önlemek için uygun stratejiler konusunda rehberlik sağlamaktadır. Rehber, ülke yöneticilerinin, işverenlerin, çalışanların ve kuruluşlarının bu sektörde İSG'ni destekleme ve özendirme konularındaki rollerini de açıklamaktadır. Tarım işçilerinin çoğunluğu kadın olduğundan, bu sözleşme tarımda İSG'nin cinsiyet boyutlarını da ortaya koymakta ve yapılması gereken uygulamaları belirtmektedir.[3,5] *ILO'nun 184 sayılı sözleşmesi ile 192 sayılı tavsiye kararları sadece yasal düzenlemelerde kalmamalı tarım sektöründe uygulanması da sağlanmalıdır. Bütün çalışanlar gibi tüm tarım çalışanlarının da insana yakışır ortamında çalışmaları sağlanmalıdır.*[3, 5]

KAYNAKLAR

1. FAO-The State of Food And Agıiculture-2023, Glossary. İnternet: . Erişim:15.08.2025.
2. Harris, D.R., Fuller D.Q. Agriculture: Definition and Overview. In Encyclopedia of Global Archaeology (Claire Smith, Ed.). Springer, New York, 2014, pp. 104-113
3. Agricultural workers and their contribution to sustainable agriculture and rural development /FAO-ILO-IUF. Geneva, ILO, 2007. ISBN: 9789221187097.
4. OSHA. Agriculture (29 CFR 1928). İnternet: https://www.osha.gov/agricultural-operations/standards, Erişim: 17.08.2025
5. ILO. Agriculture; plantations; other rural sectors. İnternet: https://www.ilo.org/topics-and-sectors/industries-and-sectors/agriculture-plantations-other-rural-sectors. Erişim: 01.09.2025.
6. TÜİK 2020. İnternet: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-istatistikleri-2020-37480, Erişim: 15.08.2025.
7. TÜİK 2021. İnternet: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-Istatistikleri-2021-45645, Erişim: 15.08.2025.
8. TÜİK 2022. İnternet: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-Istatistikleri-2022-49390, Erişim: 15.08.2025.
9. TÜİK 2023. İnternet: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-Istatistikleri-2023-53521, Erişim: 15.08.2025.
10. TÜİK 2024. İnternet: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-istatistikleri-2024-54059, Erişim: 15.08.2025.
11. İSİG. TÜİK 2024 Çocuk İstatistiklerini açıkladı. İnternet: https://www.isigmeclisi.org/ 21250-tuik-2024-cocuk-istatistiklerini-acikladi-15-17-yas-arasi-cocuklarin, Erişim: 02.09.2025.
12. ILO. Safety and health in agriculture. İnternet: https://www.ilo.org/resource/other/ safety-and-health-agriculture, Erişim: 17.08.2025.
13. ILO. Child Labour. İnternet: https://www.ilo.org/resource/news/despite-progress-child-labour-still-affects-138-million-children-globally, Erişim: 05.09.2025.
14. H&SA-FSP. Farm Safety Action Plan 2021-2024. İnternet: https://www.hsa.ie/eng/ publications_and_forms/publications/agriculture_and_forestry/farm_safety_action_plan_2021-2024.html, Erişim: 07.09.2025.
15. ISSA. OSH in agriculture development. İnternet: https://www.issa.int/sites/default/files/documents/2024-03/ISSA%20Annual%20Review%202022.pdf, Erişim: 07.09.2025.
16. Okyay R.A. Adana İli Tarım Çalışanlarının Sağlık Sorunlarının ve Sağlık Hizmetinden Yararlanma Durumlarının Saptanması ile Sağlık Sunum Model(ler)inin Önerilmesi Araştırması. Uzmanlık Tezi, Ç.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Adana, 2014.
17. Akti Ş.E. Adana İli Mevsimlik Tarım Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliğinin COVID-19 Sürecinde Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Ç.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Adana, 2022.
18. Bayramoğlu Z, Bozdemir M. Dış Göçlerin Mevsimlik Tarım İşçiliği Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. J. Inst. Sci. and Tech. 2019;9(2):1164-76.
19. Jakob M.C, Santa D, Holte K.A. etc. Occupational health and safety in agriculture-a brief report on organization, legislation and support in selected European countries . Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2021;28(3), p.452-57. DOI: https://doi.org/10. 26444/aaem/140197.
20. ÇSGB. Mevsimlik Tarım İşçileri İzleme ve Değerlendirme Kurulu Toplantısı. İnternet: https://www.csgb.gov.tr/cgm/haberler/14022025/. Erişim: 02.09.2025.
21. SGK İstatistikleri. İnternet: https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4, Erişim: 05.09.2025.
22. İSİG Meclisi. İnternet: https://www.isigmeclisi.org/21145-ic-cepheyi-saglamlastirma-siyasetinin-ortmeye-calistigi-gerce, Erişim: 05.09.2025.
23. Zhang M, Kim R. Occupational health in agriculture: a re-emerging frontier in worker Protection. Global Health Journal 9 (2025) p.65-71, DOI: https://doi.org/10.1016/j.glohj. 2025.06.001.
24. Özdemir, M. A study on occupational health and safety in the agricultural sector in Türkiye: Analysis of work accidents, occupational diseases, and lost workdays. Journal of Agricultural Production, 2024;5(4), 248-254. DOI:https://doi.org/10.56430/japro.1515703.
25. Ekmekci M, Yaman S. Occupational health and safety among farmers: a comprehensive study in Central Anatolia, Turkey. BMC Public Health (2024) 24:2732. DOI: https://doi.org/10. 1186/s12889-024-20249-7.

Çocuk İşçiliği

Mehtap Türkay

1. Giriş

Çocuk işçiliği sosyal, ekonomik, kültürel ve sağlık boyutlarıyla ele alınması gereken, ciddi ve karmaşık bir sorundur.[1] Karmaşık bir sorun olarak görülmesinin nedeni "*çocuk çalışması, çalışan çocuk, çocuk işçi*" kavramlarının iç içe geçmesinden ve birbirinin yerine kullanılmasından kaynaklanmaktadır.[2] Bu kavramların doğru kullanılması ve tanımlanması hem çocuk işçiliği ile ilgili politikaların belirlenmesinde hem de çocuk işçiliği ile mücadelede ve insan hakları temelinde çocuk haklarının tartışılmasında, bu konuda yasal mevzuatın oluşturulmasında önem taşımaktadır. Çocuk çalışması (*child work / child employment*), çocuk işçi terimi ile karıştırılsa da daha geniş anlamlıdır ve hem çalışan çocuk hem de çocuk işçi kavramlarını kapsamaktadır. Akademik metinlerde genel olarak "çocuk çalışması" tanımlayıcı ve "nötr" bir terim olarak kullanılmaktadır. Çalışan çocuk (*working child*), herhangi bir ekonomik faaliyette bulunan veya gelir getirici bir işte çalışan çocuk anlamına gelmektedir. Çalışılan işin niteliği genellikle tehlikesizdir. Çalışan çocuklar, genellikle mevzuatla korunmuş hafif işlerde çalışırlar ve/veya aile işlerine yardım ederler. Bu tür çalışma genellikle çocuğun fiziksel ve duygusal gelişimine zarar vermez. Tam tersi genellikle çalışma koşulları güvenli ve çocuğun gelişimini destekleyecek şekilde planlanmıştır.[3] Çocuk işçi (*child labourer*) kavramı ise çocuk emeğini ifade eder ve hukuk ve etik kurallarına göre kabul edilemez bir kavramdır. Çünkü çocuk ağır sömürüye, tehlikeye ve/veya eğitimden mahrumiyete maruz kalmaktadır. ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü, International Labour Organization) 138 (1973) ve 182 (1999) Sayılı Sözleşmelerine göre, çocuğun eğitimine engel olan, sağlığına veya gelişimine zarar verenya da yasal asgari yaştan küçük olanların çalışması "çocuk işçiliği" olarak tanımlanmaktadır.[4,5]

Bu bölümde daha önceki yıllarda yayınlanan Türkiye Sağlık Raporlarındaki (TSR) bilgiler tekrarlanmadan, tekrarı zorunlu olan konular için ise geçmiş yıllarda yayınlanan TSR'lere atıfta bulunularak son beş yıl içinde Türkiye'de çocuk işçiliği tartışılacak ve çocuk işçiliğini arttıran Mesleki Eğitim Merkezleri gözden geçirilecektir.

2. Türkiye'de Çocuk İşçiliği

Türkiye'de çocuk işçi verileri, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 1994 yılından itibaren her 5 yılda tekrarlanan "Çocuk İşgücü Anketi" sonuçlarından elde edilmektedir. Bu konuda en son veri 2019 yılına aittir.[6,7] Bu veriler 2020 TSR[7] raporunda 2 farklı bölümde olmakla birlikte öne çıkarılması gereken 5-11 yaş arasındaki çocukların %0,04'ünün çalıştığı gerçeğidir (**Şekil 1**).[6]

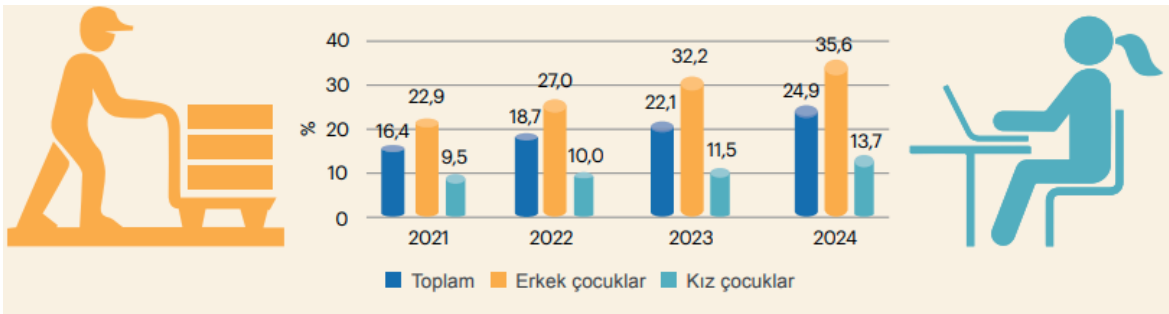
Belirtilmesi gereken bir başka konu ise COVID-19 dönemini de içine alan yıllar içerisinde çocuk emek sömürüsünün artmasıdır. TÜİK, 2024 yılı Çocuk İşgücü Anketi sonuçlarını yayınlamamıştır. Ancak **Şekil 2**'de de izlendiği gibi cinsiyete göre iş gücüne katılım oranlarını çocuk istatistiklerinde paylaşmış ve 2021 yılında 15-17 yaş çocuk nüfusunun %16,4'ü iş gücüne katılıyorken bu oran 2024 yılında %24,9'a yükselmiştir.[6]

Türkiye'de çocuk emek sömürüsü giderek artarken ILO ve Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF, The United Nations International Children's Emergency Fund) tarafından yayınlanan rapora göre dünyada çocuk işçiliği azalma eğilimine girmiştir. Çocuk işçiliği raporuna göre dünyada halen 138 milyon çocuk çalışmaktadır ve bu çocukların 54 milyonu tehlikeli işlerde faaliyet göstermektedir. COVID-19 pandemisi sonrasında ILO ve UNICEF çocuk işçiliğinin artması endişesi duyduğunu duyurmuş hatta 2020 yılında 20 milyondan fazla çocuk işgücüne



Şekil 1. Türkiye'de ekonomik faaliyetlerde çalışan kurumsal olmayan nüfustaki çocukların oranı

Kaynak: TÜİK. Türkiye'deki Çocuklar 2024 İstatistiklerle Bakış



Şekil 2. Kurumsal olmayan çocuk nüfusunun cinsiyete göre işgücüne katılma oranları

Kaynak: TÜIK. Türkiye'deki Çocuklar 2024 İstatistiklerle Bakış

katılmış olmakla birlikte takip eden yıllarda beklenen artış olmamıştır. Dünya 2015 yılında Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKG) arasına (Hedef 8.7) 2025 yılına kadar çocuk işçiliğinin sonlandırılması hedefi eklenmiştir. Çocuk işçiliği 2025 yılında halen devam etmektedir ancak dünyada çocuk işçi oranları azalma eğilimi göstermektedir. 15-17 yaş çocuk nüfusunun 2020 yılında %16,0'sı çalışırken, 2024 yılında bu oran %7,8'e gerilemiştir.[8] Sahraaltı Afrika ülkeleri ve Türkiye hariç birçok ülke sürdürülebilir kalkınma hedefleri çerçevesinde çocuk işçiliğini sonlandırmaya çalışmaktadır.

3. Türkiye'de Çocuk İşçiliği İle İlgili Sorun Alanları

3.1. Eğitim Sistemine Ait Sorunlar

Eğitim sistemine ait sorunlar eşitlik, bölgesel farklılıklar, okula taşıma sistemi, kalabalık sınıflar, eğitimde özelleştirme, her yeni gelen Milli Eğitim Bakanı'nın sistem değiştirme yaklaşımı gibi pek çok başlıkta incelenebilir ancak çocuk işçiliği boyutuyla ele alındığında iki temel başlık altında toplamak daha doğru bir yaklaşım olacaktır. Birincisi 1998 yılında kabul edilen 8 yıllık zorunlu eğitimin 2012 yılında 4+4+4 modeliyle 12 yıla çıkarılması ancak denetim eksikliği ve kesintiye uğraması nedeniyle gerçekte zorunlu olan 12 yıllık eğitimin tamamlanamamasıdır.[9–11] Türkiye'de okul öncesi eğitimin zorunlu olduğu 5 yaş okullaşma oranı %85,0'dır.([9,11]) TÜİK verilerine göre 2023-2024 Eğitim Öğretim Döneminde 3-5 yaşta okullaşma oranı ise %51,9'dur. İlkokul için okullaşma oranı %95,0, ilkokulu tamamlama oranı ise %98,7'dir. Yani ilkokul çağındaki çocukların %5,0'ı okula başlamamakta ve %1,3'ü de okulu tamamlamamaktadır. Ortaokulda okullaşma oranı %91,5'e gerilediği gibi ortaokula başlayan çocukların %96,5'i ortaokul mezunu olabilmektedir. Lisede okullaşma oranı %88,0'e düşmekte ve lise eğitimine başlayan çocukların %81,2'si okulu tamamlamaktadır.[6] Yani Türkiye'deki okul çağındaki çocukların %13,3'ü 8 yıllık zorunlu eğitimi bile tamamlayamamaktadır. Okul terklerine olanak tanıyan eğitim sistemi, çocuk işçiliğini kolaylaştırmaktadır. Yoksulluk sarmalı içinde bulunan ailelerin okul harcamalarını karşılayamaması, çocukların okul devamını engellemekte, yeterli eğitim alamayan çocuğun niteliksiz iş gücüne katılımına neden olmakta ve yoksulluk kısır döngüsüne yol açmaktadır. [12]

Eğitim sistemine ait sorun başlıklarından ikincisi, Mesleki Eğitim Merkezleri'nin (MESEM) yapılan-

masıdır. Çocuk işçiliğinin önünü açan ilk düzenleme 2001 yılında 3308 Sayılı Çıraklık ve Mesleki Eğitim Kanunu'nun(1986) değiştirilmesiyle[13] başlamıştır. 29/06/2001 tarih ve 4702 sayılı Kanunun 22. maddesi ile, 3308 sayılı "Çıraklık ve Meslek Eğitimi Kanununun" adı "Meslekî Eğitim Kanunu" olarak, Çıraklık Eğitim Merkezleri isimleri ise Mesleki Eğitim Merkezleri olarak değiştirilmiştir. 2016 yılında 6764 Sayılı Millî Eğitim Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun'da yapılan değişiklik[14] ile "*çıraklık eğitimi örgün ve zorunlu ortaöğretim kapsamına*" alınmıştır. Sonraki düzenleme ise MESEM'lerin Mesleki Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü'ne bağlanmasıdır. Bu şekilde MESEM öğrencilerinin iş kazası, meslek hastalıkları sigortaları, çalışma süreleri ve alacakları ücretler yeniden düzenlenmiştir. MESEM'ler güncel uygulamada 2016 yılında yapılan kanunlardaki değişikliklere göre yürütülmektedir. MESEM zorunlu eğitim kapsamına alınmasına rağmen öğrencileri lise diploması almamaktadır. Lise diploması almak isteyen çocuğun ayrıca Mesleki Açık Öğretim Lisesi'ne ya da 2021'den sonra eklenen Açık Lise Modüllerine kayıt yaptırması gerekmektedir. Çünkü MESEM öğrencileri haftada bir gün merkezde, kalan günlerde ise iş yerlerindedir. MESEM, bir çocuğun bir alanda önce çırak, sonra kalfa ve usta olmasını sağlayan bir eğitim sistemi olarak yapılanmasına rağmen yapılan düzenlemeler ve teşviklerle Türkiye'de Millî Eğitim Bakanlığı eliyle çocuk işçiliğinin en kötü biçimlerinin devam etmesini sağlamaktadır. Öğrencilerin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası okul tarafından yapılmakta, işverenin verdiği ücretin (ücret 2025 yılında çıraklar için 6.631,40 TL/ay, kalfalar için ise 11.052,34 TL/ay olarak belirlenmiştir)[15] teşvik nedeniyle işsizlik sigortasından geri alması sağlanmıştır. Tüm bu yapılanma çocukları, özellikle küçük işletmeler için cazip hale getirmiştir. Çocuk işçiliğine talep artmıştır çünkü işverene maliyeti neredeyse sıfırdır.[15,16] Bu konuda ILO'nun da benzer endişesi olmuş ve özellikle eğitim ve iş sağlığı ile ilgilenen akademisyenlerin tartışmalarına ve endişelerine Türkiye sayfasında yer vermiştir. ILO Türkiye ofisi bu metinde ILO'nun 138 Nolu Asgari Yaş Sözleşmesi ile 182 Nolu Çocuk İşçiliğinin En Kötü Biçimlerinin Yasaklanması ve Ortadan Kaldırılması için Acil Eylem Sözleşmesi'ne aykırı olarak zorla çalıştırıldığı görüşüne de yer vermekle birlikte bu konunun incelenmesi gerektiğini belirtmiştir.[17] Tabi sadece imzalanan bu sözleşmeler ihmal edilmemekte aynı zamanda Çalışma Bakanlığı'nın Çocuk ve Genç İşçilerin Çalıştırılma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'[18] de ihlal edilmektedir. Çünkü çocuklar, mevcut yönetmeliğe göre çalıştırılamayacağı iş kollarında örneğin tersane, inşaat, elektrik gibi alanlarda uygulamalı eğitim kapsamında çalışabilir hale getirilmiştir. Kısacası çocukların Millî Eğitim Bakanlığı'na bağlı MESEM aracılığıyla çalışması, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının bu alanı denetlemesini ve var olan yasal mevzuatı uygulamasını engellemiş, mevcut çocuk işçiliğini sonlandırma yönündeki yasal mevzuatın ihlal edilmesine dayanak oluşturmuştur.[3]

3.2. Sosyal Güvenlik Sorunları

Bu sorun alanını daha iyi tanımlayabilmek için iki temel yasa maddesini değerlendirmek gerekmektedir.

4857 Sayılı İş Kanunu Madde 71'e göre, "*on beş yaşını doldurmamış çocukların çalıştırılması yasaktır. Ancak, on dört yaşını doldurmuş ve ilköğretimi tamamlamış olan çocuklar, bedensel, zihinsel ve ahlaki gelişmelerine ve eğitime devam edenlerin okullarına devamına engel olmayacak hafif işlerde çalıştırılabilirler*".[19]

5510 Sayılı Kanunun 5. madde, b bendine göre; "*3308 Sayılı Kanunu'nda belirtilen aday çırak, çırak ve işletmelerde meslekî eğitim gören öğrenciler hakkında iş kazası ve meslek hastalığı ile hastalık sigortası; meslekî ve teknik ortaöğretim ile yükseköğrenimleri sırasında staja tabi tutulan öğrenciler, mesleki ve teknik ortaöğretim sırasında tamamlayıcı eğitim ya da alan eğitimi gören öğrenciler, kamu kurum ve kuruluşları tarafından desteklenen projelerde görevli bursiyerler ile 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 46. maddesine tabi olarak kısmi zamanlı çalıştırılan öğrencilerden aylık pirime esas kazanç tutarı, 82. maddeye göre belirlenen günlük pirime esas kazanç alt sınırının otuz katından fazla olmayanlar hakkında ise iş kazası ve meslek hastalığı sigortası uygulanır*".[20]

Dolayısıyla yasal anlamda iki tür çalışan çocuk bulunmaktadır. Birincisi İş Kanunu'na tabi şekilde çalışan çocuklar ve ikincisi ise bu kanuna tabi olmayıp çıraklık, stajyerlik, mesleki eğitim gibi sebeplerle çalışan çocuklar.

İş Kanunu'na tabi bir şekilde çalışmanın gerçekleşmesi halinde çocuğun 5510 Sayılı Kanun'un kısa ve uzun vadeli sigorta kollarının tamamına sahip olacak şekilde sigortalı olması, İş Kanunu'na tabi olmayıp çıraklık, stajyerlik, mesleki eğitim gibi sebeplerle çalışan çocukların ise iş kazası ve meslek hastalığı ile hastalık sigortasına sahip olacak şekilde sigortalı olması gerekmektedir.

İş Kanunu'na tabi olması sebebiyle tüm sigorta kollarına tabi olacak şekilde sigortalı olan çocukların 18 yaşından önceki bu sigortalılıkları ilk işe giriş tarihi olarak kabul edilmemekte, yalnızca emeklilik için gerekli olan toplam prim gün sayısına dahil edilmekte-

dir. Bu çocukların 18 yaşına girdikleri tarih itibariyle sigortalılıkları işe giriş tarihi olarak kabul edilmektedir. Bu durum, çocuk çalışanların sosyal güvenlik sorunlarının başında gelmektedir. Emeklilik hesaplamalarının ilk işe giriş tarihi ve prim ödeme gün sayısı ile kişinin yaşının da dikkate alındığı bir yöntemle hesaplanıyor oluşu sebebiyle 18 yaşından önceki sigortalılıkların işe giriş tarihi olarak kabul edilmemesi bu kişilerin daha uzun yıllar çalışma hayatında kalmalarına ve daha çok yıpranmalarına sebep olmaktadır.

İş Kanunu'na tabi olmayıp çıraklık, stajyerlik, mesleki eğitim gibi sebeplerle çalışan çocukların ise sadece iş kazası ve meslek hastalığı ile hastalık sigortasına tabi olacak şekilde sigortalı olmaları bir diğer sosyal güvenlik sorununa işaret etmektedir. Günümüz itibariyle tüm sanayi sitelerinde, güzellik merkezleri, berber ve kuaförlerde, uygulama otellerinde ve pek çok alanda çıraklık, stajyerlik, mesleki eğitim adı altında çocuklar çalıştırılmaktadır. Bu çocuklar herhangi bir işçinin çalıştığı iş saati kadar, angarya olarak görülebilecek neredeyse tüm işlerde çalıştırılmalarına rağmen yalnızca iş kazası ve meslek hastalığı ile hastalık sigortasına tabi çalıştıkları ve adlarına uzun vadeli sigorta kolları olan yaşlılık, malullük ve ölüm sigortaları için prim ödenmediğinden bu çalışmaları uzun vadeli sigorta kollarından sağlanan haklardan mahrum kalmalarına sebep olmaktadır.[3]

Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) kayıtlı 5510 Sayılı Yasaya tabi çalışan 4.a kapsamında 18 yaş altı çocuk sayısı **Tablo 1**'de verilmiştir. Tablodan da izlendiği gibi toplam sigortalı çocuk sayısı 99.753'dür.[21] Bu tabloda iş kazası, meslek hastalığı sigortası ile çıraklık, stajyerlik, mesleki eğitim gibi sebeplerle çalışan çocukların sayıları yer almamaktadır. Antalya Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü 2024/Mart ayı verilerine göre hem 5510 sayılı yasaya tabi olan hem de iş kazası meslek hastalıkları sigortası ile çalışan 28.334 erkek, 15.392 kız çocuk olmak üzere toplamda 43.726 çocuk bulunmaktadır.[3] Bu verilerin ışığında Türkiye'nin 81 ili olduğu düşünülerek yeniden çocuk çalışanlar hesapladığında en az 1,5 milyonun üzerinde gerçekte "kayıt dışı olmayan" yani iş kazası meslek hastalıkları sigortası bulunan çocuk çalışan bulunmaktadır.

Bir diğer sosyal güvenlik sorunu iş kazaları durumunda yaşanmaktadır. **Tablo 2**'de 2024 yılı 18 yaş altı iş kazası geçiren sigortalı sayısı bulunmaktadır. **Tablo 1** ve **Tablo 2** verileri birlikte değerlendirildiğinde 14 yaş ve altı ile 15 yaş grubu için iş kazası geçirme sıklığı %50'nin üzerindedir. 16 ve 17 yaş grupları için ise sırasıyla %23,9 ve %11,6'dır. Çalışma yaşı arttıkça iş kazası geçirme sıklığı düşmüştür.

Tablo 2'de görüldüğü gibi toplamda18.400 çocuk iş kazası geçirmiştir. 2024 yılı için tüm yaşlara göre iş kazası geçirme sıklığı %18,4'tür ve bu orana göre mesleki eğitim içindeki çocukların da iş kazası geçirebileceği düşünüldüğünde çalışmasına rağmen 5510 sayılı yasaya tabi olmadığı için haklarını alamayan ya da hangi haklara sahip olduğunun bile farkına varamayan iş kazası geçirmiş en az 270.000 çocuk bulunmaktadır. Ayrıca sadece basında yer bulan ya da ölen çocukların aileleri tarafından bildirim yapılan çocuk işçi ölümlerini yayınlayan İş Sağlığı ve İş Güvenliği (İSİG) Meclisi son 10 yılda en az 695 çocuğun çalışırken yaşamını kaybettiğini saptamıştır. [22] Kısacası çalıştırılmasına rağmen ne işçi olarak ne de öğrenci olarak kabul görmeyen çocuklar, sosyal güvencesiz bir şekilde çalışmaya zorlanmaktadır.

3.3. Ulusal Mevzuatın Uluslararası Sözleşmeler ve Mevzuat İle İlgili Sorunları

Türkiye'de Millî Eğitim Bakanlığı yasal mevzuatı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı mevzuatının özellikle MESEM mevzuatı kapsamında birbiri ile uyumlu olmadığı görülmektedir. Ayrıca Türkiye'nin imzaladığı ILO sözleşmeleri ile de uyumlu olmayan eğitim mevzuatı değişiklikleri yapılmıştır.

6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun 3. maddesinin e bendinde genç çalışan, on beş yaşını bitirmiş ancak on sekiz yaşını doldurmamış çalışan olarak tanımlanmış olmasına rağmen[23] Birleşmiş Milletler

Tablo 1.5510 sayılı yasaya tabi olarak çalışan 18 yaş altı sigortalı çocuk işçi sayısı

Yaş	Erkek sigortalı	Kadın sigortalı	Genel toplam
14 yaş ve altı	1.832	1.335	3.167
15	4.570	1.695	6.265
16	16.345	6.865	23.210
17	46.958	20.153	67.111
Toplam	69.705	30.048	99.753

Kaynak:SGK İstatistik Yıllığı (2024)

Tablo 2. Türkiye'de18 yaş altında iş kazası geçiren sigortalı sayısı (2024)

Yaş	İş Göremezlik Sürelerine (Gün) Göre İş Kazası Geçiren Sigortalı Sayıları												
	Erkek					Kadın					Toplam		
	Kaza Günü (Çalışır)	Kaza Günü (İş Göremez)	2	3	4+	Kaza Günü (Çalışır)	Kaza Günü (İş Göremez)	2	3	4+	Erkek	Kadın	Toplam
14	1.211	25	36	38	176	156	4	4	3	6	1.486	173	1.659
15	2.165	43	106	131	367	488	11	23	14	38	2.812	574	3.386
16	3.100	88	175	234	622	1.131	23	44	43	100	4.219	1.341	5.560
17	4.064	140	272	324	905	1.464	50	56	71	149	5.705	1.790	7.795

Kaynak: SGK İstatistik Yıllığı (2024)

(BM) Çocuk Hakları Sözleşmesinin 1. maddesinde 18 yaşını doldurmamış her birey çocuk olarak tanımlanmaktadır.[24] Bu yasa maddesi de uluslararası mevzuat ile çelişmektedir.

Ulusal ve uluslararası mevzuatın uyumlu olmamasının yanında temel sorun, yapılan değişikliklerin ve düzenlemelerin çocukların ulusal mevzuat kapsamında ve/veya mevzuat dışı (kayıt dışı) çalışmaları durumunda korunma ve denetimlerinin, yasalara aykırılık halinde çocuğu çalıştırılmaktan alıkoyacak yapılanmaların ya da işverenin cezalandırılmasına ilişkin yasal düzenlemelerin olmamasıdır.[3]

4. Çalışmanın Çocuk Bedeni ve Sağlığı Üzerine Etkileri

Bu konuya odaklanan ve geçmişi iki yüzyıla dayanan çalışmalar, çalıştırılan çocukların bedensel gelişimlerinin ve sağlıklarının çalışmadan olumsuz yönde etkilendiklerini açıkça ortaya koymaktadır. Ağır işlerde çalışmanın çocuk sağlığını ve gelişimini olumsuz yönde etkilediği genelde kabul gören bir görüştür; ancak "hafif" işlerde çalışma söz konusu olduğunda çok da zararlı olmayabileceği düşünülebilmektedir. Çocukların "hafif" işlerde çalışması söz konusu olsa bile, farklı çalışma alanlarından elde edilen çok sayıda veri, yaşıtlarından koparılmış bir ortamda, özellikle de yetişkinler arasında sosyalleşmenin getirdiği pek çok bilişsel ve psikolojik sorunla karşı karşıya kaldıklarını göstermektedir. Çocuk bedeninin morfolojik, fizyolojik ve psikolojik açıdan yetişkinlere kıyasla daha duyarlı ve incinebilir olması nedeniyle yetişkinlerle aynı riskler altında, benzer koşullarda çalıştıklarında dahi çocuklar daha fazla etkilenmektedir.

Çalışmanın büyüme, gelişme ve çocuk bedeni üzerine çeşitli sağlık etkileri bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar, çalıştırılan çocukların aynı sosyoekonomik düzeye sahip olan ancak çalışmayan yaşıtlarına göre hem boy uzunluğu hem de vücut ağırlığı bakımından geride kaldıklarını göstermektedir. Boy ve ağırlık dışındaki vücut ölçüleri değerlendirildiğinde, çocuk işçilerde bedenin uzunlamasına gelişimi yavaşlarken, enlemesine büyümenin tetiklendiği ve bu çocukların kısa boylu, iri kemikli, bodur bir vücut yapısına sahip oldukları saptanmıştır. Tarımda kullanılan pestisit, herbisit ve gübreler endokrin bozucu kimyasallar olarak nitelenmekte ve beyin fonksiyonları, mental sağlık ve üreme fonksiyonları üzerine olumsuz etkilerler göstermektedirler. Tarım alanında faaliyet gösteren çocuk işçiler için bir diğer tehlike de kullanılan makine ve teçhizattan kaynaklanan kazalar ve bunlara bağlı yaralanmalardır. Bunları kullanma konusunda yeterli beceriye ve bedensel yeterliliğe sahip olmayan çocuk işçiler daha fazla yaralanma olayı yaşamaktadırlar.[3] Türkiye'de son on yılda 380 çocuk işçi tarım ve orman alanında çalışmaları nedeniyle yaşamını kaybetmiştir.[22]

Çocuklar için en tehlikeli olan iş kollarının başında madencilik ve inşaat sektörü gelmektedir. Madenlerde çalışanlar için en önemli sorunlar; yüksek nem oranı ve solunan havanın niteliğine bağlı olarak gelişen solunum yolu ve akciğer hastalıklarıdır. İnşaatlarda çalışan çocuklar ise iskele ve katlardan düşme, göçük altında kalma, elektriğe çarpılma, üzerlerine inşaat malzemeleri düşme ve uzun süre kötü hava koşullarına maruz kalma gibi tehditlerle karşı karşıya kalırlar. Bunların sonucunda yaralanma, kesilme ve ezilme olayları ve tetanos vakaları da gelişebilmektedir. İnşaatlarda çalışma aynı zamanda çeşitli patlama ve yangın tehlikelerini de beraberinde getirir. Zehirli kimyasallara maruz kalma, asbest ve fiberglas gibi zararlı maddelerin solunması ile solunum yolu hastalıkları, enfeksiyonlar ve kanserler görülebilmektedir.

Ayakkabı yapımında faaliyet gösteren çocuklar, kullanılan yapıştırıcılar ve diğer kimyasallar sebebiyle lösemi gibi kanserler ile nörolojik hastalıklarla karşı karşıya kalmaktadır.

Oto tamiratı işlerinde çalıştırılan çocuklar ise ortamda bulunan kimyasal madde ve tozların da etkisiyle boğaz/burun problemleri ve ayrıca kas ve iskelet sistemi hastalıkları yaşamaktadır. Bu sektörde çalıştırılan çocuklar ayrıca keskin-sivri araç gereçlerin yanı sıra elektrikli aletleri, matkapları, vb. diğer ekipmanları kullanmaktan dolayı yaralanmaktadır.

Hizmet sektöründe çalışan çocukların uzun çalışma saatleri, günün çok erken saatlerinde işe başlamaları ve geç saatlere dek çalıştırılmaları sonucunda uykusuz kalmalarına neden olarak bedensel gelişimlerini olumsuz etkilemektedir. Çocuklar bu iş kollarında genellikle kendilerinin sahip olduğu beceri ve deneyimin ötesinde iş performansı beklentisiyle çalıştırılırlar. Bu çocuklar başta kas-iskelet sistemi olmak üzere pek çok sağlık sorunu ve sık hastalanma durumuyla karşı karşıya kalırlar.

Çalıştırılan çocuklar için en önemli tehlikelerden biri de cinsel saldırılara ve tacizlere maruz kalmadır. Bu çocukların bazıları uyuşturucu kullanmaya, fuhuş ve illegal işleri yapmaya teşvik edilir ya da zorlanırlar.

Çocuk işçilerde görülen sağlık sorunlarının önemli bir kısmı toksik çevresel maruziyetle ilişkili olmaktadır. Bu çevrede çalışmanın çocuklarda nörolojik gelişim üze-

rine yıkıcı etkileri olduğu ve bu etkilerin yaşam boyu sürebileceği gösterilmiştir. Çocukların erişkinlere göre toksik maruziyetlere daha duyarlı olmasının nedenleri:

1. Çocuklar her 1 kg vücut ağırlıkları için daha fazla soluk alırlar, dolayısıyla toksik kimyasallara erişkinlere göre daha fazla maruz kalırlar.
2. Çocukların metabolik yolakları yeterince olgunlaşmamış olduğu için toksik maddelerin atılımı yetersiz olur.
3. Çocukların görece hızlı ve hassas gelişimsel işlevleri toksik etkenlerle kolayca bozulabilir.
4. Çocuklar önlerinde yaşanacak uzun yılları olması ve toksik bir maddenin maruziyet süresinin uzaması nedeniyle, erişkin dönemde bu çevrede çalışmaya başlayan bireylere göre meslek hastalıkları açısından daha dezavantajlı olmaktadırlar.

Eğitimden uzak kalma, çocukluklarını yaşayamama, uzun sürelerde ve uygun olmayan koşullarda, düşük ücretlerle çalışma, duygusal, fiziksel ve cinsel istismara maruz kalmaları çocukların çalışma ortamlarında karşılaştıkları olumsuzluklardandır. Erken yaşta çalışmaya başlayan çocukların bilişsel, sosyal gelişimleri etkilenmekte, çalışmayan akranlarına kıyasla daha fazla ruhsal sorun yaşamaktadırlar.

Sağlıklı gelişimleri için ebeveynleri tarafından bakım, ilgi, gözetim içinde olması ve eğitim hayatı ile geleceğe hazırlanması gereken çocukların çalışma ortamlarındaki psiko-sosyal stres düzeyinin yüksekliği çocukluk döneminde astım ve obezite gibi fiziksel hastalıklara neden olabilmektedir. Adölesan ve erişkin dönemlerde ise depresyon, sigara-alkol bağımlılığı, riskli davranışlar, kardiyovasküler hastalıklar ve otoimmün hastalıklar için risk yarattığı bilinmektedir.

Çocukların iş ortamında karşılaştığı ve ruh sağlıklarını etkileyen en önemli sorunlardan biri istismardır. Ülkemizde sanayi sektöründe çalışan yetişkinlerin yaklaşık yarısı, çocukluk döneminde çalışırken fiziksel şiddet gördüğünü dile getirmiştir. Fiziksel istismarın yanı sıra duygusal istismarın da azımsanmayacak düzeyde olduğu bilinmektedir. Hata yaptıklarında veya sorumlulukları olmayan bir görevi istemediklerinde hakaret, aşağılama ve küfre maruz kalan çocuklar; karşı çıkamadıklarında ise aşağılık duygusu ve çaresizlik yaşamaktadırlar. Duygusal istismara uğrayan çocuklar dikkat, öğrenme gibi bilişsel becerilerde yetersizlikler sergileyebildikleri gibi aşırı pasif, kendine güvensiz, değersizlik duyguları, depresyon, kaygı belirtileri, yıkıcı davranışlar veya antisosyal özellikler gösteren bireyler olabilmektedirler.

İş ortamında cinsel istismar, çocuğun duygusal ve cinsel gelişimini, kişilerarası ilişkilerini, kendine ve dünyaya olan güven duygusunu etkileyen en sarsıcı yaşam olaylarındandır. Cinsel istismar sonrası erken dönemde kaygı, çökkünlük, agresif davranışlar, benlik saygısında azalma, uygunsuz cinsel içerikli söz ve davranışlar görülebilmektedir. Orta ve geç dönemde ise başta travma sonrası stres bozukluğu olmak üzere depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı gibi pek çok ruhsal bozukluk, yüksek riskli cinsel eylemler, kendini tekrar istismara açık etme, intihar düşüncesi ya da girişimleri cinsel istismar ile ilişkilendirilmektedir.[3]

5. Sonuç ve Öneriler

Çocuk Hakları Sözleşmesinin 1. maddesinde 18 yaşını doldurmamış her birey çocuk olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca aynı sözleşmenin 6. Maddesinde "*Taraf Devletler, her çocuğun temel yaşama hakkına sahip olduğunu kabul ederler* ve *Taraf Devletler, çocuğun hayatta kalması ve gelişmesi için mümkün olan azami çabayı gösterirler*" ifadeleri yer almaktadır. Yine aynı sözleşmenin 32. maddesinde aşağıdaki ifadeler yer almaktadır.

1. *Taraf Devletler, çocuğun, ekonomik sömürüye ve her türlü tehlikeli işte ya da eğitimine zarar verecek ya da sağlığı veya bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlaksal ya da toplumsal gelişmesi için zararlı olabilecek nitelikte çalıştırılmasına karşı korunma hakkını kabul ederler.*
2. *Taraf Devletler, bu maddenin uygulamaya konulmasını sağlamak için yasal, idari, toplumsal ve eğitsel her önlemi alırlar. Bu amaçlar ve öteki uluslararası belgelerin ilgili hükümleri göz önünde tutularak, Taraf Devletler özellikle şu önlemleri alırlar:*
   - *İşe kabul için bir ya da birden çok asgari yaş sınırı tespit ederler;*
   - *Çalışmanın saat olarak süresi ve koşullarına ilişkin uygun düzenlemeleri yaparlar.*
   - *Bu maddenin etkili biçimde uygulanmasını sağlamak için ceza veya başka uygun yaptırımlar öngörürler.*

Ülkemiz tarafından kabul edilen yukarıda maddeleri belirtilen Çocuk Hakları Sözleşmesi ve ulusal mevzuatta yasaklanan yaşlarda çocuk işçilerin tehlikeli ve çok tehlikeli işlerde çalışmalarının önüne geçebilmek için mevzuat çelişkilerinin giderilmesi gerekmektedir. Çalışma süreleri ile ilgili yapılan yasal düzenlemelere

rağmen, MESEM uygulamasında yer alan işyerlerinde çocuklar uzun süreli çalıştırılmakta ve çalışma süreleri bakımından yetişkin/çocuk işçi ayrımı ortadan kalkmaktadır. Bu nedenle gerekli yasal düzenlemeler yapılarak, 18 yaşından küçük çocukların mesleki eğitimleri kapsamında çırak adı altında işçi gibi çalıştırılmaları yasaklanmalıdır.

6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunun 10. maddesi ve Çocuk ve Genç İşçi Çalıştırılma Usul ve Esasları Yönetmeliği'nin 5. Maddesi aşağıda belirtilmiştir.

6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu

Risk değerlendirmesi, kontrol, ölçüm ve araştırma

Madde 10 – *(1) İşveren, iş sağlığı ve güvenliği yönünden risk değerlendirmesi yapmak veya yaptırmakla yükümlüdür. Risk değerlendirmesi yapılırken aşağıdaki hususlar dikkate alınır:*

ç) Genç, yaşlı, engelli, gebe veya emziren çalışanlar gibi özel politika gerektiren gruplar ile kadın çalışanların durumu.

Çocuk ve Genç İşçilerin Çalıştırılma Esasları

Madde 5 —

İşverenler çocuk ve genç işçilerin tecrübe eksikliği, mevcut veya muhtemel riskler konularında bilgisizlik veya tamamen gelişmiş olmamalarına bağlı olarak gelişmelerini, sağlık ve güvenliklerini tehlikeye sokabilecek herhangi bir riske karşı korunmalarını temin edeceklerdir.

Her iki yasal düzenleme gereği, çocukların çalışma alanlarının risk değerlendirmelerinin yapılması, çocukların işe uygunluk durumunun değerlendirilmesi ve 6 ayda bir düzenli aralıklarla kontrol muayenelerinin yapılması sağlanmalıdır. Ayrıca çocukların mesleki eğitim adı altında bile olsa çalıştırıldıkları işyerleri mikro ya da küçük işletmeler olduğu için bu işyerlerinin denetimi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı müfettişleri tarafından yapılmalıdır.

Çocuklar, özellikle yoksul, dezavantajlı grupta olanlar devlet tarafından korunmalı ve sadece ailelerin inisiyatifine bırakılmamalıdır. Örneğin tarımda sağlıksız, gezici ve kötü yaşam koşulları, uzun süreli çalışma ve pestisitler, gübreler gibi tehlikeli maddeler ile çalışan aileler tespit edilerek, beraberlerindeki çocuklar için bulundukları çevrede eğitim ve kreş olanakları arttırılmalıdır. Ayrıca gezici tarım işçilerine gittikleri bölgelerde çocuk bakımı desteği verilmeli, sosyal hizmet çalışanları ile bu ailelerin çocukları takip edilmeli, desteklenmeli ve çocukların tarım alanlarında çalıştırılmasını önleyecek yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Çocukların çalıştırılmasının engellenmesi amacıyla, sosyal devlet olma ilkeleri gereği sosyal hizmet politikaları multidisipliner yaklaşımla, kapsayıcı bir şekilde hayata geçirilmelidir. Çocukların okul terk nedenleri araştırılmalı, mesleki eğitime uygun olanlar psikolojik danışmanlık ve rehberlik (PDR) birimleri tarafından belirlenmeli, okullarda sosyal hizmet çalışmaları yapılmalıdır. MESEM mevzuatının Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı mevzuatı ile çelişkileri giderildikten sonra, çocuk çalışmasını körükleyen, işsizlik ödeneği fonlarının işverenlere teşvik amacıyla kullanılması durdurulmalı, bu fonun MESEM alt yapısını geliştirmek, mesleki eğitim birimlerini güçlendirmek amacıyla kullanımı sağlanmalıdır.

Ayrıca 16 Mayıs 2024 tarihinde Milli Eğitim Bakanlığı tarafından duyurulan "Zanaat Okulu: Beceri Geliştirme Programı"nın[25] 14 yaşındaki çocukların da çalışmasına zemin hazırlaması nedeniyle pilot uygulamaları durdurulmalı, programa ilgi duyan çocukların programı neden tercih ettikleri belirlenmeli ve bu nedenlere yönelik sosyal destek programları geliştirilmelidir.

Çocuk işçiliğinin sonlandırılması için belirtilen çözüm önerileri, iyileştirmeler, çalışan açığının oluşmasına neden olabilir. Bu durum kadının güçlendirilmesi, kadın istihdamının arttırılması ile çözülebilir. Böylece, çocuk işçilerin boşalttığı alanlara kadın işgücünün yerleştirilmesi, çocuk emeğinin istismar edilmesinin önlenmesine katkı sağlayacaktır. Özellikle yoksul ailelerde kadının güçlendirilmesi çalışmaları ve bu konudaki politikalar çocukları da koruyacaktır. Nitelikli, bilimi kullanan, sorgulayan, problem çözen gelecek nesiller için bugünün çocuklarının eğitim olanaklarının arttırılması Türkiye'nin geleceğinin şekillenmesi açısında da önemlidir.

Alec Fyfe, New York'da bir sempozyum konuşmasında "*çocuk işçiliğini ortadan kaldırmak ne yalnızca yasa değişikliği ne ekonomik ne de etik bir konudur, bu, aslında hükümetlerin irade meselesidir ve çocukların çıkarını gözeten karar alma cesaretiyle ilgilidir*" diyerek ILO Konferansında Hindistan hükümet yetkilisi ile İngiliz işçi temsilcisi arasında geçen bir konuşmayı anlatır. Diyalog aşağıdaki gibidir.

İşçi temsilcisi: "Hindistan'daki eğitim sistemi son derece yetersiz. Bu da Hindistan hükümetinin ağır bir sorumluluğudur. Ancak Hindistan'da eğitimi hızlandırmanın en etkili yolu, çocuk işçiliğini yasaklamaktır."

Hindistan hükümeti temsilcisi: "Hindistan'da anne babaların çoğu da eğitimsiz. Halkı bilinçlendirmek, İngiltere'ye kıyasla çok daha uzun zaman alacaktır. Eli-



Resim 4. Mevsimlik tarım işçilerinin çadır yerleşimde banyo-çamaşırlık[17]

mizden geleni yapıyoruz ama kısa sürede mucize beklemeyin. Sadece biraz zaman istiyoruz."

Alec Fyfe, bu diyaloğun ***1919 yılında Washington'da***, ILO'nun ilk konferansında, ilk asgari yaş sözleşmesi tartışılırken yapıldığına dikkat çekerek "seksen yıl geçti, hâlâ aynı tartışmalar dönüp duruyor: "Bize biraz daha zaman verin" diyerek konuşmasını Şilili şair Gabrial Mistral'a ait, New York UNICEF binasının girişinde olan bir şiirle sonlandırmıştır. [26]

"Birçok şey bekleyebilir.
Ama çocuklar bekleyemez.
Onlara 'yarın' diyemeyiz.
Onların adı 'bugün'dür."

Sonuç olarak eyleme geçme ve çocuk işçiliğini ortadan kaldırma zamanı "bugün"dür.

KAYNAKLAR

1. Fidan F. ÇALIŞAN ÇOCUK OLGUSUNA SOSYO-PSİKOLOJİK BAKIŞ SANAYİDE ÇALIŞAN ÇOCUKLAR ÖRNEĞİ. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2004;6(1):30–49.
2. Çöpoğlu M. Türkiye'de Çocuk İşçiliği. Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2018;14:357-98
3. Türkay Mehtap, İzgi Aydan. Çocuk İşçiliği ile Mücadele. Sarvan F (Ed). Çocuk Hakları ve Refahı Çalıştayı Sonuç Raporu içinden. Antalya: 2024.
4. ILO. 138 No'lu Asgari Yaş Sözleşmesi. Resmî Gazete. 30 Ekim 1998
5. ILO. 182 No'lu En Kötü Biçimlerdeki Çocuk İşçiliğinin Yasaklanması ve Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Acil Eylem Sözleşmesi. Resmî Gazete. 2 Ağustos 2001.
6. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). TÜRKİYE'DEKİ ÇOCUKLAR 2024 İSTATİSTİKLERE BAKIŞ. Ankara: 2025.
7. Tokuç B, Oğuzöncül F. Çalışan Çocuklar. Üner S, Okyay P (Ed.) TÜRKIYE SAĞLIK RAPORU-2020 içinde, s. 291-296. Ankara: Hipokrat Yayınevi. ISBN: 978-605-7874-83-2
8. International Labour Organization and United Nations Children's Fund, Child Labour. Global estimates 2024, trends and the road forward, ILO and UNICEF, Geneva and New York, 2025. License: CC BY 4.0.
9. Aksoy HH. Meslek Liseleri Öğrencilerinin İşletmelerde Beceri Eğitimi: Okul Destekli Çocuk İşçiliği. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2017;16(62):74–82
10. Çörtük MM, Çörtük G. Türk Eğitim Politikaları Sorunları. BENGİ 2023;2023(1):151-72
11. Yazıcı Zeliha. Çocukların Eğitim Sorunları ile Mücadele. Sarvan F (Ed.). Çocuk Hakları ve Refahı Çalıştayı Sonuç Raporu içinden. Antalya: 2024.
12. Radmard S. İŞÇİLEŞME(ME)K YA DA OKUMAK: İŞÇİ ÇOCUKLARIN EĞİTİMSEL DURUMLARINA İLİŞKİN BİR ÇÖZÜMLEME. Elektronik Eğitim Bilimleri Dergisi. 2017;6(12), 125-37
13. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. 3308 Sayılı Mesleki Eğitim Kanunu. Resmî Gazete. 19 Haziran1986.

14. Millî Eğitim Bakanlığı. 6764 Sayılı Millî Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmî Gazete. 9 Aralık 2016.
15. Sosyal Güvenlik Kurumu. 2025 Mesleki Eğitim Merkezi Maaşları: Tüm Detaylar SGK Bilgisi [Internet]. [cited 2025 Nov 3];Available from: https://sgkbilgisi.com/mesleki-egitim-merkezi-ogrenci-maaslari/
16. Kazdal Y, Tuna C. Problems Encountered In The Implementation Of The Vocational Training Center Program And Solution Suggestions According To The Opinions Of Education Administrators. Kosova Eğitim Araştırmaları Dergisi 2023;4(3):2–22.
17. ILO. Current state of apprenticeships in Turkey: Overview of relevant ILO instruments. International Labour Organization [Internet]. [cited 2025 Nov 3];Available from: https://www.ilo.org/publications/current-state-apprenticeships-turkey-overview-relevant-ilo-instruments
18. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. ÇOCUK VE GENÇ İŞÇİLERİN ÇALIŞTIRILMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNETMELİK. Resmî Gazete. 6 Nisan 2004
19. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. 4857 Sayılı İş Kanunu. Resmî Gazete. 22 Mayıs 2003
20. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel sağlık Sigortası Kanunu. Resmî Gazete. 31 Mayıs 2006
21. Sosyal Güvenlik Kurumu. SGK İstatistik Yıllığı 2024 [Internet]. [cited 2025 Nov 1];Available from: https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e-59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4
22. İş Sağlığı İş Güvenliği Meclisi (İSİG). ÇOCUK İŞÇİ İŞ CİNAYETLERİ RAPORU 2024 [Internet]. [cited 2025 Nov 4]; Available from: https://www.sosyal-is.org.tr/isig_meclisi_cocuk_isci_is_cinayetleri_raporu_yayimlandi.html
23. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. Resmî Gazete. 20 Haziran 2012.
24. Birleşmiş Milletler (BM). Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. New York: Birleşmiş Milletler Genel Kurulu. 20 Kasım 1989. [Internet]. [cited 2025 Nov 4];Available from: https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child
25. Millî Eğitim Bakanlığı. ORTAOKUL ÖĞRENCİLERİ İÇİN İLK KEZ "ZANAAT OKULU" AÇILACAK. [Internet] [cited 2025 Nov 3]. Available from: https://www.meb.gov.tr/ortaokul-ogrencileri-icin-ilk-kez-zanaat-okulu-acilacak/haber/33739/tr2024.
26. Fyfe A. Child Labor & Exploitation. Journal of Civil Rights and Economic Development [Internet] 2012];14(3):8 [cited 2025 Nov 3]. Available from: https://scholarship.law.stjohns.edu/jcred/vol14/iss3/8

Yeni/Değişen İstihdam Modelleri

Zeynep Aytül Çakmak

Tüm dünyada etkileri giderek yoğunlaşan küreselleşme hareketleri ile birlikte, gittikçe hızlanan teknolojik ilerlemeler çok kapsamlı değişimlere yol açmıştır. Son yıllarda, ekonomik sınırların ortadan kalkmasıyla işin ve iş organizasyonunun yeniden yapılanması söz konusudur. Rekabet mücadelesinin her geçen gün artmasıyla işçi ve işverenleri yeni arayışlara yöneltmiştir. Yeni arayışlar içine giren sektörler yeni istihdam modellerinden yararlanmaya başlamışlardır.[1]

Bilgi teknolojisi ve internetin gelişimi çalışan için dünyanın küçük bir işyeri olarak kullanılmasını kolaylaştırmıştır. Çalışma hayatında fiziki bir işyerinde mesai yaparak gerçekleşen geleneksel anlayışın yerini, fiziki bir işyerinin bulunmadığı yeni çalışma modelleri almaya başlamıştır. Bu çalışma biçimleri işgücü piyasalarına girme konusunda birçok engel ile karşılaşan kadın ve engelli gibi dezavantajlı gruplar için fırsatlar yaratırken, çalışan hakları açısından birtakım olumsuzlukları da beraberinde getirmiştir.[2]

1980'lerden bu yana dünyada üretimin esnekleşmesiyle beraber toplam istihdam içinde standart çalışmanın payı düşerken atipik işlerin oranı artmaktadır (Avrupa Parlamentosu Raporu, 2016; Gutierrez-Barbarussa, 2016). Standart işler olarak tanımlanan tam zamanlı, sosyal güvenceli, süresiz sözleşmeli işler yerini yarı zamanlı, geçici sözleşmeli, sözleşmesiz, kendi hesabına çalışma gibi standart olmayan istihdam biçimlerine bırakmaktadır. Daha önce hiç görmediğimiz ya da yaygın olmayan çalışma ilişkileri günümüzde bu şekilde öne çıkarken ve işgücü piyasaları esnekleşirken çalışan yoksulluğu ve istihdam güvencesizliği gibi öğelerle tanımlanan çalışmadaki eğretilik de yaygınlaşmaktadır.[3]

Covid-19 salgını küresel tedarik zincirlerinde ciddi kırılmalar, ticaret hacminde daralmalar ve ekonomik faaliyetlerde kesintilere neden olmuştur. Bu süreçte dijital dönüşüm hız kazanmış, uzaktan çalışma ve dijital teknolojilerin devreye girmesiyle dijital becerilere sahip işgücüne olan talep artmıştır. Özellikle, dijitalleşmeye uyum sağlayamayan sektörlerde istihdam kayıpları yaşanırken, dijital becerilere sahip işgücüne olan talep hızla artmıştır. Salgın, uzaktan ve hibrit çalışma modellerinin hızla yaygınlaşmasına yol açmış ve birçok sektör bu yeni iş modellerine uyum sağlamak için yeniden yapılanmaya gitmiştir.[4]

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) üye ülkeleri arasında uzaktan çalışma potansiyeli konusunda yapılan güncel bir analize göre Türkiye'de çalışan nüfusun %21'i için uzaktan çalışma mümkün ve eğitim seviyesindeki artışıyla beraber uzaktan çalışmanın uygulanabileceği mesleklerin de oranında bir artış görülüyor. Türkiye bu oranla diğer OECD ülkelerine göre en alt sıralarda yer alıyor. Lüksemburg'da bu çalışma modelinin uygulanabildiği işlerin oranı %50 olarak karşımıza çıkarken İngiltere, Hollanda ve İsviçre'de ise bu oran %40 lardadır.[5]

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'nün yaptığı sınıflandırmada "standart olmayan istihdam" ve "standart istihdam" olarak iki anabaşlık bulunmaktadır. Standart olmayan istihdam biçimlerini oluşturan grupta en dikkat çeken model "part-time" yani "yarı zamanlı çalışma" modelidir. Bu istihdam biçimi, yasal düzenlemede tam zamanlı çalışana göre daha az sürede çalışma imkânı sağlayıp, özellikle esnek çalışma kapsamında toplumun farklı kesimlerine istihdam fırsatları sunmaktadır. Yarı zamanlı çalışma biçimleri dünya genelinde tüm istihdamın %15'ini oluştururken, Avrupa ülkelerinde bu çalışma biçimi ile istihdam edilen çalışan oranı her geçen gün artmaktadır. Uzaktan çalışma modeline benzer şekilde, gençlere, kadınlara ve yaşlılara esnek çalışma saatleri altında istihdam yaratan bu uygulama kalabalık gruplara gelir imkanları sunarken bu grupların çalışma hayatına katılması açısından büyük önem taşımaktadır. Part-Time çalışma oranı Türkiye'de %9,5 oranında kalmaktadır. Kadınların medeni durumla-

rı ve çocuk sahibi olmaları ve iş arayışında olmayan gençlerin bir kısmının da eğitime devam etmek amacıyla çalışma hayatına katılmadıkları düşünüldüğünde part-time çalışma modeli, bu grupların istihdamını artırıcı faktör olacaktır.[6]

TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu'nun yayınladığı Her Alandaki Kadın İstihdamının Artırılması ve Çözüm Önerileri Komisyon Raporu'nda (2013), kadın istihdam oranlarının artması adına esnek çalışma modellerinin uygulama alanlarının yaygınlaştırılması gerektiği üzerinde durulmuştur. Ek olarak, kadın istihdamının, bir ülkenin gelişmişlik seviyesini ölçmek adına önemli bir gösterge niteliğinde olduğu ve ülkenin topyekûn kalkınması adına dikkate alınması gereken birincil konular arasında olduğu vurgulanmıştır. Rapora göre, diğer AB ülkelerine kıyasla Türkiye'de kadın istihdamının düşük oranlarda gerçekleşmesi ve hedeflenen düzeye ulaşılmamasında ise "geleneksel iş bölümü" kapsamında ev içi sorumlulukların tümünün kadına yüklenmesi ve "aile-iş yaşamındaki uzlaştırıcı mekanizmaların yetersizliği" gibi sebepler öne sürülmüştür. Öte yandan, kadınların, erkek çalışanlara kıyasla, örgütsüz ve sosyal güvencesiz bir işgücü sunması sebebiyle sigortasız çalıştırıldıkları ve kadınların sigortasızlık oranlarının hala yüksek seviyelerde gerçekleştiği belirtilmiştir. Bu doğrultuda, kadın istihdam oranın arttırılması ve kadınların çalışma hayatına katılması adına işgücü piyasalarının esnekleştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Ayrıca yeni nesil çalışma biçimleri altında incelenen bu çalışma modellerinin amacı kayıt dışılığı azaltmaktır. Küresel ve ulusal ekonomik krizlerin yarattığı ekonomik tahribattan oldukça büyük bir pay alan gençlerin kayıt dışı istihdama yönelmesi ve güvencesiz koşullarda çalışması bugün global ölçekte önemli bir probleme işaret etmektedir. Mutlak yoksulluk sınırından uzaklaşmak adına kabul edilen bu durum informal bir düzenin yaygınlaşmasına sebep olmaktadır. Yeni model çalışma biçimleri istihdam kanallarında hareketlenme yaratırken aynı zamanda güvencesiz çalışma koşullarına mahkumiyeti engellemek adına da önemli çözümler sunmaktadır.[7]

İstihdam modelleri artık sadece "tam zamanlı- yarı zamanlı" ayrımından ibaret değildir. Küreselleşme, dijitalleşme ve esnek üretim sayesinde yeni istihdam şekilleri ortaya çıktı.

1. Yeni İstihdam Modelleri

1.1. Esnek Çalışma (Flexible Work)

Esneklik, işletmenin değişen piyasa koşullarına, üretim sistemini geliştirme ve yenileme stratjisi ile; tasarım, ürün, iş akışı, sürekli etkinlik ve verimlilik alanlarındaki gelişmelerle, müşteri istek ve ihtiyaçlarını göz önüne alarak zaman, yer, fiyat ve fayda bütünleşmesini sağlayabilmesi yeteneğidir.[8]

Esneklik, işgücü açısından ILO'nun yaptığı tanıma göre belirli bir işgücü piyasasının ekonomik, sosyal ve teknolojik koşullara adapte olma kapasitesiyle ilgili katılığını ya da esnekliğini gösterir. İşgücünün koşullara uyum sağlama kapasitesi, kurumsal düzenlemeler, sosyal politikalar, yasalar, hükümet faaliyetleri, sendikal faaliyetler ve endüstri ilişkileri içerisinde belirlenir.

Esneklik, işletmelerin iç ve dış rekabet gücünü artıran, istihdam artışı yaratan, işsizlik oranını azaltan, işgücü piyasasına girmede zorlanan kesimlerin iş bulmalarını kolaylaştıran ve kayıt dışılıkla mücadelede önemli rol oynayan bir yöntemdir. Esneklik, dinamik işgücü piyasasının olmazsa olmaz koşuludur.[9]

Çalışma saatleri ve mekanı işveren ile çalışanın ihtiyaçlarına göre düzenlenir. Örn: Kişinin haftada 3 gün ofise gitmesi, 2 gün evden çalışması gibi. İş-yaşam dengesi kolaylaşır, ancak sürekli erişilebilir olma baskı yaratabilir.

1.2. Uzaktan Çalışma

Çalışan ile işveren arasındaki iş ilişkisinin fiziksel bir iş yerinde değil, teknolojik araçlar kullanılarak evde veya başka bir yerde yürütülmesidir. Bu çalışma modeli, özellikle dijitalleşmenin hız kazanmasıyla birlikte dünya genelinde yaygınlaşmıştır. Türkiye'de ise özellikle COVID 19 pandemisiyle birlikte uzaktan çalışmaya geçiş büyük bir ivme kazanmış ve iş hukuku açısından yeni düzenlemeleri gerekli kılmıştır. Uzaktan çalışma hem iş verimliliğini arttırabilecek hem de çalışanların yaşam dengesini olumlu etkileyebilecek bir gerektirir. Türk İş Hukuku kapsamında uzaktan çalışmaya ilişkin temel düzenleme, 4857 sayılı İş Kanunun 14. Maddesinde yer almaktadır. Ayrıca 10 Mart 2021 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan "Uzaktan Çalışma Yönetmeliği" bu çalışma modelinin ayrıntılarını belirlemiştir. Bu yasal çerçeve, taraflar arasında uzaktan çalışma sözleşmesinin yazılı yapılmasını zorunlu kılarak olası uyuşmazlıklarda delil teşkil edecek net bir yapı sağlar. işini evden veya farklı mekanlardan internet üzerinden yürütür. Örn: Yazılımcıların, dijital pazarlama uzmanlarının veya çağrı merkezi çalışanlarının evden çalış-

ması gibi. Ulaşım stresi azaltır ama sosyal izolasyon ve yalnızlık görülebilir.[10,11]

1.3. Yarı Zamanlı Çalışma (Part-Time)

Çalışan haftada standart çalışma süresinden daha az çalışır. İstihdam uzmanı RANSTAD Holding tarafından oluşturulan, küresel iş gücü içinde hareket, motivasyon ve iş tatmini ile ilgili eğilimleri inceleyen 2011 yılının üçüncü çeyreğini kapsayan ve dünya çapında 29 ulus, Amerika, Asya Pasifik ve Avrupa ülkelerinden yanıtlar içeren bir çalışmaya göre, tüm dünyada çalışan bireylerin %15'i yarı zamanlı işlerde çalışmaktadır. Bu oranın Çin'de en yüksek olduğu (%35) ve %10'un altındaki oranların ise Çek Cumhuriyeti, Slovakya, Macaristan, Belçika ve İsveç'te olduğu görülmektedir. Türkiye'de ise bu oran %12 civarındadır.[12]

Avrupa ekonomisinde ve istihdam piyasalarında yarı zamanlı çalışanların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. İşveren ve işçiye sağladığı esneklik nedeniyle tercih edilen yarı zamanlı çalışma, kadınların istihdam piyasasında daha fazla yer almalarını da sağlaması açısından önemlidir. AB iş hukukuna göre, istihdam koşulları açısından yarı zamanlı çalışan işçiler ile tam zamanlı çalışan işçiler arasında ayırımcılık yapılamaz. Buna göre, bir işçinin tam zamanlı işten yarı zamanlı bir işe geçişi veya tersine geçişi reddetmesi işten çıkarılma nedeni sayılamaz.[13]

İş gücüne kadın katılımını arttırdığı düşünüldüğünden, yarı zamanın istihdam oranı üzerinde olumlu bir etkisi bulunmaktadır;

- İşverenler yarı zamanlı çalışmayı kullanarak belli bir zaman süresi içerisinde kaynaklarını döngüsel koşullara göre ayarlayabilir,
- Anne babaların işten ayrılmadan çocuklarıyla daha fazla zaman geçirmelerini sağladığından, çalışanlara yönelik daha iyi bir iş-yaşam dengesi için çözüm olabilir.

Olumsuz sonuçları ise aşağıdaki gibidir:

- Yarı zaman, sabit maliyetlerin varlığından ötürü işyerleri için genel iş gücü maliyetlerini arttırabilir;
- Yarı zamanlı çalışanların ortalama olarak daha düşük kazançları ve kariyerlerinde ilerlemek için daha az fırsatları bulunmaktadır;
- Yarı zamanlı çalışanların işten memnuniyeti genel olarak tam zamanlı çalışanlarla. benzer olmakla beraber, bazı bulgular yarı zamanlı işlerin kalitesinin ortalama olarak daha düşük olduğunu göstermektedir.[14]

1.4. Geçici/mevsimlik Çalışma (Temporary/ Seasonal Work)

Belli bir süre veya sezon yapılan iş olarak tanımlanır daha çok iş imkânı yaratılması, ek gelir için kısmi süreli ve geçici çalışma imkânı sağlanması ve iş ve aile yaşamının bağdaştırılmasının sağlanması açısından talep edilmektedir. Örn:Yaz aylarında turizm sektöründe çalışan personel hasat döneminde tarım işçileri gibi. İş güvencesi zayıf, sağlık ve sosyal güvenlik hakları yetersiz olabilir.

Part- time çalışmanın ikinci unsuru olan süreklilik, bu çalışma biçimini mevsimlik ve geçici çalışmadan ayırır. Diğer çalışma biçimleri, mevsimlik ve geçici çalışma, geçicidir ve süresi yoktur.

Avrupa Parlamentosu ve Konseyinin 2008/104/EC Sayılı Direktifi 19 Kasım 2008 tarihinde yayımlanmış ve kabul edilmiştir. Bu direktif geçici işçi istihdamının korunmasın, kalitesini, ilkesinin uygulanmasını sağlayarak ve geçici istihdam ajanslarını işveren olarak tanıyarak iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Bu direktif kazanç amaçlı olsun ya da olmasın, ekonomik faaliyetlerde bulunan geçici işçi istihdam ajansları veya kullanıcı işletmeler olan kamu ve özel işletmeler için geçerlidir.[15]

1.5. Serbest Çalışma (Freelance)

Son dönemde hızla gelişen esnek çalışma biçimi serbest çalışmadır. İşçi niteliğindeki bağımlı çalışanların da serbest çalışma sözleşmeleriyle istihdam edilmesi yaygın bir uygulamadır. Kısmi sözleşmeler, bir ya da birden çok işverenle yapılabileceği gibi işçinin bu gibi işlerden başka serbest çalışması da söz konusu olabilmektedir. Diğer yandan, öğrencilerin, ev kadınlarının ve emeklilerin otellerde, tatil köylerinde ve çeşitli büro işlerinde kısmi süreli işlerde çalışmaları da kısmi süreli çalışma biçimleridir. Çalışan, işverene bağlı olmadan kendi hizmetini proje bazlı sunar. Örn: Grafik tasarımcı, içerik yazarı, yazılım geliştirici gibi. Kişiye özgürlük sağlayabilir ancak düzensiz gelir ve güvence sorunu olabilir.[16]

1.6. Gig Ekonomisi ve Platform Çalışması

Gig ekonomisi kavramı, bir bireyin kısa süreli işler bulmak ve yerine getirmek için, aracı platform tarafından sağlanan uygulamaya veya internet sitesine erişim sağlayarak platformda listelenen veya platform tarafından tarafına atanan işi tamamladığı ve genellikle üç tarafın yer aldığı iş organizasyonunu açıklamak için kullanılmaktadır. Gig ekonomisinde birey, uygulamaya veya internet sitesine, akıllı cep telefonu, tablet veya bilgisayar aracılığıyla erişim sağlamakta ve ardından işi tamamlamaktadır. Gig işçisi tamamladığı her iş sonucu

ücret kazancı elde etmektedir. Son olarak, internet sitesi veya uygulama sahibi gig firmaları, işçinin ücretinden belirli bir miktarda komisyon ücreti kesintisi yaparak iş süreci tamamlanmaktadır.

İnternet tabanlı platformlar üzerinden iş bulma ve çalışma esasına dayanır. Çalışanlar kısa süreli işler üstlenirler. Örn: Yemek ve paket servis kuryeleri (Yemeksepeti, Getir, Glovo..), Ulaşım hizmetleri (Uber, BiTaksi…), Online görevler (Fiverr, Upwork…). Esnek çalışma olanağı sunar ancak iş güvencesi ve sosyal haklar zayıftır. Gig işçileri iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin pek çok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Gig işçileri iş kazası, uyku yoksunluğu, üriner sistem rahatsızlıkları, kas-iskelet sistemi sorunları ve psiko-sosyal risklere (sosyal izalasyon, stres,) yoğun şekilde maruz kalmaktadırlar. İşçilerin düşük ücret politikası, yoğun rekabet, teslimat baskısı ve platformlar tarafından performans izlemesi ve denetlenmesi iş sağlığı ve güvenliği sürecini olumsuz etkileyen faktörler arasında yer almaktadır.[17]

1.7. İş Paylaşımı (Job Sharing)

İş paylaşımı veya kısa çalışma ödeneği adı verilen bir program olarak adlandırılabilir. İşverenleri ekonomik durgunluk döneminde çalışanlarını işten çıkarmak yerine çalışma saatlerini geçici olarak azaltmaya teşvik eder. İş paylaşımı, işverenlerin kalifiye iş gücünü elinde tutmasına ve ekonomik koşullar düzeldiğinde tam zamanlı bir çalışma düzenine geri dönmesine olanak tanır. Bu yaklaşımla, çalışanlar çalıştıkları saatler için ücret almaya devam eder ve kaybettikleri çalışma saatlerini karşılamaya yardımcı olan orantılı işsizlik ödeneği alırlar. Örneğin, işverenler herkesin çalışma saatlerini %20 oranında azaltabilir ve çalışanlar haftalık işsizlik ödeneği tutarının %20'sine hak kazanabilir. Tam zamanlı işin iki kişi arasında paylaşılması şeklinde yapılan işlerdir. Örn: Bir muhasebe pozisyonunun iki kişi tarafından yarı zamanlı yürütülmesi gibi. Çalışanların iş-yaşan dengesini kolaylaştırır. İşveren ve çalışanlar açısından süreklilik sağlar. Pandemi döneminde olduğu gibi ekonomik durgunluk zamanlarında uygulanabilir. Çalışanlarda iş güvencesi ile ilgili kaygılar, psikososyal risk etmeni olarak karşımıza çıkabilir.[18]

1.8. Hibrit Çalışma (Hybrid Work)

Çalışanların işyerinden veya uzaktan çalışabildiği veya yapılacak görevlerin doğasına ve çalışanların ihtiyaçlarına göre çalışma zamanlarının ve çalışma yerlerinin düzenlenebildiği, yüz yüze çalışma ile uzaktan çalışmanın esnekliğini birleştiren bir iş yapma modelidir. Çalışanların her biri farklı kişilik özelliklerine sahiptir; bu yüzden çalışma şekilleri de farklılık gösterebilir.

Bazı çalışanlar uzaktan çalışma modeli ile yüksek performans gösterirken, bazıları yüz yüze etkileşimi tercih edebilir. Bu bağlamda uzaktan çalışma ve iş yerinden çalışmanın birleşimi olan

hibrit çalışma modeli bütün çalışanları kapsayıcı bir model olma özelliğini taşımaktadır. İş-yaşam dengesinin sağlanması, uzun süredir iş dünyasının gündeminde yer alan bir konu haline gelmiştir.

Başlangıçta uzaktan çalışma uygulamaları, çalışanlara esneklik ve özerklik sağlayarak, iş ve yaşam dengesini yönetmenin bir yolu olarak popüler olsa da zaman içinde iş-yaşam dengesizliğine de sebep olduğu tespit edilerek; bu zorluğa karşılık hibrit çalışma modeli faydalı görülmüştür. Bununla birlikte, hibrit çalışma modelleri ile stresi azaltma, zaman yönetimi, bireysel planlama, yeterli uyku düzeni, sağlıklı beslenme, aileye zaman ayırma, bireysel kimlik yaratma, içsel güdülenmenin sağlanması vb. faydalar da söz konusudur.[19]

1.9. Talep Üzerine Çalışma (On_Demand Work)

Çalışan sadece ihtiyaç olduğunda çağrılır ve çalışır. Örn: Organizasyonlarda çağrı üzerine giden garsonlar, günlük işçi çağırma sistemi gibi. Çalışanlar için iş güvencesi yoktur, işveren için maliyet avantajı sağlar.[10]

1.10. Potföy Kariyer (Portfolio Career)

Bir kişinin aynı anda birden fazla iş veya projeyi yürütmesidir. Örn: Kişinin hem bir şirkette yarı zamanlı çalışması, hem de kendi işini yapması gibi. Çeşitli gelir kaynakları yaratır ama iş yükünü yönetmek zor olabilir.[10]

1.11. Stajyerlik ve Çıraklık Modelleri

Eğitim ile işin iç içe yürütüldüğü, düşük ücretli veya ücretsiz çalışma biçimleridir. Örn: Üniversite stajerleri, meslek liselerindeki çırak öğrenciler gibi. Öğrenme fırsatı verebilir ama çoğu zaman emek sömürüsüne dönüşebilir.[10]

Yeni istihdam biçimleri daha esnek, dijital ve proje bazlı hale gelmiştir. Ancak beraberinde iş güvencesi, sosyal haklar, gelir istikrarı ve sağlık üzerine etkileri açısından ciddi tartışmalar getirmektedir.

Sanayi devriminden günümüze çalışma hayatı sürekli değişim göstermektedir. Küreselleşme, dijitalleşme ve esnek üretim sistemlerinin yaygınlaştırılmasıyla birlikte istihdam modelleri de farklılaşmıştır. Tam zamanlı ve güvenceli işlerin yanında yarı zamanlı, geçici, serbest (freelance), uzaktan ve platform/gig ekonomisi temelli istihdam biçimleri ortaya çıkmıştır. Bu dönüşüm, sadece ekonomik ve sosyal yapıyı değil, aynı zamanda

çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığını da doğrudan etkilemektedir.[12]

KAYNAKLAR

1. Öztürkoğlu Y. Tüm Yönleriyle Esnek Çalışma Modelleri, Beykoz Akademi Dergisi 2013; 1(1): 09-129.
2. Keser A, Kümbül Güler B. Çalışma Psikolojisi. Kocaeli Üniversitesi Umuttepe Yayını. 2016; No:169: 97,98.
3. Konyalı G, Busun S. İşgücü Piyasalarında Eğreti İstihdam Biçimleri ve Çalışan Yoksullar. Çalışma ve Toplum Dergisi, 2022; 4 (75): 2663-2686.
4. Türkiye Cumhuriyeti Resmî Gazete. Uzaktan Çalışma Yönetmeliği, Sayı:32800. 1 Şubat 2025. https://www.resmigazete.gov.tr/
5. OECD. Capacity for remote working can affect lockdown costs differently across places. 2020.
6. İLO. Non-Standard Employment Around The World. Geneva, 2016. https://www.ilo.org-pubpublication/wcms_534326.pdf.
7. Türkiye Büyük Millet Meclisi Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu. Her Alandaki Kadın İstihdamının Artırılması ve Çözüm Önerileri Komisyon Raporu. Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu Yayınları TBMM Basımevi, 2013; No:12.
8. Aydoğan, E. (2005). Esnek Üretim Sistemlerinin İşletme Verimliliğine Etkisi: Bir Alan Araştırması, Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2005; 7(1): 73-95.
9. Süral N. Ekonomik Kriz Döneminde Artan İstihdam Sorununa Alternatif Olarak Esneklik Uygulamaları. TİSK İşveren Dergisi. 2009; 20,21.
10. Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu TİSK. Yeni Nesil Çalışma Modelleri. 2022; 10-25.
11. Türkiye Cumhuriyeti Resmî Gazete Tarihi. Uzaktan Çalışma Yönetmeliği. Sayı:31419. 10 Mart 2021. https://www.resmigazete.gov.tr/
12. Aydoğdu C. Avrupa Birliği'ne Katılım Sürecinde Türkiye'de Esnek Çalışma ve Kadın İstihdamına Yönelik Olarak Yapılan Çalışmalar, Sorunlar ve Çözüm Önerileri. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma Genel Müdürlüğü Uzmanlık Tezi. 2012.
13. İşçi Ö, Görgülü H. AB Sürecinde Türkiye'de Kadın İşgücü İstihdamı. Dokuz Eylül Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi, 2006; 40-42.
14. Council Directive 97/81/EC of concerning the Framework Agreement on part-time work concluded by UNICE, CEEP and the ETUC. Annex: Framework agreement on part-time work.1997. http://data.europa.eu/eli/dir/1997/81/oj.
15. EU-OSHA. Directive 2008/104/EC- temporary agency work. Lates update:13/03/2025. 2008. http://data.europa.eu/eli/dir/2008/104/oj.
16. İnciroğlu L. Çalışma Hayatında Esnek Çalışma Uygulamaları. Legal Yayıncılık. 2011; 25,26.
17. Ünal Ö. Gig Ekonomisinin Çalışma İlişkilerine Etkisi, Türk Metal Sendikası Araştırma ve Eğitim Merkezi Yayınları Ankara. 2023; 87: 17.
18. Gilarsky M, Nunn R, Parson J. (2020 April 16). What İs Work Sharing And How Can İt Help The Labor Market? 2020. https://www.brookings.edu/articles/what-is-work-sharing-and-how-can-it-help-the-labor-market/.
19. Gökçe Ç, Bolat O İ. Örgütlerde Hibrit Çalışma Modeli Üzerine Kavramsal Bir Değerlendirme. Balıkesir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. Haziran, 2025; 6 (1): 58-80.

Artan Yapay Zeka Uygulamaları ve İş Sağlığı

Nazım Ercüment Beyhun

Bu bölümde son yıllarda giderek artış gösteren yapay zeka kullanımının iş sağlığı ve güvenliği alanındaki yansımaları sizlere aktarılmaya çalışılacaktır. Dünyada ve Ülkemizde gerçekleştirilen bilimsel çalışmalardan örnekler bulacağınız bu bölümde iş sağlığı ve güvenliği alanında literatürde kendine yer bulmuş çalışmalar tanıtılacaktır. Ancak unutulmamalı ki iş yerlerinde kullanılmakta olan yapay zeka ürünleri aynı zamanda kendisini üreten kişi ve/veya kuruluşların emek verdikleri ürünler olduğu için ve lisans kapsamında olduklarından tamamı literatüre yansımamış olabilir. Konunun sizlere aktarımında alt başlıklar kullanılmaya çalışılmıştır.

1. Sensörler

Çalışma ortamında toz ölçüm sensörlerinin kullanımı ve maruz kalım tahminleri için algoritmaları oluşturulmuştur.[1] Baretlere/kasklara entegre kameralar ve mesafe sensörleri aracılığıyla karşılaşılan cisimlerin tespiti ve hızla analizi sonrası işçilere görsel uyarılar ileten sistemler geliştirilmiştir.[2] Akıllı baretler gibi düşmeyi ve yaralanma risklerini azaltan akıllı ayakkabılar da geliştirilmiştir.[3] Yapay zeka, kamera ve sensör kombinasyonlarının veri işleme ile birleştirilip çok daha hızlı sistemler oluşturulmakta olduğu anlaşılmaktadır.

Yapay zeka ve kameraların birlikte entegre edildiği dronelar, gözlükler vb. aracılığıyla toplanan görüntülerin analizi, çalışma ortamı gözetimleri, çalışanlara anlık geri bildirimler yapılması da mümkün hale gelmiştir.[3] Bu gelişmeler doğal olarak çalışma ortamlarının değişimine de yol açmaktadır.

Ülkemizde yapay zeka ile entegre kamera ile gözlem sonucu güvensiz durum veya hareketleri tespit ederek kaza gerçekleşmeden çalışanı uyarma amacı güden bir sistem uygulanmış ve olumlu sonuçlar alınmıştır.[4] Bu çalışma yukarıda bahsedilen örneklerin Türkiye'de de kullanılmaya başlandığını göstermektedir.

2. Sağlık Gözetimi

Çalışanlara yönelik yürütülen rutin göz muayeneleri sırasında alınan retina fotoğraflarında makülopati tanısı koyma konusunda başarılı yapay zeka uygulamaları bulunmaktadır.[5] Mesleki akciğer hastalıklarının tanınmasında, radyografilerin değerlendirilmesinde ve risklerin ön görülerek pnömokonyozların azaltılmasında yapay zekanın önemli potansiyeli vardır.[3]

Oldukça kapsamlı bir sistematik derlemede, kullanılan yapay zeka uygulamalarının insan sağlığına yararlı olup olmadıklarının tespiti amaçlanmış ve özellikle bir çalışmada sağlığı geliştirmeye yönelik bir sohbet robotunun (chatbot) kas iskelet sistemiyle ilişkili semptomları iyileştirmede başarılı bulunduğu belirtilmiş ve yazarlar konuya ihtiyatlı yaklaşmanın ve kesin sonuçlara ulaşmak için henüz erken bir dönemde olduğumuz sonucuna ulaşmışlardır.[6] Kas-iskelet sistemi sorunlarının incelendiği başka bir çalışmada ise her bir çalışan için bir sonraki en ideal muayene süresinin ve etkilenecek vücut bölgesinin tahmininde ve kas-iskelet sistemi sorunlarını belirleyen ve ön gören faktörlerin belirlenmesinde CatBoost regresyon modellerinin kullanımının yararlı olacağı belirlenmiştir.[7] Bu durum kişiselleştirilmiş tıp yaklaşımının modellemeler yoluyla iş sağlığı pratiğine entegrasyonu için önemli örneklerden biri olarak kabul edilebilir.

Çin'de yapılan iki ayrı çalışmada yapay zekanın çalışanların akıl ve ruh sağlığı üzerinde olumlu yönde etkileri olduğu belirlenmiştir. İlk çalışmada özellikle 1980 yılından sonra doğanlarda bu etkinin daha belirgin olduğu ve çalışma ortamının aracı rolü olduğu, ikinci çalışmada ise alınan ücret ve iş yoğunluğunun aracı rol oynadığı ortaya konmuştur.[8, 9]

Yapay zekanın gelişimi sağlık eğitimlerini de etkilemektedir. Sanal ve artırılmış gerçeklik aracılığıyla verilen eğitimlerin giderek artması beklenmektedir. Yüksek riskli çalışma ortamlarına girmeden gerçekliğe yakın ortamlarda eğitim sağlanması iş kazası ve meslek hastalığı risklerini azaltma potansiyeli taşımaktadır.[3]

3. Risk ve Tehlikelerin Değerlendirilmesi

Ülkemizde Akaner ve Özdemir tarafından yapılan çalışma ile yapay sinir ağları kullanılarak iş kazaları ve faaliyet alanları arasındaki bağlantılar belirlenmiş ve işyerlerinin tehlike sınıfları veri bazlı değerlendirilerek mevcut sınıflamayla karşılaştırılmıştır. Çalışma yapay zeka kullanımına özgün bir yaklaşım ortaya koymuştur.[10]

İş sağlığı güvenliğinde risklerin belirlenmesi ve kaza olasılıklarının tahmin edilmesinde yapay zeka kullanılmaktadır. Dizdar ve Koçar tarafından yapılan çalışmada yapay sinir ağları kullanılarak iş kazalarının aylara göre dağılımları tahmin edilmiştir [11]. Atatürk Üniversitesi'nde de önceki risk değerlendirme verileri kullanılarak yapay sinir ağları yoluyla incelenmiştir.[12]

4. Yapay Zeka ve Robotlar

Yapay zekanın entegre edildiği robot kullanımının hem fiziksel hem de psikolojik riskleri bulunmaktadır. Risklerin yanında yararları da bulunmaktadır. Örneğin güç gerektiren işlerin robotlar veya giyilebilir yapay zeka tabanlı dış iskeletlerin desteğiyle yürütülmesi mesleki sağlık risklerini azaltabilir.[3] Yeni sorunlar arasında sensör hatalarına bağlı robot-insan karşılaşmaları sonucu gerçekleşen iş yeri kazaları bulunmaktadır. İnsanların yeni çalışma arkadaşlarının robotlar olması yeni psikososyal ve fiziksel riskleri yanında getirmektedir.[13] Bu görece yeni çalışma ortamında gerçekleşen iş kazaları ve meslek hastalıklarıyla ilgili yeni hukuksal durumların da yeni yaklaşım ve çözümlere ihtiyacı bulunmaktadır.[14]

Robotlarla birlikte çalışmanın neden olabileceği iş sağlığı güvenliği sorunlarını inceleyen bibliyometrik bir çalışma gelecekte depolama, tarım, madencilik ve inşaat alanlarında robotlarla ilgili iş sağlığı güvenliği çalışmalarının artacağını, kişisel koruyucu ekipman ve çoklu robot iş birliği konularının öncelenen konular arasında yer alacağını tahmin etmiştir.[15]

5. İş Kazası Analizleri

İş kazalarının ve meslek hastalıklarının nedenlerinin araştırılmasında metin madenciliği ve derin öğrenme tabanlı doğal dil işleme modellerinin (NLP) kullanımı da önemli bir potansiyel içermektedir. Yapılan derinlemesine görüşmelerde alınan kayıtların incelenmesine yönelik bu yeni nöral ağlarla çalışan modeller gelecekte daha fazla kullanılacak gibi durmaktadır.[16]

6. Etik Konular

Yapay zekanın kullanımı arttıkça konunun etik boyutları da fazla tartışılır hale gelmiş durumdadır. En çok tartışılan konular arasında veri gizliliği, yapay zekanın doğru sonuçlar vermesi, tarafsız ve iyi amaçlarla kullanılması, şeffaflık ve hesap verebilirlik konuları gelmektedir [17]. Yapay zeka sağlıkta hakkaniyeti iyileştirebildiği gibi kötüleştirebilir de. Yüksek riskli çalışma alanlarında yapay zeka kullanımının artışı bu alanlarda çalışanların sıklıkla göçmenler, düşük ücretlerle çalışanlar gibi dezavantajları olan kişiler olması nedeniyle yapay zekanın hem insanlar için riskleri azaltma hem de insanların yerini alarak onları bu yüksek riskli ortamlardan uzaklaştırma potansiyeli bulunmaktadır. Bu durum olumsuz yönde işsizliğin artışına da neden olabilir. İşe alım süreçlerinde yapay zeka kullanımı çalışanlar arasında yaş, cinsiyet, etnik köken, vücut özellikleri, dijital beceriler vb. durumlar açısından çeşitliliğin azalmasına neden olabilir.[18]

Sensörler, kameralar aracılığıyla sürekli veri toplanması, sürekli görüntüleniyor olmak gibi durumlar yeni çalışma ortamlarının doğalı olmuş gibi görünmektedir. Bu durum, kişisel verilerin güvenliğinin sağlanması, mahremiyet vb. konuları da yapay zeka döneminin olası etik problemleri arasına almaktadır.

Yapay zeka kullanım kılavuzlarının ve ICOH gibi kuruluşların etik kodlarına yapay zeka kullanımı ile ilgili etik durumların entegre edilmesi bu süreçte yapay zekanın etik yönden olumsuz etkilerini minimize etme noktasında yararlı olacaktır.[19] Yapay zekanın kullanımı ve gelişimi, algoritma yaratım süreçleri bu riskleri dikkate almalı ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltacak yönde olmalıdır.

7. Durum Değerlendirme

Ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği alanındaki yapay zeka çalışmaları da giderek artmaktadır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi tarafından yapılan "İşyeri Gözetimi Çalışmalarında Türkiye'nin Yapay Zeka İhtiyaç Haritası" başlıklı proje sonucunda bazı işyerlerinin çalışma ortamı ve proseslerin daha güvenli olması için yapay zeka kullanımına başladıkları anlaşılmıştır. Yapay zekanın kullanımında yaşanan

zorluklar arasında teknik güçlükler, çalışanların adaptasyonu, hukuki ve mali konuların geldiği belirlenmiştir.[20] Bu çalışma ilk olması açısından konuyla ilgili gelecekte yapılacak çalışmalar için önemli bir kaynak niteliğindedir.

8. Sonuç

Yapay zeka kullanımında mevcut risklerin ve tehlikelerin değerlendirilmesi noktasından risklerin önlenmesi noktasına doğru bir gelişim izlenmektedir. Görüntü ve sensörlere entegre yapay zeka uygulamalarının artış gösterdiği ve sahada doğrudan kullanıldığı anlaşılmaktadır. Bunun yanında doğal dil işleme ve makine öğrenmesi destekli modellemelerle iş kazalarının gerçekleşmeden tahmin edilebilmesi, olası riskli alanlarının ve durumların tespiti ve önlenmesi yönünde daha başarılı algoritmaların oluşturulduğu görülmektedir. Geliştirilen uzman sistemlerin başarısının daha da artacağı beklenebilir. Konunun etik ve hukuki yansımalarının ise daha çok tartışılmaya ve geliştirilmeye ihtiyacı olduğu anlaşılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Chang TY, Chen GY, Chen JJ, Young LH, Chang LT. Application of artificial intelligence algorithms and low-cost sensors to estimate respirable dust in the workplace. Environment International. 2023; 182:108317.
2. Kim Y, Choi Y. Smart Helmet-Based Proximity Warning System to Improve Occupational Safety on the Road Using Image Sensor and Artificial Intelligence. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2022; 19: 16312.
3. Shah IA, Mishra SD. Artificial intelligence in advancing occupational health and safety: an encapsulation of developments. Journal of Occupational Health. 2024, 66(1), uiad017.
4. Engür MO, Yılmaz T. Bir Elektrik Dağıtım Şirketinde İş Güvenliğinin Sağlanmasında Yapay Zeka Uygulaması. Ergonomi. 2024; 7(3): 260-272.
5. Font O, Torrents-Barrena J, Royo D, García SB, Bures A, Salinas C et. al. Validation of an autonomous artificial intelligence–based diagnostic system for holistic maculopathy screening in a routine occupational health checkup context. Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology. 2022; 260: 3255–3265.
6. Jetha A, Bakhtari H, Irvin E, Biswas A, Smith MJ, Mustard C. et. al. Do occupational health and safety tools that utilize artificial intelligence have a measurable impact on worker injury or illness? Findings from a systematic review. Systematic Reviews. 2025; 14: 146.
7. Mollaei N, Fujao C, Silva L, Rodrigues J, Cepeda C, Gamboa H. Human-Centered Explainable Artificial Intelligence: Automotive Occupational Health Protection Profiles in Prevention Musculoskeletal Symptoms. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2022; 19:9552.
8. Wei W and Li L. The Impact of Artificial Intelligence on the Mental Health of Manufacturing Workers: The Mediating Role of Overtime Work and the Work Environment. Front. Public Health. 2022; 10: 862407.
9. Yang S, Liu K, Gai J and He X. Transformation to Industrial Artificial Intelligence and Workers' Mental Health: Evidence From China. Front. Public Health. 2022: 10: 881827.
10. Akaner M, Özdemir V. Yapay Zeka Kullanılarak Faaliyet Alanları Tehlike Sınıflarının Belirlenmesi İçin Örnek Bir Çalışma. Çalışma İlişkileri Dergisi. 2022; 13(1): 123-139.
11. Dizdar EN, Koçar O. İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemlerinde Risklerin Yapay Sinir Ağlarıyla Değerlendirilmesi. Academic Platform Journal of Engineering and Science. 2018; 6(3): 73-83.
12. Alaeddinoğlu MF, Sincar S, Naralan A. İş Sağlığı ve Güvenliğinde Risk Analizi ve Değerlendirmesi İçin Geliştirilmiş Bir Karar Destek Sistemi (Yapay Sinir Ağı) – Atatürk Üniversitesi Örneği. Çukurova Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi. 2015; 30(2): 275-291.
13. Foresight on new and emerging occupational safety and health risks associated with digitalisation by 2025, European Risk Observatory Report, European Agency for Safety and Health at Work, ISSN: 1831-9343
14. Jarota M. Artificial intelligence and robotisation in the EU - should we change OHS law? Jarota Journal of Occupational Medicine and Toxicology. 2021; 16:18.
15. Liang CJ, Cheng MH. Trends in Robotics Research in Occupational Safety and Health: A Scientometric Analysis and Review. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2023; 20: 5904.
16. Khairuddin MZF, Hasikin K, AbdRazak NA, Lai KW, Osman MZ, Aslan MF et. al. Predicting occupational injury causal factors using text-based analytics: A systematic review. Front. Public Health. 2022; 10: 984099.
17. Spiegel JM, Ehrlich R, Yassi A, Riera F, Wilkinson J, Lockhart K et. al. Using Artificial Intelligence for High-Volume Identification of Silicosis and Tuberculosis: A Bio Ethics Approach. Annals of Global Health. 2021; 87(1): 58, 1–12.
18. Fisher E, Flynn MA, Pratap P, Vietas JA. Occupational Safety and Health Equity Impacts of Artificial Intelligence: A Scoping Review. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2023; 20: 6221.
19. Baldassarre A, Padovan M. Regulatory and Ethical Considerations on Artificial Intelligence for Occupational Medicine. Med Lav. 2024; 115 (2): e2024013.
20. Gökçearslan E, Güzel MS, Medeni V, Koç EG, Çelik E, Aslan BY et. al. İşyeri Gözetimi Çalışmalarında Türkiye'nin Yapay Zeka İhtiyaç Haritası. ÇASGEM. 2025.

Türkiye'de İş Sağlığı Alanında Geleceğe Yönelik Değerlendirme

Mine Esin Ocaktan

Türkiye Sağlık Raporu 2025 İş Sağlığı bölümü ülkemiz açısından öne çıkan ve küresel olarak da etkili olan konularda genel bilgi, mevcut durum ve değerlendirmelerden oluşmaktadır. Bu çalışmalar göstermektedir ki, yapılan yasal düzenlemeler, iş sağlığı ve güvenliği örgütlenmeleri, yaygınlaşan uygulamalar, bu alanda artan profesyonel insan gücü, artan farkındalık, bilgi ve deneyim birikimine karşın, iş sağlığı ve güvenliği göstergelerinde henüz beklendiği gibi bir yol kat edilememiş olup, üstüne üstlük çalışanlar hızlı bir değişim sürecindeki dünyada ortaya çıkan yeni ve çeşitli sorunlarla yüz yüze kalmaktadır. İş Sağlığı açısından ele alınabilecek daha bir çok konu başlığı olmakla birlikte, bu bölümde önceki raporların ışığında ve önemli görülerek seçilen konular yer almakta, geleceğe yönelik değerlendirmede bu konulara odaklanılmaktadır.

Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları 6331 sayılı İş sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile dinamik bir boyut kazanmış olup, Kanun kapsayıcılığı ve getirdiği yükümlülükler ile bir ivme yaratmıştır. Yayınlanma tarihi olan 2012 yılından itibaren kademeli yürürlüğe giren kanun iş sağlığı ve güvenliği konusunu daha sık gündeme taşımış, uygulamaları yaygınlaştırmış, iş kazası bildirimlerinin artmasını sağlamıştır. Ancak yasal yükümlülüklerin eksiksiz yerine getirilmesinde gereken temel koşullar olan sistemin kolaylaştırıcılığı, denetimlerin artırılması, mali kaynak sorunlarının çözülmesi, alanda gereken insan gücünün istihdam koşulları, sosyal diyalogun sürdürülmesi, sağlık ve güvenlik kültürünün tesisi halen son derece kritiktir. Özellikle kamu kurumlarında yaşanan güçlükler ve yapısal engeller üzerinde durulmalı, iş sağlığı ve güvenliği profesyonellerinin sorunlarına çözüm aranmalı, gereksinimlerine kulak verilmelidir.

En önemli sorun alanlarından biri olan iş kazaları SGK istatistikleri ayrıntılı analiz edilerek tartışılmıştır. İş kazaları sayılarının incelenen son dönemde anlamlı artış gösterdiği, iş kazasına bağlı ölüm sayılarının 2007-2024 yılları arasında anlamlı bir artış ile seyrettiği, iş kazası fatalite hızlarında ise 2011-2014 döneminde anlamlı bir düşme gözlendiği, 2014-2024 döneminde yine azalma izlenmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı ortaya konmuştur. En çok iş kazası yaşanan meslek grupları, ekonomik faaliyet alanları, iş kazasına bağlı ölümlerin meydana geldiği ekonomik faaliyet alanları, çalışan sayılarına göre iş yerlerinde iş kazası ve iş kazası ölümlerinin dağılımı, son iş yerinde çalışma süresine bağlı iş kazası ve iş kazası ölümlerinin dağılımı, yine iş kazalarının yaş gruplarına, oluştuğu saatlere, yaralanma biçimlerine ve yaralanan vücut bölgesine dağılımları son beş yıl için ayrıntılı değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeler alınacak önlemler açısından dikkate alınması gereken ipuçlarını içermektedir.

Meslek hastalıkları çalışma yaşamı kaynaklı sağlık sorunları arasında önemli yer tutan, çalışanlardan başlayarak ailelerini ve tüm toplumu olumsuz etkileyen önemli ve öncelikli bir toplum sağlığı sorunudur. Meslek hastalıkları tespitinin yetersiz olması, uzun yıllardır çok sık gündeme getirilen bir sorun olmasına ve ilgili bakanlıklar, meslek örgütleri ve akademisyenler düzleminde iyileştirme yönünde çalışmalara konu olmasına karşın, hala tespitler istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir artış ile sınırlı kalmaktadır. Nedeni iş kaynaklı ve iş yerinde olan, en önemlisi de tümüyle önlenebilir olan meslek hastalıklarının önlenmesini ve kontrolünü sağlayacak iş sağlığı ve güvenliği çalışmaları geliştirilmeli, bu kapsamda meslek hastalıklarının tespitini geliştirecek uygulamalara da önemle yer verilmelidir.

Tarım, Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği açısından en önemli sektörler arasındadır. Tarımsal üretimin mevsimlik olarak değişkenlik göstermesi, emek yoğun çalışma gerektirmesi, iş gücünde kadın ve çocuk çalışanlar gibi özellikli grupların da yoğun olarak bulunması gibi

nedenler iş sağlığı ve güvenliği sorunlarına, ayrıca ulaşım, barınma, beslenme, hijyen gibi sorunlara neden olmaktadır. Tarım sektöründe kayıt dışı çalışma oranlarının fazlalığı, mevsimlik tarım işçiliği bu sektörde iş kazası ve meslek hastalığı tespitini de zorlaştırmaktadır. Sürdürülen projeler ve yasal düzenlemelere karşın sorunların halen devam ettiği, kayda değer ve sürdürülebilir bir iyileşmenin olmadığı görülmektedir. Tarım işçilerini korumanın yalnızca insan hakları ve sosyal adalet meselesi değil, aynı zamanda sürdürülebilir kalkınma, halk sağlığı dayanıklılığı ve gıda güvenliği için de bir ön koşul olduğu vurgulanmaktadır.

Sağlık çalışanlarının çok çeşitli tehlikelerle yüz yüze olduğu bilinmekle birlikte Covid-19 pandemi süreci iş sağlığı ve güvenliği sorunlarının katlanarak artmasına neden olmuş, çok sayıda sağlık çalışanı etkilenmiş, literatürde geçtiğimiz beş yıllık süreçte bu konudaki çalışmalara ağırlık verilmiştir. Sağlık çalışanlarında en önemli psikososyal risk etmenlerinden olan sağlık çalışanlarına şiddet konusuna geniş yer verilmiş yeterli sayı ve nitelikte sağlık profesyoneli istihdam edilmesinin, hasta muayeneleri için ayrılan sürelerin artırılmasının, hizmet sunum kalitesinin ve hasta memnuniyetinin artırılmasına katkı sağlayacağı, ayrıca birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde kullanılması amacıyla düzenlemeler yapılması gerektiği belirtilmiştir. Sağlık kurumlarında güvenlik önlemlerinin alınmasının, randevu sisteminin güçlendirilmesinin, çalışma ortamının iyileştirilmesi ve tasarımının stresli koşulları en aza indirecek şekilde düzenlenmesinin şiddet olaylarını azaltabileceği belirtilmiştir. Medyada sağlıkçılara yönelik kullanılan dile özen gösterilmesi, sağlık çalışanlarının mesleki saygınlıklarının zedelenmemesinin hedeflenmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanları için, şiddetle başa çıkma, ileri iletişim teknikleri eğitimleri, psikolojik destek programları hazırlanmalıdır.

Çocuk İşçiliği bölümünde son beş yıl içinde Türkiye'de çocuk işçiliği tartışılmış ve çocuk işçiliğini arttıran Mesleki Eğitim Merkezleri gözden geçirilmiştir. Türkiye'de çocuk işçiliğinin boyutları ve sorun alanları, eğitim sitemindeki değişimler, Mesleki Eğitim Merkezleri yapılanması, sosyal güvenlik sorunları sistematiğinde mevzuat ve güncel veriler ışığında tartışılmıştır. Çocukların çalıştırılmasının engellenmesi amacıyla, sosyal hizmet politikalarının multidisipliner yaklaşımla, kapsayıcı bir şekilde hayata geçirilmesi, çocukların mesleki eğitim amaçlı çalıştırıldığı işyerlerinin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı müfettişleri tarafından denetlenmesi önerilmektedir. Esasen eğitim ortamında olması beklenen çocukların okul terk nedenleri araştırılmalı, okullarda psikolojik danışmanlık ve rehberlik, sosyal hizmet çalışmaları yürütülmelidir. Mesleki Eğitim Merkezleri mevzuatının Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı mevzuatı ile çelişkilerinin giderilmesi, yoksul, dezavantajlı çocukların devlet tarafından korunması, tarımda çalışanların eğitim, kreş olanakları, bakım desteği sağlanırken daha da önemlisi çocukların tarım alanlarında çalıştırılmasını önleyecek yasal düzenlemeler yapılması gerekmektedir.

Küreselleşme, dijitalleşme, esnek üretim sistemlerinin yaygınlaşması, iş yaşamında rekabet mücadelesinin her geçen gün artması ve özellikle Covid-19 pandemisi ile hızlanan değişim sürecinde, işin ve iş organizasyonunun yeniden yapılanması söz konusu olmuş, sektörler yeni istihdam modellerine başvurmaya başlamışlardır. Tam zamanlı ve güvenceli işlerin yanında yarı zamanlı, geçici, serbest (freelance), uzaktan ve platform/gig ekonomisi temelli istihdam biçimleri ortaya çıkmıştır. Fiziki bir işyerinin bulunmadığı yeni çalışma modelleri kadınlar ve engelliler gibi işgücü piyasasına girmekte zorlanan gruplar için fırsatlar yaratırken, çalışan hakları açısından birtakım olumsuzlukları da beraberinde getirmiştir Bu dönüşüm, sadece ekonomik ve sosyal yapıyı değil, aynı zamanda çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığını da doğrudan etkilemektedir.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde da yapay zeka uygulamaları iş sağlığı ve güvenliği alanında da giderek artan şekilde kullanılmaktadır. Yapay zeka kullanımında mevcut tehlikelerin ve risklerin değerlendirilmesi, risklerin önlenmesi, iş kazalarının gerçekleşmeden tahmin edilebilmesi yönünde daha başarılı algoritmaların oluşturulduğu görülmektedir. Yapay zekanın kullanımında yaşanan zorluklar arasında teknik güçlükler, çalışanların adaptasyonu, hukuki ve mali konular olduğu belirlenmiştir. Yapay zeka uygulamalarının yararları görünür plandadır ancak potansiyel sağlık ve güvenlik riskleri açısından izlenmelidir. Konunun etik ve hukuki yansımalarının daha çok tartışılmaya ve geliştirilmeye ihtiyacı olduğu da açıktır.

Yaşanan büyük endüstriyel kazalar yalnızca iş güvenliği sorunu değil, doğrudan halk sağlığını ilgilendiren bir acil durum olarak kabul edilmektedir. 2020–2025 döneminde Türkiye'de yaşanan büyük endüstriyel kazalar, mevzuat ve denetim yetersizliklerini, risk iletişimi ve şeffaflık konularında önemli boşluklar bulunduğunu göstermiştir. Ağır can kayıpları ve çevresel yıkımlarla sonuçlanan bu kazalar, yalnızca teknik aksaklıkların değil, kurumsal koordinasyon eksikliklerinin ve yetersiz hazırlığın da etkili olduğunu ortaya koymuştur. Büyük endüstriyel kazalar, sağlık sistemleri, afet yönetimi ve iş sağlığı politikalarıyla bütüncül biçimde ele alınmalıdır. Önümüzdeki dönemde şeffaflık, denetimlerin

güçlendirilmesi, toplumla etkin iletişim ve sağlık altyapısının kimyasal kazalara hazırlıklı hale getirilmesi ile benzer olayların tekrarlanmasının önlenmesi ve etkili müdahale sağlanabilecektir.

Genel olarak iş sağlığı ve güvenliğinde temel amaç, önleyici ve koruyucu yaklaşımın benimsenmesi, böylece iş kazaları ile iş ve meslek hastalıklarının gerçek anlamda azaltılması olmalıdır. Bu bağlamda, özel yaklaşım gerektiren çalışan grupları, tehlikeli/çok tehlikeli sektörlerde ve görevlerde çalışanlar öncelikle ele alınmalıdır. Günümüzde de kendini göstermekte olan doğal ve insan eliyle ortaya çıkan afetler, salgın ve pandemiler, iklim değişikliği, çevresel tahribat, dijitalleşme ve yapay zeka uygulamaları, yeni istihdam modelleri, nanoteknoloji, biyoteknoloji uygulamaları yeni tehlikeler, iş kazaları, iş ve meslek hastalıkları yönünden uyanık olmayı, zamanında bilimsel yaklaşımları sağlamayı gerektirmektedir. Devam eden sorunlar kadar, artan ve yeni ortaya çıkan risklerin surveyansı, araştırmaların bu konulara odaklanması, gerçekçi ve yapıcı çözümlerin sosyal diyalog içinde ortaya konması, çağdaş ve kapsamlı iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının hayata geçmesi gerekmektedir.

BÖLÜM 10

ÇEVRE VE SAĞLIK

Bölüm Editörü: *Melike Yavuz*

Sunuş

Melike Yavuz

Çevre, insan sağlığının en temel belirleyicilerinden biridir. Soluduğumuz hava, içtiğimiz su, tükettiğimiz gıda ve içinde bulunduğumuz fiziksel çevre; sağlıklı bir yaşamın ön koşullarını oluşturur. Son yıllarda iklim krizi, doğal kaynakların aşırı kullanımı ve çevresel kirleticilerin artışı, sağlık sistemlerinin dayanıklılığını sınayan küresel bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Türkiye hem coğrafi konumu hem de sosyoekonomik dinamikleri nedeniyle çevresel değişimlerin etkilerini çok boyutlu biçimde yaşamaktadır.

Türkiye Sağlık Raporu 2025'in "Çevre ve Sağlık" bölümü, bu çok boyutlu ilişkileri bütüncül bir çerçevede ele almak amacıyla hazırlanmıştır. Bölüm, iklim krizinden enerji politikalarına, madencilikten gıda güvenliğine, hava ve su kirliliğinden radyasyon ve atık yönetimine kadar geniş bir yelpazede çevresel belirleyicilerin güncel durumunu, halk sağlığına etkilerini ve politika gelişmelerini değerlendirmektedir.

Raporun ilk yazısı, iklim krizinin sağlık üzerindeki etkilerini, eşitsizliklerin bu etkileri nasıl derinleştirdiğini ve çevresel politikaların sağlıkla kesişen boyutlarını ele almaktadır. İkinci yazı, madencilik faaliyetlerinin çevre ve halk sağlığı üzerindeki etkilerini; toprak, su ve hava kirliliğiyle ilişkili çevresel ve toplumsal sonuçlarıyla birlikte incelemektedir. Bunu izleyen üç yazıda, hava, su ve toprak kirliliği halk sağlığı açısından değerlendirilmekte; çevresel kirleticilerin dağılımı, maruziyet yolları ve sağlık üzerindeki etkileri güncel verilerle ortaya konmaktadır. Sonraki yazılarda radyasyon kirliliği ile katı ve sıvı atıkların yönetimi ele alınmakta; nükleer santraller, elektromanyetik alanlar ve mikroplastik kirliliği gibi güncel çevresel riskler sağlık boyutuyla tartışılmaktadır. Bu sorunların beslenme ve gıda güvenliğiyle ilişkisini ele alan sonraki yazıda ise, gıda üretimi, çevresel koşullar ve sağlıklı beslenme arasındaki karşılıklı etkileşimler değerlendirilmiş, bu ilişkinin halk sağlığı ve beslenme politikalarına yansımaları tartışılmıştır. Türkiye'nin enerji politikaları ise ulusal enerji stratejisi, yeni iklim kanunu ve ulusal katkı beyanı (NDC) çerçevesinde ele alınmakta; iklim değişikliği ve enerji üretiminin etkilerini azaltmaya yönelik hızlı bir enerji dönüşümüne ilişkin değerlendirmeler sunulmaktadır. Son yazıda, insan, hayvan ve çevre sağlığını birbirinden ayrılmaz bir bütün olarak ele alan Tek Sağlık yaklaşımı incelenmekte; Türkiye'deki durum, uygulama örnekleri ve geliştirilme olanakları değerlendirilmektedir.

Bu bölüm, yalnızca çevresel risklerin analizini değil, aynı zamanda çözüm ve iyileştirme olanaklarını da ortaya koymaktadır. Her bir yazar, kendi uzmanlık alanında hem bilimsel kanıtları hem de Türkiye'ye özgü politika gereksinimlerini bütünleştirerek katkı sunmuştur. Ortaya çıkan bu çalışma, çevre sağlığı alanında ulusal ölçekte güncel bir başvuru kaynağı olmanın ötesinde, geleceğe yönelik sağlık politikalarının şekillenmesinde yol gösterici bir belge niteliği taşımaktadır.

Bu bölüme değerli katkılarıyla yön veren tüm yazar ve araştırmacılara, veriye dayalı, eşitlikçi ve herkes için daha sağlıklı bir gelecek hedefiyle gösterdikleri çaba nedeniyle içten teşekkürlerimi sunarım.

İklim Krizi ve Sağlık: Türkiye'de Etkiler Eşitsizlikler ve Politika Gelişmeleri

Sümeyye Nur Budak, Cavit Işık Yavuz

1. Giriş

İklim değişikliği, çevre ve insan sağlığını tehdit eden ve sosyoekonomik koşullar da dahil olmak üzere tüm yaşam alanlarını etkileyen küresel bir krizdir. Sıklığı ve şiddeti giderek artan fırtınalar, seller, orman yangınları, aşırı sıcaklıklar ve kuraklık gibi iklim olayları, doğrudan ve dolaylı yollarla ölümleri, acil sağlık durumlarını, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkları artırmaktadır. Bu sağlık sorunlarındaki artış, sağlık hizmetlerine olan talebin de artmasına yol açmaktadır. Bu durum ise sağlık sistemleri üzerinde ciddi bir baskı oluşturarak sistemin müdahale kapasitesini zayıflatmakta ve toplumsal düzeyde sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikleri derinleştirmektedir. Aynı zamanda, iklim kaynaklı afetlerin ve sağlık sorunlarının toplumsal yaşamda büyük hasarlara yol açması, ülkelerin ekonomik açıdan ciddi kayıplar yaşamasına neden olmaktadır.[1,2] Dünya Ekonomik Forumu'nun 2025 Küresel Riskler Raporu'nda da vurgulandığı üzere, çevresel endişeler gündemin en üst sıralarında yer almaktadır. Raporda, önümüzdeki on yılda öngörülen en büyük on riskin yarısını çevresel riskler oluşturmaktadır.[3] Özellikle son üç yıldır, iklimle ilişkili çevresel risklerin bu sıralamanın ilk dört sırasında yer almayı sürdürmesi, iklim krizinin küresel ölçekte ne kadar önemli ve öncelikli bir mesele olduğunu ortaya koymaktadır.

İklim değişikliğinin yakın gelecekte ortaya çıkması beklenen ve sağlığın birçok boyutunu ciddi bir şekilde etkileyebilme potansiyeline sahip bir dizi sonucu bulunmaktadır. Yağış düzenlerindeki değişiklikler, kuraklık, zararlı canlı ve hastalık artışı gibi durumlar tarım üzerinde olumsuz etkilere yol açarak mahsul kayıplarını ve gıda krizlerini tetikleyebilecektir. Aşırı hava olayları ve afetler toplumların su, gıda ve sağlık gibi temel ihtiyaçlarının mevcut altyapılarına giderek daha fazla zarar verecek; geniş alanları yaşanamaz veya çalışılamaz hale getirerek geçim kaybına ve ekonomik bozulmalara yol açacaktır. Yaşanmaz koşullardan kaçmak için göç etmek zorunda kalacak milyonlarca insan, toplumsal istikrarsızlık ve sosyal huzursuzluk riskini de beraberinde getirecektir. Bu gelişmelerin ruh sağlığı üzerinde de ciddi düzeyde olumsuz etkiler oluşturacağı öngörülmektedir.[4]

İklim değişikliğinin tüm etkileri küresel düzeyde hissedilmekle birlikte, coğrafi ve sosyoekonomik koşullara bağlı olarak bölgeler arasında önemli ölçüde farklılıklar gözlenmektedir. İklim değişikliğine en az katkıda bulunan ülkeler genellikle bu süreçten en olumsuz etkilenen ülkeler arasında yer almakta ve bu durum mevcut eşitsizliklerin daha da derinleşmesine yol açmaktadır. Türkiye, Akdeniz Havzası'nda bulunması nedeniyle iklim değişikliğinin orantısız etkilerine karşı yüksek kırılganlık riski ile karşı karşıya olan ülkeler arasında yer almaktadır.[5] Bu nedenle Türkiye'nin maruz kaldığı risklerin kapsamlı biçimde değerlendirilmesi ve uygun politika önerilerinin geliştirilmesi büyük önem arz etmektedir.

Hükümetler Arası İklim Değişikliği Paneli (IPCC) tarafından yayımlanan 2023 Sentez Raporu'nda, küresel olarak ortalama sıcaklıkların sanayi öncesi döneme göre 1,1°C arttığı ve mevcut eğilimlerin devamı halinde, 21. yüzyılda küresel ısınmanın 1,5°C eşiğini aşma olasılığının yüksek olduğu ifade edilmektedir.[6] Nitekim, bu raporun yayımlanmasından kısa bir süre sonra 2024 yılı, ortalama sıcaklık artışının 1,55°C'ye ulaşmasıyla en sıcak yıl olarak kayıtlara geçmiş ve 21. yüzyılın ilk çeyreği dahi tamamlanmadan 1,5°C eşiği aşılmıştır.[7] Türkiye'ye yönelik yapılan analizler, ülke-

Tablo 1. 2021-2024 yılları arasında gözlemlenen ekstrem meteorolojik olaylar ve oransal dağılımı

Yıllar	Toplam Olay	Şiddetli Yağış-Sel	Fırtına	Dolu	Şiddetli Kar	Yıldırım Düşmesi	Orman yangını
2021	1024	%28	%40	%13	%7	%5	%3
2022	1030	%34	%21	%18	%12	%4	<%1
2023	1475	%38	%23	%16	%6	%6	<%1
2024	1257	%35	%20	%18	%9	%8	<%1

Kaynak: Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, Meteoroloji Genel Müdürlüğü, 2021-2022-2023-2024 Yıllık İklim Değerlendirme Raporları. (Erişim Adresi:https://www.mgm.gov.tr/iklim/iklim-raporlari.aspx.)

nin küresel ortalamanın üzerinde bir ısınma eğilimi sergilediğini ortaya koymaktadır.[5] Meteoroloji Genel Müdürlüğü'nün iklim raporlarında Türkiye'ye ilişkin yıllık sıcaklık ortalamaları; 2022 yılı için 14,5 °C, 2023 yılı için 15,1°C, 2024 yılı için 15,6°C olarak kaydedilmiş ve 2024 yılı sıcaklıkları, son 54 yılın rekorunu kırmıştır. Bu ısınma eğilimi yüksek sıcaklıkların, kuraklık dönemlerinin, orman yangınlarının ve şiddetli yağışların artması gibi aşırı hava olayları ile kendini göstermektedir. Meteoroloji Genel Müdürlüğü, bu aşırı hava olaylarını iklim raporlarında ekstrem meteorolojik olay olarak ifade etmektedir ve Türkiye'de 1990-2000 yılları arasında toplamda 678 ekstrem meteorolojik olay kaydedilmiştir. Buna karşın, 2010 yılı sonrasında söz konusu olayların sayısı yıllık 300-500 aralığında seyretmiş ve artış eğilimi göstererek 2018 yılında 840'a, 2019 yılında 935'e ve 2020 yılında 984'e yükselmiştir.[8] 2020 yılından sonraki döneme ilişkin detaylı bilgilere ise **Tablo 1**'de yer verilmiştir.

2. Türkiye'de İklim Değişikliğinin Etkilerine Dair Bazı Değerlendirmeler

Özgün ve arkadaşlarının yaptığı ve 1980-2024 yıllarını kapsayan bir değerlendirmeye göre Türkiye'de sıcak hava dalgaları hem sıklık hem de süre açısından belirgin bir artış eğilimi göstermekte ve 2024 yılı en fazla sıcak hava dalgasının yaşandığı yıl olarak öne çıkmaktadır.[9] Bu artış eğilimi; mevcut hastalıkların kötüleşmesi, acil servis başvurularında ve ölümlerde artış gibi etkiler yoluyla insan sağlığı açısından önemli riskler oluşturmakta ve sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır.[10]

Türkiye'nin 2023 yılından bu yana ciddi kuraklık dönemleri yaşamaya başladığını ifade eden Türkeş, 2025-2026 döneminde de Türkiye'nin büyük bölümünde şiddetli kuraklıklar yaşanacağını, bu durumun tarım açısından oldukça olumsuz etkiler doğuracağını belirtmiştir.[11] Kuraklık, gıda üretiminde verim ve kalite kayıplarına neden olmakta; su, tohum, yem, mazot gibi tarım girdilerinin maliyetlerindeki artışla birlikte üretim hacmini azaltmakta ve fiyat artışlarına sebep olmaktadır. Bu durum özellikle düşük gelirli gruplarda daha belirgin olmak üzere gıdaya erişimi doğrudan etkilemektedir. Gıda güvencesinde bozulma; beslenme kalitesinin düşmesi, çocukluk çağında gelişim problemleri yaşanması, yaşlılık döneminde hastalık direncinin azalması, hassas gruplar için daha sağlıksız yaşam koşulları oluşması gibi çeşitli sonuçlara yol açmaktadır.[12]

Son yıllarda artan sıcaklıklara ve kuraklığa insan etkisinin de eklenmesiyle şiddetlenen orman yangınları, ülkelerin müdahale kapasitelerini aşmaktadır. Özellikle 2021 yılındaki orman yangınları küresel ölçekte felaketlerle sonuçlanmış, ülkemizde 44 ilde orman yangını görülmüş, yerleşim yerlerine kadar ulaşan bu yangınların kontrol altına alınması günler sürmüştür.[8] Yangın nedenlerinde insan etkisinin büyük oranda öne çıkması, ormanlık alanlara insan müdahalesini azaltma gerekliliğini ortaya çıkarsa da ülkemizde bunun tam tersi uygulamaların yaygınlaştığı görülmektedir. 2012-2024 yılları arasında 440.535 hektarlık ormanlık alana denk gelen 69.843 adet tesis izni verilmiştir. Bu izinlerde madencilik ve enerji sektörleri ön plana çıkmaktadır.[13] Bu sektörlerin çevresel ve sağlık etki değerlendirme süreçlerinin etkin bir şekilde yürütülmemesi durumunda, ciddi çevresel ve sağlık sorunlarının ortaya çıkması kaçınılmazdır.

İklim değişikliğinin etkilerinin, yoğun nüfuslu kentsel alanlar üzerinde önemli bir baskı oluşturacağı öngörülmektedir ve Türkiye'de kentsel nüfus oranı son yıllarda belirgin bir artış göstererek 2023 yılında %88,8'e ulaşmıştır.[14] Kentsel ısı adası etkisi, atık yönetimi problemleri, hava kirliliği, geçirimsiz yüzeylerin neden olduğu sel ve su baskınları gibi faktörler, kentlerde yaşayan geniş nüfusun kırılganlığını önemli ölçüde artırmaktadır. Bu nedenle kentlerin iklim değişikliğine karşı dirençli hale getirilmesi ve bu doğrultuda uygun kentsel politikaların geliştirilmesi zorunludur. Enerji tüketimi, atık yönetimi, ulaşım, sanayi ve yapı faaliyetleri gibi iklim değişikliğine neden olan süreçler büyük oranda yerel yönetimler tarafından yürütüldüğünden, bu alanda oluşturulacak stratejilerde yerel yönetimlere önemli sorumluluklar

düşmektedir [15]. Bu görev ve sorumluluklar 5393 Sayılı Belediye Kanunu ve 5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu çerçevesinde belirlenmiştir. Buna göre, yerel yönetimlere çevre sağlığı, temizlik, atık yönetimi, ağaçlandırma ve sürdürülebilir kalkınma ilkelerine uygun olarak çevrenin korunması konusunda çeşitli yetki ve yükümlülükler verilmiştir. 2025-2029 yılları için 30 Büyükşehir Belediyesinin stratejik planlarının iklim değişikliği ile ilgili hedeflerinin değerlendirildiği bir çalışmada, 24 belediyenin iklim değişikliğini stratejik amaç veya hedefler kapsamında ele aldığı, genel olarak olumsuz etkilere yer verilmekle birlikte sadece 10 belediyenin iklim değişikliğini tehdit olarak tanımladığı tespit edilmiştir. Ayrıca bu stratejik planlarda iklime bağlı afetler, tarımsal üretimdeki azalma, su ve gıda güvenliği, hassas grupların korunması, sağlık etkileri, yüksek sıcaklıkların izlenmesi ve erken uyarı sistemleri gibi konulara yeterince yer verilmediği belirtilmiştir.[16]

İklim değişikliğinin çalışan sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri de son yıllarda artan biçimde ele alınan önemli bir konu olarak öne çıkmaktadır. Özellikle aşırı sıcaklıklar, hava kirliliği ve doğal afetlerin sayısındaki artış çalışanların hem fiziksel hem de psikolojik sağlıkları üzerinde tehdit oluşturmaktadır.[17] Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın '2025-2028 Ulusal İstihdam Stratejisi'nde, iklim değişikliği ve afetlerden kaynaklanan risklere karşı önleyici tedbirler alınarak işgücü piyasasının dayanıklılığının artırılması hedeflenmiştir. Raporda, özellikle turizm ve tarım sektörlerinin iklim ve doğa olaylarına karşı yüksek duyarlılığa sahip olduğu belirtilmiş; iklime dirençli tarım ve tarım işçiliğiyle ilgili beceri geliştirme programlarının teşvik edilmesi ve savunmasız gruplara yönelik özel politika gereksiniminin olduğu vurgulanmıştır.[18] İklim değişikliğinin çalışma hayatındaki etkileri bağlamında sektörlerin kırılganlığının azaltılması öncelik olarak ele alınmakta, çalışan sağlığı üzerindeki etkiler ve bu alanda strateji geliştirilmesinin gerekliliği teorik düzeyde belirtilmekte olup, ülkemizde bu konuda kapsamlı ve etkin faaliyetler yürütülmemektedir.

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün küresel bir raporuna göre, işyerlerinde yılda en az **2,4 milyar çalışanın aşırı sıcaklara** ve **1,6 milyar çalışanın güneş kaynaklı radyasyona** maruz kaldığı belirtilmektedir. Ayrıca her yıl **işle ilgili ölümlerden yaklaşık 19 bini aşırı sıcaklıklara, 860 bini hava kirliliğine atfedilmektedir.**

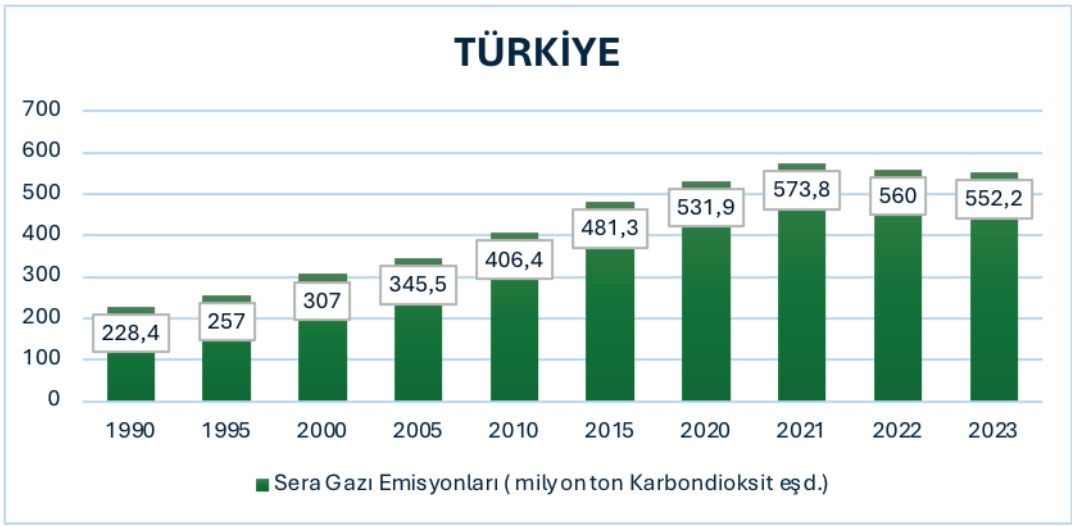
Kaynak: ILO, Ensuring safety and health at work in a changing climate, Global Report, 2024

3. Türkiye'de Politika Gelişmeleri (2020-2025)

Türkiye'de ulusal iklim değişikliği politikalarının koordinasyonu, Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı'nın İklim Değişikliği Başkanlığı tarafından yürütülmekte ve ilgili paydaşların katılımıyla politika belgeleri hazırlanmaktadır. Bu kapsamdaki gelişmeler şu şekildedir[19]:

- Ekim 2021'de Paris Anlaşması onaylanmış ve '2053 Net Sıfır Emisyon Hedefi' ilan edilmiştir.
- Şubat 2022'de ilk İklim Şurası gerçekleştirilmiş ve sıfır emisyon hedefine yönelik tavsiye kararları kabul edilmiştir.
- Nisan 2023'te, Türkiye'nin ulusal iklim eyleminin çerçevesini ortaya koyan 'Güncellenmiş Birinci Ulusal Katkı Beyanı' Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi'nin (BMİDÇS) Sekreteryasına sunulmuş ve referans senaryoya kıyasla sera gazı emisyonunu 2030 yılına kadar yüzde 41 azaltma taahhüdünde bulunulmuştur. (Referans senaryoya göre %41 azaltma taahhüdü, Türkiye için 2030 yılında 698 Mt CO_2 eşdeğeri sera gazı emisyonuna denk gelmektedir.)
    - o İklim Değişikliği Performans Endeksi[1] 2025'te, Türkiye'nin performansının önceki yıla göre 3 sıra ilerleyerek 53.sıraya yükseldiği görülse de sera gazı emisyonları konusunda 'düşük performans' ve iklim politikaları konusunda 'çok düşük performans' kategorisinde yer aldığı görülmektedir. Değerlendirmede, Türkiye'nin Güncellenmiş Birinci Ulusal Katkı Beyanının 2030 yılına kadar sera gazı emisyonlarında azalma yerine artışa yol açacağı belirtilmektedir. Uzmanlar Türkiye'nin mevcut iklim politikalarının tutarlı olmadığı görüşündedir. Ayrıca yeni fosil yakıt aramalarını durdurması ve fosil yakıtlardan çıkış için bir yol haritası ortaya koyması gerektiği fikri ön plana çıkmaktadır.[20]
    - o **TÜİK verilerine göre Türkiye'nin toplam sera gazı emisyon değerleri 1990 yılından beri genel olarak artış eğilimi göstermiş ve 2021 yılında en yüksek değere ulaşmıştır.** 2022 ve 2023 yıllarında ise azalma eğilimi göstermiştir. 2022 yılında 2021 yılına kıyasla %2,4 oranında azalma; 2023 yılında ise 2022 yılına kıyasla %1,4 oranında azalma görülmüştür. Türkiye'nin sera gazı emisyon verilerine **Şekil 1**.1'de ayrıntılı olarak yer verilmiştir.[21]

[1] **İklim Değişikliği Performans Endeksi (Climate Change Performance Index-CCPI),** 2005 yılından bu yana, sera gazı emisyonlarının %90'ından fazlasını oluşturan 63 ülkenin ve Avrupa Birliğinin iklim değişikliğiyle mücadele performanslarını değerlendiren ve kıyaslayan bağımsız bir izleme aracıdır.



Şekil 1. Türkiye'nin 1990-2023 yılları arasındaki sera gazı emisyon değerleri

Kaynak: TÜİK, Sera Gazı Emisyon İstatistikleri, 1990-2023
(Erişim Adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sera-Gazi-Emisyon-Istatistikleri-1990-2023-53974)

- Mart 2024'te, 2024-2030 İklim Değişikliği Azaltım Stratejisi ve Eylem Planı (İDASEP) ile 2024-2030 İklim Değişikliğine Uyum Stratejisi ve Eylem Planı (İDUSEP) yayımlanmıştır.
  - İDASEP, azaltım hedeflerine ulaşmak amacıyla gerekli sektörel dönüşüm için rehber niteliği taşımaktadır. Enerji, sanayi, binalar, ulaştırma, atık, tarım, arazi kullanımı-arazi kullanım değişikliği-ormancılık (AKAKDO) olmak üzere 7 ana sektörde azaltım stratejileri belirlemiş ve adil geçiş ile karbon fiyatlandırma mekanizmalarına yer vermiştir.
  - İDUSEP kapsamında, içlerinde halk sağlığının da yer aldığı 11 öncelikli sektör belirlenmiş ve bu sektörlere yönelik etkilenebilirlik ve risk analizleri yapılmıştır. Uyum hedefleri kapsamında sağlık sektörü için 4 strateji belirlenmiştir. Bu stratejilerde; tüm uyum politikalarının Sağlık Etki Değerlendirmesi sürecine dahil edileceğine, iklime duyarlı hastalıklar listesinin ayrıntılı olarak düzenlenerek bu hastalıklara yönelik erken uyarı sistemlerinin geliştirileceğine, çalışan sağlığı üzerindeki etkilerinin değerlendirileceğine, özel politika gerektiren grupların farkındalığının artırılacağına, yerel yönetimlerin ve halk sağlığı ile çevre sağlığından sorumlu kurumların işbirliği içinde çalışarak sürecin bilimsel araştırmalarla desteklenceğine yer verilmiştir.
- Kasım 2024'te Türkiye'nin Uzun Dönemli İklim Stratejisi onaylanmıştır.

Türkiye'nin su kaynakları üzerindeki artan baskı, su kaynaklarının da etkin ve sürdürülebilir yönetimini zorunluluk haline getirmiş ve değişen iklime uyum çerçevesinde Aralık 2024'te Tarım ve Orman Bakanlığı'nın 'Su Verimliliği Yönetmeliği' yayımlanmıştır. Ayrıca suyun hukuki niteliğini netleştirmek amacıyla 'Su Kanunu' hazırlık süreci devam etmektedir.[22]

İlk olarak Şubat 2025'te TBMM Başkanlığına sunulan İklim Kanunu teklifi büyük tartışmalara yol açmış, süreç ve kapsam açısından çeşitli disiplinler ve sivil toplum kuruluşları tarafından eleştirilmiş ve Nisan 2025 tarihinde düzenlenmek üzere geri çekilmiş olsa da Temmuz 2025'te Resmî Gazetede yayımlanarak kabul edilmiştir. Kanunda iklim değişikliği ile mücadele kapsamında emisyon azaltımı ve uyum faaliyetleri üzerinde durulmuş ve zorunlu karbon piyasası mekanizmalarından biri olan Emisyon Ticaret Sistemi'ne ayrıntılı bir şekilde yer verilmiştir.[23]

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık krizi olarak tanımladığı iklim değişikliği konusunda, Sağlık Bakanlığına da önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu çerçevede yapılan hazırlıklar şu şekildedir:

- 2015 yılında yayımlanan 'İklim Değişikliğinin Sağlık Üzerine Olumsuz Etkilerinin Azaltılması Ulusal Programı ve Eylem Planı' ile ilgili olarak, 2021 yılında revizyon çalıştayları düzenlenmiş ve güncelleme çalışmalarının yürütüldüğü bildirilmiştir. An-

cak, güncellenmiş plana ilişkin henüz herhangi bir belge yayımlanmamıştır.

Türkiye'ye özgü tehlikeleri ortaya koymak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü ve BMİDÇS Sekretaryası tarafından 'Sağlık ve İklim Değişikliği Türkiye Ülke Profili' hazırlanmış ve 2022 Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği konferansında (COP27) tanıtılmıştır. Raporda iklim değişikliği ile ilgili ısı stresi, gıda güvenliği ve gıda güvencesi, su miktarı ve su kalitesi, vektör dağılımı ve ekolojisi, hava kirliliği gibi riskler tanımlanmış ve bunların sağlık etkilerine karşı sağlık sisteminin adaptasyonu stratejilerine yer verilmiştir.[24]

İklim değişikliğine bağlı aşırı hava olayları sonucu artan sağlık acil durumlarına müdahale kapasitesini geliştirmek amacıyla 2023 yılında UMKE-ATAK ekipleri kurulmuştur. Bu ekipler, medikal hizmetlerin yanında arama kurtarma faaliyetleri de gerçekleştirebilen bir yapı olarak oluşturulmuştur.

Türkiye'nin Avrupa Birliği (AB) müktesebatına uyumu çerçevesinde 'Yeşil Gündem ve Sürdürülebilir Bağlantısallık' teması kapsamında, AB tarafından finanse edilen 'İklim Değişikliğinin Sağlık Üzerindeki Olumsuz Etkilerinin Azaltılması İçin Sağlık Bakanlığının Kapasitesinin Güçlendirilmesi Projesi' yürütülmektedir. Proje çıktıları olarak, iklim değişikliğinin insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmaya yönelik çevresel sağlık müdahale planlarının geliştirilmesi, kurumlar arası koordinasyon mekanizmalarının oluşturulması, pilot çalışmalarla müdahale yöntemlerinin test edilip iyileştirilmesi, sağlık profesyonellerinin kapasite geliştirmeye yönelik eğitilmesi ve kamuoyunda özellikle ruh sağlığı ile iş sağlığı konularında farkındalığın artırılması amaçlanmaktadır.[25]

4. Sonuç

Sonuç olarak, iklim değişikliği küresel düzeyde sağlığı tehdit eden başlıca krizlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Ülkeler, uluslararası anlaşmalar yoluyla emisyon azaltımı hedefleri belirlemekte ve uyum politikaları geliştirerek olumsuz etkileri en aza indirmeye yönelik çalışmalar yürütmektedir. Türkiye de Paris Anlaşması'nı onayladıktan sonra sürece daha aktif katılım göstermiş ve Ulusal Katkı Beyanları kapsamında çeşitli taahhütlerde bulunmuştur. Bu hedeflerin bazılarının tamamlanmasına kısa bir süre kalmış olup, taahhütlerin gerçekleştirilebilirliğine ilişkin bazı belirsizlikler gündeme gelmektedir. Çeşitli uluslararası anlaşmalara taraf olunması, ilgili kurumlar tarafından ulusal stratejik belgelerin hazırlanması, yerel yönetimlerin sorumluluklarının artırılması, çeşitli projelerle kapasite geliştirme çalışmalarının yürütülmesi Türkiye'nin iklim krizine daha dirençli hale gelmesine yönelik çabalarının somut göstergeleri arasında yer almaktadır. Ancak oldukça stratejik ve kapsamlı hazırlanan politikaların etkin uygulanması, sağlık sisteminin iklim krizine karşı daha dirençli hale getirilmesi ve toplumsal eşitsizliklerin azaltılması yönünde daha fazla çabaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bununla birlikte bu politikaların uygulanmasında; ekonomik önceliklerin ön plana çıkması, teknolojik veya finansal kaynakların sınırlı olması, merkezi ve yerel yönetimler arasındaki koordinasyon eksiklikleri gibi unsurların, süreci zorlaştırdığı ve geciktirdiği de göze çarpmaktadır.[26]

5. Öneriler

İklim değişikliğinin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması için sağlık sistemlerinin dirençliliğini artırmaya yönelik bütüncül ve çok sektörlü yaklaşımlar benimsenmelidir. Bu kapsamda aşağıdaki öneriler öne çıkmaktadır.

- **Erken Uyarı ve İzleme Mekanizmalarının Geliştirilmesi ve Güçlendirilmesi:**

Strateji planlarında da vurgulandığı gibi, sağlık risklerine yol açabilecek sıcak hava dalgaları, sel, kuraklık ve orman yangınları gibi iklimle ilişkili olayların önceden belirlenebilmesi için erken uyarı sistemlerinin geliştirilmesi ve mevcut sistemlerin güçlendirilmesi gerekmektedir. Örneğin, yaklaşan bir sıcak hava dalgası için 24 saat öncesinden yapılan uyarının, ortaya çıkacak zararı %30 oranında azaltabileceği öngörülmektedir. Ayrıca, bu tür sistemlere yapılan yatırımların, maliyetlerinin on katına kadar getiri sağladığı ve iklim değişikliğine uyum konusunda en uygun maliyetli önlemler arasında yer aldığı düşünülmektedir.[27]

- **İklim ve Sağlık Veri Sistemlerinin Entegrasyonu:**

Sağlık, çevre, meteoroloji, tarım ve enerji gibi farklı sektörlerden elde edilen verilerin bir araya getirileceği kapsamlı bir izleme platformu oluşturulabilir. Böylece iklim değişikliğine bağlı sağlık etkilerinin bütüncül biçimde analiz edilmesi ve veriye dayalı bilgilerin elde edilmesi mümkün olabilir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (CDC) Ulusal Çevre Halk Sağlığı İzleme Ağı[2] ABD genelinde şehir ve eyalet kaynaklarından toplanan sağlık verilerini çevresel verilerle birleştirerek önemli bilgiler sunmaktadır. Söz konusu ağ aracılığıy-

[2] National Environmental Public Health Tracking Network

la riskler, sağlık etkileri ve halk sağlığına ilişkin veriler elde edilmektedir. Türkiye'de de benzer şekilde 'Ulusal Çevre ve Sağlık Gözlem Ağı' hayata geçirilebilir. Bu sayede iklimle ilişkili sağlık göstergeleri düzenli olarak izlenebilir, bölgesel farklılıklar ortaya çıkarılabilir ve politika geliştirme süreçlerine katkı sağlanabilir.[28]

- **Stratejik Belgelere Sağlık Göstergelerinin Entegre Edilmesi:**

Ulusal ve yerel düzeyde hazırlanan iklim uyum planlarına aşırı sıcak veya aşırı soğuk havalarla ilişkili ölüm oranları, su ve gıda kaynaklı hastalık verileri, iklimle ilişkili hastalıkların sıklığı gibi sağlık göstergeleri eklenerek sağlık sektörü, iklim değişikliğine uyum politikalarının aktif paydaşı haline getirilebilir.

- **İklim Adaletinin Sağlanması ve Hassas Grupların Korunması:**

Tüm politika çalışmalarında düşük gelirli, çocuk, yaşlı, kronik hastalığı bulunan bireylerin iklim değişikliğinin olumsuz etkilerinden orantısız biçimde etkileneceği dikkate alınmalıdır. Bu doğrultuda iklim adaleti yaklaşımı ulusal planlara entegre edilmeli; sosyal koruma, sağlık hizmetlerine erişim, afet sonrası destek gibi programlar bu grupları önceliklendirecek şekilde düzenlenmelidir.

- **Yerel Uyum Kapasitesinin Artırılması:**

Belediyeler gibi yerel yönetimlerin ve sağlık kurumlarının iklimle ilişkili sağlık risklerine karşı hazırlıklı olması sağlanmalıdır. Önceki bölümlerde de belirtildiği gibi yerel yönetimlere büyük sorumluluklar düşmektedir. Sıcak hava eylem planlarının geliştirilmesi, acil durum yönetimi gibi uygulamalar politika belgelerinde bahsi geçen stratejiler olmanın yanı sıra etkin bir şekilde uygulanabilir olmalıdır.

- **Farkındalık Çalışmaları:**

Sağlık çalışanlarının iklim ve sağlık ilişkisi konusundaki bilgi ve farkındalıkları artırılmalıdır. Ayrıca toplum genelinde de iklim kaynaklı sağlık riskleri hakkında bilinçlendirme çalışmaları yürütülmelidir.

SON SÖZ

Enfeksiyon karşısında vücudumuzun dengesini yitirdiği, organlarımızın da olağan işlevlerini yerine getirmekte zorlandığı gibi dünyamız da iklim değişikliği ile **kendi iç dengesini kaybediyor.** İklim değişikliği gün geçtikçe dünyamızı etkisi altına alıyor ve adeta bir enfeksiyon gibi onun **ateşini yükseltiyor.** Dünyanın bu **ateşi,** yalnızca sıcaklıkların yükselmesiyle veya buzulların erimesiyle sınırlı değil; aynı zamanda insanların beden sağlığına, ruh haline ve toplumsal yaşamına da yansıyor. Nasıl ki bir enfeksiyona doğru tedaviyi uygulamak için önce nedenini bulmak gerekiyorsa; dünyamızın ateşini düşürmek için de iklim değişikliğinin kaynaklarını bulup ortadan kaldırmamız gerekiyor. Şanslıyız ki neredeyse tüm dünya iklim değişikliğinin nedenlerini çok iyi biliyor; lakin bu nedenleri tamamıyla ortadan kaldırmak, insanlığın içinde bulunduğu bu yaşam şekli düşünüldüğünde pek de mümkün görünmüyor. Dünya kendi dengesini yeniden kurabilmek için bizden yardım bekliyor ancak sunduğumuz kısmi çözümler onun iyileşmesine yetmiyor ve can çekişmeye devam ediyor.

Unutulmamalıdır ki iklim krizi ile mücadele yalnızca çevre meselesi değil, aynı zamanda **insanlığın kendi yaşam kaynağını savunma meselesidir**. Bu mücadelede her bilimsel adım, her önlem ve her farkındalık çabası hem dünyayı hem de insanı iyileştirme yolunda bir tedavi niteliği taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization, Climate Change, 2023 (Erişim Adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health. Erişim Tarihi: 28.08.2025)
2. World Bank Group, Health and Climate Change, 2024 (Erişim Adresi: https://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/health-and-climate-change. Erişim Tarihi: 30.08.2025)
3. World Economic Forum, The Global Risks Report 2025 (Erişim Adresi: https://reports.weforum.org/docs/WEF_Global_Risks_Report_2025.pdf. Erişim Tarihi: 30.08.2025)
4. Papies EK, Nielsen KS, Soares VA. Health psychology and climate change: time to address humanity's most existential crisis. Health Psychology Review. 2025;19(3):463-93.
5. Sert M, Çetin E, İnce K. Karbon Tutulumunda Bitkilendirmenin Rolü: Türkiye'nin Paris Anlaşması Taahhütleri ve 2053 Net Sifir Emisyon Hedefleriyle Uyumu. Çevre Şehir ve İklim Dergisi. 2025(7):174-87.
6. IPCC, 2023: Sections. In: Climate Change 2023: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change (Core Writing Team, H. Lee and J. Romero (eds.)]. IPCC, Geneva, Switzerland, pp. 35-115, doi: 10.59327/IPCC/AR6-9789291691647.
7. World Meteorological Organization, Press Release, 2025 (Erişim Adresi: https://wmo.int/news/media-centre/wmo-confirms-2024-warmest-year-record-about-155degc-above-pre-industrial-level. Erişim Tarihi: 01.09.2025)
8. Meteororloji Genel Müdürlüğü, Yıllık İklim Değerlendirmeleri (Erişim Adresi: https://www.mgm.gov.tr/iklim/iklim-raporlari.aspx. Erişim Tarihi: 05.09.2025)

9. Özgün B, Gözet E, Yımaz BA. İklim Değişikliğinin Sicak Hava Dalgalari Üzerine Etkisi (Türkiye'de 1980-2024 Yılları Arasında Meydana Gelen Sıcak Hava Dalgası Olayları). Atmosfer ve İklim Dergisi. 2025;2(1):13-27.
10. Çebi E, Ocaktan M. Sıcak Dalgalarının Toplum Sağlığına Etkileri. Afet ve Risk Dergisi. 2024;7(3):817-27.
11. Su Politikaları Derneği, Kuraklık, 2025 (Erişim Tarihi: https://supolitikalaridernegi.org/turkiyede-kurakligin-eylulde-de-devam-edecegi-ongoruluyor/. Erişim Adresi: 13.09.2025)
12. Sürdürülebilir Kalkınma ve Kent Araştırmaları Derneği, Bültenler. İklim Değişikliği ve Türkiye'de Son Aylarda Yaşanan Kuraklığın Gıdaya Erişim Üzerindeki Etkileri, 2025 (Erişim Adresi: https://surkad.org.tr/bulten/iklim-degisikligi-ve-turkiyede-son-aylarda-yasanan-kurakligin-gidaya-erisim-uzerindeki-etkileri/. Erişim Tarihi: 17.09.2025)
13. Greenpeace, Türkiye'deki Ormancılık İstatistikleri Ne Anlatıyor? 2025. (Erişim Adresi: https://www.greenpeace.org/turkey/blog/turkiyedeki-ormancilik-istatistikleri-ne-anlatiyor/. Erişim Tarihi: 20.09.2025)
14. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2023 (Erişim Adresi: https://www.saglik.gov.tr/TR-84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html. Erişim Tarihi: 22.09.2025)
15. Gergin ED. İklim değişikliğine dirençli kentler: Dünya'da ve Türkiye'de iyi yerel yönetim uygulama örnekleri. Erzurum Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2024(18):94-111.
16. Sapankaya FY. İklim Değişikliği İle Mücadelenin Stratejik Boyutu: Türkiye'deki Büyükşehir Belediyelerinin Stratejik Planlari Üzerinden Bir İnceleme. Sayıştay Dergisi. 2025;36(137):289-320.
17. International Labour Organization, Ensuring Safety And Health At Work In A Changing Climate, 2024 (Erişim Adresi: https://www.ilo.org/publications/report-glance-ensuring-safety-and-health-work-changing-climate. Erişim Tarihi: 28.09.2025)
18. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Çalışma Genel Müdürlüğü, Ulusal İstihdam Stratejisi 2025-2028.
19. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, İklim Değişikliği Başkanlığı, Eylem Planları (Erişim Adresi: https://iklim.gov.tr/eylem-planlari-i-19. Erişim Tarihi: 29.09.2025)
20. Climate Change Performance Index 2025, Türkiye (Erişim Adresi: https://ccpi.org/country/tur/ Erişim Tarihi: 01.10.2025)
21. TÜİK, Sera Gazı Emisyon İstatistikleri, 1990-2023 (Erişim Adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sera-Gazi-Emisyon-Istatistikleri-1990-2023-53974 Erişim Tarihi: 30.09.2025)
22. Su Verimliliği Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 32765 Tarih: 27.12.2024
23. İklim Kanunu, T.C. Resmi Gazete. Kanun No:7552 Sayı:32951 Tarih: 09.07.2025
24. Health And Climate Change Countr Profile 2022, Türkiye, (Erişim Adresi: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353977/WHO-HEP-ECH-CCH-22.01.05-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Erişim Tarihi: 28.09.2025)
25. T.C. Dışişleri Bakanlığı Avrupa Birliği Başkanlığı, İklim Değişikliğinin Sağlık Üzerindeki Olumsuz Etkilerinin Azaltılması İçin Sağlık Bakanlığı'nın Kapasitesinin Güçlendirilmesi, (Erişim Adresi:https://ab.gov.tr/iklim-degisikliginin-saglik-uzerindeki-olumsuz-etkilerinin-azaltilmasi-icin-saglik-bakanliginin-kapasitesinin-guclendiri_53998.html Erişim Tarihi: 29.09.2025)
26. Sezik M, Dokuyucu E. İklim Değişikliği ve Türkiye'de Kentlerin İklim Değişikliği Politikalarına Uyum Sorunları. Kent Akademisi. 2025;18(1):540-62.
27. United Nations Development Programme, Global Climate Promise, What Are Early Warning Systems and Why Do They Matter for Climate Action, 2025 (Erişim Adresi: https://climatepromise.undp.org/news-and-stories/what-are-early-warning-systems-and-why-do-they-matter-climate-action Erişim Tarihi: 15.10.2025)
28. CDC, Tracking Program, About Environmental Public Health Tracking, 2024 (Erişim Adresi https://www.cdc.gov/environmental-health-tracking/about/index.html Erişim tarihi: 15.10.2025)

Türkiye'de Madencilik Faaliyetleri ve Halk Sağlığına Etkileri: 2020-2025

Ahmet Alp Aker

1. Giriş

Madencilik, medeniyetin gelişimine yön veren, tarihin en eski mesleklerinden biridir. Madencilik, maddi dünyanın gelişiminin ve dolayısıyla insan refahının sürdürülebilmesi için vazgeçilmez önemde olmakla beraber, artan ihtiyaçlara koşut genişleyen faaliyetlerin insan sağlığına ve çevreye etkileri nedeniyle, Dünya genelinde ve ülkemizde giderek büyüyen eleştiri ve protestolara yol açmaktadır. Gelişen teknoloji, yoğun enerji ve kaynak kullanımı madenciliğin ölçek, şiddet, risk ve etkilerinde artışa yol açmıştır. Bunda, işletilen alanların adeta önlenemez şekilde sürekli artışının, üretilen birim cevher için atık oranında artışın, yeraltı madenciliğinden açık ocak madenciliğine geçişin/genişlemenin, maden atıklarının ve bozulmuş alanların büyüklüğündeki artışın da payı vardır.

Dünya'da madencilikle ilgili öne çıkan sorunlar arasında yerel toplulukların yer değiştirmek zorunda kalması, toprak, su ve hava kirliliği, atıklar, verimli toprak kaybı, biyoçeşitlilik kaybı, su kaynaklarının kaybı ve su kıtlığı yer almaktadır.[1] Türkiye'de de sorunlar benzer özellikler göstermektedir. Ancak ekonomik darboğazdan çıkmada madencilik sektörüne özel önem verilmesi ve diğer kalkınma politikaları nedeniyle madencilik faaliyetlerinin doğa ve yerel halkların yaşamına olumsuz etkilerine dair haberlerle daha sık karşılaşılmaya başlanmıştır. Son zamanlarda Türkiye gündemini en çok meşgul eden olaylar madenler ve madencilikle ilişkili olup sık meydana gelen maden kazaları ve işçi ölümleri, ülkenin genelinde zeytinlikler ve orman alanlarında açılmak istenen maden işletmeleri ve yurttaşların ve sivil toplum örgütlerinin kendi haklarını ve çevreyi koruma mücadeleleri haberleridir. Son olarak, TBMM'de onaylanan Maden Kanunu'ndaki değişiklikler de sermayenin lehine yorumlanmış, halk sağlığı ve çevre sağlığı açısından endişe ve tartışmaların büyümesine neden olmuştur. Bu bölümde son beş yıl öncelikli olmak üzere, Türkiye'de madencilik faaliyetlerinin halk sağlığına etkileri, ekosistemlerin korunmasının insan sağlığı üzerindeki etkileri de göz önünde bulundurularak ele alınacaktır.

2. Madencilikle İlgili Terimler

Maden: 3213 Sayılı Maden Kanunu'na göre, yer kabuğunda ve su kaynaklarında tabii olarak bulunan, ekonomik ve ticarî değeri olan petrol, doğal gaz, jeotermal ve su kaynakları dışında kalan her türlü madde maden olarak kabul edilmektedir.[2] Kanuna göre, inşaat ile yol yapımında kullanılan ve tabiatta doğal olarak bulunan kum ve çakıl ile tuğla-kiremit kili, çimento kili, marn ile çimento ve seramik sanayilerinde kullanılan ve diğer gruplarda yer almayan kayaçlar 1. grup madenler arasında sayılmaktadır.

Madencilik faaliyetleri: Madenlerin aranması, üretime yönelik hazırlık çalışmaları, üretilmesi, sevkiyatı, cevher hazırlama ve zenginleştirme, atıkların bertarafı, ruhsat sahasındaki stoklama/depolama işlemleri, maden işletmelerinin kapatılması ve çevre ile uyumlu hale getirilmesi ile ilgili tüm faaliyetler ve bu faaliyetlere yönelik geçici tesislerin yapılması.

Tuvenan: Yer altı ve yer üstü ocaklarda hazırlık niteliğindeki kazılar dışında taş, toprak vb. ile karışık olarak elde edilen ve herhangi bir işlem uygulanmamış olan cevher.

Cevher: Jeolojik ortamlardan içeriğindeki ekonomik değerlerden yararlanmak üzere çeşitli madencilik uygulamaları ile çıkarılarak, doğrudan ve/veya belirli

zenginleştirme işlemlerine tabi tutularak ekonomiye kazandırılan doğal kaynak varlıklarıdır.

Tenör: Cevher olarak da adlandırılan mineral maddeden oluşan bir maden yatağında birim tonaj veya hacminde bulunan metal miktarı (gr/ton, gr/m3).[3]

Sınır tenör: Cevherin rezerv olarak sınıflandırılabilmesi bir biriminin satış değerinin bu birim için katlanılacak maliyeti aşması ile sağlanabilir. Bu durumun sağlandığı metal içeriği sınır tenöre karşı gelir. Başka bir ifade ile, sınır tenör düzeyinde bir ton cevherden sağlanan fayda katlanılan maliyetlere eşit olmalıdır.[3]

Cevher hazırlama/Zenginleştirme: Madenler üzerinde gerçekleştirilen termal imalat işlemleri, ergitme ya da izabe dahil metalürjik işlemler ve benzeri endüstriyel prosesler dışında kalan, boyut değişikliği, sınıflandırma, ayırma ve özütleme amacıyla yapılan fiziksel, kimyasal, biyolojik işlemlerin tek tek veya birlikte uygulamaları sonucunda ekonomik değeri olan madde ve malzemelerin kazanılmasına yönelik işlemleridir. Diğer bir deyişle, tuvenan maden; kırma, ayırma ve tasnif işlemlerine tabi tutulmak suretiyle; zengin ürün (konsantre), ara ürün (mikst) ve artık olarak ayrılır.

Ruhsat: Madenlerin aranması ve işletilmesi için yönetmelikte belirtilen usul ve esaslar çerçevesinde Genel Müdürlükçe verilen belge.

Arama ruhsatı: Belirli bir alanda maden arama faaliyetlerinde bulunulabilmesi için verilen yetki belgesi.

İşletme ruhsatı: İşletme faaliyetlerinin yürütülebilmesi için verilen yetki belgesi.

Rezerv: Kaynağın, boyutları ve tenörü/kalitesi belirlenmiş ve günün şartlarında ekonomik olarak üretilebilir ve işlenebilir kısmı. İşletilebilir cevher kütlesi (ton veya m^3).

Muhtemel rezerv: Sürekliliği görünür rezervde olduğu kadar tarif edilemeyen, ekonomik işletilebilirliği jeolojik, madencilik, metalürjik, ekonomik, pazarlama, hukuki, çevresel, sosyal ve mali etkenler ile ilgili belirsizlikler içeren cevher miktarı.

Görünür Rezerv: Kaynağın üç boyutu ile belirlenmiş olan ve bu boyutlar içerisinde sürekliliği konusunda en az risk taşıyan, jeolojik, madencilik, metalürjik, ekonomik, pazarlama, hukuki, çevresel, sosyal, mali etkenlerin altında ve günün şartlarında işletilebilir kısmı.

Rehabilitasyon: Madencilik faaliyetleri nedeniyle bozulan, topoğrafyası değişen alanlara yönelik; emniyetli hâle getirme, düzenleme, duraylılığı sağlama, düzeltme, üst toprağı serme, tohum ekme, fidan dikme, arazi yapısı uygun yerlerde rekreasyon alanları oluşturma, bitkilendirme, ağaçlandırma, kimyasal ve fiziksel iyileştirme kapsamında yapılan çalışmalar.

Pasa: Mevcut ekonomik ve teknik şartlara göre işletilmesi mümkün olmayan, ancak işletme gereği üretilmesi zorunlu olan ve kazı işlemi dışında herhangi bir işleme tabi tutulmamış madde veya malzeme.

Yığın: Cevher ve pasaların açık alanda yığılmasıyla oluşturulan kümedir.

Yığın liçi: Geçirimsiz bir tabaka üzerine yığılmış olan cevhere çözücü kimyasalların verilmesiyle, kıymetli metallerin çözeltiye alınması işlemidir.

Maden atığı: Madenlerin aranması, çıkarılması, hazırlanması ve zenginleştirilmesi veya depolanması sonucunda oluşan katı veya şlam/sulu çamur şeklinde madde veya malzemedir.

Atık barajı: Madenlerin zenginleştirilmesi sonucunda ortaya çıkan atıkların depolanmasına yönelik olarak inşa edilen sedde ve arkasında bir rezervuar oluşturan mühendislik yapısıdır.

Atık çöktürme havuzu: Madenlerin zenginleştirme işlemine tabi tutulması sonucu ortaya çıkan atıkların çöktürülmesiyle proses suyunun arıtılarak deşarj edilmesi veya fiziksel arıtım sonucu tekrar kullanımına yönelik inşa edilen yapıdır.

Grizu: Grizu, metanla havanın karışımını ifade etmektedir. Metan (grizu) patlaması, maden havasında %4–15 metan bulunduğu durumlarda gerçekleşebilir; en güçlü patlama ise %9,5 metan ihtivası ile meydana gelir. %15'in üzerinde metan ihtiva eden ortamlar ise, yanıcı ve parlayıcı özellik taşımaktadır.

Kimyasal formülü CH4 olan metan renksiz, kokusuz ve patlayıcı bir gazdır. Özgül ağırlığı 0,55 g/cm3 olduğu için havaya göre daha hafif bir gaz olan metan zehirli olmamakla beraber, maden havasında oksijen oranını %12'nin altına düşürecek kadar yoğun ise boğucu özellik göstermektedir. Metan patlaması yeterli miktarda oksijenin (>%12), patlayıcı gazın CH4 (%4–15) bir araya gelmesi ve bir tutuşturucu kaynağı ile teması sonucunda gerçekleşir. Tutuşma kaynakları açık ateş, fazla ısınan yüzeyler, sürtünme veya elektrik ile oluşan kıvılcımlar ve patlayıcılar olabilir.[4]

Ocak: Belirli bir projeye göre yerüstü veya yeraltı maden işletmesinin yapıldığı yer.

Üst toprak: Yüzeydeki veya yüzeye yakın olan verimli toprak tabakasıdır.

3. Kanuni Çerçeve

3.1. Anayasa

Anayasamızda insan sağlığı ve çevreyle ilişkili çeşitli maddeler bulunmaktadır:

Madde 56- Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Türk hukukunda madenlerin mülkiyeti, bulunduğu araziden bağımsız olarak değerlendirilmiştir:

Madde 168- Tabiî servetler ve kaynaklar Devletin hüküm ve tasarrufu altındadır. Bunların aranması ve işletilmesi hakkı Devlete aittir. Devlet bu hakkını belli bir süre için, gerçek ve tüzel kişilere devredebilir. Hangi tabiî servet ve kaynağın arama ve işletmesinin, Devletin gerçek ve tüzel kişilerle ortak olarak veya doğrudan gerçek ve tüzel kişiler eliyle yapılması, kanunun açık iznine bağlıdır. Bu durumda gerçek ve tüzel kişilerin uyması gereken şartlar ve Devletçe yapılacak gözetim, denetim usul ve esasları ve müeyyideler kanunda gösterilir.

Bu Anayasa maddesine göre:

- Madenler ve diğer doğal kaynaklar, bulundukları arazinin mülkiyetine değil, doğrudan devlete aittir.
- Bu kaynakların aranması ve işletilmesi hak ve yetkisi devlete aittir.
- Devlet bu yetkisini, kanunla belirlenen usullerle gerçek veya tüzel kişilere devredebilir (örneğin, maden ruhsatı vererek).

Maden Kanunu'nun 4. Maddesine göre; Madenler Devletin hüküm ve tasarrufu altında olup, içinde bulundukları arzın mülkiyetine tabi değildir. Maden ruhsatı, Kanunun 3. maddesinde yapılan tanıma göre, "madenlerin aranması ve işletilmesi için yönetmelikte belirtilen usul ve esaslar çerçevesinde Genel Müdürlükçe (Maden ve Petrol İşleri Genel Müdürlüğü [MAPEG]) verilen belgedir". Maden ruhsatı arama ve işletme ruhsatı olarak ikiye ayrılır. Maden ruhsatı almak için madenin içinde bulunduğu arazi sahibinin iznini almak gerekmez. Bu noktada idarenin izin vermesi yeterlidir. Günümüzde hâkim olan görüş, madenler üzerinde üçüncü kişilerin mülkiyet hakkına sahip olamayacağı, bu hakkın münhasıran devlete ait olduğu ait olduğu yönündedir.[5]

Madde 169 – Devlet, ormanların korunması ve sahalarının genişletilmesi için gerekli kanunları koyar ve tedbirleri alır. Yanan ormanların yerinde yeni orman yetiştirilir, bu yerlerde başka çeşit tarım ve hayvancılık yapılamaz. Bütün ormanların gözetimi Devlete aittir.

Devlet ormanlarının mülkiyeti devrolunamaz. Devlet ormanları kanuna göre, Devletçe yönetilir ve işletilir. Bu ormanlar zamanaşımı ile mülk edinilemez ve kamu yararı dışında irtifak hakkına konu olamaz.

Ormanlara zarar verebilecek hiçbir faaliyet ve eyleme müsaade edilemez…. Ormanları yakmak, ormanı yok etmek veya daraltmak amacıyla işlenen suçlar genel ve özel af kapsamına alınamaz.

Madde 44 – Devlet, toprağın verimli olarak işletilmesini korumak ve geliştirmek, erozyonla kaybedilmesini önlemek ve topraksız olan veya yeter toprağı bulunmayan çiftçilikle uğraşan köylüye toprak sağlamak amacıyla gerekli tedbirleri alır.

Madde 45 – Devlet, tarım arazileri ile çayır ve mer'aların amaç dışı kullanılmasını ve tahribini önlemek, tarımsal üretim planlaması ilkelerine uygun olarak bitkisel ve hayvansal üretimi artırmak maksadıyla, tarım ve hayvancılıkla uğraşanların işletme araç ve gereçlerinin ve diğer girdilerinin sağlanmasını kolaylaştırır.

3.2. 3213 Sayılı Maden Kanunu ve Kanundaki Değişikliklerin Düşündürdükleri

Türkiye'de Maden Kanunu'nda yapılan son değişiklikler, kamuoyunda ve uzman çevrelerde büyük tartışmalara yol açmıştır. Zeytinliklerin madencilik faaliyetlerine açılmasını öngören ve kamuoyunda 'Süper İzin' olarak anılan, "Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi" 19 Temmuz 2025 tarihinde, TBMM Genel Kurulu'nda 199 oya karşı 255 oyla kabul edildi.

Kanundaki değişiklikler, madencilik faaliyetlerinin kapsamını genişleterek çeşitli alanlarda önemli riskler oluşturabilir. Özellikle, daha önce madencilik faaliyetlerine kapalı olan zeytinlik alanlar gibi bazı hassas alanların madenciliğe açılmasına yönelik düzenlemeler, ciddi çevresel ve sosyal endişeleri beraberinde getirmektedir.

1985 yılında yürürlüğe giren 3213 sayılı Maden Kanunu ile madencilikte imtiyaz usulü ruhsat usulüne dönüştürülmüş, devlet tekeli kaldırılarak özel teşebbüsün sektörde aktif rol oynaması amaçlanmıştır. Türkiye'de Maden Kanunu'nda zaman içinde yapılan değişiklikler ve bunların halk sağlığı ile çevreye etkileri, özellikle 2004 yılından sonra hızlanan bir süreçte önemli tartışmalara neden olmuştur. Kanun, yürürlüğe girdiği zamandan bu yana 30'dan fazla kez değiştirilmiştir. 2000

yılı sonrası değişikliklerin kronolojik bir değerlendirmesi ve etkileri şu şekildedir:

2004 Yılı ve Sonrası: Korunan Alanların Madenciliğe Açılması

2004 yılında 5177 sayılı Kanun ile Maden Kanunu'nda yapılan köklü değişiklikler, "kamu yararı" gerekçesiyle madencilik faaliyetlerini kolaylaştırmıştır. Bu dönemde yapılan düzenlemelerle, daha önce madenciliğe kapalı olan orman, milli park, özel koruma bölgeleri, tarım ve mera alanları gibi hassas bölgeler, Orman Kanunu gibi diğer yasalardaki kısıtlamalar neredeyse tamamen devre dışı bırakılarak madenciliğe açılabilir hale gelmiştir. Bu değişiklik, çevresel koruma önlemlerini zayıflatmış ve madencilik faaliyetlerinin doğa üzerindeki tahribat riskini artırmıştır. Korunan alanlarda yürütülen madencilik projeleri, su kaynaklarının kirlenmesi, biyoçeşitliliğin yok olması ve verimli tarım arazilerinin kaybı gibi geri dönülemez çevresel zararlara yol açmıştır.

2014 Yılı Değişiklikleri: Hızlandırılmış Süreçler ve Kamulaştırma

2014 yılında yapılan bir dizi düzenleme, özellikle "stratejik" ve "öncelikli" madenler için süreçleri hızlandırmayı amaçlamıştır. Bu kapsamda, bazı maden sahaları için **acele kamulaştırma** yetkisi getirilmiş ve projelerin onay süreçleri basitleştirilmiştir. Hızlandırılmış süreçler, projelerin çevresel ve sosyal etkilerinin yeterince değerlendirilememesi riskini beraberinde getirmiştir. Kamulaştırma kararları, yerel halkın itiraz ve katılım süreçlerini kısıtlayarak mülkiyet haklarına yönelik endişeler yaratmıştır. Bu durum, madencilik projelerine karşı çıkan yerel toplulukların ve sivil toplum kuruluşlarının mücadelesini zorlaştırmıştır.

3.2.1. Son Düzenlemeler ve Süreçlerin Basitleştirilmesi

19/7/2025 tarihli ve 7554 sayılı Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile 3213 sayılı Maden Kanunu'nun 7., 16. ve 30. maddelerinde ruhsatlandırma süreçlerine dair değişiklikler yapılmıştır.

Maden Kanunu'nun 7. maddesi madencilik faaliyetlerinde izinleri düzenlemektedir.

Madencilik faaliyetlerinde izinler

Madde 7 – (Ek fıkra: 10/6/2010-5995/3 md.) (Değişik ikinci fıkra:19/7/2025-7554/3 md.) Özel çevre koruma bölgeleri, 9/8/1983 tarihli ve 2873 sayılı Milli Parklar Kanununa göre korunan alanlar, sulak alanlar, yaban hayatı koruma ve geliştirme sahaları, ormanlar, 12/3/1982 tarihli ve 2634 sayılı Turizmi Teşvik Kanununa göre ilan edilen kültür ve turizm koruma ve gelişim bölgeleri, turizm merkezleri, 4/4/1990 tarihli ve 3621 sayılı Kıyı Kanununa göre korunması gerekli alanlar, birinci derece askeri yasak bölgeler, 1/5000 ölçekli imar planı onaylanmış alanlar, 21/7/1983 tarihli ve 2863 sayılı Kültür ve Tabiat Varlıklarını Koruma Kanunu kapsamında kalan sit alanları ile madencilik amacı dışında tahsis edilen ve Genel Müdürlük tarafından uygun görüş verilen elektrik santralleri, organize sanayi bölgeleri, endüstri bölgeleri, petrol, doğal gaz ve jeotermal boru hatları gibi yatırım alanlarına ait koordinatlar ilgili kurumlar tarafından Genel Müdürlüğe bildirilir.

Aşağıda yer alan 2. fıkrada, ormanlar hariç sayılan yerlere maden ruhsatı verilmeyeceği beklentisi uyanırken metnin ilerleyen kısmında, her yere maden ruhsatı almanın, ilgili kurum izniyle mümkün olduğu anlaşılmaktadır. Üstelik ilgili kurumun 3 ay içinde izin talebine yanıt vermesi gerekmekte olup yanıt verilmemesi durumunda, ek 1 ay süre verilmekte, yine yanıt gelmezse doğrudan izin verilmiş sayılmaktadır:

(Ek fıkra: 10/6/2010-5995/3 md.) (Değişik üçüncü fıkra:19/7/2025-7554/3 md.) Ormanlar hariç ikinci fıkra kapsamında bildirilen alanlarda ruhsat düzenlenmeden önce Genel Müdürlük (Maden ve Petrol İşleri Genel Müdürlüğü), ilgili kuruma proje hakkında görüşünü sorarak izin talebinde bulunur. İlgili kurum değerlendirmelerini tamamlayarak üç ay içinde izin talebine cevap verir. Bu süre içerisinde cevap verilmemesi durumunda ilgili kuruma Genel Müdürlükçe bir ay ilave süre verilir. Bu süre sonunda da karar bildirilmezse, izin verilmiş sayılır. Verilen izin, işletme ruhsatına geçiş veya temdit değerlendirmelerinde o alanda devam eder. Ancak idarenin projede veya rehabilitasyon projesinde değişiklik talep etmesi mümkündür.

Değişiklik yapılan üçüncü fıkra, izin sürecini 3 ay gibi kısa bir süreyle sınırlandırmaktadır. Bu hızlandırma, madencilik yatırımlarını teşvik etse de, çevresel ve sosyal etkilerin yeterince derinlemesine incelenmesini engelleyebilir. Bu durum, yerel halkın ve sivil toplum kuruluşlarının projeye itiraz etme ve süreci takip etme imkanlarını kısıtlayabilir. Madencilik faaliyetlerinde, halkın katılımı genellikle, çevre sağlığı ve bütünlüğü ile ekonomik ve sosyal kalkınmanın dengelenmesi gerekliliğinin ortaya konulduğu çevresel etki değerlendirilmesi aşamasında sağlanmaktadır.[6]

Yine kanunda orman alanları da madencilik faaliyetlerinden korunmamakta, hatta tersine, maden arama ve işletme faaliyetleri ile madencilikle ilgili tesis yapımı kolaylaştırılmaktadır:

(Ek fıkra: 10/6/2010-5995/3 md.) (Değişik dördüncü fıkra:19/7/2025-7554/3 md.) Devlet ormanları içinde maden aranması ve işletilmesi ile madencilik faaliyeti için zorunlu tesis, yol, enerji, su, haberleşme ve altyapı tesislerine 31/8/1956 tarihli ve 6831 sayılı Orman Kanunu hükümlerine göre Genel Müdürlüğün (MAPEG) talebi üzerine üç ay içinde yirmi dört ay süreyle bedelsiz izin verilir. Genel Müdürlükçe talep edilmesi halinde izin süresi on iki ay uzatılır. Genel Müdürlükçe alınan bedelsiz izne ilişkin taahhüt senedi Orman Genel Müdürlüğüne verilir. Ancak verilen bedelsiz iznin işletilmesi, gerçek ve tüzel kişilere devredilmesi veya işlettirilmesi halinde alınması gereken bedeller Orman Genel Müdürlüğünün özel bütçe hesabına yatırılarak, bedelli taahhüt senedi en geç bir ay içerisinde Orman Genel Müdürlüğüne verilir. Bu fıkranın yürürlüğe girmesinden önce verilen izinler ruhsat süresince devam eder ve altı ay içerisinde Genel Müdürlüğe devredilir. Arama faaliyeti için izin verilen alanlarda mücbir sebepler ve kısıtlayıcı yasal hükümler hariç işletme faaliyetine de izin verilir. İzin süreçlerinde mevzuatı gereği alınması gereken kurum görüşleri, çevresel etki değerlendirmesi belgesi gibi belgeler Genel Müdürlükçe alınır. Tarım ve Orman Bakanlığı tarafından verilen izin, çevresel etki değerlendirmesi yönünden uygun görüş olarak kabul edilir.

Bu maddedeki değişiklikler ile izin alma süreci ormanlar için ayrı, diğer alanlar için ayrı olmak üzere iki farklı şekilde düzenlenmektedir:

1. Ormanlar dışındaki alanlar için:
    - Ruhsat düzenlenmeden önce, Genel Müdürlük ilgili kuruma (örneğin Milli Parklar Müdürlüğü) proje hakkında görüş sorarak izin talebinde bulunur.
    - İlgili kurumun 3 ay içinde cevap vermesi gerekir.
    - Bu süre içinde cevap verilmezse 1 ay ek süre tanınır.
    - Bu ek süre sonunda da bir karar bildirilmezse, izin verilmiş sayılır.

    Bu düzenleme, izin süreçlerinin uzamasını engellemeyi amaçlamaktadır.
2. Ormanlık alanlar için:
    - Kanun, devlet ormanları içinde madencilik faaliyetine özel bir düzenleme getiriyor.
    - Genel Müdürlüğün talebi üzerine, Orman Genel Müdürlüğü 3 ay içinde 24 ay süreli ve bedelsiz izin vermekle yükümlüdür.
    - Gerekirse bu süre 12 ay daha uzatılabilir.
    - En dikkat çekici nokta ise, Tarım ve Orman Bakanlığı tarafından verilen bu iznin, çevresel etki değerlendirmesi (ÇED) yönünden uygun görüş olarak kabul edilmesidir. Bu, ormanlık alandaki bir projenin ÇED sürecinin bilimsel ve bağımsız bir inceleme yerine, idari bir kararla tamamlanması anlamına gelmektedir.

Özellikle ormanlık alanlardaki projeler için ÇED sürecini fiilen ortadan kaldıran ve çevresel denetim mekanizmalarını zayıflatan bu durumun, ormanlık alanlardaki madencilik projeleri için ÇED süreçlerini önemli ölçüde hızlandırması ve basitleştirmesi beklenebilir.[2]

Kanun, maden arama ve işletme faaliyetleri için "zorunlu tesis, yol, enerji, su, haberleşme ve altyapı tesislerine" izin verileceğini belirtmektedir. Bu tür yapıların bir ormanlık alanda inşa edilmesi, ağaçların kesilmesini ve arazinin madencilik faaliyetine uygun hale getirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Kanun maddesi metninde, izin verilecek alanın büyüklüğü veya kesilecek ağaç miktarı ile ilgili açıkça belirtilmiş herhangi bir sayı veya alan kısıtlaması bulunmamaktadır.

Madde, sadece altyapı ve tesislerin "madencilik faaliyeti için zorunlu" olması gerektiğini belirtiyor. Bu, miktar ve alanın projenin ihtiyacına göre belirleneceği anlamına gelmektedir. Ancak, bu "zorunluluk" kavramının nasıl denetleneceği veya hangi kriterlere göre belirleneceği belirtilmemiştir.[2]

Kanun maddelerinde Maden ve Petrol İşleri Genel Müdürlüğü'nün (MAPEG) gerekli izinleri kurumlardan alacağı bildirilmektedir. Genel Müdürlük ve ilgili kurumların kamu kurumları olup merkezi yönetime bağlı olunması ve madenin IV. Grup ile stratejik veya kritik maden sınıfında değerlendirilmesi durumunda nihai kararı Kurul'un verecek olması, izin süreçlerinin devlet kurumları arasında yürütülmesi ve bağımsız bir değerlendirmenin söz konusu olmaması toplumsal çıkar çatışması ve yetki kötüye kullanımı tartışmalarına zemin hazırlamaktadır. Örneğin değişiklik yapılan 7. maddedeki ek fıkrada:

"Ruhsat düzenlendikten sonra alan, izne tâbi hâle gelse dahi madencilik faaliyetlerine devam edilir. Ancak ruhsat sahasında kültür varlığının tespiti hâlinde madencilik faaliyetlerine devam edilebilmesi için Kültür ve Turizm Bakanlığının uygun görüşü aranır. Kültür ve Turizm Bakanlığının uygun görüş vermemesi durumunda Genel Müdürlük tarafından hesaplanan yatırım

giderleri tutarındaki tazminat, lehine kısıtlama kararı verilen idarenin bütçesinden ruhsat sahibine ödenir,"

ifadesi yer almaktadır. Değerlendirmeyi bağımsız bilimsel bir kurumun değil, Bakanlığın yapacak olması çıkar çatışması yaratabilir.

Çıkar çatışması ve kötüye kullanım tartışmalarına zemin hazırlayabilecek başlıca mekanizmalar şunlardır:

1-Karar Alma Sürecinin Merkeziyetçiliği: Kanuna eklenen "Kurul" tanımı, madencilikle ilgili kararların Cumhurbaşkanı yardımcısı ve birden fazla bakanın yer aldığı üst düzey bir kurul tarafından alınacağını gösteriyor. Bu, çevresel kaygıların yerel düzeydeki hassasiyetler yerine, merkezi ve ekonomik çıkarların baskın olabileceği bir platformda değerlendirilmesine neden olabilir:

(Ek fıkra:19/7/2025-7554/3 md.) Üçüncü veya dördüncü fıkra uyarınca ilgili kurum tarafından IV. Grup ile stratejik veya kritik madenlere izin verilmeyen hâllerde; sahanın rezerv potansiyeli, yeri, cinsi ve ekonomiye katkısı gibi hususlar dikkate alınarak Bakanlıkça yapılacak başvuru üzerine izin hakkında nihai karar, üstün kamu yararı çerçevesinde Kurul tarafından verilir. Kurul, madencilik faaliyeti lehine karar verirse ilgili kurum bir ay içinde izin kararını Genel Müdürlüğe gönderir ve ruhsat düzenlenir.

2-Sınırlı İtiraz Hakkı: Kurumlara verilen kısa süreler ve "cevap verilmezse izin verilmiş sayılır" hükümleri, çevresel denetim mekanizmalarını zayıflatabilir. Ayrıca, "izin vermiş kurumlar çevresel etki değerlendirmesi sürecinde olumsuz görüş veremez" hükmü, potansiyel riskleri gören bir kurumun bile bu riskleri dile getirmesini engelleyerek kararların tarafsızlığını ve güvenilirliğini zedeleyebilir:

(Değişik onbirinci fıkra:19/7/2025-7554/3 md.) Çevresel etki değerlendirmesi işlemleri Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı tarafından yürütülür. Çevresel etki değerlendirmesi sürecinde ilgili kurumlar görüşlerini en geç üç ay içinde verir. Kurumların ilave süre talep etmeleri halinde en fazla bir ay ek süre verilir. Tüm değerlendirmelerini tamamlayarak bu süreler içinde görüş bildirmeyen kurumun görüşü olumlu kabul edilir. İzin vermiş kurumlar çevresel etki değerlendirmesi sürecinde olumsuz görüş veremez. Çevresel etki değerlendirmesi olumlu kararı alınan madencilik faaliyetleri için, ilgili kurum tarafından varsa mali yükümlülükler alınarak en geç bir ay içinde diğer işlemler tamamlanır.

3-Hukuki Boşluk ve Güvence: Kanunun, "kazanılmış hakları" koruma altına alması ve "imar planı yapılmaz" gibi hükümler içeriyor olması, madencilik faaliyetlerinin çevresel ve sosyal maliyetlerini hiçe sayarak devam etmesine olanak tanıyabilir. Konuyla ilgili kanun madde ve fıkraları aşağıdadır:

Madde 7 – (Değişik: 26/5/2004 – 5177/3 md.) (İptal birinci fıkra: Anayasa Mahkemesi'nin 15/1/2009 tarihli ve E.: 2004/70, K.: 2009/7 sayılı Kararı ile.; Yeniden düzenleme: 10/6/2010-5995/3 md.) Madencilik faaliyetlerinin yapılması ve ruhsatlandırma işlemlerinin yürütülmesi ile ilgili olarak yeni verilecek ruhsat alanlarına maden işletme yöntemi, faaliyetin yapıldığı bölge, madenin cinsi, yapılacak yatırımın çevresel etkileri, şehirleşme ve benzeri hususlar dikkate alınarak, temdit talepleri dahil ruhsat verilen alanlarda kazanılmış haklar korunmak kaydıyla, ilgili kurumların görüşleri alınarak Bakanlık tarafından kısıtlama getirilebilir.

(Ek fıkra: 10/6/2010-5995/3 md.) Kazanılmış haklar korunmak kaydıyla içme ve kullanma suyu rezervuarının maksimum su seviyesinden itibaren 1000-2000 metre mesafe genişliğindeki şeritte galeri usulü patlatma yapılmaması, alıcı ortama arıtma yapılmadan doğrudan su deşarj edilmemesi şartıyla çevre ve insan sağlığına zarar vermeyeceği bilimsel ve teknik olarak belirlenen maden arama ve işletme faaliyetleri ile altyapı tesislerine izin verilir.

(Değişik fıkra: 10/6/2010-5995/3 md.) İmar alanları içinde kalan madencilik faaliyetleri, ilgili yerel merciden izin alınarak yapılır. Ruhsat alındıktan sonra imar alanları içine alınan maden sahalarına bu hüküm uygulanmaz. İmar planı bulunmayan alanlarda yapılan veya yapılacak olan madencilik faaliyetleri ile bu faaliyetlere bağlı geçici tesisler ve bunların müştemilatı için imar planı yapılmaz.

Halk sağlığı ve çevre etkileri yönünden, madencilik sonrası rehabilitasyon yükümlülüklerinin güçlendirilmesi, çevreye verilen zararın giderilmesi potansiyeli taşımaktadır. Ancak, ÇED süreçlerindeki olası zayıflamalar, projelerin başlangıcından itibaren ortaya çıkacak risklerin öngörülememesine ve yeterince önlenememesine neden olabilir.

Türkiye'deki Maden Kanunu değişiklikleri, genellikle madencilik faaliyetlerini teşvik etmeye ve bürokratik süreçleri kısaltmaya odaklanırken, çevre ve halk sağlığı koruma mekanizmalarını zayıflatma eğilimindedir.

Madenciliğe kapalı alanlar, tüm canlılar nezdinde bugün ve gelecekte sağlıklı yaşam hakkına saygılı, ekolojik ve ekonomik olarak sürdürülebilir, adil ve eşit bir yaşam için; doğa, tarım ve kültür mirası alanlarının (ve yaşayan kültürün) kanunlar nezdinde uygulamalara

kapatılarak madencilik faaliyetlerinden korunmasını ifade etmektedir. [7] Oysa, 3213 Sayılı Maden Kanunu'na göre Türkiye'de madenciliğe kesinlikle kapalı alan bulunmamaktadır. Kanun, her yer için madencilik başvurusu yapılabileceğini, ilgili bakanlıkların değerlendirmesi sonrasında olumlu veya olumsuz yanıt verileceği hükmünü vermektedir.

3.2.2. Zeytinliklerle İlgili Olarak Maden Kanunu'nda Yapılan Değişiklikler

Yapılan mevzuat değişiklikleriyle, kamu yararı kararı alınması şartıyla zeytinlik alanlarda maden çıkarma faaliyeti yürütülebileceği hükme bağlanmıştır. Buna göre, madencilik yapılan alanlarda zeytin ağaçları taşınabilir ve taşınamayan ağaçlar için eşdeğer bir alana en az iki katı kadar zeytin ağacı dikilmesi zorunluluğu getirilmiştir.

Maden Kanunu'nun geçici 45 maddesinde yapılan değişikliğe göre;

(Ek:19/7/2025-7554/11 md.) "Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihte ruhsat sahibi veya rödövansçı olan gerçek veya tüzel kişiler tarafından ülkenin elektrik ihtiyacını karşılamak üzere yürütülen madencilik faaliyetlerinin tapuda zeytinlik olarak kayıtlı veya fiilî olarak üzerinde zeytinlik bulunan bu Kanuna ekli Harita ve Koordinat Listesi sınırları içindeki alanlara denk gelmesi ve faaliyetlerin başka alanlarda yürütülmesinin mümkün olmaması durumunda, madencilik faaliyeti yürütülecek kısımdaki ***zeytin ağaçlarının*** *maden sahalarının bulunduğu ilçe ve il sınırlarına öncelik vermek suretiyle* ***taşınmasına****, sahada madencilik faaliyetleri yürütülmesine ve bu faaliyetlere ilişkin geçici tesisler inşa edilmesine kamu yararı dikkate alınarak Bakanlıkça izin verilebilir" ve "Zeytin ağaçlarının taşınmasının mümkün olmadığı durumlarda ise ilgili sahada madencilik faaliyetleri yürütülmesine ve bu faaliyetlere ilişkin geçici tesisler inşa edilmesine kamu yararı dikkate alınarak Bakanlıkça izin verilebilmesi için, iznin öncesinde aralarında biyolog ve ziraat mühendisinin de bulunduğu uzman kişilerden alınan görüşler doğrultusunda Bakanlıkça belirlenecek alanda dikim normlarına uygun, faaliyet yürütülecek alan ile eş değer büyüklükte izin verilecek maden sahalarının bulunduğu ilçe ve il sınırlarına öncelik verilmek suretiyle taşınan ve taşınamayan zeytin ağacı sayısının en az iki katı zeytin ağacı ile oluşan zeytin sahası tesis edilmesi zorunludur."*

Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı tarafından 4.8.2025 tarihinde yayımlanan Zeytinliklerle ilgili Maden Kanunun Geçici 45. Maddesinin Uygulanmasına Dair Usul ve Esaslarda, akademik ünvana sahip iki ziraat mühendisi ve bir biyologdan oluşan uzman heyetinin hangi ağaçların taşınacağını, tahsis edilen yerlerden hangisine taşınacağını, arazi ve mevsim şartları göz önünde bulundurularak taşıma işlemlerinin hangi dönemlerde ve ne kadar sürede tamamlanacağını gösteren termin planı ve proje hazırlayacağı, yine taşınacak ağaçların tespitinde taşınma durumunda tutma ihtimali, verimi, taşınmasında fiziksel engel olup olmadığı gibi kriterlerin gözetileceği bildirilmektedir. 8

4. ÇED ve Maden Arama Faaliyetleri

Bakanlığa göre Çevresel Etki Değerlendirmesi (ÇED), gerçekleştirilmesi planlanan projelerin çevreye olabilecek olumlu ve olumsuz etkilerinin belirlenmesinde, olumsuz yöndeki etkilerin önlenmesi ya da çevreye zarar vermeyecek ölçüde en aza indirilmesi için alınacak önlemlerin, seçilen yer ile teknoloji alternatiflerinin belirlenerek değerlendirilmesinde ve projelerin uygulanmasının izlenmesi ve kontrolünde sürdürülecek çalışmaları kapsamaktadır.[9]

Her maden arama faaliyeti için ÇED raporu gerekmemektedir. Ancak çevreye potansiyel etkisi büyük olan veya hassas bölgelerde yer alan projeler için bu süreç zorunludur. Küçük ölçekli arama faaliyetleri ise daha basit bir değerlendirme mekanizmasıyla yönetilir.

ÇED gerekli olup olmadığı ayrımı, Maden Kanunu'ndan çok, asıl olarak ÇED Yönetmeliği'nde yer alan hükümlerle yapılır.

4.1. ÇED Sürecini Belirleyen Temel Faktörler

ÇED Yönetmeliği, madencilik faaliyetlerini iki ana gruba ayırmaktadır:

- ÇED Gereklidir: Bu kapsamdaki projeler, çevresel etkileri yüksek olabilecek ve tam bir ÇED raporu hazırlanması gereken faaliyetlerdir.
- ÇED Gerekli Değildir: Bu gruptaki projeler ise çevresel etkileri daha düşük kabul edilen ve daha basit bir ön değerlendirme sürecinden geçen faaliyetlerdir.

Bu sınıflandırma yapılırken dikkate alınan başlıca kriterler şunlardır:

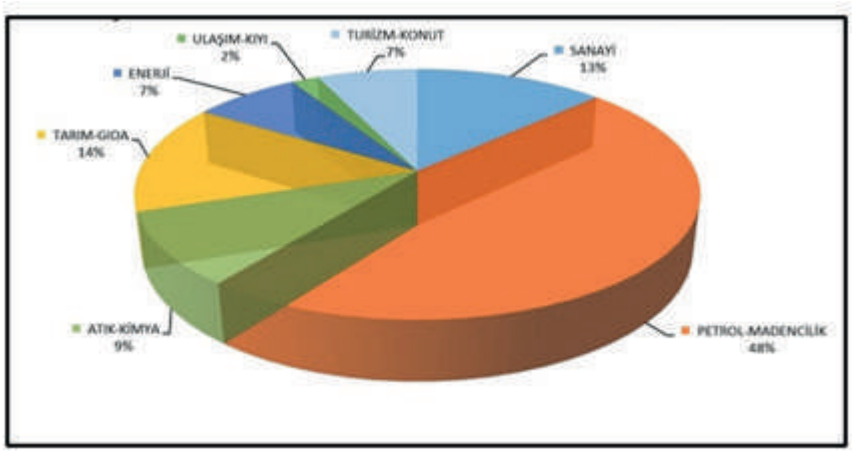
- Projenin Büyüklüğü ve Alanı: Aranacak madenin bulunduğu alanın yüzey büyüklüğü, yapılacak sondaj sayısı, kullanılacak ekipmanların türü ve miktarı gibi faktörler ÇED kararı için belirleyicidir. Örneğin, belli bir metrekarenin altındaki alanlarda yapılan arama sondajları genellikle tam bir ÇED sürecine tabi tutulmaz.

- Maden Grubu: Çıkarılacak madenin cinsi de önemlidir. I. Grup (kum-çakıl) madenleri ile IV. Grup (altın, kömür vb.) madenlerin arama ve işletme süreçlerine farklı ÇED kriterleri uygulanır.
- Faaliyetin Yeri: Eğer arama faaliyeti, ormanlar, milli parklar, özel çevre koruma bölgeleri gibi hassas alanlarda gerçekleştiriliyorsa, boyutundan bağımsız olarak tam bir ÇED süreci zorunlu olabilir. (Bkz. ÇED uygulanacak projeler)

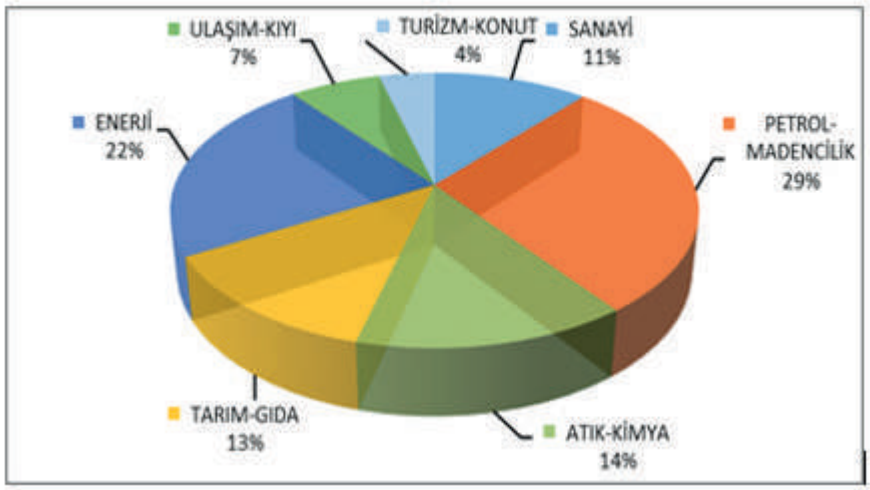
Ülkemizde, ilk ÇED yönetmeliğinin yayımlandığı 1993 yılından 2022 yılı sonuna kadar alınan toplam 6926 adet "ÇED Olumlu" kararının sektörlere göre dağılımı incelendiğinde %29 ile petrol ve madencilik yatırımlarının başı çektiği, bunu %22 ile enerji yatırımlarının, %14 ile atık-kimya sektörü ile %13 ile tarım-gıda sektörü yatırımlarının takip ettiği görülmektedir. Öte yandan, 1993 yılından 2022 yılı sonuna kadarki toplam 73.210 adet "ÇED Gerekli Değildir" kararının sektörlere göre dağılımı incelendiğinde, yine %48 ile petrol ve madencilik yatırımları önde gelmektedir. Bunu %14 ile tarım-gıda, %13 ile sanayi yatırımları izlemektedir.[9]

Madencilik Faaliyetleri İzin Yönetmeliği'ne göre;

(Resmî Gazete Tarihi: 21.06.2005 Resmî Gazete Sayısı: 25852) maden ruhsat sahibi, çevresel etki değerlendirmesi uygulanacak projelere tabi olması durumunda, ruhsatın yürürlük tarihinden itibaren üç ay içinde Çevre ve Orman Bakanlığına müracaat ederek format almak zorundadır. Maden ruhsat sahibi formatın alınış tarihinden itibaren ÇED raporunu Çevre ve Orman Bakanlığına bir yıl içinde sunmakla yükümlüdür (Madde 9). (Değişik beşinci fıkra:21/3/2007-2007/11932 K.) "Çevresel Etki Değerlendirmesi Olumlu" veya "Çevresel Etki Değerlendirmesi Gerekli Değildir" kararı ve gerekli diğer izinlerin alınmasından itibaren yedi gün



Şekil 1. 1993-2022 dönemi ÇED Gerekli Değildir karar sayılarının (n=73.210) sektörel dağılımı[9]



Şekil 2. 1993-2022 dönemi ÇED Olumlu karar sayılarının (n=6.926) sektörel dağılımı[9]

içinde işletme izni verilir. Bu izin ile maden ruhsat sahibi, ruhsat alanı içinde projesi kapsamında faaliyetlerini sürdürür.[10]

4.2. ÇED Uygulanacak Projeler

Madencilik Faaliyetleri İzin Yönetmeliği'nin ruhsat sahibinin yükümlülükleriyle ilgili 83. maddesinde,

"Maden ruhsat sahipleri, çevresel etki değerlendirmesine tâbi projeler için çevresel etki değerlendirmesi raporunu veya seçme eleme kriterleri uygulanacak projeler için proje tanıtım dosyasını hazırlamak, valiliğe veya Çevre ve Orman Bakanlığına sunmak ve faaliyetlerini verilen karara göre gerçekleştirmekle yükümlüdür,"

hükmü yer almaktadır.[10] Ruhsat sahipleri, bu Yönetmelik hükümlerinin yerine getirilmesi sürecinde kamu kurum ve kuruluşlarının isteyeceği her türlü bilgi, doküman ve görüşü süresi içinde vermekle yükümlüdürler.

Hangi madencilik projelerinin ÇED değerlendirmesine tabi olduğu aynı yönetmeliği'nin 86. maddesinde tanımlanmaktadır:

Ruhsat hukuku ve aşamasına bakılmaksızın aşağıdaki madencilik faaliyetleri için çevresel etki değerlendirmesi uygulanır:

a) 25 hektar ve üzeri çalışma alanında (kazı ve döküm alanı toplamı olarak) açık işletmeler,

b) 150 hektarı aşan (kazı ve döküm alanı toplamı olarak) çalışma alanında açık işletme yöntemi ile kömür çıkarılması,

c) Biyolojik, kimyasal, elektrolitik ya da ısıl işlem yöntemleri uygulanan cevher zenginleştirme tesisleri,

d) Kanunun 2. maddesinde yer alan I. ve II. Grup madenlerin üretimi ve her türlü işlemden geçirilmesi (kırma, eleme, öğütme, yıkama vb) projelerinden 100.000 m3/yıl ve üzeri kapasitede olanlar,

e) Asbest madeni işletmeleri ve zenginleştirme tesisleri.

ÇED'in 25 hektar ve üzeri alanlar için zorunlu kılınması ÇED sürecinden kaçınmayı mümkün kılmaktadır. Kimi madencilik firmaları 25 hektarlık eşik değerini aşmamak için projeleri birden fazla küçük parçaya bölerek ÇED raporu almaktan kaçınmaktadır. Bu durum, projenin bütünsel çevresel etkilerinin değerlendirilememesine ve kümülatif tahribatın göz ardı edilmesine yol açmaktadır.

Sulak alanlarda madencilik faaliyetlerine dair ÇED süreciyle ilgili olarak, eğer kazı gerekmiyorsa, Doğa Koruma ve Milli Parklar Genel Müdürlüğü'nden izin aldıktan sonra maden arama faaliyetinde bulunulabilinir. Ancak maden üretimi için ÇED raporu gerekmektedir. (Madencilik Faaliyetleri İzin Yönetmeliği, Madde 88-89)

ÇED Kararlarına Dair Uşak İli Kışladağ Altın Madeni Örneği

Uşak'ta Bakanlık merkez ve Uşak Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği İl Müdürlüğü tarafından 2023 yılı içerisinde alınan ÇED Olumlu ve ÇED Gerekli Değildir Kararlarının sektörel dağılımı tablosuna göre, madencilik sektörüyle ilgili olarak, 21 ÇED gerekli değildir ve 5 ÇED olumlu kararı verilirken, yalnızca 1 adet ÇED gereklidir kararı verilmiş, ÇED olumsuz kararı ise çıkmamıştır. Üç başvuru ise iade/iptal edilmiştir.[11]

Uşak Kışladağ Altın Madeni için verilen Çevresel Etki Değerlendirmesi (ÇED) olumlu kararının iptali için ilk dava, 14 Nisan 2004 tarihinde açılmış ve 20 yılı aşkın süredir devam etmektedir. Dava süreci boyunca, yerel mahkemelerdeki bilirkişi raporları arasında ciddi çelişkiler yaşanmıştır. İlk bilirkişi raporunda, maden ocağının kapatılmasıyla oluşacak büyük bir asit gölünün yeraltı suyu kirliliği yaratacağı belirtilmişken, daha sonra hazırlanan bir ek rapor, bu riskin önemsiz olduğunu iddia etmiştir. Ulusal hukuki yolların, Danıştay ve Anayasa Mahkemesi dahil olmak üzere tükenmesi üzerine dava, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'ne (AİHM) taşınmıştır. AİHM, 14 Kasım 2023 tarihinde verdiği kararda, yerel mahkemelerin davacılara dava belgelerini sağlamaması ve uzmanları sorgulama hakkı vermemesi nedeniyle "adil yargılanma hakkının ihlal edildiğine" hükmetmiştir. AİHM, sadece çevresel zararın varlığını değil, aynı zamanda devletin bu zarara karşı yürüttüğü hukuki sürecin şeffaf ve adil olmasını sağlaması gerektiğini vurgulamıştır. TÜPRAG Metal Madencilik tarafından işletilen Kışladağ Altın Madenine yönelik devam eden hukuki süreç kapsamında, AİHM kararı, 12.2.2025 tarihinde Uşak İdare Mahkemesi'nde ele alınmış ve davanın yeniden görülmesi kararlaştırılmıştır.12

4.3. Özel Alanlarda ÇED Prosedürü

4.3.1. Yeraltı Madencilik Faaliyetleri

Yeraltı madencilik faaliyetlerinin tekabül ettiği yüzey alanı için herhangi bir izin alınmaz. Yeraltı madencilik faaliyetlerine bağlı olarak gerekli olan yerüstü tesisleri veya galeri ağzının isabet ettiği alan için bu Yönetmelik kapsamında gerekli izinlerin alınması zorunludur. (Madencilik Faaliyetleri İzin Yönetmeliği, Madde 17)

4.3.2. Orman, Muhafaza Ormanı ve Ağaçlandırma Alanlarında Madencilik Faaliyetleri

Arama: Devlet ormanları, hükmi şahsiyeti haiz amme müesseselerine ait ormanlar, özel ormanlar veya muhafaza ormanlarında, ağaçlandırma alanlarında ve mesire yerlerinde; prospeksiyon, jeolojik harita yapma, numune alma, jeofizik araştırma gibi kazı işlemi gerektirmeyen maden arama faaliyetleri için herhangi bir izin istenmez.

Üretim: İlgili orman bölge müdürlüğünce, arazi üzerinde yapılacak inceleme sonucu hazırlanan rapor göz önünde bulundurularak ruhsat süresince orman işletme izni ve/veya geçici tesis izni verilir.

Altyapı tesisi: Maden arama veya işletme ruhsat döneminde maden üretimi yapılacak alan için orman izninin alınması sırasında bu üretimin yapılması amacıyla ruhsat sınırları içinde veya dışında altyapı tesisleri için ihtiyaç duyulan orman alanlarında da izin verilir. (Madencilik Faaliyetleri İzin Yönetmeliği, Madde 19-20)

4.3.3. Yaban Hayatı Koruma ve Geliştirme Sahaları İle Avlaklarda Madencilik Faaliyetleri

Arama: Kazı yoksa, başvuru tarihinden itibaren en geç onbeş gün içinde Doğa Koruma ve Milli Parklar Genel Müdürlüğünce yapılacak inceleme sonucu izin verilir.

Üretim: Yaban hayatı koruma ve geliştirme sahaları ile avlaklarda, maden üretim faaliyetlerine ÇED raporunda belirlenen esaslar dahilinde Doğa Koruma ve Milli Parklar Genel Müdürlüğü tarafından izin verilir. Bu izin, ruhsat aşamasına bakılmaksızın ruhsat hukuku sonuna kadar devam eder.

Yaban hayatı geliştirme sahaları ve üretim istasyonlarının bulunduğu alanlardaki maden arama ve işletme faaliyetlerinde, izin verilen maden sahası üzerinde toprak var ise bu topraklar sıyrılarak bir yere depolanır ve faaliyetin tamamlanmasını takiben rekültüvasyon çalışmalarında kullanılır. (Madencilik Faaliyetleri İzin Yönetmeliği, Madde 26-27)

4.3.4. Milli Parklar, Tabiat Parkları, Tabiat Anıtları, Tabiatı Koruma Alanlarında Madencilik Faaliyetleri

Arama: Kazı yoksa arama için, Doğa Koruma ve Milli Parklar Genel Müdürlüğünce yapılacak değerlendirme sonucu uyulması gereken esaslar belirlenerek izin verilir.

Üretim: Milli parklar ve tabiat park alanlarında, maden üretim faaliyetlerinin yapılmasına 2873 sayılı Milli Parklar Kanunu'nun 11 inci maddesinin birinci fıkrası doğrultusunda izin verilebilir. İzin verilen alanlarda üretimle doğrudan ilgili ve zorunlu olan yol, su, enerji hattı gibi altyapı tesisleri ile şantiye, bakım-onarım ünitesi gibi geçici tesisler dışında herhangi bir yapılaşmaya gidilemez. Tabiat anıtı ve tabiatı koruma alanları ile bu alanlara 60 metre mesafe dahilinde madencilik faaliyetlerine izin verilmez. Milli parklar ve tabiat park alanlarında, I (a) Grup madenler ve mıcır ile kaba inşaat, baraj, gölet, liman, yol gibi yapılarda kullanılan her türlü yapı hammaddesi üretimi için izin verilmez. (Madencilik Faaliyetleri İzin Yönetmeliği, Madde 31-32)

4.3.5. Tarım Alanlarında Madencilik Faaliyetleri

Arama: Tarım alanlarında arazi sınıflarına bakılmaksızın maden arama çalışmalarına izin verilir.

Üretim: Mutlak tarım arazileri, özel ürün arazileri, dikili tarım arazileri ile sulu tarım arazileri tarımsal üretim amacı dışında kullanılamaz. Ancak, alternatif alan bulunmaması ve Toprak Koruma Kurulunun uygun görmesi şartıyla Bakanlık tarafından kamu yararı kararı alınmış madencilik faaliyetleri için bu arazilerin amaç dışı kullanım taleplerine, toprak koruma projelerine uyulması kaydı ile Tarım ve Köyişleri Bakanlığı tarafından izin verilebilir.

Mutlak tarım arazileri, özel ürün arazileri, dikili tarım arazileri ile sulu tarım arazileri dışında kalan tarım arazileri; toprak koruma projelerine uyulması kaydı ile valilikler tarafından madencilik faaliyetleri için tarım dışı kullanımlara tahsis edilebilir.

İzin verilen maden sahasının üzerinde toprak var ise bu topraklar sıyrılarak bir yere depolanır ve faaliyetin tamamlanmasını takiben rekültüvasyon çalışmalarında kullanılır.

Tarım alanlarının kullanım amacının değiştirilmesinin son aşamasında "Çevresel Etki Değerlendirmesi Olumlu" veya "Çevresel Etki Değerlendirmesi Gerekli Değildir" kararının ilgili kamu kurumuna verilmesi ile izin süreci tamamlanır (Madencilik Faaliyetleri İzin Yönetmeliği, Madde 34-35).

4.3.6. Korunması Gerekli Taşınmaz Kültür ve Tabiat Varlıklarının Bulunduğu Alanlarda Madencilik Faaliyetleri

Arama: Maden ruhsat sahibi, korunması gerekli taşınmaz kültür ve tabiat varlıklarının bulunduğu alanlarda; sondaj, yarma, galeri gibi maden arama faaliyetleri yapılmadan önce gerekli belgelerle valiliğe veya ilgili kültür ve tabiat varlıklarını koruma kurulu müdürlüğüne bir dilekçe ile başvurur. Başvuru tarihinden itibaren bir ay içinde ilgili kurulca yapılacak değerlendirme sonucuna göre maden ruhsat sahibinin faaliyeti süresince uyulması gerekli esaslar belirlenerek izin verilebilir.

Üretim: Kültür ve Turizm Bakanlığınca, izin talep edilen alanda çevresel etki değerlendirmesi prosedürü kapsamında belirlenen esaslar doğrultusunda madencilik faaliyetlerine izin verilebilir. Çevresel etki değerlendirmesi prosedürüne tabi olmayan madencilik faaliyetlerinde Kültür ve Turizm Bakanlığınca belirlenen esaslara göre üretim faaliyeti yapılır (Madencilik Faaliyetleri İzin Yönetmeliği, Madde 48-49).

4.3.7. Su Havzalarında Madencilik Faaliyetleri

Arama: Maden ruhsat sahibi, kısa, orta ve uzun mesafeli koruma alanlarında; prospeksiyon, jeolojik harita yapımı, numune alımı, jeofizik araştırma gibi herhangi bir kazı faaliyeti gerektirmeyen maden arama faaliyetleri yapılmadan önce gerekli belgelerle valiliği veya ilgili kurumu bilgilendirerek arama faaliyetlerinde bulunur.

*Mutlak koruma alanı*nda (rezervuarların maksimum su seviyesinden itibaren 100 metre genişlikteki şerit) madencilik faaliyetleri yapılmasına izin verilmez.

Kısa mesafeli koruma alanı, içme ve kullanma suyu alınan rezervuarların mutlak koruma alanı sınırından itibaren 900 metre genişliğindeki şerittir. Kısa mesafeli koruma alanında madencilik faaliyetleri yapılmasına izin verilmez (Madencilik Faaliyetleri İzin Yönetmeliği, Madde 55-56). **Not:** İçme ve Kullanma Suyu Havzalarının Korunmasına Dair Yönetmeliğin mutlak koruma alanıyla ilgili 9. maddesinde, Mutlak Koruma Alanı genişliği 300 m olarak belirtilmektedir. Aynı maddenin 9. fıkrasında, Mutlak Koruma Alanında atık ve artıkların boşaltılmasına, depolanmasına ve atık bertaraf tesislerine izin verilmez hükmü yer almaktadır.[13]

Toprak, yeraltı su rezervlerine sızan kirli suları filtre eder ve buradan oluşan kirlilik daha sınırlıdır. Ancak yüzey sularının barajlara ulaşmasını sağlayan derelerin bulunduğu yerdeki bir kirlilik doğrudan baraja ulaşmaktadır. Derelerin hemen hemen tamamı içme suyu havzalarının mutlak koruma zonunu belirleyen 300 metrenin dışındadır. Bu nedenle derelerin ve dereleri besleyen yamaçların olduğu yerdeki madencilik çalışmalarının suyun kirlenmesine yol açması kaçınılmazdır.[7]

Orta mesafeli koruma alanı, içme ve kullanma suyu alınan rezervuarların kısa mesafeli koruma alanı sınırından itibaren 1 km genişliğindeki şerittir.

Arama: Orta mesafeli koruma alanı içinde maden ruhsatı ile arama faaliyetleri yapılır.

Üretim: *Orta mesafeli koruma alanı* içinde, kirlilik oluşturmayacağı bilimsel ve teknik olarak belirlenen veya çevresel etki değerlendirmesi raporuna göre yapılması uygun bulunan galeri yöntemi ile patlatmalar dışındaki maden istihracına ve kimyasal madde kullanılmadan işletilen tesislere izin verilir.

Uzun mesafeli koruma alanı: Uzun mesafeli koruma alanı içinde, kirlilik oluşturmayacağı bilimsel ve teknik olarak belirlenen veya çevresel etki değerlendirmesi raporuna göre yapılması uygun bulunan maden istihracı ve her türlü tesis yapılabilir (Madencilik Faaliyetleri İzin Yönetmeliği, Madde 55-57).

5. Maden Ruhsatları ve Ruhsatlandırma Süreçleri

Maden ruhsatları madencilik faaliyetleri yürütülmesi için belli alanlarda verilen izinlerdir. Taşınmaz malikinin bu madenler üzerinde mülkiyet hakkı olmadığı gibi ruhsat sahibi kişilerin de madenler üzerinde mülkiyet hakkı yoktur. Maden ruhsatına sahip olan kişinin hakkı, devletin mülkiyetinde olan madenler üzerinde bir işletme hakkıdır. Dolayısıyla yeryüzünde doğal halde bulunan madenler üzerindeki mülkiyet devlete aittir.[5]

Ihale ruhsatları: Sınırları koordinatlarla belirlenmiş ancak ruhsat hakları henüz herhangi bir şirkete ya da kuruluşa tahsis edilmemiş ruhsatlardır. İhale ruhsat alanı ihale sürecinin ardından bir şirket ya da kuruma tahsis edilir.

Aktif ruhsatlar: Sınırları koordinatlar ile belirlenmiş ve bir şirkete ya da bir kuruluşa ihale edilerek hakları bu şirket ya da kuruluşlara tahsis edilmiş ruhsatlardır. Aktif ruhsatlar da kendi içlerinde iki evreden oluşur: arama ve işletme evreleri. Bir şirket ya da kurumun maden arama faaliyetleri yürütebilmesi için ruhsatının arama, işletme faaliyetlerini yürütebilmesi için ise işletme evresinde olması gerekmektedir.

Şirket arama ruhsatı ile madenin fizibilitesini yapar. Eğer arazinin fizibil olduğu saptanırsa, işletme ruhsatı alınır. İşletme ruhsatı alındıktan sonra, ÇED olumlu belgesi, arazi kullanım izinleri gibi izin süreçleri tamamlanır. Madenin faaliyete geçmesi maden işletme izni alındıktan sonra olur.[14]

Maden ruhsatı, sahibine başta arama ve işletme hakkı olmak üzere birtakım haklar vermekte ve yükümlülükler yüklemektedir. Ruhsatın sahibine vermiş olduğu en temel hak, topraktan çıkarılan madenlerin mülkiyetine sahip olma hakkıdır. Madenin mülkiyet hakkı, ruhsat sahibine maden üretimi yapıldıktan sonra geçmektedir. Sadece ruhsatın alınması, henüz maden çıkarılmadığı müddetçe ruhsat sahibine madenin mülkiyet

hakkını vermez. Ruhsat sahibi ancak ruhsatta açıkça belirtilen madenleri işletebilme hakkına sahiptir.[5]

6. Maden İstatistikleri

6.1. Türkiye'de Maden Ruhsat Alanları

Türkiye'de illere göre kaç maden ruhsatı olduğu, ne kadarlık bir yüzölçümde işletme yapıldığına dair resmi veri bulunmamaktadır.

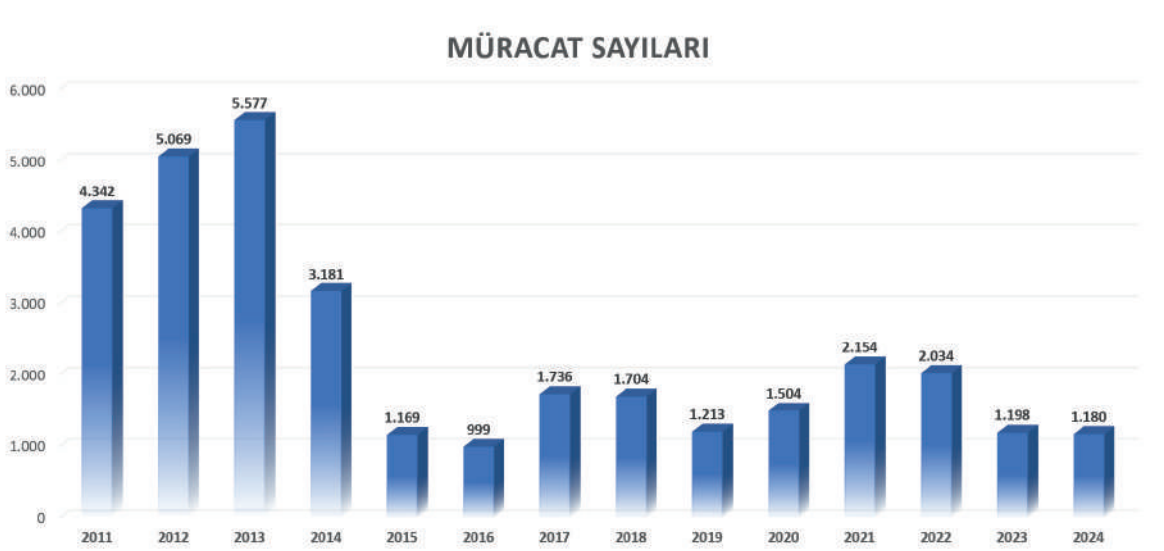
MAPEG maden istatistiklerine göre 2024 yılında madencilik alanında 9873'ü işletme ve 4403'ü arama olmak üzere toplam 14276 ruhsat mevcuttur. 2023'te faaliyette olan işletme sayısı ise 4317 idi.[15]

Türkiye'de 2024 yılında İşletme ruhsatı olan maden sayısı 9873 iken bunlardan 7652'si işletme izni ruhsatlıdır. 2023 yılında faaliyette olan maden sayısı 4317 idi. Buna göre, faaliyetteki ruhsat sayısında 2020-2023 yılları arasında yaklaşık %6.3'lük net bir artış olmuştur.

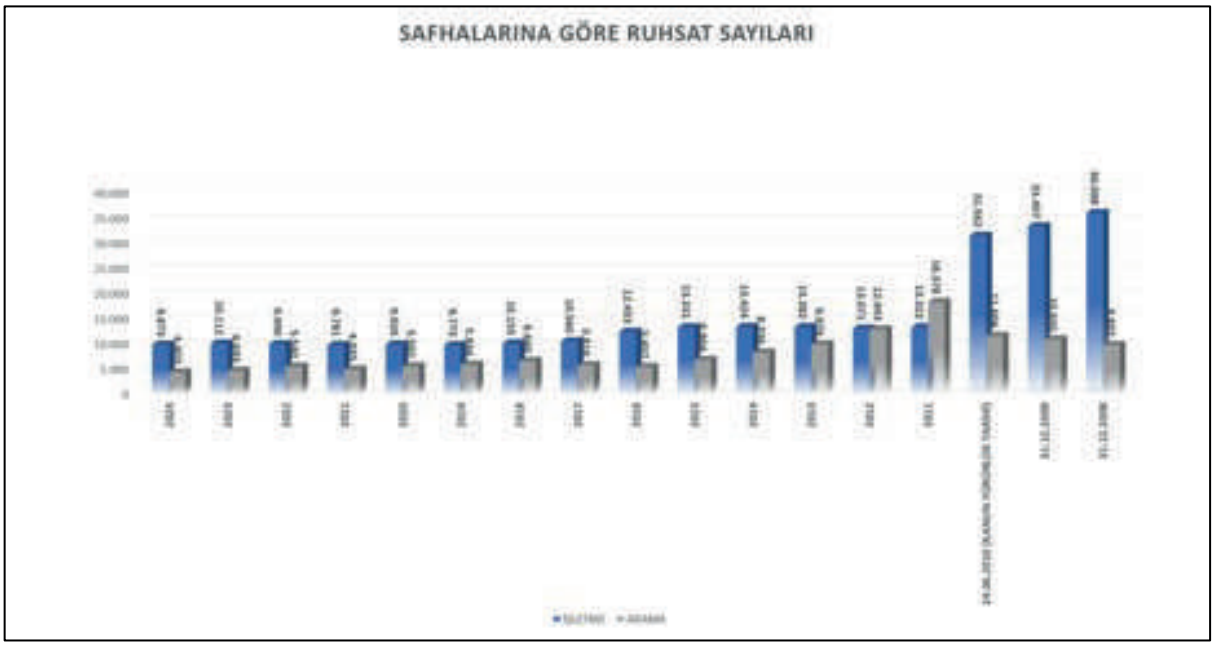
Maden ruhsatları çok geniş bölgelere verilmektedir. Muğla Planlama Ajansı'na (MUPA) göre Muğla ilinde maden işletme izni verilen alanın büyüklüğü Muğla'nın %10'una ulaşmış olup halen kazı yapılan alan 5539 hektardır. [16] TEMA vakfının 2020 yılında Kaz Dağları yöresinde başlattığı, daha sonra 22 ilde devam ettiği çalışmaya göre, çalışmaya dahil edilen 24 il yaklaşık 20 bin maden ruhsatına bölünmüş durumdadır. Ruhsatların büyük bölümünü ihale edilmeyi bekle-

Tablo 1. Maden grubuna göre Türkiye geneli ruhsat sayıları, 2020-2024[15]

RUHSAT AŞAMASI	I(b) GRUP	II(a) GRUP	II(b) GRUP	II(c) GRUP	III. GRUP	IV. GRUP	V. GRUP	TOPLAM
İşletme (2024)	549	2.829	2.920	87	65	3.415	8	9.873
Arama (2024)	0	12	831	0	0	3.558	2	4.403
Genel Toplam (2024)	549	2.841	3.751	87	65	6.973	10	14.276
İşletme İzinli Ruhsat Sayısı (2024)	483	2.278	2.076	71	61	2.676	7	7.652
2023'de Faaliyette Olanlar	313	1.208	1.562	27	57	1.149	1	4.317
2022'de Faaliyette Olanlar	283	1.036	1.515	27	53	1.188	1	4.103
2021'de Faaliyette Olanlar	297	1.433	1.113	31	47	1.111	1	4.033
2020'da Faaliyette Olanlar	278	1.438	1.084	30	50	1.178	2	4.060

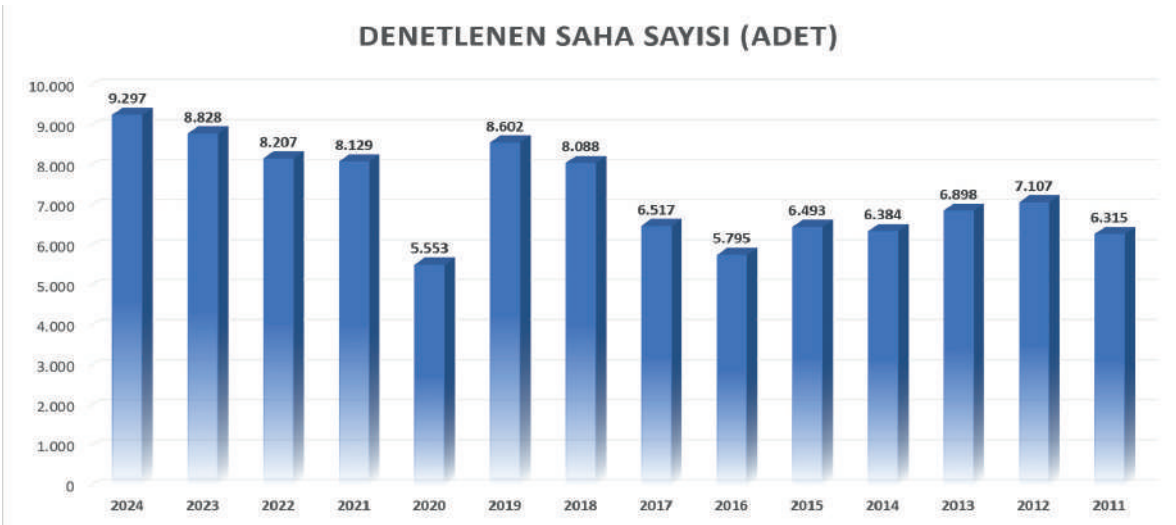


Şekil 3. Türkiye'de yıllar itibarıyla maden ruhsatı müracaatları sayısı[15]



Şekil 4. Türkiye'de yıllar itibarıyla safhalarına göre maden ruhsat sayıları*[15]

*Ruhsat sayıları; karşılık geldiği yıl içinde düzenlenmiş ruhsat sayılarını değil, o yıl sonunda yürürlükte olan ruhsat sayılarını göstermektedir.



Şekil 5. Denetlenen saha sayısı (adet)[15]

yen ruhsatlar (14.967) oluştururken, ihale ruhsatlarını 2158 ruhsat ile işletme ruhsatları; 1871 ruhsat ile arama safhasındaki ruhsatlar oluşturuyor. İşletme safhasındaki ruhsatların en yoğun olduğu yerler, Muğla, Sivas ve Kaz Dağları Yöresi (Çanakkale-Balıkesir illeri). Ruhsatların en yoğun olduğu il, %92'si madenlere ruhsatlı olan Kütahya. Kütahya'yı, Çanakkale-Balıkesir (%79) ve Uşak (%80) illeri izliyor. 24 ilin ortalama ruhsatlılık oranı %63. Yani illerin yüzölçümlerinin yarısından fazlası maden ruhsatlarına bölünmüş durumda. Bu illerde bulunan ormanların ortalama %60'ı, tarım alanlarının ortalama %57'si, meraların ortalama %55'i, korunan alanların ortalama %57'si, potansiyel koruma alanı olması gereken alanların (Önemli Doğa Alanı) ortalama %63'ü madenlere ruhsatlı.[17] Yine TEMA vakfının sunduğu verilere göre Kaz Dağları yöresinin %79'u maden ruhsatı kapsamındadır. Bu ruhsatların %41'i aktif oluşmakta olup aktif ruhsatların %57'si arama, %43'ü ise işletme ruhsatı safhasındadır. Kaz Dağları yöresinde maden ruhsatlarının farklı arazi kullanım türlerine göre dağılımına bakıldığında, orman varlığının %80'i, gen koruma, kent ormanı, muhafaza ormanları, tohum meşcere alanı, tabiat parkı, tabiatı koruma alanı, milli park, özel çevre koruma bölgesi ve doğal sit alanı gibi

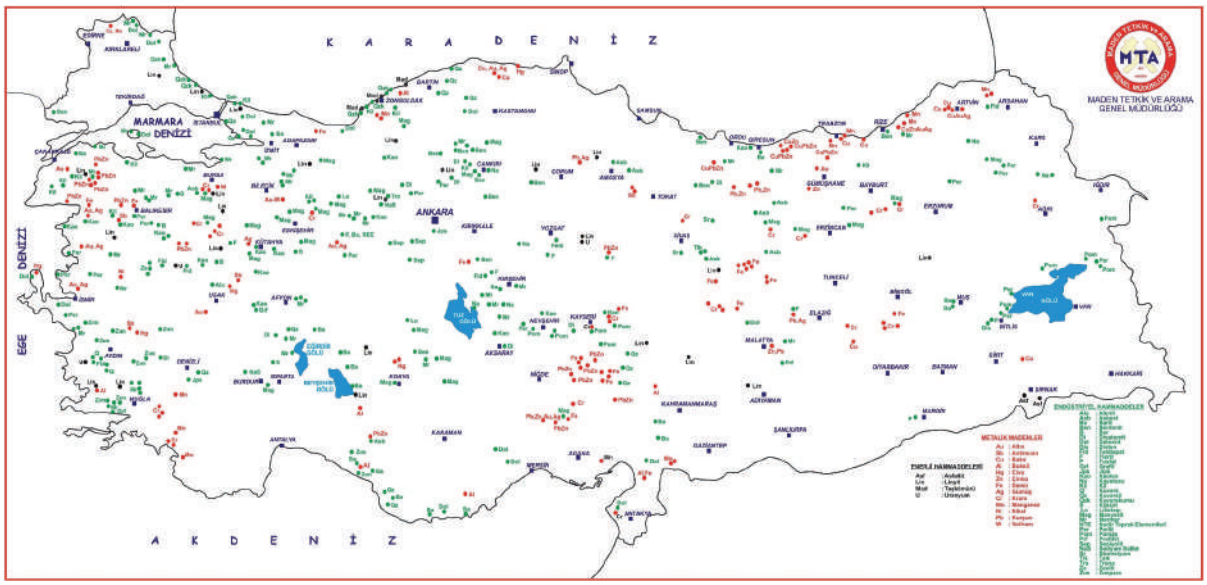
farklı koruma statüleriyle korunan alanların %55'i, önemli doğa alanlarının %55'i, tarihi ve kültürel miras alanlarının %66'sı (Arkeolojik sit alanlarının %42'si aktif ruhsat sahası, %23'ü ihale sahası alanında yer alıyorken, Korunması Gerekli Taşınmaz Kültür Varlıklarının %81'i, sit alanlarının %60'ı ihale ruhsat alanında yer almaktadır) madencilik yapılabilecek alan olarak belirlenmiştir. Öte yandan tarım alanlarının sadece %22'si herhangi bir ruhsat alanına dahil edilmemiştir. Aktif ruhsat sahalarının %64'ü arama, %36'sı işletme statüsündedir. Su havzalarına bakıldığında ise, genel olarak havza alanlarının %31'i aktif ruhsat alanı, %42'si ise ihale ruhsat alanı içinde yer almaktadır.[18]

6.2. Türkiye'de Maden Sahaları

Aşağıdaki haritalarda görüldüğü üzere halen işletilen veya yakın zamanda işletmeye alınacak madenler ve maden alanları Türkiye'nin geniş bir bölümüne yayılmış durumdadır.

6.3. Maden Sektörü Verileri

2023 yılında madencilik sektörünün GSYH içindeki payı, 2022'deki %1.4'ten düşerek %1 olmuştur.[15] İhracat, miktar olarak 2024 ekim ayında 3,07 milyon ton iken 2024 kasım ayında 2,51 milyon tona inmiştir. İhracat, değer olarak ise 2024 ekim ayında 567,4 milyon



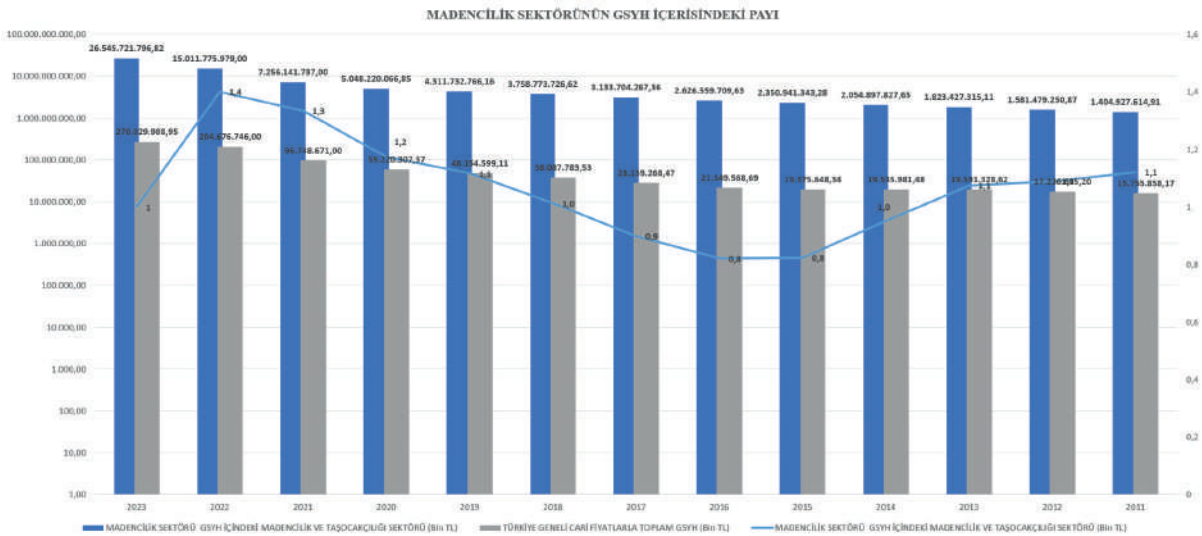
Şekil 6. Türkiye maden yatakları[19]



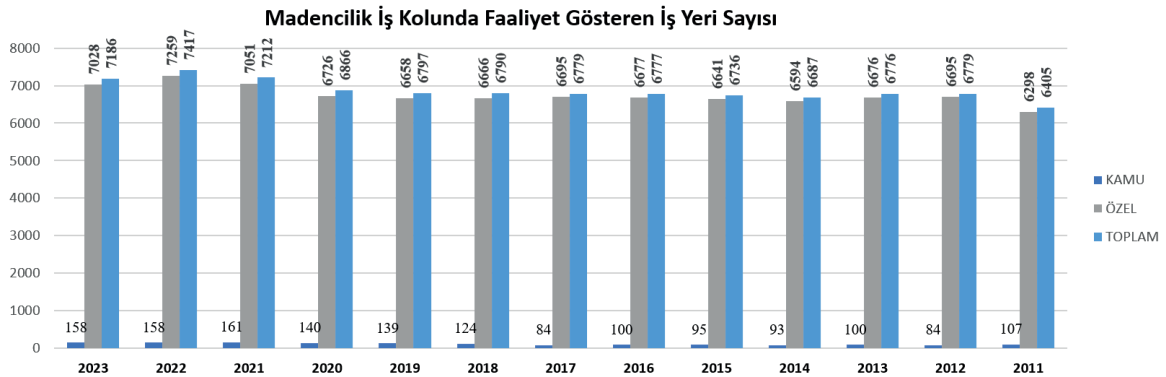
Şekil 7. Altın-Gümüş yatakları haritası[19]



Şekil 8. Linyit yatakları haritası[19]



Şekil 9. Madencilik sektörünün GSYH içindeki payı[15]



Şekil 10. Madencilik iş kolunda faaliyet gösteren işyeri sayısı[15]

Tablo 2. Madencilik iş kolunda faaliyet gösteren işyeri ve işçi sayıları (2014-2025)[15]

YIL	İŞÇİ SAYISI (ADET)		TOPLAM	İŞYERİ SAYISI (ADET)		TOPLAM
	KAMU	ÖZEL		KAMU	ÖZEL	
2023	17.304	126.200	143.504	158	7.028	7.186
2022	17.531	139.203	156.734	158	7.259	7.417
2021	17.069	132.863	149.932	161	7.051	7.212
2020	16.849	122.852	139.701	140	6.726	6.866
2019	16.353	115.674	132.027	139	6.658	6.797
2018	16.436	118.635	135.071	124	6.666	6.790
2017	14.500	123.856	138.356	84	6.695	6.779
2016	14.248	115.409	129.657	100	6.677	6.777
2015	14.779	113.962	128.741	95	6.641	6.736
2014	15.081	113.881	128.962	93	6.594	6.687



Şekil 11. Türkiye'de yıllara göre altın üretimi (ton/yıl)[21]

dolar iken 2024 kasım ayında 486,7 milyon dolar olmuştur.[20]

Maden ve Petrol İşleri Genel Müdürlüğü verilerine göre, 2023 yılında Türkiye'de toplam tüvenan kömür üretimi; 80,5 milyon ton linyit, 1,3 milyon ton asfaltit, 1,4 milyon ton taş kömürü olmak üzere toplam 83,2 milyon ton olarak gerçekleşmiştir. [21]

7. Madenlerin Çevreye Etkileri

Madencilik faaliyetleri son yıllarda katlanarak artmış, küresel maden çıkarımı benzeri görülmemiş bir hızda büyümüştür. Bu hızlı genişleme, ekosistemlerin parçalanması ve bozulması, biyolojik çeşitlilik kaybı ve arazi kullanım şekillerinin değişmesi gibi daha geniş sosyal ve çevresel sorunlara yol açmıştır. Madencilik, yer seçimi yapılamayan, yani kaynağında yapılması gereken bir faaliyettir. Son yıllarda madenlerin yerleşim yerlerine giderek yaklaştıkları da gözlenmektedir. Oysa, Gayri Sıhhi Müesseseler Yönetmeliği'ne göre galeri veya kuyu açarak işletilen veya patlayıcı madde kullanılarak işletilen her türlü taş ve maden ocakları 1. Sınıf Gayrisıhhi Müessese konumundadırlar. Bunun anlamı çevre ve sağlık açısından verdikleri zararlar en üst düzeyde olduğudur. Bu tesislerin etrafında sağlık koruma bandı olması zaruridir ve bu alanda yapılaşmaya izin verilemez.[22]

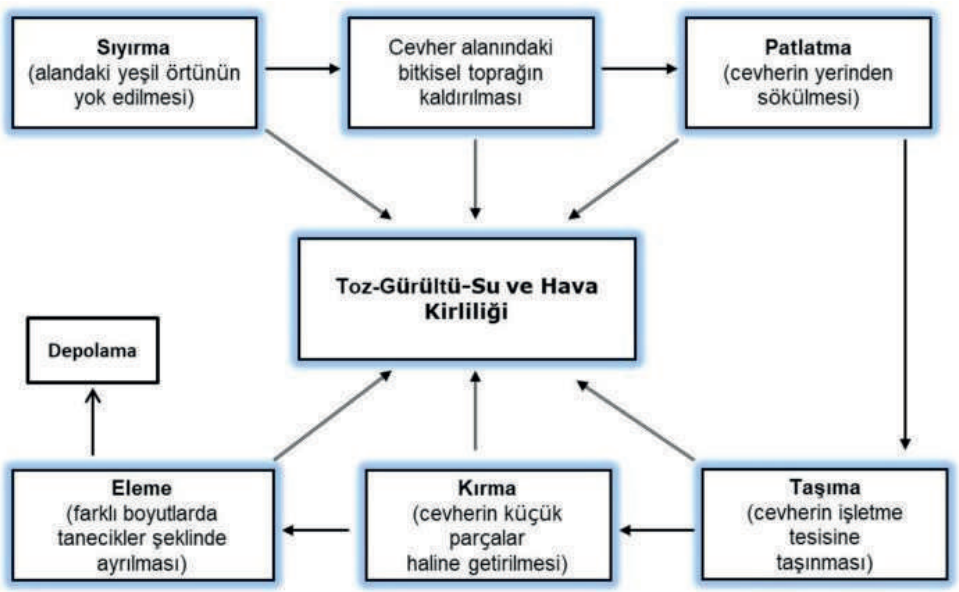
Madencilik faaliyetleri yerel çevreyi değiştirmekte ve hükümetlerin ciddi sosyal ve çevresel sonuçlara karşı yeterli koruma sağlayamadığı ülkelerde önceden var olan kırılganlıkları daha da kötüleştirebilmektedir.[23] Eşitsizliğe maruz kalan insanların (özellikle kadınlar ve yerli topluluklar) kaynak çıkarımından faydalanma olasılığı çok daha düşüktür. Düşük gelirli ülkelerde madenciliğin çevresel etkisi, topluluklarla istişare eksikliği ve daha zayıf düzenlemeler nedeniyle, genellikle daha şiddetlidir.[24] Türkiye ve benzeri ülkelerde var olan mevzuatta işletmelerin oluşturdukları çevresel ve toplumsal maliyetleri ödemedikleri görülmektedir. Bu da işletme maliyetlerini çok azaltarak bu tür faaliyetler açısından ülkemizi çekici kılmaktadır.[25]

Madenciliğe ilişkin çevre kirlenmesi maden işletme, cevher zenginleştirme, metal tasfiyesi ve kazanılması gibi işlemlerden dolayı ortaya çıkabilmektedir. Madenciliğin çevreye etkileri su kirlenmesi, toprak kirlenmesi, hava kirlenmesi, gürültü ve titreşim, ekosistemlere zarar ve çevre estetiğinin bozulması olarak özetlenebilir.[26]

Madencilikte önce cevherin içerisinde bulunan değerli metal miktarı (tenör) belirlenir. Tenör belirlemenin adı, örneğin altın için, 'altın arama' olarak geçer. Arama işlemi için yüzlerce noktada sondajlar açılır. Bu noktalara ulaşım olmaması durumunda, sondaj noktasında araçların çalışması için orman alanlarında binlerce ağaç kesilir, mera ve tarım alanları zarar görür. Sadece Çanakkale-Kirazlı Altın Madeni Projesi'nde orman alanı ve çevresinde 759 arama sondajı açılmıştır.

Bir madenin varlığı belirlendikten sonra, madenin çıkarılacağı alanda ilk yapılan işlem sıyırmadır. Maden alanındaki üst toprak katmanı üzerindeki ağaçlar, çalılar kesilir, içinde canlıların da yaşadığı verimli toprak sıyırılır.[27]

Maden işletmeleri açık saha/yüzey (açık ocak) ve kapalı saha (yeraltı) maden işletmeleri olmak üzere iki ana işletme tarzına ayrılmaktadır. Madenin açık bir sahadan çıkarıldığı açık ocak madenciliği, stratejik mineraller için en yaygın madencilik biçimlerinden biridir. Bu madencilik türü çevreye özellikle zarar vermektedir. Açık madencilikte, sıyırma işlemi tamamlandıktan sonra cevherin bulunduğu katmana kadar patlatmalar yapılır. Bu patlatma çalışmaları ana kayaların çatlak sisteminde değişime ve yer altı suyunun beslenmesinde azalmaya, madenin yakın çevresindeki arazilerde toprak kaymalarına, yerleşim yerlerindeki binalarda çatlaklara, yoğun miktarda toz ve gürültüye neden olur.[27] Açık işletmeler toprak altını, yer yüzeyini, yer altı ve yer üstü sularını, flora ve faunayı, yani çevrenin tüm bileşenlerini önemli ölçüde etkilemektedir. Çünkü stratejik mineraller genellikle sadece küçük konsantrasyonlarda bulunmaktadır ve bu da çıkarılması gereken cevher miktarını artırmaktadır. Dolayısıyla çoğu yüzey madenciliği yöntemi büyük ölçeklidir ve maden yatağını açığa çıkarmak için büyük hacimlerde malzemenin çıkarılmasını gerektirmektedir. Maden atıklarının uygunsuz bertarafı da atmosferin ve yakın su kaynaklarının kirlenmesine yol açabilir.[23] Cevhere ulaştıktan sonra kazma işlemi başlar. Cevherli toprak taşınırken, "pasa" tabir edilen maden içermeyen to-



Şekil 12. Maden cevherinin çıkarılma süreci akış şeması[25]

prak ayrı bir yerde depolanır ve burada dev çukurlar ve devasa pasa dağları oluşur. Bu toprak dağlarında bulunan mineral ve ağır metallerin hava ile temas etmesi sonucu asitli maden drenajları ve asitli su akışları meydana gelir.[28]

Madencilik faaliyetlerinin, gerçekleştirildiği ülkeler ve coğrafi bölgeler için çok önemli ekonomik, çevresel ve sosyal etkileri vardır. Cevhere ulaşmak için kazılan örtü tabakaları veya yan kayalar maden işletme alanlarında büyük hacimlerde yığınların birikimine yol açabilmektedir. Her yıl kömür de dâhil olmak üzere yaklaşık 23 milyar ton cevher üretilmektedir. Bunu yaparken, küresel olarak her yıl yaklaşık 50 milyar ton tüvenan üretim veya dekapaj yapılmaktadır. Bu miktar her yıl İsviçre yüzey alanı büyüklüğünde 1,5 metre derinliğinde bir çukur kazmanın eşdeğeridir.[29] Cevher zenginleştirme işlemlerinden dolayı oluşan ince taneli atıkların depolanması hem arazi kaybına hem de uzun süreli kontrol gereksinimlerinden dolayı su ve toprak kirlenmesine yol açmaktadır. Maden eritme ve metal tasfiye çalışmaları su ve toprak kirlenmesinin yanı sıra hava kirlenmesine de yol açmaktadır. [26] Faydalı element ve/veya minerallerin zenginleştirilmesi ve kazanılması sırasında prosese katılan kimyasallarla kirletilmiş sıvı ve katı atıkların depolanması, sülfürlü mineralizasyon ve alterasyon içeren maden işletmelerinde ve sonrasında ortaya çıkan asitli kaya drenajı (AKD) ve bununla birlikte oluşan ağır metal kirliliği, kıymetli metal madenciliğinde faydalı element veya mineral içeriklerin milyonda/kısım (tonda/gram) olarak, çok büyük hacimler içinde düşük yoğunluklarda bulunmalarından dolayı (atık ve pasalar da göz önüne alındığında) oluşan doğa tahribatı ortaya çıkan diğer çevresel sorunlardır.

Madencilikten elde edilecek ekonomik yarara yönelik fayda-maliyet analizlerinde, madencilik faaliyetinin doğuracağı çevre sorunlarının giderilmesi de (yatırım-işletim) bir bütün olarak değerlendirilmiş olmalıdır. Burada esas temel alınması gereken; şimdiki kuşakların ihtiyaçlarını karşılarken gelecek kuşakların büyük maliyetler ödemesinin önüne geçilmesi için sorumluluklarımızın bilincinde olunmasıdır.[30]

7.1. Hava Kirliliği

Madencilik faaliyetleri, hava, su ve toprak kirliliği yoluyla insan sağlığını doğrudan etkiler. Hava kirliliğinin önde gelen göstergesi olan PM_{10} konsantrasyonlarının başlıca kaynakları enerji ve sanayi tesisleri, yakma tesisleri, trafik, evsel ısınma ve madencilik ile inşaat faaliyetleridir.[31] Madencilik operasyonları, özellikle açık ocak işletmeleri, cevher hazırlama tesisleri ve taşıma yolları boyunca partikül madde (PM) emisyonunun başlıca kaynağıdır. Özellikle toz, ağır metaller (kurşun, cıva, arsenik) ve kullanılan kimyasallar (siyanür gibi) solunum yolu hastalıklarına, kansere ve nörolojik rahatsızlıklara neden olabilir.

Kömür madenlerinden kaynaklanan hava kirliliği partikül madde, metan (CH_4), kükürt dioksit (SO_2), azot oksitler (NO_x), karbon monoksit (CO) emisyonlarından kaynaklanmaktadır. Madenciliğin birçok aşamasında önemli ölçüde toz oluşmakta olup, toz seviyesi yollara, kömür stoklarına ve konveyörlere su püskürtülerek kontrol edilebilir. Gerek kömürün çıkartılması gerekse nakliyesi sırasında ortama salınan tozun sadece işçiler için değil, civarda yaşayan nüfus için de ölümcül olabilecek solunum problemlerine yol açtığı bilinmektedir.[32]

Türkiye'de faaliyetteki maden ruhsat sayısında 2020-2023 yılları arasında yaklaşık %6.3'lük net bir artış olması madencilik sektörünün operasyonel ve coğrafi ayak izinin genişlediği şeklinde yorumlanabilir. Daha fazla faaliyette olan maden bulunması, patlatma, kırma ve nakliye işlemlerinin artmasına ve dolayısıyla halk sağlığına etki eden kirletici kaynak sayısının ve kümülatif çevresel yükün daha geniş bir alana yayılmasına neden olmaktadır. Bu durum, maden çevresindeki yerleşim yerlerinin toz emisyonu ve su kirliliği gibi çevresel risklere daha sık maruz kalmasına yol açmaktadır.

Türkiye'de madencilik faaliyetleri nedenli hava kirliliğinin halk sağlığına etkileriyle ilgili bir veriye rastlanmamıştır.

7.2. Toprak Kirliliği

Madenler toprak kirliliğinin başta gelen nedenleri arasında yer alır. Atık depoları ve yığınlarından kaynaklanan sızıntılar kadar atık göletleri için yapılan barajların çökmesi sonucunda ağır metaller ve toksik maddelerle toprak kirlenmesi oluşabilmektedir.[26]

Ağır metal ve partiküllerin salınması çevredeki arazinin tarım amaçlı kullanımına olumsuz etki etmektedir. Ağır metallerle kirlenmiş toprakların rehabilitasyonu oldukça zaman alıcı ve maliyetlidir. Bu nedenle, tarım alanlarında insan kaynaklı ağır metal birikiminin önüne geçilmesi, toprak kirliliğiyle mücadelede en uygun yöntemdir.[33]

Madencilik işlemlerinden çevreye yayılabilen ve çevreye zarar verdiği bilinen metaller arasında Pb, Cd, Cr, As, Hg, Cu, Zn, Ni ve Fe bulunmaktadır. Bu metaller maden atıklarında, mineral bünyesinde ana element olarak (ZnS, PbCO3, FeS2); mineral bünyesinde minör veya iz elementler olarak (PbS'de Sb), hidroksit bileşiklerine bağlı olarak (demir hidroksitlere bağlı As);

mineral yüzeylerinde çözünür bileşikler halinde sulu veya kompleks iyonlar oluşturarak bulunabilmektedir.

Kömürle çalışan termik santrallerin faaliyetleri sonucu etrafa yayılan en önemli kirleticilerden birisi de ağır metallerdir. Kömürlü termik santraller, kömürün yanması nedeniyle atmosfere ağır metaller içeren yüksek uçucu kül saçar. Atmosfere salınan kül, yağmurlarla veya nemli ortamlarda biriktiğinde, küllerdeki ağır metaller sızarak toprağa karışır. Çanakkale'deki üç termik santralin (Bekirli, Değirmencik, Çan 18 Mart) etrafından rastgele alınmış yüzey topraklarında (0-5 cm) ağır metal konsantrasyonları ile ağır metallerin çevresel risklerinin araştırıldığı bir çalışmada, kirlilik yük indeksine göre kadmiyum (Cd), manganez (Mn), bakır (Cu) ve çinko (Zn) kirliliği saptanmıştır.[34] Kütahya Tavşanlı'da Tunçbilek termik santralinin toprak kirliliğine etkisinin incelendiği bir araştırmada da topraktaki Cr, Co ve Ni ortalama konsantrasyonlarının üst kıta kabuğu değerleri ve Avrupa ortalama toprak değerlerinden yüksek olduğu ve antropojenik kökenli olduğu gözlenmiştir.[33]

Madencilik faaliyetlerinden kaynaklanan kimyasallar toprağa ve su kanallarına sızabilir. Metal madenlerinin etkilediği nüfusla ilgili bir çalışmaya, dünyadaki 22.609 aktif ve 159.735 terk edilmiş metal madeni dahil edilmiş ve bunlardan kaynaklanan kirliliğin boyutu hesaplanmıştır. Metal madenciliğinden elde edilen metallerin çoğu, yeraltındaki tortulara bağlıdır. Maden atıklarının kenarlarından aşınan veya kirlenmiş toprakta bulunan bu malzeme, nehir kanallarına karışır veya bir taşkın yatağında birikebilir. Geçmiş ve günümüzdeki metal madenciliği faaliyetlerinden kaynaklanan potansiyel olarak tehlikeli toksik atık konsantrasyonlarından etkilenmişen taşkın yataklarında yaklaşık 23 milyon insan yaşamaktadır. Dünya genelinde metal madenleri 479.200 kilometre nehir yatağını ve 164.000 kilometrekarelik taşkın yatağını etkilemektedir. Maden atıklarının nehirlere uzun süreli deşarjından kaynaklanan kirliliğe maruz kalan kişi sayısı, atık barajı arızalarından doğrudan etkilenen kişi sayısının neredeyse 50 katıdır. [35]

Türkiye'de madencilik faaliyetleri nedenli toprak kirliliğinin halk sağlığına etkileriyle ilgili bir veriye rastlanmamıştır.

7.3. Atıklar

Maden atıkları yönetmeliğine (15.7.2015 tarih ve 29417 sayılı R.G.) göre, maden atığı; madenlerin aranması, çıkarılması, hazırlanması ve zenginleştirilmesi veya depolanması sonucunda oluşan katı veya şlam/sulu çamur şeklinde madde veya malzemedir.

Maden atıkları çok önemli miktarlara ulaşmaktadır. Metal madenciliğinin yılda yaklaşık 15 milyar ton atık ürettiği tahmin edilmektedir; bu, küresel olarak kentsel atıkların 10 katıdır. Madencilik faaliyetleriyle üretilen atık miktarı, çıkarılan mineralin türüne ve cevherin kalitesine bağlıdır. Kömür madenciliği en fazla atık üreten sektördür.[1]

Madenden çıkan katı atık yığınları kendi kendine tutuşma ve yanma potansiyeline sahiptir. Bunun yanı sıra büyük yığınlar halinde istif edilen bu atıklar, iyi kontrol edilmedikleri takdirde, rüzgâr ve yağışla erozyona uğramaktadır. Bu atıkların yakın bölgelerdeki nehirlere taşınması su kaynaklarında sediman birikimine ve çözünmüş oksijenin tükenmesine, dolayısıyla su kalitesinin ve su yaşamının bozulmasına yol açmaktadır.[32]

Madencilik sürecinde, topraktan çıkarılan malzemenin atık olarak ayrılan kısmında önemli miktarlarda geçiş metalleri (ağır metaller) bulunmaktadır. Atıklar siyanür, cıva veya arsenik gibi çıkarma işleminde kullanılan maddeler içerir. Bu maddeleri içeren atıkların genellikle radyoaktif, zehirli veya asidik olması nedeniyle, atıklar, çevreye zarar vermesini önlemek için genellikle büyük atık barajlarında depolanmaktadır.[23] Kömür yıkama (lavvar) çamurları daha sıvı nitelikte olup, genellikle kömür madeninin yakınındaki bir atık barajında depolanırlar. Atık barajları katı kısmın çökmesine imkan veren bir çökeltme havuzu vazifesi görmekte olup, bu barajlarda üstte biriken su drenaj sistemleriyle tahliye edilmektedir.[32]

TÜİK verilerine göre Türkiye'de 2022 yılında maden işletmelerinde, dekapaj malzemesi/pasa hariç, 26,3 milyon ton atık oluştu. Bunun yaklaşık 23.8 milyon tonu tehlikeli atık grubundandı. Dekapaj malzemesi/pasa dahil oluşan 860,6 milyon ton toplam atığın %99,99'unu mineral atıklar oluşturdu. Toplam atığın %76,1'i pasa sahalarında, atık barajlarında veya düzenli depolama tesislerinde bertaraf edildi, %20,9'u ocak içine geri dolduruldu, %3'ü ise diğer yöntemlerle geri kazanıldı ya da bertaraf edildi.[36]

Termik santrallerde ise, 10,5 bin tonu tehlikeli olmak üzere toplam 27,8 milyon ton atık oluştu. Toplam tehlikesiz atığın %82,6'sını kül ve cüruf atıkları, %17,4'ünü diğer atıklar oluşturdu. Toplam atığın %87,9'u kül dağı, kül barajı veya düzenli depolama tesislerinde bertaraf edilirken, %11,4'ü lisanslı tesislere gönderildi veya maden/taş ocaklarının geri doldurulmasında kullanıldı, %0,7'si ise diğer yöntemlerle bertaraf edildi.

7.3.1. İllerden Resmi Maden Atık İstatistikleri Örnekleri:

Çanakkale'de 2023 yılında maden zenginleştirme tesislerinden kaynaklanan atık miktarları; kurşun, bakır, çinko zenginleştirme tesislerinden yaklaşık 129.000 ton/yıl, altın-gümüş madenlerinden 1.434.968 ton/yıl olarak bildirilmiştir.[37]

Balıkesir'de 2021 yılında maden zenginleştirme tesislerinden kaynaklanan atık miktarları; kurşun, bakır, çinko zenginleştirme tesislerinden yaklaşık 991.000 ton/yıl, altın-gümüş madenlerinden 7.350.000 ton/yıl olarak bildirilmiştir.[38]

Uşak Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği İl Müdürlüğü verilerine göre 2023 yılında maden zenginleştirme tesislerinden kaynaklanan atık miktarı 37.981.658 tondur. Bunun 14.721.939 tonu yığın liçinden kaynaklanmakta, 23.259.720 tonu ise depolanmaktadır. TÜPRAG madeni atık sularını, 16.000 m3/gün kapasiteli arıtma tesisinde arıttıktan sonra Büyük Menderes Nehrine deşarj etmektedir.[11]

Kütahya Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği İl Müdürlüğü'nün raporunda 2023 yılında maden zenginleştirme tesislerinden kaynaklanan atık miktarı hakkında veri paylaşılmamış olup bunun nedeni olarak da bilgi alınamadığı notu düşülmüştür. [39] Aynı veri bulunmaması durumu Elazığ ili için de geçerlidir.[40]

7.4. Verimli Arazi Kaybı

Özellikle yüzey madenciliği, geniş bir alanın bozulmasına yol açan bir faaliyettir. Genelde madencilikte yüzeyin tahrip edilmesiyle orman, tarım, mera ve benzeri amaçlarla kullanılabilecek olan alanlar kaybolmakta, ağaçların, bitkilerin ve üst toprak örtüsünün kaldırılması sonucunda ise bitki ve orman yaşamı bozulmakta, yaban yaşamı etkilenmekte, hayvan türleri yer değiştirmektedir. Madencilik işlemi tamamlandıktan sonra toprak tekrar maden sahasına örtülse dahi, bölgede hakim olan bitki ve hayvan türlerinin farklılaşmasıyla biyoçeşitlilik değişmektedir.[32]

7.4.1. Madencilik Faaliyetleri Nedeniyle Arazi Kayıplarına Örnekler

ÇED raporuna göre Uşak-Kışladağ Altın Cevherleşmesi

Uşak'ın 35 km. güneybatısında, Eşme-Ulubey arasındaki yükseltiyi oluşturan Kışladağ-Altın cevherleşmesi, TÜPRAG Ltd. (ABD-Eldorado Gold) işletme ruhsatlıdır. Fizibilite çalışmaları sonucunda, 1.23 g/t altın tenörlü, 132 milyon ton rezerv belirlenmiştir. Yılda, ortalama 6,5-10 milyon ton üretimle, 17 yılda tamamen üretileceği öngörülmüştür. Yığın liçi (sıvı faza alma) prosesinde (fizibilite sırasında yapılan pilot çalışmalarda), altın kazanım randımanının %50-60 olduğu göz önüne alınırsa toplam altın kazanımının 90 ton dolayında olacağı ortaya çıkmaktadır (132 milyon ton, 1.23 g/altın tenörüne göre, maden 162 ton altın içerir). Bununla birlikte cevherli zona ulaşmak için 108 milyon ton altın içermeyen mineralize ve/veya altere kaya kütlesinin üretilip pasa olarak depolanması öngörülmüştür. Dolayısıyla cevherli-cevhersiz toplam kaya üretiminin, (132+108) 240 milyon ton olacağı varsayılmıştır. Buna göre, yaklaşık 100 milyon metreküp (1 km^2'lik yüzey alanlı, 400 metre derinlikli) devasa bir çukur oluşacak; buna karşılık, yüzeyde, büyük kısmı siyanürle kirletilmiş, sülfitli ağır metal içeren 100 milyon metreküp atık depolama alanları oluşacaktır.

Projeye göre 12,5 km^2'lik altere-mineralize bir sahada, prosesler için toplam 4,5 km^2'lik bir alan etkin olarak kullanılacaktır. Bunun yaklaşık 1 km^2'si açık işletme (ocak), 1,5 km^2'si (143 hektar) kaya döküm (pasa) sahası, 2 km^2'si ise yığın liçi yapılan ve 60 metre kalınlığında liç katı atığının depolanacağı saha olarak kullanılacaktır. Yıllık 10 milyon ton cevher üretimi için ortalama günlük 25-30 bin ton cevherli kaya, 15-20 bin ton altere (altın içermeyen) kaya olmak üzere toplam 45-50 bin ton kaya üretimi yapılacaktır.

ÇED'e göre 132 milyon ton cevherin %80'i sülfitli, %20 'si oksitlidir. Sülfitli cevherin, siyanürlü liç prosesi için üç aşamalı kırma işleminden sonra, 6,3 mm boyutunun altına küçülerek, belirli boyutta ve 10 metre kalınlığında yığınlar oluşturulacağı öngörülmüştür. Yığınlar, 250 gr/L siyanür derişimli çözelti ile 90 gün işleme tabi tutularak altın sıvı faza alınacaktır. Bu proseste altın kazanım randımanının %50-60 olacağı öngörülmüştür.[30]

Bergama-Ovacık Altın Madeni

Ovacık Altın Madeni İzmir İli'nin kuzeyinde Bergama ve Dikili ilçeleri arasında kalan Ovacık bölgesinde yer almaktadır. Koza Altın İşletmeleri A.Ş.'nin ve Türkiye'nin ilk altın madenidir.

Cevherdeki altın miktarı 1 ton cevher için 9,1 gramdır. Proje verilerine göre 8 yıl işletilmesi planlanan tesiste toplam 300 bin ton cevher çıkartılarak yılda 3 ton altın ve 3 ton gümüş üretilecektir. Ancak tüm altın madenlerinde olduğu gibi Bergama madeninde de, cevher altının yanı sıra ve ondan çok daha fazla miktarda farklı maddeler ve özellikle de ağır metaller içermektedir. Cevherde ton başına 9,1 gram altın bulunurken, örneğin arsenik 124 g., Antimon 70 g., kurşun 31,79 g., bakır 34,1 g., çinko 21,45 g. gibi yüksek miktarlarda bulunmaktadır. Cevherde bulunan diğer bazı madde-

ler arasında cıva, kadmiyum, krom, alüminyum gibi metaller ve ağır metaller yer almaktadır. Tüm bu maddeler, altının siyanürle saflaştırılması sırasında serbestleşmekte ve atık olarak açığa çıkmaktadır.

Altının saflaştırılmasında siyanürle yığın liçi kullanmaktadır. Siyanürlü bileşikler, kullanım öncesindeki taşıma ve depolanma aşamasından başlayarak, atık halinde atık havuzunda biriktirilme aşamasına gelene dek, her aşamada çevresel bir kirletici olma açısından risk oluşturmaktadır. Projede yıllık sodyum siyanür tüketiminin 240 ton olacağı belirtilmiştir. [41]

7.5. Tarım ve Gıda Güvenliğine Etkileri

Maden işletme alanları ile tarım alanlarının çakışması sıkça yaşanabilmektedir. Tarım arazilerinde madencilik, Tarım İl Müdürlüğü'nden "Tarım Arazilerinin Amaç Dışı Kullanımı" izni alınarak gerçekleştirilmektedir.

Maden Kanunu'ndaki değişikliğin en önemli sonuçlarından biri, verimli tarım arazilerinin madenciliğe tahsis edilme olasılığının artmasıdır. Bu durum, gıda güvenliği açısından risk oluştururken, tarım arazilerinde çalışan insanların geçim kaynaklarını da tehlikeye atmaktadır. Ayrıca, maden ocaklarının yerleşim yerlerine yaklaşması, köylerin ve kasabaların yaşam kalitesini düşürerek göç baskısı yaratmaktadır.

Maden kanunundaki değişiklikle zeytin ağaçlarının taşınabilmesine müsaade edilmesi, enerji ve maden yatırımlarına alan açmak için zeytinliklerin sınırlarını gevşetmeye, zeytin ağacı katliamına gerekçe üretiyor. Bir yandan da köylünün geçim ağacı sözde bir başka ekonomik üretim uğruna feda edilmektedir.[42] Zeytin Anadolu'nun kadim kültürünün bir parçasıdır ve sıradan bir ağaç olmanın çok ötesindedir. Zeytin, meyvesi ve yağı ile değerli olduğu gibi az su istemesi, atmosferdeki karbon dioksiti tutması, başka ağaçların tutunamadığı yerlerde yaşayabilmesi ve toprak erozyonunu önlemesiyle sadece üreticisine değil tüm topluma ve ülkeye birçok yararı olan bir bitkidir. Uzun ömürlü bir ağaç olması da toprak üzerinde gelmiş geçmiş nesilleri birbirine bağlamasını sağlamaktadır.

Ağaçlar köklerini dikildikleri yere derinlemesine salar ve tutunurlar. Taşınabilirlik, yer değiştirme ağaçların özelliği değildir. Taşındıkları yerde hayatlarına kaldığı yerden devam etmeleri zordur, transplant şokuna girerler. Yine transplantasyonun başarısı taşınılacak yerdeki hazırlık, taşıma tekniği, taşıma sonrası bakım gibi birçok faktöre bağlıdır.[43] Ayrıca bu işlem maliyetlidir. Böylesi değerli ve uzun ömürlü bir ağacın geçici süreli madencilik faaliyetleri uğruna, dışsal maliyetler tam değerlendirilmeden taşınmasının söz konusu edilmesi "değer mi?" sorusunun sorulmasını haklı kılmaktadır.

5403 sayılı Toprak Koruma ve Arazi Kullanımı Kanunu; sulu ve verimli tarım arazilerinin korunmasına, zorunluluk olmadıkça marjinal tarım arazileri dışındaki tarım arazilerinin yapılaşmaya açılmamasına yönelik hükümler içermektedir. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı verilerine göre, Türkiye'de çeşitli nedenlerle 1989-2018 döneminde, toplam 2.604.517 ha tarım arazisinin tarım dışı kullanımına izin verilmiştir. 2018 yılında toplam 6.695 adet tarım dışı amaçla kullanım izni başvurusu olmuş, 21.513 ha alanın tarım dışı amaçla kullanım izni verilmiştir.[44]

Soma'daki bir çalışma raporuna göre kömür sektörü, tarım arazilerini daraltarak ve ürünlere zarar vererek bölgedeki tarım potansiyelini ve ekonomik çeşitliliği azaltmaktadır.[45]

7.6. Ekosistem Kaybı

Ekosistem ve biyoçeşitlilik: Ekosistem hizmeti (EH), "ekosistemin insan refahına katkıları" ve biyofiziksel gerçeklik (ekolojik sistem) ile insan refahı (sosyo-ekonomik sistem) arasındaki bağlantı olarak tanımlanmaktadır.[46] Madencilik faaliyetleri, ekosistemlerin doğrudan tahribatı yoluyla ekosistem hizmeti değerinin kaybına yol açmakla kalmaz, aynı zamanda çevredeki ekosistem üzerinde dolaylı bir etkiye de sahiptir. Örneğin, biriken atık kalıntıları su kalitesi ve bitki örtüsü sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir. Ayrıca, kazı süreci sırasında oluşan kirlilik (gürültü ve toz gibi) çevredeki bitki ve hayvanları da etkileyecektir.

Ekosistem hizmet değeri (EHD), insanların ekosistem hizmetlerinden yarattığı veya elde ettiği ekosistem malları ve faydaları için ödeme yapma isteğidir ve ekonomik bir bakış açısıyla nicelendirilir. Madencilik faaliyetlerinin etkilediği çevre ekosistem hizmetlerinin kapsamı ve birim alan değeri ne kadar büyükse, EHD kaybı da o kadar büyük olacak ve madencilik alanlarının dağınık ve düzensiz kullanımı da EHD kaybında hızlı bir artışa neden olacaktır.[46]

Madencilik, bulunduğu bölgedeki doğal habitatları yok ederek ekosistem üzerinde onarılamaz zararlara yol açabilir. Özellikle yüzey madenciliği faaliyetleri, geniş arazilerin topografyasını tamamen dönüştürerek orman, tarım, mera ve benzeri ekosistemlerin kaybolmasına yol açmaktadır. Ormanların kesilmesi, toprak erozyonu ve sulak alanların kuruması, biyoçeşitliliği ciddi şekilde tehdit eder. Ağaçların, bitki örtüsünün ve en üstteki verimli toprak tabakasının kaldırılması sonucunda, yerel flora ve fauna ciddi şekilde bozulmak-

ta, yaban hayatı etkilenmekte ve hayvan türleri yaşam alanlarını terk etmeye zorlanmaktadır.

7.7. Su Kirliliği

Madencilik faaliyetlerinin çoğunda çıkarma, işleme ve atık bertarafı için yüksek su ihtiyacı vardır. Bu işlemlerden kaynaklanan atık sular yakınlardaki su kaynaklarını kirletebilir ve madeni çevreleyen bölgedeki tatlı su kaynaklarını tüketebilir. Madenlerin birçoğu, cevherin işlenmesinde yoğun su kullanmalarının yanı sıra, deşarj edilen maden atık sularını maden sahasına yakın olan doğal kaynak sularına boşaltmaktadır. Bu durum akarsu, nehir ve göl gibi ekosistem için hayati öneme sahip olan doğal su kaynaklarının olumsuz olarak etkilenmesine neden olabilmektedir. Maden atıkları, asidik drenaj ve ağır metaller gibi toksik maddelerle çevresel su kaynaklarını kirleterek, suyun kullanılabilirliğini ortadan kaldırabilir. Maden atıklarının içinde arsenik, kurşun ve cıva gibi tehlikeli kimyasallar bulunmaktadır ve bu maddeler özellikle kırsal toplumların içme suyu ve balıkçılık için yararlandığı birçok nehir ve göl gibi sulak alanlara karışmaktadır.[23] Kirlenmiş su kaynaklarından içme suyu kullanan veya kirlenmiş gıdaları tüketen topluluklar en büyük sağlık riski altındadırlar.

TÜİK verilerine göre Türkiye'de belediyeler, köyler, imalat sanayi işyerleri, termik santraller, Organize Sanayi Bölgeleri (OSB) ve maden işletmeleri tarafından su kaynaklarından, 2020 yılında toplam 18,2 milyar m3 su çekilirken, 2022 yılında ise toplam 19,2 milyar m3 su çekildi. 2022 yılında çekilen suyun %56,8'i denizden; %22,1'i yeraltı ve %21,1'i yüzey suları olmak üzere toplam %43,2'si tatlı su kaynaklarından temin edildi. Denizden çekilen suyun yüzde 94%'ü soğutma amaçlı temin edildi. Öte yandan, 2022 yılında tatlı su kaynaklarından çekilen suyun %4,9'u maden işletmeleri ile OSB'ler ve %1,5'i termik santraller tarafından temin edilmiştir.[47]

Kömür madenciliğinde su genellikle kömür hazırlama, toz kontrolü, yangın söndürme ve insani ihtiyaçlar için kullanılmakta olup, yüzey sularından ve madencilik sırasında çıkan yeraltı sularından temin edilmektedir. Kömür madenciliğinden çıkan sular ise, yeraltı kömür madeni suyu, ekipmanların soğutulması ve toz kontrolü amacıyla kullanılan su, kömür hazırlama işlemleri sırasında ve yağmur sularının depolanan kömür yığınlarına sızmasıyla oluşan sulardan oluşmaktadır.[32]

Kömür üretiminin su kaynakları üzerindeki etkisi bölgelere ve madencilik aşamalarına göre değişiklik göstermektedir. Kömür madenciliği faaliyetleri, jeolojik çevreyi, yeraltı suyu beslenmesini, akış ve drenaj koşullarını etkileyerek su kaynakları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Kömür madenciliği faaliyetleri nedeniyle yeraltı su katmanlarının drenajı, yüzey suyu sistemlerinin bozulması ve su kirliliği gibi sorunlar ortaya çıkmıştır.[48] Açık ocaklarda dinamit kullanımı sonucu ortaya çıkan tehlikeli maddelerin toprakta oluşan çatlaklardan sızan su ile birleşerek yeraltı sularına karıştığı ve kömür faaliyetleri için yapılan susuzlaştırma işlemleri sebebiyle yeraltı sularının çekildiği bildirilmektedir.[45]

7.7.1. Asitli Maden Drenajı

Madenlerin işletilmesi sırasında ortaya çıkan asitli maden drenajı, ağır metalleri yeraltı sularına ve nehirlere sızdırarak geniş alanlarda su kirliliğine neden olur. Asitli maden drenajı, maden endüstrisinin karşı karşıya olduğu en büyük çevre problemlerinden birisi olarak nitelendirilmektedir.

Asitli maden drenajı, kömür madenciliğinde yaygın bir durumdur ve sülfür içeren kayalar hava ve suya maruz kaldığında oluşmaktadır. Bu drenajlar genellikle su yataklarını ve yeraltı sularını kirletebilen ağır metaller gibi tehlikeli maddeler içermektedir.[23] Sülfit mineralleri (özellikle pirit), hava ve su ile temas ettiğinde sülfürik asit oluşturur. Bu asit, ağır metallerin (arsenik, kurşun, cıva vb.) çözünmesini sağlar. Ortaya çıkan bu zehirli ve asidik su, yeraltı sularına, nehirlere ve göllere karışarak su ekosistemlerini ve içme suyu kaynaklarını kirletir. Bu kirlilik yüzlerce yıl sürebilir.[49] Düşük pH, yüksek asidite ve yüksek konsantrasyondaki metalleri içeren akarsu ve göllerin rehabilitasyonu, insan ve çevre sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Asitli maden drenajı asidik olmasının yanı sıra, tipik olarak yüksek sülfat konsantrasyonları ve Cu, Fe, Pb ve Zn metallerini çözünmüş olarak içermektedir. Bunların yanı sıra asitli maden drenajı yüksek tiyosülfat ve siyanür konsantrasyonları da içerebilmektedir. Asitli maden drenajı kaynakları atık kaya yığınları, ince taneli atık göletleri, açık ocak duvarları, yeraltı ocakları ve cevher stok yığınları olarak sıralanabilir.[26] Bu suyun asidik olması yüzünden nehirlerde sediman içinde birikmiş olan ağır metaller de çözünebilmektedir. Asitli maden drenajının içerdiği birçok ağır metal gıda zincirinde biyoakümülasyon potansiyeline sahiptir.[32]

7.7.2. Altın Madenciliğinde Siyanür Liçi

Altın madenciliğinde kullanılan siyanür gibi kimyasallar, toprağı ve suyu zehirleyebilir. Bu kirlilik, sadece yerel ekosistemi değil, aynı zamanda tarımı ve insan sağlığını da uzun vadede olumsuz etkiler. Altın cevherinin topraktan ayrıştırılmasında kullanılan yöntemlerden bir tanesi siyanür kullanımıdır. Yığın liçi süre-

cinde, kayaçlar nohut büyüklüğünde kırıldıktan sonra siyanürlü liç çözeltisi, yığının üzerinden yağmurlama şeklinde püskürtme veya damlama usulüyle bırakılır. Çözelti, taneler arasından ve gözeneklerden süzülerek kıymetli metalleri bünyesine katar. Daha sonra da yığının en alt seviyesinde "pad" adı verilen sızdırmaz tabaka üzerinde bulunan toplama boruları aracılığıyla bir başka sisteme aktarılır.[50] Yığındaki altın daha sonra kimyasal bir işlem ile ayrıştırılır. Bu işlemde çözünmüş $Au(CN)_2$ bileşiği aktif karbondan geçirilerek uzaklaştırılmaktadır. Uzaklaştırılan bu bileşikteki altın elektroliz yöntemi ile ayrıştırılır, toz halindeki altın eritilerek külçeye dönüştürülür. [51] Düşük maliyetli bu işlem sonrasında siyanür ile işlenmiş milyonlarca ton katı atık geriye kalır. Bu katı atık dağları setlerle yerinde tutulmaya çalışılır. Ancak şev stabilizasyonunun yeterli olmaması durumunda kayma olabilir, yine yığınlardan rüzgarla uçuşma olabilir, yağmur ile siyanür ve diğer toksik maddeler yer altı sularına karışabilir.[52]

Siyanür liçi, kapalı alana göre daha ucuz olduğu için açık alanda gerçekleştirilir ve büyük miktarlarda su kullanarak 6-8 hafta sürer.[28] Bir yerde altın madeni işletmek orada sadece su varsa mümkündür. Maden çalışmaları su için kirletici olmanın dışında yüzey ve yer altı sularının azalmasında da etkili olur. Örneğin Kirazlı Altın Madeni Çevresel Etki Değerlendirmesi raporuna göre maden işletmesi faaliyetlerinin ilk iki yılında 463.000 m^3/yıl, üçüncü yıl itibarıyla 250.000 m^3/yıl su kullanacaktır. Madenin işletmede kalacağı 6 yıllık süreçte su tüketimi 2 milyon m^3'e ulaşmaktadır.[27]

Uşak'taki Kışladağ Altın Madeni'nde çıkan su analiz raporunda, ağır metal ve arsenik değerlerinin yasal mevzuatın üzerinde olduğu raporlanmıştır. Mevzuat limitine göre "10 mikrog/L" olması gereken arsenik değeri 18,35 microg/L olarak kaydedilmiş, yine 50 mikrog/L olması gereken mangan düzeyi 621,51 mikrog/L bulunmuştur.[53]

7.8. Su Kaynaklarının Yok Olması

Madencilik sektörü, su varlıkları üzerinde sadece niteliksel değil, aynı zamanda niceliksel olarak da kalıcı ve belirgin etkiler yaratmaktadır. Birincil etkisi, maden sahalarında gerçekleştirilen prosesler için yoğun su tüketimidir. Bu durum, özellikle yerel akarsular, barajlar ve yeraltı suyu rezervleri gibi hassas kaynaklardan su çekimi yapıldığında, çevredeki canlıların ve tarımsal faaliyetlerin su hakkını doğrudan gasp etme anlamına gelmektedir. Yine madencilik çevresel ve hidrolojik sistemlerde kalıcı bozulmalara yol açmaktadır. Açık ocak madenciliği, doğal topografik yapıyı ve toprak profilini bozarak erozyonu hızlandırır ve yüzey suyu drenajını etkiler. Bu faaliyetler sonucunda oluşan büyük çukurlar, yeraltı suyu akışını engellemekte ve akiferlere sağlanan su miktarını azaltmaktadır.

Madencilik faaliyetleriyle tarım arazileri, ormanlar ve otlaklar maden alanlarına ve inşaat sahalarına dönüştürülmektedir. Bu dönüşüm, orijinal su ortamı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olup, toprak erozyonunun artmasına yol açmaktadır.

Madencilik alanlarındaki su kaynakları aşırı baskı altındadır ve genel olarak, sürdürülebilir seviyelerin kritik şekilde altında kalmaktadır. Örneğin kömür madenciliği, su katmanının su seviyesini düşürmekle kalmaz, aynı zamanda su kalitesinde ve su hacminde değişikliklere yol açar.

Kömür madenciliğinin su kaynakları üzerindeki başlıca etkileri şunlardır:[48]

1. Kömür madenciliği yeraltı suyu döngüsünü bozar ve akiferin su hacmini etkiler
2. Düşen huni oluşumu ve yüzeysel akışın azalması
3. Su kaynaklarının kirlenmesi ve su kalitesinde önemli değişiklikler

Zhao ve arkadaşları, Çin'de, doğu otlaklarındaki açık ocak kömür madenlerinin yeraltı suyu sistemi üzerindeki etkisini analiz etmişlerdir. Çalışmada, madencilik çalışmalarını başlangıç, hızlı büyüme ve durağan aşamalarına ayırarak, drenaj etkilerini incelemek için sayısal simülasyon kullanılmıştır. Sonuçlar, su seviyelerinin, başlangıç aşamasında 5 metreden az bir düşüş, ikinci aşamada 10 metreyi aşan bir düşüş ve üçüncü aşamada yaklaşık 15 metrelik bir düşüşle sabitlendiğini göstermiştir. Çalışmada, açık ocak madenlerinde yeraltı suyu koruma amaçlı madencilik ve drenajın azaltılması için önerilerde bulunulmuştur.[48]

Birgün Gazetesi'nde yer alan bir habere göre Uşak Eşme'nin Kışladağ bölgesindeki Tüprag şirketine ait olan ve yaklaşık 20 yıldır faaliyet gösteren altın madeni, il halkının ihtiyacı olan suyu tükettiği gibi su kirliliğine de neden olmakta, yeraltı sularında arsenik ve mangan düzeylerinde ciddi artışa yol açmakta. Bir başka iddia ise, kent bu şekilde susuzluk yaşarken, Uşak ve Kütahya sınırlarında kalan ve başta Uşak olmak üzere tüm Ege Bölgesi'nin su kaynaklarından biri olan Murat Dağı'nda da yıllardır altın madeni açılmak isteniyor olması. Altın madeni haricinde, dinamitle patlatma yapılan taş ocakları da bölgede su kaynaklarının yerini değiştirmekte, tarım ve hayvancılığa zarar vermekte.[54] Uşak Belediyesi, Küçükler Barajı'nda suyun tamamen bitmesi ve depolardaki suyun sadece kuyular tarafından

beslenmek zorunda kalması nedeniyle şehir genelinde, suyun 16.00 ile 22.00 saatleri arasında verileceğini açıklamıştır.[55] Yerel bir gazetenin verdiği habere göre ise, Uşak'ta çeşmelerden damla damla su akarken, köylüler derin kuyulara inmelerine rağmen suya ulaşamamaktadır. Sayıştay raporlarında Uşak Belediyesi'nin vatandaşlara yıllık faturalandırdığı su miktarı 11 milyon metreküp olup[56] Uşak-Eşme altın madeninin madenin sahibi Tüprag şirketinin beyanına göre, 2023 yılında Kışladağ Altın Madeni faaliyetlerinde derin kuyulardan 1.13 milyon m^3 ham su çekimi gerçekleşmiştir.[57]

7.9. Gürültü Kirliliği

Gürültü kirliliği özellikle yüzey madenlerinde karşılaşılan bir durumdur. Gürültü ekipmanlardan olduğu kadar patlatma işlemlerinden de kaynaklanmaktadır. Ekipmanların çıkardığı gürültü rahatsız edici olsa da uygun ekipman seçimi ve ses azaltıcı önlemlerle bu tip kirliliği kontrol altına almak mümkündür. Patlatmalar sonucu oluşan gürültü çevrede bulunan yapılarda fiziksel zararlara da yol açabilmektedir.[32]

7.10. Çevre Adaleti

Çevre adaleti, fayda ve maliyetlerin dağılımdaki adaletsizliklerin ötesinde, tanınma ve katılım hakları arayışını da kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Dolayısıyla, ihtilaflarda, projeden olumsuz etkilenen yerel topluluklar, sadece eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasını değil, doğa-insan ilişkisinde deneyim çeşitliliğinin tanınmasını, kültürel ve etik değerlerin korunması eksenindeki haklarını ve yerel kalkınma ya da doğa söz konusu olduğunda karar alma/politika oluşturma süreçlerine katılımı da talep etmektedirler. Türkiye'de raporlanan çevre adaleti yönünden ihtilafların %20'sinden fazlası maden ve yapı malzemesi çıkarımı ile ilişkilidir.[58]

Madencilik kaynaklı çevresel bozulma sorunu, fayda ve maliyetlerin adaletsiz dağılımına neden olur. Ancak orantısız bir şekilde maden sahasındaki çevresel bozulmalara maruz kalan topluluklar karar alma süreçlerinden dışlanabilirler. Oysaki maden faaliyetleri, bu toplulukların temel geçim kaynaklarını tehdit etmekte ve aşina oldukları doğal çevreyi bozmaktadır.[23]

Talep edilen haklar içerisinde en önceliklisi temel haklardır. Buna ek, özellikle altın madeni işletmelerindeki gibi siyanür kullanımı söz konusu ise, sağlıkla ilgili haklar da ön plana çıkmaktadır. Ayrıca, Soma kömür madeni örneğinde olduğu gibi sağlıklı bir çevre ve çalışma ortamında olma talebi ya da genel olarak doğayla/ekolojik bütünlük içinde yaşama isteği de bu kategoride düşünülebilir. Hak talepleri içerisinde temiz suya erişim, su kullanımı gibi doğaya erişim hakları da yer almaktadır. Madencilik faaliyetlerinin günlük geçim kaynakları üzerine etkisi de hak talebi yönünden önemlidir.[58]

Ülkemizde madencilik mevzuatında halkın katılımı çevresel etki değerlendirmesi sürecinde sağlanmakta olup, maden ruhsat ve izinlerine ilişkin diğer süreçlerde ise halkın katılımı gerekli görülmemiştir. Ancak günümüzde, gelişmiş ülkelerde madencilik alanında ÇED haricinde de birlikte karar alma mekanizması kurulması, maden ruhsat sahibinin halkın tercihlerini dikkate alması, hatta sosyal-ekonomik-çevresel boyutta (yani sürdürülebilir kalkınma boyutuyla) bir anlaşma zemini sağlanması arzu edilmektedir. Toplum katılımı, çevre hakkı ve adaletinin gerçekleştirilmesi için gereklidir ve aynı zamanda demokratik rejimin varlık koşuludur. Devletin halkın görüşüne başvurması, kararlara halkın katılımını sağlaması yönünde yükümlülüğü, ÇED süreci harici madencilik faaliyetlerini de içermelidir.[6]

8. Maden Kazaları, İş Güvenliği ve Meslek Hastalıkları

Madencilik, doğası gereği özellik arz eden, tümü birbirine bağlı ve herhangi bir olumsuz durumun zincirleme olarak birbirini tetikleyebileceği riskleri içeren, bu riskleri en aza indirebilmek için bilgi, deneyim, uzmanlık ve sürekli denetim gerektiren dünyanın en zor ve riskli iş kollarından biridir. İş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu her yıl yaşanan binlerce ölüm ve hastalık, madenciliği tarihin en riskli sektörlerinden biri yapmıştır.[59] Dünyada madencilik sektöründe 10 milyonu kömürde olmak üzere yaklaşık olarak 30 milyon çalışan istihdam edilmektedir. Küresel işgücünün sadece %1'ini oluşturmasına rağmen işyerlerindeki ölümcül kazaların yaklaşık %8'i madencilik faaliyetlerinden kaynaklanmaktadır.[29] İşçiler madenlerde kazalara, yaralanmalara, sağlık sorunlarına, hastalıklara ve ölümlere neden olabilecek çok çeşitli tehlikelere maruz kalabilirler.[60]

Madenlerde çalışma şartlarıyla ilgili ILO'nun 1995 tarihli Madenlerde Güvenlik ve Sağlık Sözleşmesi'ni Türkiye 4.12.2014 tarihinde onaylamış ve sözleşme 2015 yılında yürürlüğe girmiştir.[61] Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın 2023 Yılı Maden İşyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Programlı Teftişi başlıklı genel değerlendirme raporunda madencilik faaliyetleri, çalışma ortamı ve koşulları nedeniyle iş sağlığı ve güvenliği risklerinin yoğun olduğu iş kollarından biri olarak belirtilmektedir.[62]

Tablo 3. 2022 yılı SGK verilerine göre madencilik sektöründeki faaliyet grupları (NACE sınıflandırmasına göre) ve işyeri sayıları[62]

Kodu	Faaliyet Alanı	İşyeri Sayısı
05	Kömür ve Linyit Çıkartılması	458
07	Metal Cevheri Madenciliği	865
08	Diğer Madencilik ve Taş Ocak.	5395
09	Madenciliği Destekleyici Hizmet Faaliyetleri	699
	Toplam	**7417**

Tablo 4. 2022 yılı SGK verilerine göre maden sektöründe meydana gelen kaza ve meslek hastalığı sayıları[62]

Genel Bilgi		Sigortalı Sayısı	İş Kazası Geçiren Sigortalı Sayısı	Meslek Hastalığına Tutulan Sigortalı Sayısı	Kaza Sonucu Ölüm Sayısı
NACE Kodu	Faaliyet alanı	2022	2022	2022	2022
05	Kömür ve Linyit Çıkartılması	42.985	12.839	41	54
07	Metal Cevheri Madenciliği	35.060	2468	4	13
08	Diğer Madencilik ve Taş Ocak.	65.221	3009	7	35
09	Madenciliği Destekleyici Hizmet Faaliyetleri	13.468	947	1	3
Toplam		156.734	19.263	53	105

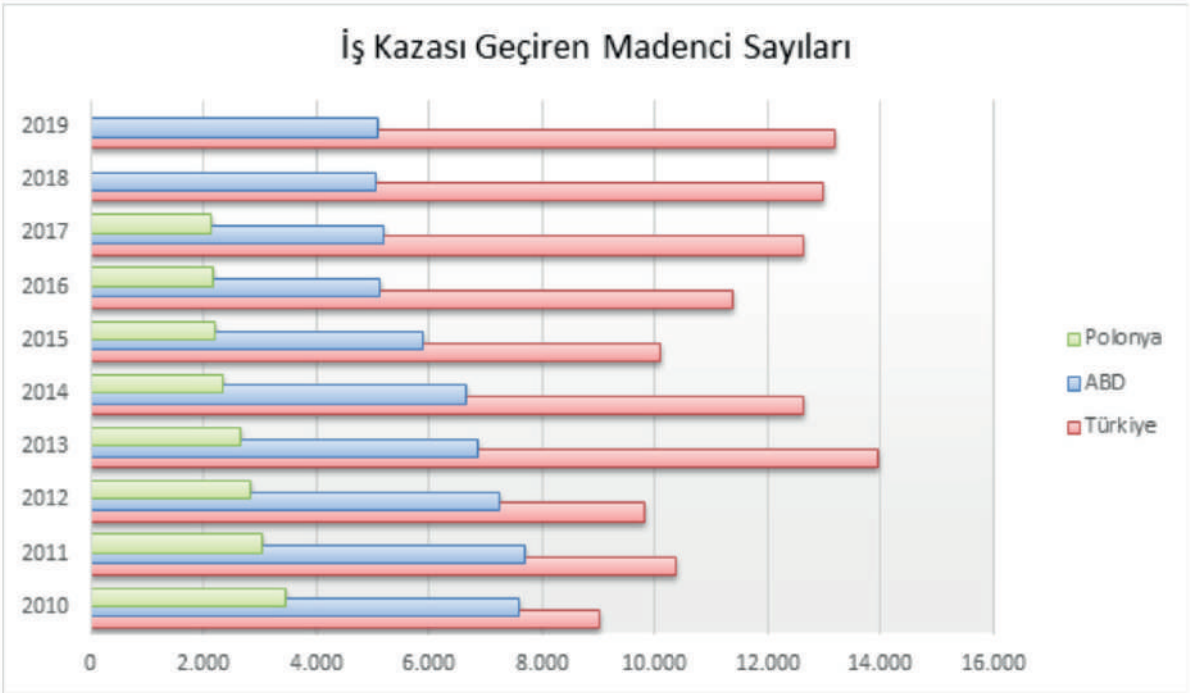
Tablo 5. 2018-2024 yılları arasında iş kazası ve meslek hastalığı istatistikleri[62,63]

Yıl	Meslek Hastalığı			İş Kazası			Ölüm		
	Tüm iş kolları	Maden sektörü	Oran (%)	Tüm iş kolları	Maden sektörü	Oran (%)	Tüm iş kolları	Maden sektörü	Oran (%)
2018	1044	108	10.34	430.985	12.980	3.01	1541	55	3.57
2019	1088	71	6.53	422.463	13.174	3.12	1147	48	4.18
2020	908	42	4.63	384.262	12.334	3.21	1236	62	5.02
2021	1207	58	4.81	511.084	16.273	3.18	1382	70	5.07
2022	953	53	5.56	588.823	19.263	3.27	1525	105	6.88
2023	945	53	5.60	681401	19.675	2.88	1966	88	4.47
2024	888	30	3.37	733646	19.327	2.63	1900	70	3.68
Toplam	7033	415	5.90	3.752.664	113.026	3.01	10.697	498	4.65

SGK iş kazası ve meslek hastalıkları istatistiklerinin mevcut olduğu son yıl olan 2024 yılında, NACE kodu 05, 07, 08 ve 09 olan madencilikle ilgili meslek gruplarında saptanan meslek hastalığı sayısı 30'dur. İş kazası geçirenlerin sayısı ise 19.327'dir. 2024 yılında bu iş kollarında çalışanlardan meslek hastalığı nedeniyle ölen olmamışken iş kazası nedeniyle ölenlerin sayısı 70'tir.[63]

Meslek hastalıklarının tanısı ve bildirimi aşamasındaki eksiklikler, ülkemizde "gerçek" tablonun yansıtılabilmesinin önündeki en büyük engeldir. Literatürde ILO istatistiklerine göre dünyada meslek hastalığı sayısı istihdamın binde 4-12 arasında olmalıdır.[64] Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı verilerine göre 2024 Haziran ayında aktif çalışan sigortalı sayısı 25.193.080'dir. Buna göre 2024 yılında 888 değil, toplam 100.772 ile 302.316 arasında meslek hastalığı bildirimi olması beklenirdi.[65]

İş kazalarının uluslararası bir karşılaştırması için eldeki 2010-2019 yıllarına ait istatistiklere bakmak gerek-



Şekil 13. Türkiye, ABD ve Polonya madencilik sektöründe 2010-2019 yılları arasında iş kazası geçiren madenci sayıları[29]

mektedir. 2010-2019 yıllarında Türkiye'de madencilik sektöründe ABD'ye göre 7 kat daha fazla kaza meydana gelmiştir. Bu dönemde, madencilik sektöründeki kazaların %73'ü ve maden ölümlerinin %55'i kömür ocaklarında meydana gelmiştir.[29]

Şekil 13'te görüldüğü üzere, Türkiye'de maden kazaları karşılaştırma yapılan Polonya ve ABD'den daha fazladır. Öte yandan ABD ve Türkiye kömür madenciliği verileri karşılaştırıldığında, ülkemiz madenciliğindeki iş kazası ve iş kazası sonucu ölüm oranları, üretim ve istihdam açısından çok daha yüksek oranlara sahip olan ABD'ye kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir. 2019 yılında ABD'de 53.000 işçinin çalıştığı 1100 işletmede 640 milyon ton kömür üretilmiş ve 11 ölüm meydana gelmiştir. Aynı yıl Türkiye'de, 36.000 işçinin çalıştığı 443 işletmede 90 milyon ton üretim olmuş ve 13 işçi hayatını kaybetmiştir.

Madencilikteki ölüm hızları karşılaştırmasında da 2018 yılında Türkiye'de 100.000'de 44.0 iken ABD'de 14.1, Polonya'da 9.3 ve Avustralya'da 3.7 idi.[29]

Soma'da kömür madenciliği ve termik santral faaliyetlerinin halk sağlığı üzerindeki etkilerini inceleyen saha araştırmasına katılan işçilerin büyük bir kısmı, doğrudan kömürle temasın yoğun olduğu işlerde çalışmaktadır. Astım, bronşit ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi sağlık sorunları birçok katılımcı tarafından belirtilmiştir. Araştırmaya katılan işçilerin önemli bir kısmı ek olarak, bel fıtığı, eklem ağrıları, kas-iskelet sistemi bozuklukları ve işitme kaybı gibi fiziksel problemler yaşadıklarını da bildirmişlerdir. İşçiler ayrıca, uzun çalışma saatleri, sürekli denetim baskısı, geçim sıkıntısı ve güvencesizliğin yarattığı uyku sorunları, anksiyete, depresyon belirtilerinden şikayetçi olmuşlardır.[66]

Madencilikte, sektörün kendisine özgü, gerekli önlemler alınmadığında sık karşılaşılan ve ciddi sonuçlar içeren kaza türleri bulunmaktadır. Bunlar arasında, grizu patlamaları, kömür tozu patlamaları, göçükler, ocak yangınları, su baskınları, şev kaymaları sayılabilir.[59] Özellikle son yıllarda devletin küçültülmesi, kamunun faaliyet alanının daraltılması ile ekonomik etkinlik ve verimliliğin sağlanacağı savı ile yapılan uygulamalar sonucu, ülkemizde kamusal madencilik sektörü yarı yarıya küçültülmüş ve aynı zamanda uzun yıllar gerektiren bilgi ve deneyim birikimi de büyük ölçüde yitirilmiştir. İçerdiği riskler nedeniyle bilgi, deneyim, uzmanlık ve sürekli denetim gerektiren madencilikte özelleştirme ve rödovans (kiralama) uygulamaları olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Maden Mühendisleri Odası'na göre, yaşanan iş kazalarının en önemli nedeni madencilik faaliyetlerinin bilime ve tekniğe uygun olarak yapılmaması, maliyetten kaçınmak için işçi sağlığı ve iş güvenliği tedbirlerinin göz ardı edilmesi, denetimlerin yetersiz olmasıdır.[67] Denetim, maden kazalarının önlenmesinde mevzuat

Tablo 6. Müfettiş ve heyet sayıları[62]

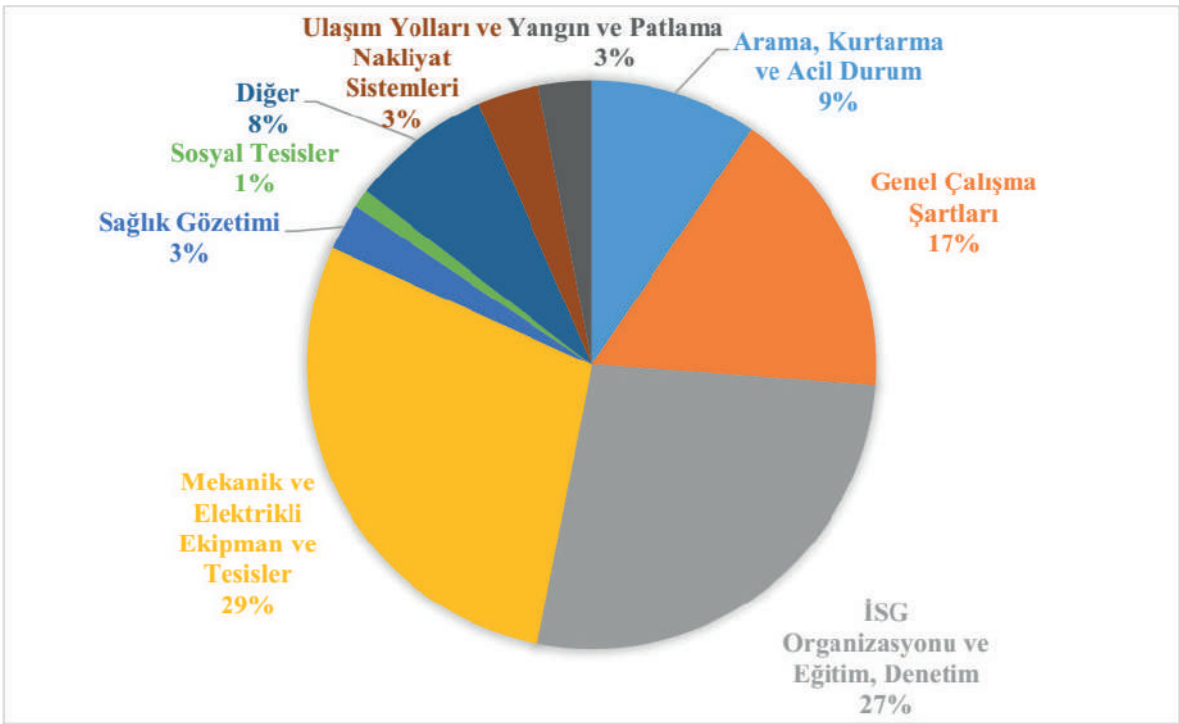
	Rehberlik ve Teftiş Grup Başkanlığı					
	Adana	**Ankara**	**Bursa**	**İstanbul**	**İzmir**	**Toplam**
İş Müfettişi Sayısı	4	33	8	8	18	71
Heyet Sayısı	2	15	4	4	9	34

düzenlemeleri kadar önemli bir konudur. ILO verilerine göre Türkiye denetim sayılarında son sıralarda yer almaktadır. Türkiye'de 10.000 çalışan başına düşen denetimci sayısı 0,3 olup dünyada sondan 17. sırada yer almaktadır. Yapılan düzenlemelere rağmen denetim ve yaptırım yeterli olmadığında uygulamadaki eksiklikler kaza ve ölümlere neden olmaya devam etmektedir.[60]

2023 yılı Maden İşyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Programlı Teftişinde görev yapmak üzere Rehberlik ve Teftiş Başkanlığınca görev verilen müfettiş ve heyet sayıları aşağıdaki tablodaki gibidir.

Bu müfettiş ve heyetlerin, 2022 yılı verilerine göre toplam 156.734 kişinin çalıştığı maden sektöründe faaliyet gösteren 7417 işyerini denetlemesi gerekmiştir. 2023 Yılı Maden İşyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Programlı Teftişi kapsamında; toplam 481 işyeri programa alınmış, 372 adedinin teftişi gerçekleştirilmiştir. Bu teftişlerde, toplam 4597 noksan husus tespit edilmiştir. Tespit edilen bu noksanlıklardan 2720 adet noksan husus işverenlerce teftiş esnasında giderilmiş, 1877 madde noksan husus için idari para cezası uygulanmıştır. Yapılan teftişler kapsamında 25 işyerinde hayati tehlike tespit edilmesi nedeniyle durdurma kararı uygulanmıştır. Yer üstü maden işyerlerinde iki aşamalı gerçekleştirilen teftişler sonucunda iyileşme oranı %82,3 olmuştur. Yer altı maden işyerlerinde ise bu oranın daha düşük olduğu gözlemlenmiş olup iyileşme oranı yeraltı metal madenlerinde %511, yeraltı kömür madenlerinde ise %37,2'dir.[62]

Türkiye'nin 1980'lerde başlayan neoliberal politikalara uyum süreciyle birlikte, kömür madenlerinin özelleştirilmesi gerçekleşmiş; esnek çalışma, üretim stresi, parça başı üretim ve performansa dayalı maaş sistemi, taşeronluk, aracılık ve yasadışı iş sistemleri dayatılmıştır.[68] Bu durum kazalara karşı önlem almayı zorlaştırmaktadır. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi (İSİG) verilerine göre, sadece Haziran 2025'te madencilik sektöründe 8 işçi hayatını kaybetmiştir. 2024 yılında iş kazası nedeniyle ölümlerin %4'ü maden-



Şekil 14. Yerüstü metal işlerinde tespit edilen mevzuata aykırılıkların teftiş konularına göre oransal dağılımları[62]

Tablo 7. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi kayıtlarına göre son 5 yılda madencilik sektöründe iş kazalarına bağlı ölümler[69]

Ölümler	Yıllar				
	2020	2021	2022	2023	2024
%*	3	3	6	3	4
n	61	70	105	51	75

*İş kazası nedeniyle ölümler içinde madencilik sektöründe meydana gelen kazalara bağlı ölümlerin orantısı

cilik sektöründe meydana gelmiş ve 75 işçi hayatını yitirmiştir.[69]

Ölümlü maden iş kazasına bir örnek: 13 Şubat 2024 tarihinde, Erzincan İliç'te Çöpler Altın Madeni'nde 10 milyon ton siyanürlü toprağın 800 metre kayması sonucu 9 maden işçisi göçük altında kalarak hayatını kaybetmiştir. Anagold Madencilik A.Ş. tarafından işletilen Çöpler Kompleks Madeni'nde yığın liçi (heap leach) sahasına yığılmış malzeme duraysızlık sonucunda kaymıştır.

Yığın liçi (heap leach) geçirimsiz bir zemin üzerinde hazırlanan cevher yığını üzerine uygun bir çözücü gönderilerek kazanılacak metalin çözeltiye alınması işlemidir. Bu malzeme kaya ortamlara göre oldukça zayıf, gevşek, gözenekli zemin türü gibi davranan yığınlardır. Dolayısıyla bu yığınlar sıvı içermekte ve açık ocaklar ile pasa yığınlarında olduğu gibi sıklıkla stabilite sorunları yaratabilmektedir. İliç'te gelişen bu büyük boyutlu kaymanın olası nedenlerinden belki başlıcası, yığın yüksekliğinin fazla olması ve bu nedenle yüksekliğin belirli bir limiti geçmiş olma olasılığı ve yığının içerdiği çözeltinin gözeneklerde yarattığı basıncın yükselmiş olması olabilir.[70]

Türkiye Barolar Birliği 9 madencinin göçük altında kaldığı kaza sonrası yaptığı duyuruda, Çöpler Kompleks Madeni 2. Kapasite Artışı ve Flotasyon Tesisi Projesi Sahasının felaket riski taşımakta olduğu, deprem riski, su kaynakları ve nehirlerin korunması bakımından bilimsel gerçeklere aykırı olarak Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nca ÇED Olumlu kararı verildiği, Proje sahasının Türkiye'nin en büyük su toplama havzasına sahip Fırat Nehri'ne sadece birkaç yüz metre uzaklıkta, Munzur dağları ekosistemi içerisinde bulunduğu, kirliliğin tüm ekosisteme ağır hasarlar vereceği; hava, su, toprağın ağır metaller ve kimyasallarca yavaş yavaş zehirleneceği" uyarısında bulunmuştur.[71]

9. Terkedilen veya Faaliyetine Son Verilen Madenler ve Bunların Yol Açtığı Tehlikeler

Çoğu maden, maden yatağının tükenmesi nedeniyle değil, çeşitli ekonomik, finansal ve politik nedenlerin yanı sıra sosyal çatışmalar nedeniyle kapanmaktadır. Kapanmış 1000 madenin analizi, madenlerin yalnızca %25'inin cevheri tükettikten sonra kapandığını göstermiştir. Erken maden kapanışı, verimsiz madencilik süreçleri ve terk edilen veya mülkiyeti değişen madenlerin çevresel etki yönetimindeki zorluklar nedeniyle çevresel etkilerin daha da artabileceği anlamına gelmektedir.[1]

Birleşmiş Milletler Çevre Programı (UNEP), 2000 yılında, terk edilmiş madenlerle ilgili temel bir sorunun mülkiyet durumu olduğunu belirtmiştir. Bazı sahalar devlet dışında özel mülkiyettedir, ancak şirketlerin veya bireylerin mali durumu nedeniyle temizlikten devlet sorumlu olabilmektedir. UNEP, 2001 yılında terk edilmiş maden sahalarını madencilikle ilgili en önemli uluslararası çevre sorunlarından biri olarak tanımlarken yetersiz, uygunsuz veya hiç olmayan maden kapatmalarının bir mirası olarak tanımlamıştır. Rehabilitasyonun potansiyel maliyetleri, belirli atanmış (veya varsayılan) sorumluların olmaması, rehabilitasyon kriterlerinin ve standartlarının olmaması ve diğer faktörler, tüm tarafların -sanayi, hükümetler ve topluluklar- harekete geçmesini geciktirmektedir.[72]

6831 sayılı Orman Kanunu'nun 16. maddesi ve ilgili mevzuat uyarınca, maden ruhsatı sahibi, ulusal ormanda madencilik faaliyeti yürüttükten sonra teslim edilen bölgeyi rehabilite etmekle yükümlüdür. Rehabilite edilmeyen sahalar çeşitli zararlara yol açmaktadır.

9.1. Çevresel Zararlar

Faaliyetine son verilen maden sahaları, eğer uygun şekilde rehabilite edilmezse çevre üzerinde kalıcı etkiler bırakabilir:

- *Asitli Maden Drenajı (AMD):* Birçok terk edilmiş kömür madeni ve mineral madeni, asitli maden drenajı yayar. Bunun nedeni, her iki tür madende de bulunan kayaların genellikle pirit gibi metal sülfürler içermesidir.

Asitli maden drenajına ülkemizden örnek olarak, Çanakkale, Çan ilçesinde, Çan formasyonunda yer alan ve bugün terkedilmiş olan kömür madenleri verilebilir. Bu madenler ekonomik ömrünü tamamladıktan son-



Resim 1. Asitli maden gölü[73]

ra, yüksek sülfür içerikli linyit kömürünün üretilmesi sırasında oluşan çukurlar hiçbir iyileştirme (rehabilitasyon) işlemi gerçekleştirilmeden terk edilmiştir. Çukurlar, yüzeysel drenaj ile dolmuş ve göller oluşmuş, sonrasında, asit maden drenajları ile asidik göllere dönüşmüştür. Bu göllerde ölçülen en düşük pH seviyesi 2.53, en yüksek pH seviyesi ise 3.05'tir. Bu göller kırmızımsı sarı ve sarımsı kahve renkleri ile karakteristiktir.[73]

- *Toprak ve Peyzaj Bozulması:* Açık ocak madenciliği yapılan alanlarda büyük çukurlar ve atık yığınları kalır. Bu durum, topografyayı kökten değiştirerek erozyon riskini artırır ve toprağın verimliliğini kaybetmesine neden olur. Toprağın bu şekilde bozulması, bitki örtüsünün yeniden oluşmasını zorlaştırır ve yerel biyolojik çeşitliliği yok eder.
- *Hava Kirliliği:* Kapatılan maden sahalarındaki atık yığınlarından kalkan tozlar rüzgarla taşınabilir. Bu tozlar, solunum yolu hastalıklarına yol açabilecek partiküller içerebilir. Ayrıca, bazı atık yığınlarında tehlikeli gazlar birikmiş olabilir.
- *Habitat Kaybı ve Biyolojik Çeşitliliğin Azalması:* Madencilik faaliyeti sırasında doğal habitatlar tahrip edilir ve birçok canlı türü yaşam alanını kaybeder. Maden kapatıldıktan sonra bu alanlar rehabilite edilse bile, orijinal biyolojik çeşitliliğin tam olarak geri kazanılması çok zordur.
- *Atık barajı yıkılması.*

9.2. Ekonomik ve Sosyal Zararlar

Madenlerin kapatılması, çevresel sorunların yanı sıra, bölge ekonomisi ve topluluklar üzerinde de ciddi etkiler yaratır:

- *İstihdam kaybı:* Madenler genellikle büyük işverenlerdir. Bir madenin kapanması, yüzlerce insanın işsiz kalmasına neden olur. Bu durum, bölgedeki ekonomik dengeleri sarsar ve göçü tetikleyebilir.
- *Toplumsal bozulma:* Maden faaliyetleri etrafında gelişen küçük yerleşimler, maden kapandığında ekonomik olarak zayıflar. İşsizlik ve göç, aile yapılarında bozulmalara ve sosyal sorunların (suç oranlarında artış, yoksulluk vb.) ortaya çıkmasına neden olabilir.
- *Rehabilitasyon maliyetleri:* Maden sahalarının rehabilite edilmesi, yani ekolojik dengeye yeniden kavuşturulması, ciddi maliyetler gerektirir. Eğer bu maliyetler maden şirketi tarafından karşılanmazsa, yük devletin veya yerel yönetimlerin üzerine kalır. Bu durum, kamu kaynaklarının başka alanlardan kesilmesine neden olabilir.

- *Gayrimenkul değerlerinin düşmesi:* Kapatılan maden sahasının yakınında bulunan gayrimenkullerin değeri, çevresel riskler ve estetik bozulma nedeniyle düşebilir. Bu da bölge sakinleri için ekonomik kayıplara yol açar.

9.3. Fiziksel Zararlar

Terk edilmiş madenlerdeki fiziksel tehlikeler, bu madenlerle ilişkili birçok güvenlik ve sağlık riskinin kaynağıdır. Bu fiziksel tehlikeler çoğunlukla kullanılmayan yeraltı girişleri ve işletmeleri, dengesiz kayalık duvarlara sahip yüzey kazıları (maden çukurları ve keşif hendekleri), zemin çökmeleri, harap binalar ve ekipman veya tesisler, terk edilmiş patlayıcılar ve atık kalıntılarıyla ilişkilidir. Uzak kırsal alanlardaki terk edilmiş madenlerde, bu alanların çevresinde hayvan otlatmak, hayvanlara bakan çobanları terk edilmiş madenlerin güvenlik risklerine maruz bırakmaktadır. Ayrıca, insanlar evlerini terk edilmiş maden arazilerine inşa ettiklerinde bu madenlerin fiziksel tehlikelerine maruz kalmaktadırlar.[74]

10. Maden Kapatma, Islah (Reklamasyon) ve Rehabilitasyon Faaliyetleri

Maden kapatma, maden faaliyetlerinin durdurulmasını, maden sahasının ıslah ve rehabilitasyonunun yapılmasını ve maden sahasının ilgili devlet makamına devredilmesini içerir. Maden ıslahı ve rehabilitasyonu, maden kapatmanın temel unsurlarıdır.

Maden ıslahı, maden çıkarma işlemi sırasında oluşan boşluğun doldurulması işlemidir; maden rehabilitasyonu ise sahadaki faunanın yeniden bitkilendirilmesi ve eski haline getirilmesi işlemidir.[1]

Türkiye'de tabiat onarımları, madencilik sonrası ortaya çıkan bir gereklilik olarak düşünülürken, gelişmiş ülkelerde madencilik faaliyetinin başlamasıyla beraber ele alınan konulardır. Öte yandan, maden arama ve işletme faaliyetleri esnasında veya sonucunda topoğrafyası değişen alanların, çevre emniyetinin sağlanarak ve projesine uygun olarak ıslah edilmesi yasal bir gerekliliktir.[75]

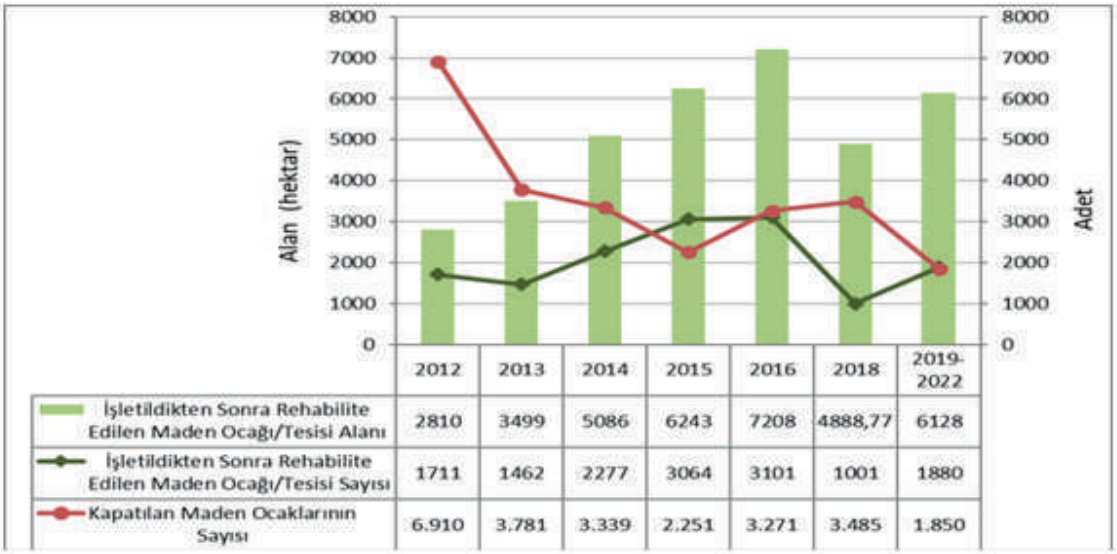
Madencilik Faaliyetleri ile Bozulan Arazilerin Doğaya Yeniden Kazandırılması Yönetmeliği'ne göre maden sahalarında işletmeci tarafından çalışmalara başlanmadan önce, bozulacak doğal yapının yeniden düzenlenmesi, doğal dengenin kurulması, alanın yeniden insanların ya da diğer canlıların güvenle yararlanabileceği hâle getirilmesini sağlayacak biçimde doğaya yeniden kazandırma çalışması, söz konusu madencilik faaliyetine ilişkin ÇED sürecinde bir bütün olarak değerlendirilir ve sonuçlandırılır.[76]

6831 sayılı Orman Kanunu'nun 16. maddesinin Ek fıkrasına göre, "Madencilik faaliyetlerinin sona ermesi neticesinde idareye teslim edilen veya terk edilen doğal yapısı bozulmuş orman alanları rehabilite edilir." hükmü yer almaktadır.[77]

Rehabilitasyon, alandaki sırayla yüzey ve yeraltı tabakalarının alanın doğal peyzaja yeniden entegrasyonu için gerekli çalışmalara ek olarak, ulusal yasal gerekliliklere uygun şekilde temizlenmesi veya eğlenceye yönelik, bilimsel veya doğayı korumaya yönelik amaçlarla alanı geliştirecek her son yatırım olarak tanımlanmaktadır. Orman Genel Müdürlüğü verilerine göre, 2019 yılından 2022 yılına kadar işletildikten sonra rehabilite edilen maden ocağı/tesisi sayısı 1880 olup, alanı ise 6128 hektardır.[75]

Ancak Türkiye'de maden sahalarının rehabilitasyonunda yasal zorunluluklar yerine her zaman getirilmemektedir. Örneğin, CHP Bursa Milletvekili Prof. Dr. Kayıhan Pala'nın soru önergesini yanıtlayan Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanı'nın 2024 yılında verdiği yanıta göre, Bursa'da Büyükorhan ve Orhaneli'nde birer tane olmak üzere 2 maden sahasında 2 ve 315 hektarlık bir alanda ağaçlandırma yapılmıştır. Oysa Bursa'da 808 maden ruhsatı iptal edilmiş, 903 maden sahası da terk edilmiştir. Türkiye Geneli Rehabilite Edilmiş Sahalar ile Madencilik Sosyal Sorumluluk Çalışmalarının Tespiti Projesi'ne göre terk edilen 903 maden sahasının yalnızca 2 tanesi rehabilite edilmiştir.[78]

Doğaya yeniden kazandırma çalışmalarının madencilik, kazı veya döküm çalışmaları ile eş zamanlı başlatılması ve faaliyet süresince devam etmesi gerekmektedir. Doğaya yeniden kazandırma çalışmasının, işletmeci tarafından faaliyet alanında tüm işletme faaliyetleri tamamlandıktan sonraki iki yıl içinde son işlemler uygulanarak bitirilmesi gerekmektedir.[76] Rehabilitasyon kademesi düşünülerek madencilik sırasında üst tabakalardan sökülen toprağın ayrı bir şekilde depolanması ve alt tabakalardaki toprakla karıştırılmaması gerekmektedir. Zira alt tabakalardaki toprak kükürt içerdiği için su ve havayla teması sonrası asitleşmekte ve verimliliği düşmektedir. Dolayısıyla yanlış uygulamalar toprağın kalıcı bir şekilde bozulmasına yol açarak ileriki yıllarda kullanımı engellemektedir.[32] Ancak bu bozulma bazen kaçınılmazdır. Örneğin, kömür madenciliği sırasında uygulanan kazı ve yığma işlemleri, toprağın katmanlı yapısını geri döndürülemez bir şekilde bozmaktadır. Maden ocağı açılırken, Yönetmelikte emredilenin aksine, en üstteki verimli toprak katmanı ve ana



Şekil 15. İşletildikten sonra rehabilite edilen maden ocağı/tesisi sayısı ve alanı (2010-2022)[75]

materyal, hafriyat sırasında en alt tabakaya yığılmakta, en alttaki kil ve kömürlü materyal ise en üste serilmektedir. Bu yanlış istifleme tekniği, bitki yetiştirmeye hiç uygun olmayan bir ortam hazırlamaktadır.

11. Kaçak Madencilik Faaliyetleri ve Uygunsuzluklar

Yasadışı madencilik faaliyetleri tüm dünyada önemli bir sorun teşkil etmektedir. Nature dergisinde yayınlanan bir araştırma, uydu görüntüleri kullanılarak dünya genelinde tespit edilen yaklaşık 120.000 kilometrekarelik maden sahası tarandıktan sonra, tespit edilen madenlerin yalnızca %44'ünün S&P Capital IQ Pro veritabanında üretim bilgilerinin bulunduğunu ortaya koymuştur. Uydu görüntüleri ve diğer bilgi kaynaklarından elde edilen bulgulara göre, yetersiz raporlamadan yasadışı faaliyetlere kadar her türlü nedenden dolayı, her türlü emtia ve yerellik için veri eksikliği mevcuttu. Tarihi ve terk edilmiş alanlar genellikle kayıt altına alınmamıştı.[79]

Geçerli bir maden ruhsatına sahip olmaksızın, bir alanda maden çıkarma işleminin yapılması durumunda, ruhsatsız maden üretimi söz konusu olur.[5] Ülkemizde madenler, Maden Kanunu hükümleri doğrultusunda işletilmektedir. Maden Kanunu'nda kaçak ocak "ruhsatsız maden üretimi" olarak adlandırılmaktadır ve müeyyidesi bulunmaktadır. Kaçak ocakların işletilmesinin, işlettirilmesinin engellenmesi başta Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı ve Valilikler olmak üzere ruhsat sahibi ile sahada bulunan işletmecinin sorumluluğundadır.

Maden Kanunu Ek Madde 15'te, ruhsatsız maden işletenlere hapis ve adli para cezası verileceği belirtilmektedir: "*Bu Kanun kapsamında işletme izni veya Genel Müdürlükçe izin verilmiş rödovans sözleşmesi olmaksızın işletme izni alanı dışındaki mücavir sahalara yirmi metreye kadar taşmalar hariç olmak üzere, maden ocağı açılması, maden üretilmesi veya faaliyetleri durdurulmuş maden sahalarında üretim faaliyetlerinin durdurulmasına sebep olan durumların düzeltilmesi ve/veya işletme güvenliğine yönelik faaliyetlerin dışında üretim faaliyetinde bulunulması fiillerini işleyenlere üç yıldan beş yıla kadar hapis ve yirmi bin güne kadar adli para cezası verilir. Bu suçlardan hüküm giyenler, infazın tamamlanmasından itibaren on yıl boyunca madencilik faaliyeti yapamazlar.*"[2]

Maden Mühendisleri Odası'na göre Türkiye'de halen çok sayıda kaçak maden işletmesi bulunmakta ve bu işletmelerde kaçak işçiler çalışmakta, bu ocaklarda iş kazaları ve ölümler meydana gelmektedir. Maden Kanunu'ndaki ruhsatsız madenlerle ilgili hüküm ortada iken, kanunun bu maddesinin uygulanmaması ve mevcut uygulamanın Maden Kanunun 12. maddesine göre idari para cezası şeklinde olması da yanlış bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır. Mevcut uygulama bu tür olayların oluşmasının ve kaçak ocakçılığın teşvik edilmesinin aracı olmaktadır.[80]

12. Medyada Madencilik

12.1. Sektörden Görüşler

- *Türkiye Madenciler Derneği (TMD) Başkanı Yılmaz Türkiye'nin yeraltı potansiyelinin 3,5 trilyon dolar*

olduğunu söyledi. Bu potansiyeli kullanamayıp her yıl 50-60 milyar dolarlık dış ticaret açığı vermek kabul edilemez diyen Yılmaz, sözlerinin devamında: "Ülkenin 78,3 milyon hektarlık yüzölçümünde madencilik arama ruhsat sahaları 7,7 milyon hektarı kapsıyor. Ancak işletme ruhsatlı alanlar, toplam yüzölçümün binde 1'i seviyesinde bulunuyor ve neredeyse her 200 arama ruhsatından sadece 1'i işletmeye dönüşüyor. Orman alanlarında madencilik faaliyetleri, Türkiye yüzölçümünün yalnızca binde 1'ini oluşturuyor. Faaliyet sonrası rehabilitasyon ve yeniden ağaçlandırma yasal zorunluluk kapsamında yürütülürken, bugüne kadar 11 bin 325 hektar alan rehabilite edildi." dedi.

Yılmaz, "Madenciliğin çevre ve yerel halk ile karşı karşıya getirilmesi yanlış. Sürdürülebilirlik düzlemi üzerinde insanı ve çevreyi önceleyen her türlü madencilik faaliyetine destek olunmalıdır." diye konuştu.

Yılmaz, zeytinlik alanlarda madencilik faaliyetlerine ilişkin tartışmalara değinerek, "Zeytin ağacı kutsaldır ama dünyada olduğu gibi parametreleri ve kriterleri yerine getirilerek faaliyet yapılabilir. Sanayi tesisleri, ikinci konutlar hatta otoyollar da zeytinlik alanlarında tahribata sebep olabiliyor. Bunu optimize etmek ülkenin çıkarı için çok önemli." değerlendirmesinde bulundu.[81]

- *Altın madencileri orman kanunu uygulama yönetmeliğindeki değişikliği memnuniyetle karşıladı.* Tarım ve Orman Bakanlığı tarafından hazırlanan "Orman Kanunu'nun 16. Maddesinin Uygulanması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik", Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girdi.

Altın Madencileri Derneği (AMD) Yönetim Kurulu Başkanı Hasan Yücel, orman kanununun uygulanması hakkında yönetmelikte yapılan değişiklikle madenciliğin doğasına daha uygun, sürdürülebilir ve uygulanabilir bir çerçeve sunulduğunu belirterek, "Bu adım yalnızca sektörümüz için değil, Türkiye'nin cari açığını azaltma, kritik madenlerde dışa bağımlılığı kırma ve milli enerji-maden politikalarını güçlendirme hedefleri açısından da büyük önem taşımaktadır." ifadesini kullandı.

Yücel, geçmişte yapılan yönetmelik değişikliklerinin üretimi zora soktuğunu savunarak şunları ifade etti: Bugün ise yapılan düzenleme, madenciliğin doğasına daha uygun, sürdürülebilir ve uygulanabilir bir çerçeve sunmaktadır. Bu adım yalnızca sektörümüz için değil, Türkiye'nin cari açığını azaltma, kritik madenlerde dışa bağımlılığı kırma ve milli enerji-maden politikalarını güçlendirme hedefleri açısından da büyük önem taşımaktadır." Yücel, Türkiye'nin cari açığını azaltması, kritik mineraller ve enerji ham maddelerinde dışa bağımlılığı kırması için dengeli ve uygulanabilir düzenlemelerin hayati önem taşıdığını vurguladı. Üretimi fiilen durma noktasına getirecek aşırı kısıtlamaların cari açığı büyüteceğini, kritik madenlerdeki bağımsızlık hedeflerini zedeleyeceğini belirten Yücel, şu değerlendirmede bulundu: "Çevreyi korumak kadar üretimi sürdürülebilir kılmak da zorunluluktur. Bizim yaklaşımımız, ormana en az düzeyde müdahale etmek, ortaya çıkan etkileri ise bilimsel rehabilitasyon yöntemleriyle ortadan kaldırmaktır. Bu nedenle, bundan sonraki düzenlemelerin sektörle istişare içinde şekillendirilmesini son derece faydalı buluyoruz."[82]

12.2. Madencilik Faaliyetlerinin Zararlarına Dair Basından Haberler

- *Yaşamın dibine maden ocağı:* Birgün Gazetesinin haberine göre, Artvin'de maden projeleri hız kesmiyor. Bakanlık, Şavşat'ta kurulması planlanan açık maden ocağı için onay verdi. Şirket, konutlara yalnızca 410 metre mesafede bulunan orman arazisinde patlatmalı madencilik yapacak.

Proje, Çukur ve Dereiçi köyleri sınırlarında yaklaşık 20 hektarlık ÇED alanında yürütülecek. Şirket, yılda 75 bin ton bakır, kurşun ve çinko kompleks cevheri çıkarmayı hedefliyor. Yatırım bedeli 43,5 milyon TL olarak açıklanan proje kapsamında cevher stok alanı ve bitkisel toprak stok alanları verimli orman arazilerine yerleştirilecek.Maden ocağı, Çukur Köyü'ne yalnızca kuş uçuşu 410 metre mesafede. Proje alanıysa, çevre düzeni planı ve tapu kadastro verilerine göre tamamen orman arazisi olarak yer alıyor. Tarım ve Orman Bakanlığı verilerine göre ladin, gürgen ve meşe ormanlarıyla kaplı bölge, kayalık ve taşlık alanlarla birlikte önemli bir ekosistem barındırıyor. [83]

- *Binlerce ağaç kesilecek: Mengen Çayı kirlenecek:* Yine Birgün Gazetesi'inin haberine göre, Başkar Madencilik'in Bolu'nun Mengen ilçesine bağlı Ağalar ve Küçükkuz köyleri arasında yer alan bin 900 hektarlık ruhsat alanı içerisinde yaklaşık 10 hektarlık ormanlık alanda hayata geçirmek istediği kuvarsit ocağı projesi tepki çekti. Bölge halkı, Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı tarafından ÇED gerekli değildir kararı verilen projeye karşı eyleme geçti.

8 milyon 700 bin TL bedelle hayata geçirilecek proje, Mengen Çayı'na akan Yayla Deresi'ne 20 metre ve Yumucağım Deresi'ne ise 130 metre mesafede planlandı.[84]

Çanakkale'nin tek içme suyu kaynağına maden tehdidi: Koza'ya ÇED verildi. Çanakkale'nin tek içme suyu kaynağı olan Atikhisar Barajı'nın koruma havzasında Koza Altın İşletmeleri (Türk Altın İşletmeleri) tarafından açılmak istenen altın madeni ile ilgili daha önce iki kez reddedilen ÇED dosyası, Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı'nda yapılan toplantıda karara bağlandı.[85]

Ankara'nın Beypazarı ilçesinde maden ocağında meydana gelen göçükte 2'si ağır 14 işçi yaralandı. Ankara'nın Nallıhan ilçesindeki Hırkatepe maden ocağında gece vardiyası sırasında göçük meydana geldi. Beypazarı Kaymakamı Vedat Yılmaz, Ankara'nın Beypazarı ilçesindeki maden ocağında meydana gelen göçükte yaralanan işçi sayısının 14'e yükseldiğini, 2 işçinin sağlık durumunun ağır olduğunu bildirdi.[86]

Bakanlık maden ocağına onay verdi: 7 bin ağaç kıyımı için ÇED bile gerekmiyormuş! Muğla'da Bakanlığın 'ÇED gerekli değildir' raporu verdiği maden, 7 bin 317 kızılçam ağacı kesecek. 96.76 hektarlık ruhsat alanının içinden 24.80 hektarı belirleyen şirket, proje tanıtım dosyası hazırladı. Dosyayı inceleyen bakanlık, "ÇED gerekli değildir" onayını verdi. Şirketin hazırladığı dosyaya göre, 24.80 hektarlık alan hem orman hem de tarım arazisi statüsünde. Mermer ocağının kurulacağı alan ise yüzde 99 oranında birinci derece ağaç sıklığına sahip. Bu kapsamda şirket, 219 bin 525 metrekarelik alanda ağaç kesileceğini belirtiyor. Bu da en az 7 bin 317 kızılçam ağacının kesileceğini ortaya koyuyor.[87]

ÇED yönetmeliğine göre, 25 hektar yani 35 futbol sahası büyüklüğündeki alana kadar olan maden projelerine daha kolay onay veriliyor. 25 hektar altında kalan şirketlerin, ÇED hazırlamasına gerek kalmıyor.

12.3. Madenlere Karşı Halk Tepkisine Dair Çeşitli Haberler

- Dersim halkı ayakta. Madene karşı yürüdüler: Dersim'in Sekasur bölgesinde açılması planlanan pomza taşocağına karşı bölge halkı yürüyüş düzenledi. (BirGün 9.6.2025)
- Tokat'ta 'madene hayır' mitingi: Bu topraklar bizim, bizim kalacak! Maden şirketlerinin 2 binden fazla ruhsat başvurusu yaptığı Tokat'ta halk bir araya gelerek miting düzenledi. 'Madene geçit yok' mesajı veren yurttaşlar, "Bu topraklar bizim, bizim kalacak" vurgusunu yaptı. (BirGün 10.6.2025)
- Maden projesine tepki: Başka Yazıcık yok. Tokat'ın Niksar ilçesine bağlı Yazıcık Kasabası'nda kurulmak istenen bentonit maden projesine karşı halkın tepkisi devam ediyor. (BirGün 1.6.2025)
- Ağrı'nın Diyadin ilçesindeki altın madeni projesine tepki: "Diyadin İliç olmasın." Ağrı'nın Diyadin ilçesine bağlı Mollakara Köyü'nde Koza Holding'e ait siyanürlü altın madeni projesine karşı Türkiye'nin dört bir yanından gelen çevreciler ve hukukçular, "Mollakara İliç olmasın, Diyadin kanser olmasın" diyerek açıklama yaptı. Murat Nehri kaynaklarında, fay hattı ve sönmemiş volkanın eteklerinde kurulan madenin bölgesel felakete yol açabileceği uyarısında bulunulurken, siyanürlü madenciliğin yasaklanması ve projenin iptali talep edildi. (BirGün 4.6.2025)
- Sinop'ta bakır madenine karşı eylem: "Maden, sağlık, iş ve aş getirmez". Samsun ile Sinop'un ilçelerindeki kulüplerin üyeleri bir araya gelerek, Boyabat'ta maden sahası oluşturulmak istenmesini protesto etmek amacıyla yürüme eylemi gerçekleştirdi. (BirGün 2.6.2025)
- Bakanlık, ormanı yok etmekte kararlı. Çevre Bakanlığı, Kırklareli'nde ormana hançer vuran kalker ocağının kapasite artışına ikinci kez onay vererek mahkeme kararını görmezden geldi. Muhtar Hasan Başkan tepkili: Bölgede bir cinayet işleniyor. (BirGün 13.4.2025)

13. Sonuç ve Öneriler

Nüfus artışı, sanayi ve teknolojide gelişmeler, enerji sektöründe ve diğer alanlarda arz ve talebin büyümesi yakın gelecekte devam edecektir. Son dönemde otomobil bataryaları dahil ileri teknoloji ürünler için vazgeçilmez hale gelen nadir elementlere olan talepteki patlama madencilik sektörünün çevreye ve insan refahı ve sağlığına olan etkilerinin artacağına dair endişeleri büyütmektedir. Yakın geçmişte Eskişehir Beylikova'da dünyanın ikinci en büyük nadir toprak elementi rezervinin bulunduğuna dair Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı'nın açıklaması,[88] bir taraftan ülkemizin dışarıya olan bağımlılığının azaltabileceğinden memnuniyet yaratmış, öte yandan nadir elementlerin tenörünün düşüklüğü dikkate alındığında, çevreye ve insan sağlığına verebileceği zarar yönünden endişe doğurmuştur. Bilindiği üzere, nadir toprak elementleri solunum sistemi, sinir sistemi, kardiyovasküler sistem, üreme sistemi ve iskelette toksik etkilere yol açabilmektedir.[89] Gelecekteki çevresel felaketleri önlemek ve sürdürülebilir bir madencilik anlayışını yerleştirmek için aşağıdaki politika önerilerinin dikkate alınması yardımcı olabilir:

-Mevzuatın güçlendirilmesi ve hassas alanların korunması: Maden Kanunu'nda, su havzaları, ormanlar, milli

parklar ve tarım arazileri gibi ekolojik açıdan kritik ve hassas bölgelerde madencilik faaliyetlerini kesin olarak kısıtlayıcı düzenlemeler yapılmalıdır. Mevzuat, "kamu yararı" tanımını genişletirken çevresel ve sosyal maliyetleri göz ardı etmemeli, yerel halkın haklarını güvence altına almalıdır.

- Bağımsız denetim ve şeffaflığın sağlanması: Maden sahalarındaki çevresel etki değerlendirme süreçleri (ÇED), madencilik sektöründen bağımsız, bilimsel ve şeffaf kurullar tarafından yürütülmelidir. Şirket raporları, yerel topluluklar ve resmi kurumlar tarafından doğrulanabilir veriler içermeli ve tüm su tüketimi, kirlilik seviyeleri ve sağlık analiz sonuçları periyodik olarak kamuya açık bir şekilde yayımlanmalıdır. En son teknoloji kullanılarak çevresel riski en aza indiren yöntemler teşvik edilmeli ve maden sahaları bağımsız kurumlar tarafından sürekli ve etkin bir şekilde denetlenmelidir.
- Kalıcı maliyetlerin gözetilmesi ve risk yönetimi: Madenlerin kapatılması ve rehabilitasyon süreçlerine ilişkin planlar, asitli kaya drenajı gibi kalıcı riskleri ve uzun vadeli çevresel maliyetleri tam olarak içermelidir. Bu maliyetler, maden işletmesi süresince bir fona aktarılarak, faaliyetler sona erdikten sonra oluşacak tahribatın giderilmesi için yatırımcılar tarafından garanti altına alınmalıdır.
- Hukuki zemin ve katılım: Yerel halkın ve sivil toplum kuruluşlarının madencilik projelerine ilişkin karar süreçlerine etkin katılımı sağlanmalı ve hukuki süreçler engellenmemelidir. Çevre davalarında, özellikle bilirkişi raporlarının hazırlanması sürecinde şeffaflık ve bağımsızlık esas alınmalıdır. Davacı taraflara tüm belge ve bilgilere erişim hakkı tanınmalı ve yargı kararlarının uygulanmasını garanti altına alan mekanizmalar güçlendirilmelidir. Çevresel, sosyal ve ekonomik koşullarda madencilik faaliyetleri nedeniyle maddi-manevi kayba uğrayanların zararları hukuki olarak değerlendirilmeli ve maduriyetleri giderecek şekilde tazmin edilmelidir.
- Ekosistem servisleri yaklaşımının benimsenmesi: Madencilik faaliyetlerinin fayda-maliyet analizleri, sadece ekonomik kazançlar üzerinden değil, aynı zamanda ekosistem servislerinin (temiz su, hava, tarım arazisi ve biyoçeşitlilik) kaybı üzerinden de değerlendirilmelidir. Bu yaklaşım, madenciliğin çevresel ve sosyal maliyetlerini daha doğru bir şekilde yansıtacak ve daha dengeli kararlar alınmasını sağlayacaktır.
- Madencilik faaliyetlerinin yaygınlığı ve insan sağlığına bilinen olumsuz etkileri göz önüne alındığında, çevre etki değerlendirmesi (ÇED) raporlarının yanı sıra sağlık etki değerlendirmesi (SED) raporları da zorunlu hale getirilmeli ve bu değerlendirmeler toplumun tüm kesimlerini kapsayan katılımcı mekanizmalarla yürütülmelidir.

KAYNAKLAR

1. UNDP, UN Environment. Managing mining for sustainable development [İnternet]. 2018. Erişim adresi: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/asia_pacific_rbap/UNDP-MMFSD-LowResolution.pdf
2. 3213 Sayılı Maden Kanunu. Maden Kanunu [İnternet]. 1985 [a.yer 05 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=3213&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5
3. Demirbugan A. Maden Projelerinin Değerlendirmesinde Optimum Üretim Miktarının Belirlenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sos Bilim Derg. 05 Şubat 2016;17(1):129-46.
4. Çalışma ve Sosyal Güvelik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü. Madenlerde grizu tehlikesi-Madenlerde İSG Serisi-1.
5. Bozok FK. RUHSATSIZ MADEN ÜRETİMİNDEN DOĞAN CEZA SORUMLULUĞU. Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Derg. 12 Mart 2024;32(1):195-226.
6. Üstün G. Madencilik Faaliyetlerinde Halkın Katılımı: Sürdürülebilir Kalkınma ve Kanada Maden Hukuku Perspektifi. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Derg. 31 Aralık 2024;30(2):486-94.
7. TEMA. Madenciliğe Kapalı Alanlar Politika Notu [İnternet]. 2022. Erişim adresi: https://cdn-tema.mncdn.com/Uploads/Cms/madencilige-kapali-alanlar-politika-notu_2.pdf
8. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı. Maden Petrol İşleri Genel Müdürlüğü-Maden Kanununun Geçici 45 inci Maddesinin Uygulanmasına Dair usul ve esaslar [İnternet]. 2025 [a.yer 07 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.mapeg.gov.tr/Sayfa/Duyuru/5521%20Maden-Kanununun-Gecici-45-inci-Maddesinin-Uygulanmasina-Dair-Usul-ve-Esaslar
9. T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı. Çevresel Göstergeler-Çevresel Etki Değerlendirmesi Kararları [İnternet]. [a.yer 15 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://cevreselgostergeler.csb.gov.tr/cevresel-etki-degerlendirmesi-kararlari-i-85829
10. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı. Madencilik Faaliyetleri İzin Yönetmeliği [İnternet]. 2005 [a.yer 11 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20059013&MevzuatTur=21&MevzuatTertip=5
11. Uşak Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği İl Müdürlüğü. Uşak ili 2023 yılı çevre durum raporu [İnternet]. 2024. Erişim adresi: https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/icerikler/usak_icdr-2023-20240909145702.pdf

12. Anadolu Ajansı. Kışladağ Altın Madeni davası yarın Uşak'ta yeniden görülecek [İnternet]. 2025 [a.yer 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.aa.com.tr/tr/enerjiterminali/maden/kisladag-altin-madeni-davasi-yarin-usakta-yeniden-gorulecek/47463
13. Tarım ve Orman Bakanlığı. İçme ve Kullanma Suyu Havzalarının Korunmasına Dair Yönetmelik, R.G. no: 30224 [İnternet]. 2017 [a.yer 12 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=24036&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
14. TEMA. Erzincan-Tunceli Çevresinde Madencilik [İnternet]. 2021. Erişim adresi: https://cdn-tema.mncdn.com/Uploads/Cms/erzincan-ve-tunceli-cevresinde-madencilik_1.pdf
15. MAPEG [Maden ve Petrol İşleri Genel Müdürlüğü]. Maden İstatistikleri [İnternet]. 2025 [a.yer 04 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://mapeg.gov.tr/Sayfa/Madenistatistik
16. Cumhuriyet. Muğla'nın yüzde 10'u madene teslim: [İnternet]. 2025 [a.yer 29 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.cumhuriyet.com.tr/turkiye/mugla-nin-yuzde-10-u-madene-teslim-datca-ve-bodrum-kadar-yere-maden-ruhsati-2438779
17. TEMA. Türkiye Maden Ruhsatlarının Tehdidi Altında: 24 İlde 20 Bine Yakın Maden Ruhsatı [İnternet]. 2022 [a.yer 12 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.tema.org.tr/basin-odasi/basin-bultenleri/turkiye-maden-ruhsatlarinin-tehdidi-altinda
18. TEMA. Kaz Dağları Yöresinde Madencilik [İnternet]. 2020 Nis. Erişim adresi: https://cdn-tema.mncdn.com/Uploads/Cms/kaz-daglari-raporu_3.pdf
19. MTA Genel Müdürlüğü. Türkiye Maden Yatakları Haritaları [İnternet]. [a.yer 12 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.mta.gov.tr/v3.0/hizmetler/maden-yataklari
20. İMİB (İstanbul Maden İhracatçıları Birliği). Türkiye Maden İhracatı İndeksi, Kasım 2024 [İnternet]. 2024 [a.yer 12 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://imib.org.tr/wp-content/uploads/IMIB-ENDEKS-2024-KASIM.pdf
21. T.C. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı. Tabii Kaynaklar [İnternet]. 2025 [a.yer 07 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://enerji.gov.tr/bilgimerkezi-tabiikaynaklar-komur
22. Sağlık Bakanlığı. Gayrı Sıhhi Müesseseler Yönetmeliği [İnternet]. Eyl 26, 1995. Erişim adresi: https://www.tarimorman.gov.tr/TADAB/Belgeler/%C4%B0lgili%20Y%C3%B6netmelikler/ilgili_yonetmelik_22416.pdf
23. Akıncı M, Yıldırım F. Madencilik Kaynaklı Çevresel Bozulmayı Ekososyal Çalışma Bağlamında Değerlendirmek. Türkiye Sos Hizmet Araştırmaları Derg. 31 Aralık 2024;8(2):177-88.
24. Oxfam Australia. Impacts of Mining [Internet]. [a.yer 18 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.oxfam.org.au/what-we-do/economic-inequality/mining/
25. Karababa AO. Madencilik ve Halk Sağlığı [İnternet]. polenekoloji.org. 2021 [a.yer 22 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.polenekoloji.org/madencilik-ve-halk-sagligi/
26. Panktunç D. Madencilik ve Çevre Etkileri. 2001;4.
27. TEMA. Siyanür Liçi İle Altın Madenciliği [İnternet]. 2018. Erişim adresi: https://cdn-tema.mncdn.com/Uploads/Cms/siyanur-lici-altin-madenciligi.pdf
28. Bilim Akademisi. Siyanürlü Altın İşletmeciliği: Çevre ve Sağlık Riskleri [İnternet]. 2024. Erişim adresi: https://bilimakademisi.org/wp-content/uploads/2024/02/siyanurlu-altin-isletmeciligi-cevre-ve-saglik-riskleri-2.pdf
29. TMMOB Maden Mühendisleri Odası. Madencilikte Yaşanan İş Kazaları Raporu 2010-2020 [İnternet]. 2021 Mar. Erişim adresi: https://api.maden.org.tr/uploads/portal/resimler/ekler/f4e5d6912a_2079309069_ek.pdf
30. Dilek S. Uşak-Kışladağı, Tüprag Altın Madeni Çevre Etki Değerlendirmesi'ne İlişkin Bir Eleştiri. Tıp Dünya [İnternet]. 15 Mart 2005 [a.yer 21 Ağustos 2025];(134). Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/TD/TD134/15.php
31. Temiz Hava Hakkı Platformu. Kara Rapor 2024: Hava Kirliliği ve Sağlık Etkileri [İnternet]. 2024 Eyl. Erişim adresi: https://temizhavahakki.org/wp-content/uploads/2024/12/Kara-Rapor-2024_final.pdf
32. Çeçen F. Geliyorum diyen facia-Kömür madenciliğinin çevresel etkileri [İnternet]. Boğaziçi Üniversitesi Soma Araştırma Grubu; 2014. Erişim adresi: https://busomarastirmagrubu.bogazici.edu.tr/sites/busomarastirmagrubu.boun.edu.tr/files/madenciligincevreseletkisi.pdf
33. Ateş Ö, Taşpınar K, Yalçın G, Kızılaslan F, Pınar MÖ, Toprak S, vd. Ecological and contamination assessment of soil in the region of coal-fired thermal power plant. Int J Environ Health Res. 02 Aralık 2023;33(12):1558-67.
34. Parlak M, Tas İ, Görgişen C. Termik Santrallerin Etrafındaki Topraklarda Ağır Metal Kapsamlarının Belirlenmesi: Çanakkale Örneği. ÇOMÜ Ziraat Fakültesi Derg. 28 Aralık 2022;10(2):367-80.
35. Macklin MG, Thomas CJ, Mudbhatkal A, Brewer PA, Hudson-Edwards KA, Lewin J, vd. Impacts of metal mining on river systems: a global assessment. Science. 22 Eylül 2023;381(6664):1345-50.
36. TÜİK. TÜİK Atık İstatistikleri, 2022 [İnternet]. 2023 [a.yer 25 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Atik-Istatistikleri-2022-49570
37. Çanakkale Valiliği Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği İl Müdürlüğü. Çanakkale İli 2023 Yılı Çevre Durum Raporu [İnternet]. 2024. Erişim adresi: https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/icerikler/canakkale_-cdr2023-20241206135600.pdf
38. Balıkesir Valiliği Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği İl Müdürlüğü. Balıkesir İli 2023 Yılı Çevre Durum Raporu [İnternet]. 2024. Erişim adresi: https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/icerikler/balikesir-ilcdr-2023-20241212085542.pdf
39. Kütahya Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği İl Müdürlüğü. Kütahya ili 2023 yılı çevre durum raporu [İnternet]. 2024. Erişim adresi: https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/icerikler/kutahya_2023-icdr-20250103094444.pdf
40. Elazığ Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği İl Müdürlüğü. Elazığ ili 2023 yılı çevre durum raporu [İnternet]. 2024. Erişim adresi: https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/icerikler/elazig_-cdr2023-20241105094237.pdf

41. Türk Tabipler Birliği. Türk Tabipleri Birliği Bergama Raporu 2001 Siyanür liç yöntemiyle yapılan altın madenciliğinin insan ve çevre sağlığı üzerindeki etkileri ve Bergama-Ovacık altın madeninin yaratacağı risklerin değerlendirilmesi [İnternet]. 2001. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/eweb/bergama/icin.html
42. Ağırdır B. Zeytin yasasından Akbelen'e Türkiye'nin yeni ikilemi [İnternet]. https://gazeteoksijen.com/yazarlar/bekir-agirdir/zeytin-yasasindan-akbelene-turkiyenin-yeni-ikilemi-252489. Gazete Oksijen; 2025 [a.yer 26 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://gazeteoksijen.com/yazarlar/bekir-agirdir/zeytin-yasasindan-akbelene-turkiyenin-yeni-ikilemi-252489
43. Struve DK. Tree Establishment: A Review of Some of the Factors Affecting Transplant Survival and Establishment. Arboric Urban For AUF. 01 Ocak 2009;35(1):10-3.
44. TC. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı. Çevresel Göstergeler-Amaç dışı kullanılan tarım alanları [İnternet]. 2019 [a.yer 26 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://cevreselgostergeler.csb.gov.tr/amac-disi-kullanilan-tarim-alanlari-i-85768
45. Temiz Hava Hakkı Platformu, Adhoc. Kömür Sektöründe Çalışan İşçilerin Sağlık Sorunlarının ve Olası İstihdam Değişikliklerinde Beklentilerinin Saptanması. Soma Örneği [İnternet]. 2025 Mar. Erişim adresi: https://temizhavahakki.org/wp-content/uploads/2025/03/Somada-Komur-ve-Saglik_THHP-2024_web.pdf
46. Qian D, Yan C, Xiu L, Feng K. The impact of mining changes on surrounding lands and ecosystem service value in the Southern Slope of Qilian Mountains. Ecol Complex. 01 Aralık 2018;36:138-48.
47. TÜİK. TÜİK Su ve Atıksu İstatistikleri, 2022 [İnternet]. 2023 [a.yer 26 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Su-ve-Atiksu-Istatistikleri-2022-49607
48. Bai D, Wang T, Li C, Wang W. Impact of coal energy development on the surrounding environmental water resources carrying capacity. Desalination Water Treat. 01 Temmuz 2024;319:100518.
49. Ground Water Protection Council. Abandoned Mines [Internet]. [a.yer 18 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.gwpc.org/topics/abandoned-mines/
50. Maden Tetkik ve Arama Genel Müdürlüğü. Dünyada ve Türkiye'de altın [İnternet]. 2020. Erişim adresi: https://www.mta.gov.tr/v3.0/sayfalar/bilgi-merkezi/maden-serisi/altin.pdf
51. Altın Madencileri Derneği. Türkiye Altın Üretimi [Internet]. 2024 [a.yer 14 Ağustos 2024]. Erişim adresi: https://altinmadencileri.org.tr/turkiye-altin-uretimi-2/
52. Kiventerä J, Piekkari K, Isteri V, Ohenoja K, Tanskanen P, Illikainen M. Solidification/stabilization of gold mine tailings using calcium sulfoaluminate-belite cement. J Clean Prod. 01 Aralık 2019;239:118008.
53. Halk TV. Arsenik bulgusu yasal sınırın iki katı çıktı! [İnternet]. Halk TV. 2025 [a.yer 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://halktv.com.tr/gundem/arsenik-bulgusu-yasal-sinirin-iki-kati-cikti-912611h
54. BirGün. Bir kent susuz kaldı [Internet]. birgun.net. 2025 [a.yer 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.birgun.net/haber/bir-kent-susuz-kaldi-646340
55. TRT Haber. Uşak'a su sağlayan baraj kurudu: Kentte su kesintisi uygulanacak [İnternet]. 2025 [a.yer 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.trthaber.com/haber/turkiye/usaka-su-saglayan-baraj-kurudu-kentte-su-kesintisi-uygulanacak-917114.html
56. Uşak Haber Gazetesi. Uşak'ta Artık Su Yok: Altın Madeni Suyu Tüketti! [İnternet]. Uşak Haber Gazetesi. 2025 [a.yer 20 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://usakhabergazetesi.com.tr/usakta-artik-su-yok-altin-madeni-suyu-tuketti
57. TÜPRAG Metal Madencilik/Eldorado Gold. Kışladağ altın madeni yıllık su raporu 2024 [İnternet]. 2024. Erişim adresi: https://www.tuprag.com.tr/doc/kisladag_su_raporu_2024.pdf
58. Özkaynak B. Maden İhtilafları Merceğinden Çevre Adaleti/Adaletsizliği [İnternet]. polenekoloji.org. 2021 [a.yer 29 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.polenekoloji.org/maden-ihtilaflari-merceginden-cevre-adaleti-adaletsizligi/
59. Yaşar S, İnal S, Yaşar Ö, Kaya S. Geçmişten günümüze büyük maden kazaları. Bilimsel Madencilik Derg. 01 Haziran 2015;54(2):33-43.
60. Özdemir C, Tunca B, Çöl M. Dünyada ve Türkiye'de Maden Kazaları. Karaelmas J Occup Health Saf. 31 Ağustos 2023;7(2):109-18.
61. ILO. 176 No'lu Madenlerde Güvenlik ve Sağlık Sözleşmesi, 1995 [İnternet]. 2015 [a.yer 15 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/tr/resource/176-nolu-madenlerde-guvenlik-ve-saglik-sozlesmesi-1995
62. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı. 2023 Yılı Maden İşyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Programlı Teftişi-Genel Değerlendirme Raporu [İnternet]. 2023. Erişim adresi: https://www.csgb.gov.tr/Media/yspn52cz/3-teknik_2023-maden-gdr.pdf
63. SGK. İŞ kazası ve meslek hastalığı istatistikleri [İnternet]. 2024. Erişim adresi: https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4
64. ÇASGEM. Meslek Hastalıkları [İnternet]. 2013. Erişim adresi: https://www.csgb.gov.tr/Media/fgwlc5ol/meslek-hastaliklari.pdf
65. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma Genel Müdürlüğü. Çalışma Hayatı İstatistikleri Aylık E-Bülteni [İnternet]. 2024. Erişim adresi: https://www.csgb.gov.tr/Media/qg2nxlna/calisma-hayati-istatistikleri-aylik-e-bulten-haziran-2024.pdf
66. Varol G. Soma'da kömür, sağlık ve adil dönüşüm: Bir eleştirel değerlendirme. TTB Toplum ve Hekim. Haziran 2025;40(3):187-95.
67. TMMOB Maden Mühendisleri Odası. TMMOB Maden Mühendisleri Odası 48. Dönem Çalışma Raporu 2022-2024 [İnternet]. 2024. Erişim adresi: https://api2.maden.org.tr/uploads/contents/48.D%C3%B6nem%20%C3%87al%C4%B1%C5%9Fma%20Raporu-web.pdf
68. Küçük FÇU, Ilgaz A. Causes of Coal Mine Accidents in the World and Turkey. Turk Thorac J. Nisan 2015;16(Suppl 1):S9-14.

69. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi (İSİG). İş cinayeti raporları [İnternet]. 2025 [a.yer 13 Ağustos 2025]. Erişim adresi: http://www.guvenlicalisma.org
70. TMMOB Jeoloji Mühendisleri Odası. Bir çevre felaketi: İliç altın madeni işletmesi [İnternet]. 2024 [a.yer 22 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.jmo.org.tr/genel/bizden_detay.php?kod=17206&tipi=3&sube=0&subesi=
71. Türkiye Barolar Birliği. ERZİNCAN İLİÇ TE YAŞANAN ÇEVRE FELAKETİNİN NEDENİ HUKUKSUZLUKTUR [İnternet]. Türkiye Barolar Birliği. 2024 [a.yer 22 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.barobirlik.org.tr/Haberler/erzincan-ilicte-yasanan-cevre-felaketinin-nedeni-hukuksuzluktur-84539
72. Bennett K. Abandoned mines — environmental, social and economic challenges. İçinde: Fourie A, Tibbett M, editörler. Perth: Australian Centre for Geomechanics; 2016. s. 241-52. Erişim adresi: https://papers.acg.uwa.edu.au/p/1608_16_Bennett/
73. Yücel D, Baba A. Türkiye'de asit maden göllerine Çan (Çanakkale) Havzası'ndan Güncel birkaç örnek. Mavi Gezegen [İnternet]. 2013;(18). Erişim adresi: https://www.jmo.org.tr/resimler/ekler/95fe684bd24816c_ek.pdf
74. Mhlongo SE. Physical hazards of abandoned mines: A review of cases from South Africa. Extr Ind Soc. 01 Eylül 2023;15:101285.
75. T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı. Çevresel Göstergeler-İşletildikten Sonra Kapatılan Maden Ocaklarının Sayısı ve Alanı [İnternet]. [a.yer 14 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://cevreselgostergeler.csb.gov.tr/isletildikten-sonra-kapatilan-maden-ocaklarinin-sayisi-ve-alani-i-85827
76. T.C. Çevre ve Orman Bakanlığı. Madencilik Faaliyetleri ile Bozulan Arazilerin Doğaya Yeniden Kazandırılması Yönetmeliği [İnternet]. 2010 [a.yer 18 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/01/20100123-1.htm
77. 6831 Sayılı Orman Kanunu. Orman Kanunu [İnternet]. 1956 [a.yer 18 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6831&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3
78. 9. Köy. Terk edilmiş 903 maden ocağından 2'sinde ağaçlandırma yapıldı [İnternet]. 9.Köy. 2024 [a.yer 18 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://9koy.org/terk-edilmis-903-maden-ocagindan-2sinde-agaclandirma-yapildi.html
79. Maus V, Werner TT. Impacts for half of the world's mining areas are undocumented. Nature. Ocak 2024;625(7993):26-9.
80. TMMOB Maden Mühendisleri Odası. Kaçak ocaklarda cinayetler devam ediyor [İnternet]. 2023 [a.yer 26 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.maden.org.tr/icerik/kacak-ocaklarda-cinayetler-devam-ediyor-202311151422
81. Anadolu Ajansı Enerji Terminali. TMD Başkanı Yılmaz: "Türkiye'nin yer altı potansiyeli 3,5 trilyon dolar" [İnternet]. 2025 [a.yer 17 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.aa.com.tr/tr/enerjiterminali/maden/tmd-baskani-yilmaz-turkiyenin-yer-alti-potansiyeli-3-5-trilyon-dolar/51205
82. Anadolu Ajansı Enerji Terminali. Altın madencileri orman kanunu uygulama yönetmeliğindeki değişikliği memnuniyetle karşıladı [İnternet]. 2025 [a.yer 17 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.aa.com.tr/tr/enerjiterminali/maden/altin-madencileri-orman-kanunu-uygulama-yonetmeligindeki-degisikligi-memnuniyetle-karsiladi-/51278
83. BirGün. Yaşamın dibine maden ocağı [Internet]. birgun.net. 2025 [a.yer 17 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.birgun.net/haber/yasamin-dibine-maden-ocagi-653235
84. BirGün. Binlerce ağaç kesilecek: Mengen Çayı kirlenecek [Internet]. birgun.net. 2025 [a.yer 17 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.birgun.net/haber/binlerce-agac-kesilecek-mengen-cayi-kirlenecek-644631
85. BirGün. Çanakkale'nin tek içme suyu kaynağına maden tehdidi: Koza'ya ÇED verildi [Internet]. birgun.net. 2025 [a.yer 29 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.birgun.net/haber/canakkale-nin-tek-icme-suyu-kaynagina-maden-tehdidi-koza-ya-ced-verildi-616226
86. TRT Haber. Ankara'da maden ocağında göçük: 14 yaralı [İnternet]. 2025 [a.yer 29 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.trthaber.com/haber/turkiye/ankarada-maden-ocaginda-gocuk-14-yarali-903522.html
87. Cumhuriyet. Bakanlık maden ocağına onay verdi: 7 bin ağaç kıyımı için ÇED bile gerekmiyormuş! [İnternet]. 2025 [a.yer 29 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.cumhuriyet.com.tr/cevre/bakanlik-maden-ocagina-onay-verdi-7-bin-agac-kiyimi-icin-ced-bile-2294328
88. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı. Nadir toprak elementlerinde artık üretim için çalışıyoruz [İnternet]. 2024 [a.yer 26 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://enerji.gov.tr/
89. Wang W, Yang Y, Wang D, Huang L. Toxic Effects of Rare Earth Elements on Human Health: A Review. Toxics. 26 Nisan 2024;12(5):317.

Türkiye'de Hava Kirliliği ve Sağlık (2020–2025)

Gamze Varol, Melike Yavuz

1. Giriş

Temiz, sağlıklı ve sürdürülebilir bir çevreye erişim, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından evrensel bir insan hakkı olarak kabul edilmiştir. Bu hak, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56. maddesinde *"Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir"* ifadesiyle güvence altına alınmıştır. Buna karşın, hem küresel ölçekte hem de ulusal düzeyde bu hak tam olarak karşılanamamaktadır.

Küresel Hastalık Yükü (GBD) verilerine göre hava kirliliği, 2021 yılında 8,1 milyon erken ölüme neden olmuş ve tüm ölümlerin yaklaşık sekizde birinden sorumlu olmuştur.[1] GBD analizine göre, hava kirliliği 1990'da ölüme yol açan birinci risk faktörü iken, 2021'de yüksek tansiyondan sonra ikinci sırada yer almıştır. Bu durum, çevresel koşullardaki iyileşmelere rağmen hava kirliliğinin hala en büyük küresel sağlık tehditlerinden biri olduğunu göstermektedir.

2020–2025 dönemi, hem küresel hem ulusal ölçekte hava kirliliğiyle mücadelede politik hedeflerin yeniden tanımlandığı, ancak sağlık üzerindeki yükün azalmadığı bir dönem olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2021 yılında güncellediği hava kalitesi kılavuzu, partikül madde, azot dioksit, ozon ve kükürt dioksit için sınır değerleri düşürmüş; en düşük düzeylerde bile olumsuz sağlık etkilerinin görülebileceğini vurgulamıştır.[2]

2020'de yayımlanan Türkiye Sağlık Raporu'nun Hava Kirliliği bölümünde, hava kalitesi izleme sisteminin güçlendirilmesi ve ulusal sınır değerlerin DSÖ standartlarıyla uyumlaştırılması gerekliliği vurgulanmıştı. Aradan geçen beş yılda Türkiye'de ölçüm altyapısı genişlemiş, ancak hava kalitesi göstergelerinde belirgin bir iyileşme sağlanamamıştır.

Bu dönemde, hava kirliliği yalnızca çevresel değil, aynı zamanda sosyal bir sağlık sorunu olarak da daha görünür hale gelmiştir. Yaşama Dair Vakfı'nın 2022 yılında, 26 ilde 2.200 kişiyle yürüttüğü ulusal hava kirliliği algı araştırması, hava kirliliğinin iklim değişikliği ve su kirliliğinden sonra Türkiye'de toplumun en çok endişe duyduğu üçüncü çevre sorunu olduğunu ortaya koymuştur. Katılımcıların yalnızca %14'ü yaşadığı şehirde hava kalitesinin iyi olduğunu belirtirken, %58'i "kötü" veya "çok kötü" değerlendirmesi yapmıştır. Katılımcıların %70'i hava kirliliğini doğrudan bir sağlık sorunu olarak görmekte; en sık belirtilen etkiler solunum (%84) ve kalp-damar hastalıklarıdır (%49). Buna karşın, hava kalitesi uyarılarını düzenli takip edebilenlerin oranı yalnızca %9 olup, %72'si hava kirliliği ölçümlerine nasıl erişileceğini bilmediğini ifade etmiştir.[3] Bu bulgular, Türkiye'de halkın hava kirliliği farkındalığının yüksek olmasına rağmen, bilgiye erişim, izleme ve yönetişim mekanizmalarının yetersizliğini göstermektedir.

Bu metin, Türkiye'de 2020–2025 döneminde hava kirliliği ve sağlık ilişkisini bütüncül bir perspektifle ele almaktadır. İlk olarak, Türkiye'nin hava kalitesi izleme kapasitesi, ölçüm altyapısındaki gelişmeler ve mevcut sınırlılıklar değerlendirilmiştir. Ardından, temel kirleticiler olan partikül madde (PM_{10} ve $PM_{2.5}$), kükürt dioksit (SO_2), azot dioksit (NO_2) ve ozon (O_3) açısından güncel durum, eğilimler ve sağlık etkileri ulusal ve bölgesel düzeyde incelenmiştir. Bunu izleyen bölümde, 2023 Kahramanmaraş depremlerinin hava kalitesi üzerindeki etkileri ve ortaya çıkan ikincil çevresel sağlık riskleri değerlendirilmiştir. Son bölümde ise mevcut bulgular temelinde, Türkiye'de hava kalitesinin iyileştirilmesi için öncelikli politika alanları ve eylem önerileri sunulmuştur.

2. Türkiye'de Kirletici Bazında Güncel Durum (2020–2025)

Türkiye'de hava kalitesi izleme çalışmaları, Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı tarafından yürütülen Ulusal Hava Kalitesi İzleme Ağı aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. 2005 yılında kurulan ağ, 2010'ların sonuna kadar hızla genişlemiş; 2023 yılında 365 sabit istasyonla ülke genelinde yaygın bir ölçüm altyapısına ulaşmıştır.[4] Ancak bu genişleme, veri kalitesinde aynı oranda bir iyileşme ile paralel seyretmemiştir.

2020–2025 döneminde, Türkiye'nin hava kalitesi izleme kapasitesi niceliksel olarak artmış olsa da, veri sürekliliği, kalibrasyon, istasyon yer seçimi ve kirletici çeşitliliği bakımından yapısal sınırlılıklar devam etmektedir. Temiz Hava Hakkı Platformu tarafından yayımlanan Kara Rapor 2025 verilerine göre, %90 ve üzeri veri bütünlüğüne sahip istasyon sayısı tüm istasyonların yalnızca yaklaşık beşte biri düzeyindedir.[5] Bu durum, özellikle sanayi bölgelerinde, kentsel çevrelerde ve topoğrafik olarak kapalı havzalarda (örneğin Iğdır, Afşin-Elbistan, Zonguldak gibi) kirlilik düzeylerinin sistematik biçimde düşük raporlanmasına yol açabilmektedir.

Türkiye'de hava kalitesi raporlaması halen büyük ölçüde PM_{10}, SO_2, NO_2, CO ve O_3 parametrelerine dayanmaktadır.[4] $PM_{2.5}$ ölçümleri sınırlı sayıda istasyonda yapılmakta olup, elde edilen veriler çoğu zaman validasyon sürecinden geçmediği için ulusal raporlara tam olarak yansımamaktadır. Bu nedenle, hava kirliliğiyle ilişkili sağlık yükü hesaplamalarında PM_{10} verileri dolaylı gösterge olarak kullanılmaktadır. Bu durum, özellikle DSÖ'nün 2021 Hava Kalitesi Kılavuzu'nda öne çıkarılan ince partikül madde ($PM_{2.5}$) maruziyetinin sağlık üzerindeki etkilerinin ülke düzeyinde tam olarak izlenmesini zorlaştırmaktadır.

Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmeliği (HKDY), 2008 yılından bu yana yürürlükte olmakla birlikte, kademeli uyum süreci kapsamında AB sınır değerlerine geçiş tamamlanmamıştır.[6] PM_{10} için ulusal limit değer 40 μg/m³ olarak belirlenmiş, $PM_{2.5}$ içinse hâlen bağlayıcı bir ulusal sınır tanımlanmamıştır. Bu durum, Türkiye'de hava kirliliğiyle mücadelede hedef belirleme ve performans izlemede önemli bir boşluk oluşturmaktadır.

Bu genel çerçeve, 2020–2025 döneminde Türkiye'de hava kirliliğinin değerlendirilmesinde kullanılan verilerin kapsamını ve sınırlılıklarını ortaya koymaktadır. Ölçüm altyapısındaki gelişmelere karşın, kirliliğin düzeyi ve sağlık üzerindeki etkileri kirletici türüne, bölgesel özelliklere ve maruziyet süresine göre farklılık göstermektedir. Bu nedenle, izleyen bölümlerde başlıca beş kirletici –partikül madde (PM_{10} ve $PM_{2.5}$), kükürt dioksit (SO_2), azot dioksit (NO_2) ve ozon (O_3)– ayrı başlıklar altında ele alınmıştır. Her bir kirletici için 2020–2025 dönemi boyunca gözlenen eğilimler, ulusal ve uluslararası sınır değerlerle karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiş; mevcut bulgular halk sağlığı üzerindeki etkileriyle birlikte yorumlanmıştır.

2.1. Partikül Madde 10 (PM_{10})

Partikül madde (PM_{10}), Türkiye'de en yaygın ölçülen ve en çok sınır aşımı görülen kirleticidir. Kara Rapor 2025'de Türkiye'de son 10 yılın hava kalitesi değerlendirmesi yapılmış ve 2015–2020 arasında PM_{10} düzeylerinde sınırlı bir azalma eğilimi olduğu ancak 2020 sonrasında ise yeniden artış eğilimine girildiği saptanmıştır(5). 2015 yılında ortalama 52 μg/m³ olan PM_{10} düzeyi, 2019'da 44 μg/m³'e gerilemiş; 2020 sonrasında yeniden yükselerek 2024'te 47 μg/m³'e ulaşmıştır.

2024 yılı itibarıyla Türkiye'nin 76 ilinde PM_{10} ölçümü yapılmış, bunların 32'sinde ulusal yıllık sınır değeri (40 μg/m³) aşılmıştır.[5] Yıllık ortalama PM_{10} düzeyi 47,2 μg/m³ olup, bu değer DSÖ kılavuzunda önerilen yıllık sınırın (15 μg/m³) üç katından fazla, ulusal sınır değerin (40 μg/m³) ise üzerindedir. **Şekil 1**'de Türkiye'de 2024 Yılında PM_{10} Yıllık Ortalamalarının Mekânsal Dağılımı sunulmuştur.[5] Buna göre, 2024 yılı itibarıyla Türkiye genelinde hava kalitesinin hiçbir bölgede DSÖ kılavuz değerlerine ulaşamadığını görülmektedir. Ülkenin büyük bölümü (kırmızı tonlar) DSÖ sınır değerinin (15 μg/m³) üzerinde; Marmara, İç Anadolu ve Ege bölgelerindeki birçok ilde ise ulusal sınır değerin (40 μg/m³) de aşıldığı görülmektedir. En yüksek kirlilik düzeyleri "En kirli 10 il" olarak işaretlenen (mavi tonlu) illerde —özellikle Batman, Osmaniye, Gaziantep, Manisa, Bursa ve Iğdır'da— kaydedilmiştir. Bu dağılım, Türkiye'de hava kirliliğinin hem yaygın hem bölgesel olarak yoğunlaşan bir sorun olduğunu ve ölçüm eksikliklerinin özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da belirginleştiğini ortaya koymaktadır.

Türkiye'de hava kalitesi düzenli olarak izlenmekle birlikte, hava kirliliğinin sağlık üzerindeki etkilerini sistematik olarak değerlendiren ulusal düzeyde bütüncül bir izlem veya kayıt sistemi bulunmamaktadır. Bu nedenle, sağlık etkilerine ilişkin mevcut bilgiler büyük ölçüde bağımsız akademik araştırmalar ve yerel epidemiyolojik çalışmalar üzerinden elde edilmektedir. Kentsel büyüme, termik santrallerin işletimi, katı yakıt kullanımı ve uzun mesafe toz taşınımları, son beş yılda PM_{10} kirliliğinin sürekliliğini belirleyen başlıca etmenlerdir.



Şekil 1. 2024'te yeterli veri alınabilen istasyonların ortalamalarına göre illerdeki yıllık ortalama PM_{10} derişimleri[5]

Son 5 yılda yapılan epidemiyolojik araştırmalar, PM_{10} maruziyetinin hem kısa vadeli (günlük) solunum ve kardiyovasküler etkiler hem de uzun vadeli mortalite açısından halk sağlığı üzerinde ciddi bir yük oluşturduğunu göstermektedir. İzmir'de yapılan bir zaman serisi analizinde, günlük PM_{10} artışlarıyla solunum hastalıklarına bağlı başvurular arasında %1,05 oranında artış saptanmış; etkiler özellikle 35–44 yaş erkeklerde ve 65 yaş üzeri kadınlarda belirginleşmiştir.[7] Ankara'da yürütülen bir çalışmada PM_{10}'daki 10 µg/m³'lük artışın bronşit nedeniyle hastaneye yatış riskini %1 oranında artırdığı, kadınların ve 45–64 yaş grubunun daha duyarlı olduğu bildirilmiştir.[8] İstanbul'da AirQ+ modeliyle yapılan bir analiz, PM_{10} düzeylerinin DSÖ limitine düşürülmesiyle postneonatal ölümlerin %8–13'ünün önlenebileceğini göstermiştir[9]. Bu bulgular, PM maruziyetinin yaşamın her döneminde —doğumdan ileri yaşa kadar— etkili bir sağlık belirleyicisi olduğunu ortaya koymaktadır.

Bölgesel düzeyde yürütülen araştırmalar, kirlilik kaynaklarının çeşitliliğine ve iklim koşullarına bağlı olarak sağlık etkilerinin farklılaştığını göstermektedir. Çanakkale ve Batı Anadolu'da yapılan uzun dönemli analizlerde yüksek PM_{10} düzeylerinin çocuklarda astım semptomlarını (OR: 3.41; %95 GA: 1.96–5.95) ve ileri yaşta KOAH ataklarını artırdığı saptanmıştır[10,11]. Samsun'da yapılan bir ekolojik çalışma, PM_{10}'daki her 10 µg/m³ artışın solunum hastalıklarında %3, kardiyovasküler hastalıklarda %2 artışla ilişkili olduğunu; $PM_{2.5}$'in DSÖ düzeyine çekilmesiyle ölümlerin %12'sinin önlenebileceğini ortaya koymuştur.[12] Gaziantep'te yapılan iki ayrı çalışmada, Sahra kökenli toz taşınımı ve yerel emisyonların birleştiği günlerde PM_{10} değerlerinin 400 µg/m³'e kadar yükseldiği ve bu günlerde hem astım başvurularının hem de inme (stroke) nedenli acil başvuruların anlamlı biçimde arttığı bildirilmiştir(8,13). Bu bulgular, Türkiye'nin güney ve batı bölgelerinde uzun mesafeli toz taşınımı ile yerel kaynaklı kirliliğin etkileşiminin sağlık üzerindeki etkisini göstermektedir.

PM_{10} maruziyeti yalnızca solunum sistemiyle sınırlı etkiler yaratmamaktadır. Samsun'da nörolojik ve psikiyatrik hastalık başvurularında %1'lik, kardiyovasküler başvurularda %2'lik artış saptanmıştır[12]. Gaziantep çalışmasında, çöl tozu fırtınaları inme nedeniyle acil başvuruları %21,9 oranında artırmıştır.[13] Partikül maddeler, inflamasyon, oksidatif stres ve endotelyal disfonksiyon yoluyla dolaşım sistemi üzerinde sistemik etkiler yaratmakta; bu da PM_{10} kirliliğini çoklu organ sistemlerini etkileyen bir halk sağlığı sorunu hâline getirmektedir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, partikül madde kirliliğinin yalnızca sağlık değil, çevresel ve kültürel miras açısından da önemli bir tehdit oluşturduğunu ortaya koymuştur. Konya tarihî kent merkezinde yürütülen bir araştırmada, PM_{10} düzeylerinin 140–340 µg/m³ arasında değiştiği, bu bölgelerde solunum hastalıklarının yoğunlaştığı ve taş yapılarda ağır metal birikimi (Pb, Zn, Ni, Cr, Cu) görüldüğü belirlenmiştir.[14] Bu bulgular, hava kirliliğiyle mücadelenin yalnızca sağlık değil, kentlerin tarihî ve kültürel dokusunu koruma hedefiyle de yürütülmesi gerektiğini göstermektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, 2020–2025 döneminde Türkiye'de PM_{10} kirliliği sağlık açısından en yaygın ve etkili çevresel risk faktörlerinden biri olmayı sürdürmüştür. Farklı bölgelerde yürütülen epidemiyolojik çalışmalar, PM maruziyetinin kısa ve uzun vadeli etkilerinin tüm yaş gruplarını kapsadığını, ölümlerin ve hastane başvurularının anlamlı bir kısmının bu kirliliğe atfedilebildiğini göstermektedir.

2.2. İnce Partikül Madde ($PM_{2.5}$)

$PM_{2.5}$, yani aerodinamik çapı 2,5 mikrometreden küçük partikül madde, hava kirliliğinin sağlık açısından en zararlı bileşeni olarak kabul edilmektedir. Bu ince partiküller solunum yollarından akciğer alveollerine kadar ilerleyebilmekte, oradan da dolaşım sistemine geçerek kardiyovasküler, nörolojik ve metabolik hastalıklar dâhil olmak üzere çok sayıda sistemik etki yaratmaktadır.

Türkiye'nin çevre mevzuatında $PM_{2.5}$ için hâlen bir ulusal sınır değer tanımlanmamıştır. Bu nedenle değerlendirmeler Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2021) ve Avrupa Birliği (AB) limitleriyle yapılmaktadır. DSÖ, $PM_{2.5}$ için yıllık ortalama sınır değerini 5 μg/m³, 24 saatlik ortalama sınırını 15 μg/m³ olarak önermekte[2]; AB ise mevcut düzenlemelerinde yıllık 25 μg/m³ sınırını uygulamaktadır. 2030 yılı itibarıyla AB bu sınırı 10 μg/m³'e düşürmeyi ve ayrıca 24 saatlik 25 μg/m³ limitinin yılda 18 günden fazla aşılmamasını öngörmektedir.

Türkiye'de $PM_{2.5}$ ölçüm ve raporlama çalışmaları, Ulusal Hava Kalitesi İzleme Ağı kapsamında 2016'dan itibaren sınırlı sayıda istasyonda yürütülmektedir. Kara Rapor 2025 verilerine göre, 2024 yılında %90 ve üzeri veri alımı sağlanan 113 istasyonun tamamında DSÖ'nün yıllık ortalama kılavuz değeri olan 5 μg/m³ aşılmıştır. En düşük aşım gün sayısı 35'tir. Ayrıca 8 istasyonda AB'nin yıllık ortalama limit değeri olan 25 μg/m³ üzerinde değerler kaydedilmiştir. Bu durum, $PM_{2.5}$ kirliliğinin ülke genelinde sürekli ve sistematik biçimde yüksek olduğunu göstermektedir.[5]

Yıllık ortalamalar açısından en yüksek değerler, sanayi ve trafik etkisinin yoğun olduğu Bilecik-Bozüyük-MTHM, Düzce-Belediye, Ankara-Siteler, Gaziantep-Atapark, Şırnak-Silopi, Zonguldak-Çatalağzı ve Kütahya-Atatürk Bulvarı istasyonlarında kaydedilmiştir. DSÖ'nün 24 saatlik sınır değerinin (15 μg/m³) yılda dört günden fazla aşılmaması gerekirken, bu istasyonlarda aşım gün sayısı 266 ile 330 gün arasında değişmiştir.[5]

Kentsel merkezlerde sanayi, trafik ve ısınma kaynaklı emisyonların; kırsal bölgelerde ise biyokütle yakımı ve uzun mesafeli toz taşınımının $PM_{2.5}$ kirliliğinde belirleyici olduğu görülmektedir. Özellikle kış aylarında yakıt tüketimiyle birlikte $PM_{2.5}$ düzeylerinde artış belirginleşmekte, yerel meteorolojik koşullar (inversiyon, rüzgâr azlığı) bu durumu pekiştirmektedir.

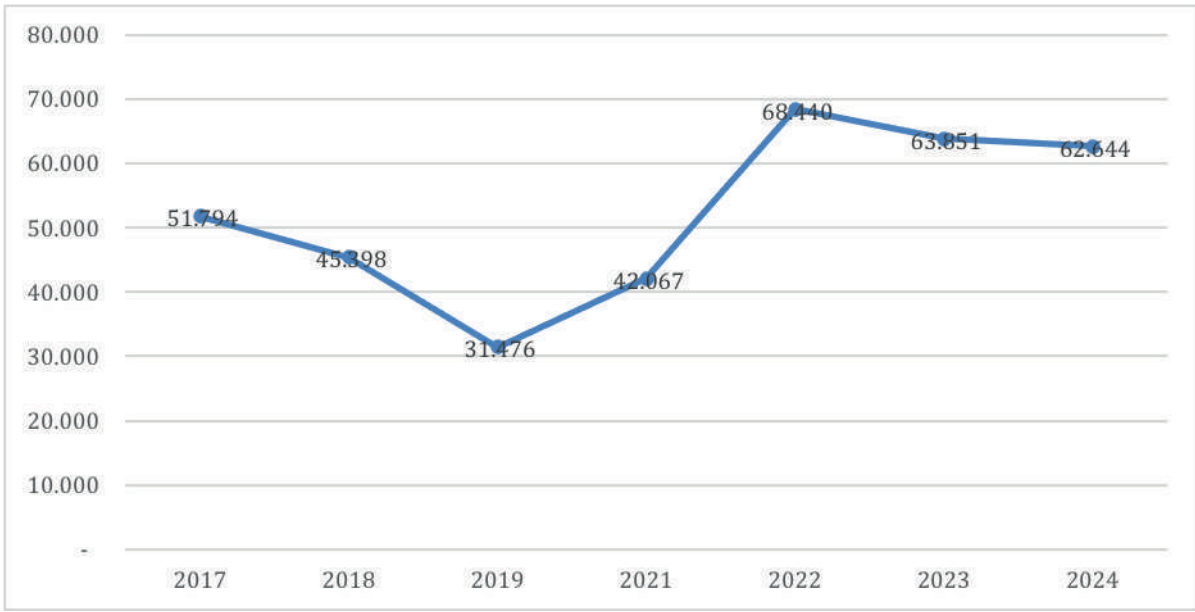
İnce partikül madde ($PM_{2.5}$) maruziyeti, Türkiye'de halk sağlığı açısından en önemli çevresel risk faktörlerinden biri olmaya devam etmektedir. Uzun dönemli $PM_{2.5}$ maruziyeti, kalp-damar, solunum, nörolojik ve metabolik hastalıklar dahil çok sayıda kronik hastalığın gelişiminde rol oynamakta; özellikle yaşlılar, çocuklar ve kronik hastalığı bulunan bireylerde erken ölümlere yol açmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2021 kılavuzunda yıllık ortalama sınır değeri 5 μg/m³ olarak belirlenmiş olmasına karşın, Türkiye'de bu sınırın birkaç kat üzerinde maruziyet yaygındır.

Kara Rapor 2025'te yer alan AirQ+ analizine göre, Türkiye'de 2024 yılında $PM_{2.5}$ maruziyetine bağlı yaklaşık 62.644 erken ölüm meydana gelmiş, bu ölümler 30 yaş üzeri tüm nedenlere bağlı ölümlerin yaklaşık %13'ünü oluşturmuştur.[5] En yüksek atfedilen ölüm sayıları İstanbul, İzmir, Bursa, Mersin ve Ankara illerinde; oransal olarak en yüksek ölüm yüzdeleri ise Osmaniye, Malatya, Ağrı, Batman ve Muğla illerinde saptanmıştır. Bu dağılım, hem sanayi ve trafik kaynaklı kirliliğin batı illerinde yoğunlaştığını hem de uzun süreli maruziyetin ve yapısal yoksunlukların doğu illerinde daha ağır sağlık etkileri yarattığını göstermektedir.

AirQ+ modeline dayalı tahminlere göre, 2019 yılında erken ölümler en düşük düzeyde (31.476 ölüm) gerçekleşmiş, ardından 2022'de (68.440 ölüm) en yüksek değere ulaşmıştır (**Şekil 2**). 2023 ve 2024 yıllarında sayılar kısmen azalsa da 60 binin üzerinde seyretmeye devam etmiştir. Bu eğilim, Türkiye'de uzun dönemli $PM_{2.5}$ kirliliğinin halk sağlığı üzerindeki yükünün kalıcı olduğunu, kısa süreli düşüşlerin ise sürdürülebilir bir iyileşmeye dönüşmediğini göstermektedir.

Şekil 3'te, 2024 yılı itibarıyla $PM_{2.5}$ Maruziyetine Atfedilen Erken Ölümlerin Türkiye Genelindeki Dağılımı gösterilmiştir. Görüldüğü üzere, Ege, Akdeniz ve Doğu Anadolu bölgelerinde koyu tonlarla belirtilen iller — Muğla, Osmaniye, Malatya, Ağrı ve Batman — en yüksek oransal ölüm yüküne sahiptir. Marmara ve Ege bölgelerinde mutlak ölüm sayısı yüksek olmakla birlikte, kirliliğe bağlı ölüm yüzdesi özellikle sosyoekonomik açıdan kırılgan bölgelerde belirgin olarak artmaktadır. Bu durum, çevresel ve sosyal eşitsizliklerin halk sağlığı üzerindeki etkisini güçlendirmektedir.

Bölgesel düzeyde yürütülen epidemiyolojik araştırmalar, Kara Rapor 2025'te ortaya konan ulusal bulguları



Şekil 2. Türkiye'de $PM_{2.5}$ Maruziyetine Atfedilen Erken Ölümlerin Yıllara Göre Değişimi[5]

***Not**: 2021 yılından itibaren hesaplamalarda Dünya Sağlık Örgütü'nün güncel kılavuzunda belirtilen 5 µg/m³ referans değeri kullanılmıştır. Bu nedenle, 2020 ve önceki yıllarla 2021 sonrası arasındaki fark yalnızca kirlilik düzeylerindeki değişimden değil, aynı zamanda bu yeni referans değerin uygulanmasından da kaynaklanmaktadır.*



Şekil 3. 2024 Yılında $PM_{2.5}$ Maruziyetine Atfedilen Erken Ölümlerin Türkiye Genelindeki Dağılımı (% Pay)[5]

destekleyen niteliktedir. Bu çalışmalar, $PM_{2.5}$ düzeylerindeki artışın hem kısa hem de uzun vadeli sağlık etkileriyle güçlü biçimde ilişkili olduğunu göstermektedir. Varol ve ark. Tekirdağ'da[15], Acarer Arat Kocaeli'de[16], Gülle ve Ören Çelik İzmir'de[17], Oktay ve ark. Gaziantep'te[13] ve Topçu Yenerçağ ve Sünter Samsun'da yürüttükleri analizlerde, $PM_{2.5}$ konsantrasyonlarındaki yükselmenin ölüm oranları, hastane başvuruları ve solunum sistemi hastalıklarıyla pozitif korelasyon gösterdiği bildirilmiştir. Aydın ve ark. tarafından İstanbul'da yapılan ekolojik analizde, 2016–2021 dönemine ait hava kalitesi ve nüfus verileri kullanılarak $PM_{2.5}$ düzeyleri ile bebek ölüm oranları arasındaki ilişki incelenmiş; ortamdaki $PM_{2.5}$ düzeyinin her 10 µg/m³ artışında bebek ölüm oranının yaklaşık %8–13 oranında arttığı saptanmıştır.[9] Bu bulgular, ince partikül madde-

nin yalnızca yetişkin mortalitesi değil, aynı zamanda erken çocukluk dönemi sağlığı üzerinde de belirgin etkiler oluşturduğunu ortaya koymakta; dolayısıyla hava kirliliğinin yaşam boyu sağlık eşitsizliklerini derinleştiren bir faktör olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmalar, Türkiye'de $PM_{2.5}$ kirliliğinin yalnızca mortaliteyi değil, hastalık yükünü, sağlık hizmeti kullanımını ve yaşam süresini de etkileyen çok boyutlu bir halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. Ölçüm altyapısının sınırlılığı, sağlık verilerinin çevresel göstergelerle bütünleştirilememesi ve ulusal düzeyde bir sağlık etkisi izleme sisteminin bulunmaması, bu yükün gerçekte olduğundan daha düşük tahmin edilmesine neden olmaktadır. Türkiye'de $PM_{2.5}$ için ulusal sınır değer belirlenmesi, DSÖ kılavuzlarıyla uyumlu hedeflerin konulması ve çevresel sağlık izleme sisteminin güçlendirilmesi, halk sağlığı açısından öncelikli gereksinimdir.

2.3. Kükürt Dioksit (SO_2)

Kükürt dioksit (SO_2), Türkiye'de uzun süredir izlenmekte olan kirleticilerden biridir ve başlıca kaynaklarını kömür ve linyit gibi yüksek kükürtlü yakıtların yanması, termik santraller, metal ve çimento endüstrileri ile ısınmada kullanılan düşük kaliteli yakıtlar oluşturmaktadır. SO_2 asidik ve reaktif bir gaz olup, hem doğrudan solunum sistemi üzerinde tahriş edici etki yaratmakta hem de atmosferde sülfat partiküllerine dönüşerek ikincil partikül madde ($PM_{2.5}$) oluşumuna katkıda bulunmaktadır.

2024 yılı itibarıyla Türkiye'deki 380 hava kalitesi izleme istasyonunun 324'ünde SO_2 ölçümü yapılmakta, bunların 207'sinde yeterli veri bütünlüğü (%90 ve üzeri) sağlanmıştır.[5] Ölçüm altyapısının güçlü olmasına karşın veri sürekliliğinde sorunlar devam etmektedir. Ulusal yıllık limit değer 20 μg/m³, 24 saatlik limit değer ise 125 μg/m³ olarak belirlenmiştir.[6] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2021 kılavuzunda ise 24 saatlik ortalama için çok daha düşük bir sınır, 40 μg/m³, önerilmektedir.[2]

Kara Rapor 2025 verilerine göre, 2020–2025 döneminde SO_2 düzeylerinde genel bir azalma eğilimi gözlenmiştir.[5] Bununla birlikte, sanayi ve enerji üretimi yoğun illerde — özellikle Manisa (Soma), Van, Adana (Yakapınar), Gaziantep (Beydilli), Muğla (Milas) ve Mardin — kirlilik düzeyleri halen yüksek seyretmektedir. 2024 yılında ulusal 24 saatlik limit değerin üç defadan fazla aşıldığı yalnızca iki il (Van ve Manisa-Soma) bulunmasına rağmen, DSÖ kılavuz değerinin (40 μg/m³) yıl içinde beş günden fazla aşıldığı 25 istasyon tespit edilmiştir.

Yıllık ortalama düzeyler açısından değerlendirildiğinde, 13 istasyonda ulusal limit değerin (20 μg/m³) üzerinde ölçümler yapılmıştır. En yüksek yıllık ortalamalar Adana-Yakapınar (35,7 μg/m³), Gaziantep-Beydilli (30 μg/m³), Denizli-Bayramyeri (29,6 μg/m³), Manisa (29 μg/m³), Muğla-Milas (27 μg/m³) ve Mardin (26 μg/m³) istasyonlarında kaydedilmiştir. Bu illerdeki kirliliğin, hem enerji üretimi ve sanayi tesisleri hem de evsel ısınma kaynaklı emisyonlardan kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

Türkiye'nin mevcut ulusal limit değerleri, DSÖ kılavuzlarında önerilen sınırların oldukça üzerindedir. Avrupa Birliği'nde 2030 itibarıyla yürürlüğe girecek yeni düzenlemelerle 24 saatlik sınır değerin 50 μg/m³'e düşürülmesi ve aşım sayısının yılda 18 günle sınırlandırılması öngörülürken, Türkiye'de bu uyum süreci henüz başlamamıştır. Bu durum, özellikle termik santral yoğun bölgelerde SO_2 maruziyetinin halk sağlığı açısından öncelikli bir sorun olmaya devam ettiğini göstermektedir.

Türkiye'de yapılan son dönem çalışmalar, kükürt dioksit (SO_2) maruziyetinin hem kısa hem uzun vadede solunum ve dolaşım sistemi sağlığı üzerinde önemli etkiler yarattığını göstermektedir. Çoğu araştırma, ısınma amaçlı kömür kullanımı ve sanayi emisyonlarının yoğunlaştığı kış aylarında SO_2 düzeylerinin hızla yükseldiğini ve bu artışların hemen ardından solunum hastalıklarına bağlı başvuruların, hastaneye yatışların ve ölümlerin arttığını ortaya koymuştur. Türkiye'de SO_2'ye ilişkin düzenli bir ulusal sağlık izleme sistemi bulunmadığından, mevcut bilgi birikimi çoğunlukla yerel düzeydeki bilimsel araştırmalardan elde edilmektedir.

Varol ve ark., Tekirdağ'da 2016–2018 dönemi verilerini AirQ modeliyle analiz etmiş; SO_2 maruziyetine bağlı önlenebilir ölüm oranını %2,8, kardiyovasküler ölümleri ise %3,1 artışla ilişkili bulmuştur. Etki özellikle 65 yaş üzeri grupta ve soğuk mevsimlerde belirgin olup, $PM_{2.5}$ ve NO_2 düzeyleri kontrol edildiğinde dahi bağımsız kalmıştır[15]. Çanakkale'de yürütülen bir çalışmada, SO_2 düzeyinin çocuklarda astım ataklarıyla (OR=1.37; %95 GA 0.95–1.98) ve yaşlılarda KOAH alevlenmeleriyle (lag 5'te $p<0.01$) güçlü biçimde ilişkili olduğunu göstermiştir(11). Benzer şekilde, Ünal ve arkadaşları Bursa'da 0–18 yaş grubundaki 138.000 hastaneye yatışı analiz etmiş ve her 10 μg/m³'lük SO_2 artışının pnömoni yatışlarını %17–21, bronşit yatışlarını %16–20, astım yatışlarını ise %25 oranında artırdığını ortaya koymuştur.[18] Etki, en belirgin biçimde 2–5 yaş arası çocuklarda gözlenmiş; bu yaş grubunda pnömoni yatışları %27–33'e kadar yükselmiştir. Bulgular,

SO_2 artışının 1–3 gün gecikmeyle sağlık kurumlarına başvurulara yansıdığını ve maruziyetin özellikle erkek çocuklarda daha yüksek risk oluşturduğunu göstermektedir.Bu çalışma, DSÖ kılavuz değerlerinin altında dahi SO_2 maruziyetinin çocuklarda ciddi solunum sorunlarına yol açabileceğini ve özellikle kış aylarında artan ısınma kaynaklı emisyonların halk sağlığı üzerindeki etkisinin belirgin olduğunu ortaya koymaktadır.

Kentsel bölgelerde yapılan diğer araştırmalar da benzer eğilimleri desteklemektedir. Mercan ve ark. Kırşehir'de, günlük SO_2 artışlarının astım ve KOAH nedenli başvuruları izleyen 1–3 gün içinde yükselttiğini göstermiştir.[19] Koşan ve ark. Erzurum'da yürüttükleri bir çalışmada, SO_2 düzeylerinin kış aylarında belirgin şekilde arttığını ve bu artışların göğüs hastalıkları servislerinde hem yatış sayısı hem de hastanede kalış süresiyle güçlü pozitif ilişki gösterdiğini saptamıştır (r=0.69; p=0.01).[20]

SO_2 kirliliğinin uzun dönem etkileri ve mekânsal farklılıkları da farklı illerde yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Öztürk ve Keleş Özgül, Bolu'da 12 yıllık veriyle SO_2 ve PM_{10} eğilimlerini incelemiş; SO_2'nin çocuklarda yetişkinlere göre 5–10 kat daha yüksek sağlık riski oluşturduğunu hesaplamıştır.[21] Konya'da yapılan bir çalışma, SO_2'nin 2019–2021 arasında mevsimsel olarak belirgin şekilde arttığını ve özellikle kış aylarında kirliliğin yoğunlaştığını göstermiştir.[22] Türkiye genelinde yapılan bir ekolojik çalışmada, SO_2 düzeylerinin yüksek olduğu illerde COVID-19 mortalite oranlarının da daha yüksek olduğu belirlenmiştir.[23] Bu bulgu, hava kirliliğinin enfeksiyon hastalıklarına yatkınlığı artırabileceğine işaret etmektedir.Bu yerel ve bölgesel çalışmalar, Türkiye'de SO_2'nin özellikle kış aylarında önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam ettiğini ortaya koymaktadır.

Son beş yılda yapılan çalışmalar, Türkiye'de SO_2 kirliliğinin azalma eğilimi göstermesine karşın, özellikle kış aylarında ve kömürle ısınan bölgelerde hâlâ halk sağlığı açısından önemli bir tehdit oluşturduğunu göstermektedir. SO_2 maruziyeti; kardiyovasküler mortalite, solunum hastalıkları, çocukluk çağı pnömoni ve bronşit vakalarıyla tutarlı biçimde ilişkilendirilmiştir. Bulgular, DSÖ kılavuz değerlerinin altında kalan düzeylerde bile sağlık etkilerinin ortaya çıkabildiğini göstermektedir. Ölçüm altyapısının genişlemesine rağmen verilerin sürekliliği ve bölgesel temsil gücü hâlâ sınırlıdır. Ulusal düzeyde SO_2'ye bağlı hastalık yükünün izlenebilmesi için düzenli sağlık-çevre veri entegrasyonu, yakıt kalitesinin iyileştirilmesi ve termik santrallerde emisyon kontrolünün sıkılaştırılması kritik öncelikler olmaya devam etmektedir.

2.4. Azot Dioksit (NO_2) Kirliliği

Azot dioksit (NO_2), Türkiye'de özellikle kent merkezlerinde, trafik yoğunluğu ve yakıt yanmasıyla ilişkili en önemli hava kirleticilerinden biridir. 2020–2025 dönemi boyunca ölçüm altyapısında önemli ilerlemeler kaydedilmiş; 2024 yılı itibarıyla istasyonların %84'ünde (319 istasyon) NO_2 ölçümü yapılabilir hâle gelmiştir.[5] Bununla birlikte, yeterli veri alınabilen istasyon sayısı sadece 150'dir ve bu durum ulusal değerlendirmelerin güvenilirliğini sınırlamaktadır.

2024 yılı itibarıyla bu 150 istasyonun %95'inde (142 istasyon) yıllık ortalama NO_2 düzeyi, DSÖ'nün 2021 kılavuz değerinde belirlenen 10 $\mu g/m^3$ sınırını aşmıştır.[5] Ayrıca 50 istasyonda ulusal yıllık limit değer olan 40 $\mu g/m^3$'ün üzerinde kirlilik saptanmıştır. NO_2 düzeyleri en yüksek iller arasında İstanbul, Ankara, Kayseri, Erzincan, Tokat, Kütahya ve Zonguldak yer almakta; en yüksek ölçümler trafik istasyonlarında kaydedilmektedir. Ancak bazı "kentsel arka plan" istasyonlarında da benzer şekilde yüksek değerler elde edilmesi, istasyon konumlarının niteliği ve kentsel trafik etkisinin kapsamı açısından metodolojik bir tartışmayı gündeme getirmektedir.

Mevsimsel olarak, NO_2 kirliliği kış aylarında belirgin biçimde artmakta; bu durum ısınma kaynaklı emisyonların trafik kaynaklarına eklendiği dönemlerde birikme etkisi yaratmaktadır. DSÖ'nün 24 saatlik ortalama kılavuz değeri (25 $\mu g/m^3$), 2024 yılında 145 istasyonda yılda üç günden fazla aşılmıştır; bazı trafik istasyonlarında bu sınır neredeyse tüm yıl boyunca (360–366 gün) aşılmıştır.[5] Bu bulgular, Türkiye'de kent merkezlerinde nüfusun önemli bir bölümünün yıl boyunca sağlığa zararlı düzeylerde NO_2'ye maruz kaldığını göstermektedir.

Genel olarak, 2020–2025 döneminde NO_2 kirliliğinde belirgin bir azalma eğilimi saptanmamıştır. Trafik kaynaklı emisyonlar, dizel araç kullanımı, yoğun kentleşme ve düşük rüzgâr hızları bu durumun temel nedenleri arasındadır. 2024 yılı itibarıyla yürürlükte olan ulusal yıllık limit değeri (40 $\mu g/m^3$), DSÖ kılavuz değerinin dört katı olup, mevcut mevzuatın halk sağlığı açısından yeterli koruma sağlamadığı anlaşılmaktadır.[5]

Azot dioksit (NO_2), Türkiye'de kent merkezlerinde trafik yoğunluğu, dizel yakıt kullanımı ve kentsel ısınma kaynaklı emisyonların birleşimiyle en yaygın görülen hava kirleticilerden biridir. Son beş yılda yapılan çalışmalar, NO_2 maruziyetinin solunum ve dolaşım sistemi hastalıkları üzerindeki kısa ve uzun vadeli etkilerine ilişkin güçlü kanıtlar ortaya koymuştur. Özellik-

le çocuklar, yaşlılar ve kronik hastalığı olan bireyler, bu kirleticinin etkilerine karşı daha duyarlıdır.

Tekirdağ'da yapılan bir analizde, 2016–2018 dönemine ait veriler kullanılarak DSÖ'nün AirQ modeliyle yapılan hesaplamalar, NO_2 maruziyetine bağlı toplam ölümlerde %2,6, kardiyovasküler nedenli ölümlerde ise %3,5 artış olduğunu göstermiştir[15]. Araştırmada, $PM_{2.5}$ ve SO_2 gibi diğer kirleticiler kontrol edildiğinde dahi NO_2'nin mortalite üzerindeki bağımsız etkisi anlamlı kalmıştır. Etkiler, özellikle kış aylarında ve 65 yaş üzeri bireylerde daha belirgindir.

Çanakkale'de yürütülen bir başka çalışmada, NO_2 düzeyleriyle KOAH başvuruları arasında gecikmeli ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur.[11] NO_2 artışı, özellikle yaşlı bireylerde 5–6 gün sonra solunum hastalıklarına bağlı başvuruların artışıyla ilişkilendirilmiştir. Bursa'da yapılan zaman serisi analizinde NO_2'nin özellikle çocuklarda astım ve bronşit nedeniyle hastaneye yatışları artırdığı, erkek çocuklarda etkinin daha belirgin olduğu saptanmıştır.[18] Bu bulgular, kent merkezlerindeki yoğun trafik kaynaklı emisyonların çocuk sağlığı üzerindeki yükünü açık biçimde ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, Türkiye'de 2020–2025 döneminde NO_2 kirliliği, özellikle kentsel alanlarda solunum yolu hastalıkları, kardiyovasküler mortalite ve çocukluk çağı astımı açısından önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Elde edilen bulgular, DSÖ'nün 2021 kılavuz değerlerinin çok altında kalan düzeylerde dahi sağlık etkilerinin ortaya çıktığını göstermektedir. Bu nedenle, ulaşım kaynaklı emisyonların azaltılması, dizel araçların payının düşürülmesi ve kent içi hava kalitesi yönetiminde NO_2'ye özel hedeflerin belirlenmesi kritik önem taşımaktadır.

Son beş yılda NO_2 kirliliği, Türkiye'de hava kalitesinin en az iyileşme gösteren bileşenlerinden biri olmuştur. Ölçüm altyapısı genişlemiş olsa da, kent merkezlerinde ve ana ulaşım hatları çevresinde yaşayan nüfus hâlâ yüksek maruziyet altındadır. NO_2 düzeyleri özellikle kış aylarında DSÖ kılavuz değerlerinin birkaç kat üzerine çıkmakta; kısa vadede solunum yolu enfeksiyonları ve kronik hastalık alevlenmeleri, uzun vadede ise kardiyovasküler hastalıklar ve çocuklarda solunum fonksiyonlarında gerileme ile ilişkilendirilmektedir. Türkiye'nin yürürlükteki ulusal sınır değeri (40 µg/m³), 2021 DSÖ kılavuzunda önerilen 10 µg/m³'ün dört katı düzeyindedir ve mevcut mevzuat sağlık açısından yeterli koruma sağlamamaktadır. NO_2 kirliliğinin azaltılmasında trafik kaynaklı emisyonların sınırlanması, dizel yakıtlı araçların kademeli olarak azaltılması, kentsel toplu taşım sistemlerinin güçlendirilmesi ve yeşil ulaşım politikalarının yaygınlaştırılması temel öncelikler arasında yer almalıdır.

2.5. Ozon

Ozon (O_3), doğrudan emisyonla değil, atmosferde azot oksitler (NO_x) ve uçucu organik bileşiklerin (UOB) güneş ışığıyla tepkimeye girmesi sonucu oluşan ikincil bir kirleticidir. Bu özelliği nedeniyle kirlilik kaynaklarından uzak bölgelerde bile yüksek düzeylerde gözlenebilir. 2020–2025 dönemi, Türkiye'de ozon ölçüm altyapısının güçlendiği, ancak bölgesel ve mevsimsel farklılıkların belirginleştiği bir dönem olmuştur.

Kara Rapor 2025 verilerine göre, 2024 yılı itibarıyla 221 istasyonda ozon ölçümü yapılabilmekte, bunların yalnızca 129'unda (%58) yeterli veri alınabilmektedir. Ölçüm yapılan istasyonların yarısından fazlasında, DSÖ'nün 8 saatlik ortalama kılavuz değeri (100 µg/m³) yılda 3–4 günden fazla aşılmış; 116 istasyonda bu değer 5 günden daha fazla aşılmıştır. Ulusal sınır değeri olan 120 µg/m³ eşiği de 75 istasyonda yılın 5 gününden fazla aşılarak, Türkiye'de ozonun sağlık açısından güvenli düzeyin üzerinde seyrettiğini göstermiştir. Üç yıllık ortalamalar dikkate alındığında (2022–2024), Balıkesir-Erdek, Erzurum-Palandöken, Ankara-Siteler, Konya-Bosna ve Gaziantep-Atapark istasyonları en yüksek aşım sayılarına sahip bölgeler olmuştur.[5]

Ozon, oluşum mekanizması gereği yaz aylarında, güneşlenme süresinin uzun olduğu ve hava kütlelerinin durağanlaştığı dönemlerde artış göstermektedir. Bu nedenle, trafik ve sanayi kaynaklı kirleticilerin yoğunlaştığı kent merkezlerinde ozon genellikle daha düşük; buna karşın kent çeperleri ve kırsal alanlarda daha yüksek düzeylerde gözlenmektedir. Türkiye'de özellikle Ege, Marmara ve İç Anadolu'nun bazı kesimlerinde, yaz aylarında ozon derişimleri DSÖ kılavuz değerlerinin iki katına kadar çıkmaktadır[5]. 2024 yılı verileri, Bursa, Kırklareli, Balıkesir, Çanakkale, Konya, Iğdır ve Erzurum gibi illerde ozon düzeylerinin hem insan hem bitki sağlığı açısından kritik sınırları aştığını göstermektedir.

Bitki sağlığı açısından kullanılan AOT40 göstergesi değerlendirildiğinde, 109 istasyonun 35'inde ulusal sınır değer olan 18.000 µg/m³·saat aşılmıştır.[5] Bu sonuç, Türkiye'de hem tarımsal üretim hem doğal ekosistemler açısından ozonun önemli bir çevresel stres faktörü hâline geldiğini göstermektedir. Bursa, Ağrı, Kırklareli ve Balıkesir illerinde ölçülen en yüksek AOT40 değerleri, ozonun yalnızca kırsal bölgelerde değil, kentsel alanlarda da bitki sağlığı için tehdit oluşturduğunu ortaya koymaktadır.

Ozon (O_3), atmosferin üst tabakalarında koruyucu işlev görürken, yer seviyesinde güçlü bir oksidan olarak insan sağlığı üzerinde zararlı etkiler yaratır. Kısa süreli maruziyetler bile solunum yollarında irritasyon, akciğer fonksiyonlarında azalma ve astım semptomlarında artışa yol açabilir. Türkiye'de 2020–2025 döneminde yürütülen çalışmalar, ozonun hem akut hem de kronik sağlık etkilerine ilişkin artan kanıtlar sunmaktadır.

Türkiye'de ozonun sağlık etkilerini doğrudan değerlendiren az sayıdaki saha araştırmasından biri Eskişehir'de yürütülmüştür.[24] Çalışmada, 1.880 ilkokul öğrencisinde yaz ve kış dönemleri boyunca ozon, NO_2 ve SO_2 düzeyleriyle solunum fonksiyonları arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaz döneminde ozon derişimleri 60–160 μg/m³ aralığında ölçülmüş, ozon düzeylerindeki her 10 μg/m³ artışın kız çocuklarında akciğer fonksiyon bozukluğu riskini %11 artırdığı (OR=1,11; %95 GA: 1,03–1,19) belirlenmiştir. Bu etki yalnızca yaz döneminde anlamlı bulunmuş, ozonun kısa süreli maruziyette bile çocuklarda solunum fonksiyonlarını olumsuz etkilediği gösterilmiştir.

Son yıllarda yapılan bölgesel çalışmalar, bu bulguları desteklemektedir. Çanakkale'de yürütülen bir araştırmada, ozon düzeyleri ile solunum hastalıklarına bağlı hastane başvuruları arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır.[11] Etkiler özellikle yaz aylarında ve çocuk yaş grubunda belirginleşmiştir. Tekirdağ'da yapılan modelleme temelli bir çalışmada, 2016–2018 dönemine ait AirQ analizlerine göre ozon maruziyetine bağlı toplam mortalitede %1,7 artış hesaplanmıştır.[15] Çalışma, $PM_{2.5}$ ve NO_2 gibi diğer kirleticiler kontrol edildiğinde dahi ozonun mortalite üzerindeki bağımsız etkisinin sürdüğünü göstermiştir. Ünal ve ark. tarafından Bursa'da yapılan bir çalışmada ozon düzeylerinin yüksek olduğu günlerde çocukların astım ve bronşit nedeniyle hastane başvurularında artış olduğu gözlenmiştir.[18]

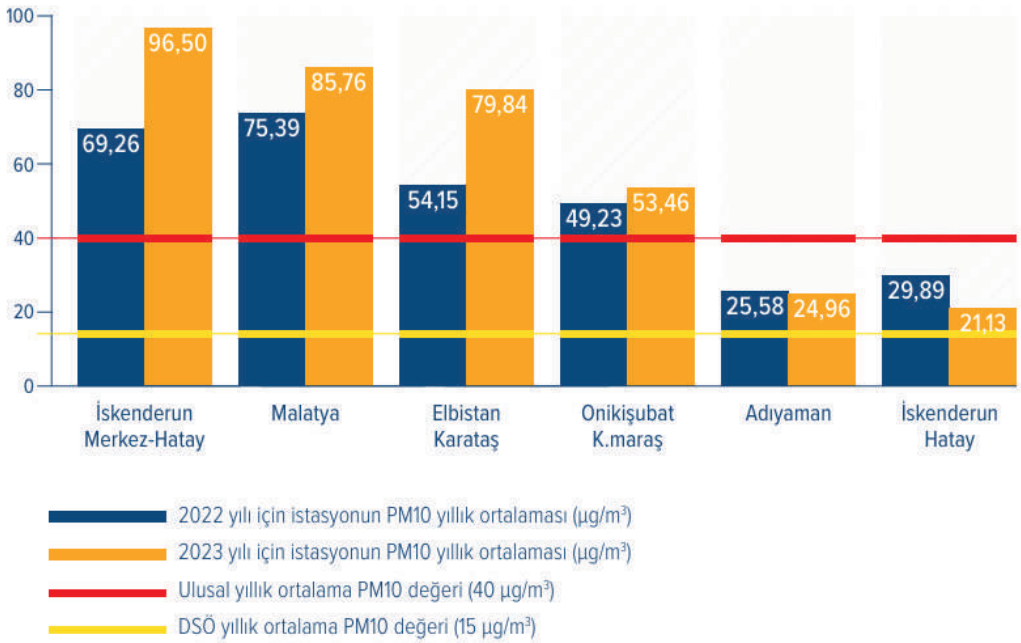
Mevcut veriler, ozonun Türkiye'de özellikle yaz aylarında kent merkezleri dışındaki bölgelerde yoğunlaştığını, ancak etkilerinin nüfusun büyük bir kesimini kapsadığını göstermektedir. Ozon maruziyeti; çocuklarda akciğer fonksiyon bozuklukları, solunum yolu hastalıkları, astım alevlenmeleri ve erken ölümler ile ilişkilidir. Üstelik bu etkiler, DSÖ'nün 2021 kılavuz değerinin (100 μg/m³) altında kalan düzeylerde dahi ortaya çıkabilmektedir.

3. 2023 Kahramanmaraş Depremlerinin Hava Kalitesine Etkisi

6 Şubat 2023 depremleri, yalnızca büyük bir yıkıma değil, aynı zamanda bölgede ikincil bir hava kirliliği krizine yol açmıştır. Deprem sonrasında yıkılan veya ağır hasarlı binalardan kaynaklanan yaklaşık 117–216 milyon ton aralığında enkaz oluşmuş; bu süreçte toz emisyonları insan sağlığı açısından tehlikeli düzeylere ulaşmıştır. Ölçüm yapılabilen illerde PM_{10} ve $PM_{2.5}$ düzeylerinde belirgin artışlar kaydedilmiş, 2023 yılı itibarıyla yıllık ortalamalar Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kılavuz değerlerinin 3–6 katına yükselmiştir. Özellikle Hatay-İskenderun, Kahramanmaraş-Elbistan, Malatya ve Adıyaman illerinde PM_{10} sınır değerleri yılın 200 günden fazla bir süresinde aşılmıştır. Bazı izleme istasyonlarının depremde hasar görmesi nedeniyle, bu verilerin dahi kirliliğin gerçek boyutunu tam olarak yansıtamadığı düşünülmektedir. **Şekil 4**'te görüldüğü üzere, 2022–2023 döneminde depremden en çok etkilenen illerde PM_{10} yıllık ortalamaları hem ulusal sınır değerin (40 μg/m³) hem de DSÖ kılavuz değerinin (15 μg/m³) oldukça üzerinde seyretmiştir. Bu bulgular, afet yönetimi süreçlerinde hava kalitesi izleme ve toz kontrolünün sistematik biçimde entegre edilmesi gereğini açık biçimde ortaya koymaktadır.[25]

Deprem bölgesindeki büyük yıkım, yalnızca partikül madde artışıyla değil, aynı zamanda asbest maruziyeti yoluyla da ciddi bir halk sağlığı riski yaratmıştır. Bölgedeki eski bina stokunda asbest içeren malzemelerin varlığı, yıkım ve enkaz kaldırma süreçlerinde bu liflerin atmosfere karışmasına neden olmuştur. 2023 yılı Eylül ayında yürütülen saha çalışmasında, Adıyaman, Kahramanmaraş ve Elbistan'da alınan 66 toz örneğinin 12'sinde farklı türlerde asbest (krizotil, antofilit, aktinolit) tespit edilmiştir.[26] Ulusal mevzuatta dış ortam havasında asbest için bir sınır değer bulunmamakta; mevcut yönetmeliklerde öngörülen önleyici uygulamaların afet sonrası dönemde hayata geçirilmediği gözlemlenmektedir.

Afet sonrası yeniden yapılanma döneminde, bölgedeki hava kirliliği kalıcı bir nitelik kazanmıştır. "Görünür Tehlike: Beton Santralleri ve Hava Kirliliği" başlıklı raporda yer alan ölçümler, Hatay Antakya'da PM_{10} ortalamasının 60,1 μg/m³, $PM_{2.5}$ ortalamasının 41,5 μg/m³ olduğunu göstermekte; bu değerler DSÖ kılavuzlarının yaklaşık 2–3 kat üzerindedir.[27] Aynı dönemde 58 beton santraline "ÇED gerekli değildir" kararı verilmiştir. Böylece, enkaz kaynaklı akut kirliliğin ardından, yeniden yapılanma süreciyle birlikte kronik partikül madde kirliliği ortaya çıkmıştır. Asbest liflerinin uzun dönemli etkileriyle birlikte değerlendirildiğinde, 2023 depremleri yalnızca bir doğal afet değil, uzun vadeli bir çevresel halk sağlığı krizine dönüşmüştür.



Şekil 4. Deprem bölgesindeki dört ilde 2022-2023 yılları PM10 yıllık ortalamalarının DSÖ ve ulusal limit değerlerle karşılaştırılması[25]

4. Sonuç ve Öneriler

2020–2025 dönemi, Türkiye'de hava kalitesinin halk sağlığı üzerindeki etkilerinin daha görünür hale geldiği, ancak iyileşme hızının sınırlı kaldığı bir dönem olmuştur. Bu beş yıllık süreçte, ölçüm ölçüm altyapısının genişlemesine karşın, hava kalitesi göstergelerinde kalıcı bir iyileşme sağlanamamış, pek çok kentte kirletici düzeyleri ulusal ve uluslararası sınır değerlerin üzerinde seyretmiştir.

Partikül madde (PM_{10} ve $PM_{2.5}$) halen en önemli çevresel risk faktörüdür. 2024 yılı itibarıyla $PM_{2.5}$ maruziyetine bağlı erken ölümlerin sayısı 60 bini aşmış, bu da hava kirliliğini Türkiye'deki en önemli önlenebilir ölüm nedenlerinden biri haline getirmiştir. DSÖ 2021 kılavuz değerleriyle karşılaştırıldığında, Türkiye'deki $PM_{2.5}$ konsantrasyonları 5–10 kat arasında daha yüksek seyretmekte; bu durum her yıl binlerce yaşam kaybının önlenebilir olduğunu göstermektedir.

Türkiye'de 2020-2025 döneminin en önemli olaylarından biri de 2023 Kahramanmaraş depremleridir. Depremler hava kirliliği açısından ikincil bir çevresel afet yaratmış, enkaz tozu, asbest ve yeniden yapılanma kaynaklı emisyonlar bölgesel sağlık riskini artırmıştır.

Hava kirliliğine bağlı sağlık yükü Türkiye'de hâlâ çok yüksektir. Son beş yılda yapılan epidemiyolojik çalışmalar, $PM_{2.5}$ maruziyetinin solunum ve kardiyovasküler hastalıklar, bebek ölümleri ve kronik hastalıklarla güçlü biçimde ilişkili olduğunu göstermektedir. 2025 yılı itibarıyla, ulusal mevzuatta hâlâ $PM_{2.5}$ için bir limit değer bulunmaması, halk sağlığı koruması açısından önemli bir eksikliktir. Hava kalitesi verilerinin bazı bölgelerde yetersiz ölçülmesi, kirliliğin gerçek düzeyinin olduğundan düşük görünmesine yol açmaktadır. Bu durum, özellikle çevresel adalet ve sağlıkta eşitsizlikler açısından yeni bir politika alanı gerektirmektedir.

Türkiye'de yürürlükte olan Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmeliği'nin 10. maddesi, limit değerlerin aşıldığı bölgelerde il düzeyinde "Temiz Hava Planı" hazırlanmasını zorunlu kılmaktadır. Ancak uygulamada bu planların hazırlanması, güncellenmesi, izlenmesi ve kamuoyuna açıklanması süreçlerinde ciddi aksaklıklar yaşanmaktadır. Bazı illerde planlar güncellenmemekte, performans göstergeleri tanımlanmamakta ve planların uygulanma sonuçları kamuya açık olarak raporlanmamaktadır. Bu durum, yasal çerçevenin var olmasına rağmen uygulama ve hesap verebilirlik mekanizmalarının yetersiz kaldığını göstermektedir.

Önümüzdeki dönemde hava kirliliğiyle mücadelede öncelikli politika alanları şunlardır:

1. **Ulusal mevzuat uyumu:** Hava kalitesi mevzuatı DSÖ 2021 kılavuz değerleriyle uyumlu hale getiril-

meli, $PM_{2.5}$ için yıllık ve kısa vadeli limit değerler acilen tanımlanmalıdır.

2. **İzleme kapasitesi:** Ulusal Hava Kalitesi İzleme Ağı portatif, sensör tabanlı ve mobil ölçüm sistemleriyle güçlendirilmeli; veriler şeffaf biçimde, halkın erişimine açık olarak yayımlanmalıdır.
3. **Afet ve kentsel dönüşüm yönetimi:** Enkaz kaldırma, inşaat, taşımacılık ve sanayi süreçlerinde Toz Yönetim Protokolleri geliştirilip zorunlu hale getirilmelidir.
4. **Sağlık izleme:** $PM_{2.5}$ maruziyetine bağlı ölüm ve hastalık yükünü izleyebilmek için ulusal düzeyde çevre–sağlık sürveyans sistemi kurulmalı, Sağlık Bakanlığı bu izlemeyi düzenli raporlamalıdır.
5. **Temiz hava planlarının etkinliği:** Tüm illerde hazırlanan eylem planlarının uygulama, izleme ve değerlendirme aşamaları için ölçülebilir performans göstergeleri tanımlanmalı; halkın katılımı ve şeffaflık etkin biçimde sağlanmalıdır.
6. **Yerel yönetim kapasitesi:** Belediyelere, hava kalitesi yönetimi ve sağlık etkilerinin izlenmesi konularında teknik ve mali destek sağlanmalıdır.
7. **Temiz enerji dönüşümü:** Isınma, sanayi ve ulaşım sektörlerinde temiz enerjiye geçiş hızlandırılmalı; fosil yakıt kullanımını azaltacak teşvik ve destek mekanizmaları oluşturulmalıdır.

Hava kirliliği, Türkiye'de hâlâ önlenebilir en büyük çevresel sağlık yükü olmaya devam etmektedir. $PM_{2.5}$'in neden olduğu erken ölümlerin azaltılması, yalnızca çevre politikalarının değil, halk sağlığı stratejilerinin de merkezinde yer almalıdır. Temiz hava planlarının etkin uygulanması, ölçülebilir izleme göstergeleriyle desteklenmesi ve kamuya açık şekilde değerlendirilmesi, bu hedefe ulaşmanın en kritik adımlarındandır.

KAYNAKLAR

1. HEI. State of Global Air 2024, Special Report. Boston; 2024. [Erişim tarihi: 13 Ekim 2025] Erişim adresi: https://www.stateofglobalair.org/resources/report/state-global-air-report-2024
2. WHO. WHO global air quality guidelines: particulate matter (, PM2.5 and PM10), , ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. Geneva; 2021. [Erişim tarihi: 18 Ağustos 2025] Erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/9789240034228
3. YaDa. Türkiye'de HavaKirliliği Algısı. Yaşama Dair Vakfı. 2022. [Erişim tarihi: 2 Nov 2025] Erişim adresi: https://www.yada.org.tr/turkiyede-hava-kirliligi-algisi/
4. ÇŞİDB. 81 İlin Hava Kalitesi "Ulusal Hava Kalitesi İzleme Ağı" ile 7 Gün 24 Saat Takip Ediliyor. T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı. 2023. [Erişim tarihi: 19 Ekim 2025] Erişim adresi: https://www.csb.gov.tr/81-ilin-hava-kalitesi-ulusal-hava-kalitesi-izleme-agi-ile-7-gun-24-saat-takip-ediliyor-bakanlik-faaliyetleri-38711
5. THHP. Kara Rapor 2025. Temiz Hava Hakkı Platformu. 2025. [Erişim tarihi: 19 Ekim 2025] Erişim adresi: https://temizhavahakki.org/kara-rapor-2025/
6. ÇŞİDB. Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmeliği. T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı. 2008. [Erişim tarihi: 18 Ağustos 2025] Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=12188&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
7. Yalnız, E., Uslu, Ö., Bolat, E., Altın, S., & Polat, G. Does the Hospital Admission of Patients with Respiratory Disease Increase in Izmir When the PM10 Level is High? *Turkish Thoracic Journal*, 2020; *21*(1), 32–38. https://doi.org/10.5152/TURKTHORACJ.2019.180148.
8. Arslan, H., & Baltaci, H. The Influence of Particulate Matter Concentration on Health Diseases in Southeastern Türkiye: Source Regions and Associated Synoptic Conditions. *E3S Web of Conferences*, 2025; *643*. https://doi.org/10.1051/E3SCONF/202564301003
9. Aydin SN, Sayili U, Kara B, Can G. The Effect of PM10 Pollutant Levels on the Postneonatal Mortality Rate: Application of the AirQ+ Model in Istanbul, Türkiye. Iran J Public Health. 2024;53(10):2290–7. https://doi.org/10.18502/IJPH.V53I10.16716.
10. Baltaci H, Arslan H, Akkoyunlu BO. High PM10 source regions and their influence on respiratory diseases in Canakkale, Turkey. International Journal of Environmental Science and Technology. 2022;19(2):797–806. https://doi.org/10.1007/S13762-020-02914-7/FIGURES/7.
11. Arslan H, Baltaci H, Sahin UA, Onat B. The relationship between air pollutants and respiratory diseases for the western Turkey. Atmos Pollut Res. 2022;13(2):101322. https://doi.org/10.1016/J.APR.2022.101322.
12. Nur F, Yenerçağ T, Sünter AT. Effects of Air Pollution on Mortality and Morbidity in Samsun Province of Turkey. Middle Black Sea Journal of Health Science. 2022;8(4):624–38. https://doi.org/10.19127/MBSJOHS.1158787.
13. Oktay MM, Al B, Boğan M, Kul S, Gümüşboğa H, Bayram H. Impact of desert dust storms, PM10 levels and daily temperature on mortality and emergency department visits due to stroke. Front Public Health. 2023;11. https://doi.org/10.3389/FPUBH.2023.1218942.
14. Hatir ME, Ince I, Hatir AE. The effect of particulate matter (PM2.5 and PM10) on human health and cultural heritage in the historical city centre of Konya. Sadhana - Academy Proceedings in Engineering Sciences. 2025;50(3):1–13. https://doi.org/10.1007/S12046-025-02903-X/FIGURES/9.
15. Varol G, Tokuç B, Ozkaya S, Çağlayan Ç. Air quality and preventable deaths in Tekirdağ, Turkey. Air Qual Atmos Health. 2021;14(6):843–53. https://doi.org/10.1007/S11869-021-00983-2/TABLES/3.
16. Acarer Arat S. Assessment of PM2.5 Variation and Estimation of Mortality Attributable to Long-Term

PM2.5 Exposure Using the AirQ + Model in Kocaeli, Türkiye. Water Air Soil Pollut. 2025;236(14):1–17. https://doi.org/10.1007/S11270-025-08554-2/FIGURES/7.

17. Gülle B.T., Ören Çelik M.M. Attributable Premature Deaths Due to Long-Term PM2.5 Exposure in Izmir Over Five Years: An Ecological Study. Nobel Medicus. 2024;21(62):128–32. [Erişim tarihi: 19 Ekim 2025] Erişim adresi: https://www.nobelmedicus.com/en/article/819
18. Ünal E, Özdemir A, Khanjani N, Dastoorpoor M, Özkaya G. Air pollution and pediatric respiratory hospital admissions in Bursa, Turkey: A time series study. Int J Environ Health Res. 2022;32(12):2767–80. https://doi.org/10.1080/09603123.2021.1991282.
19. Mercan Y, Babaoglu UT, Erturk A. Short-term effect of particular matter and sulfur dioxide exposure on asthma and/or chronic obstructive pulmonary disease hospital admissions in Center of Anatolia. Environ Monit Assess. 2020;192(10):1–11. https://doi.org/10.1007/S10661-020-08605-7/FIGURES/5.
20. Koşan Z, Kavuncuoğlu D, Yılmaz S, Bilici AS, Aras A. An evaluation of the relation between air quality and hospital presentations due to respiratory tract diseases: A cross-sectional study. International Research Journal of Public and Environmental Health, Vol, Page -, 2019. 2019;6(1):1–6. https://doi.org/10.15739/IRJPEH.19.001.
21. Öztürk F, Özgül MK. Assessing long term trends of air pollutants and associated health risks imposed on residents in Bolu (Turkey) during winter. Turkish Journal of Public Health. 2019;17(2):102–22. https://doi.org/10.20518/TJPH.427342.
22. Aydın H, Koçak E, Üniversitesi A, Mühendisliği Bölümü Ç, Öz T. Konya ilinde PM10 ve SO2 kirleticilerinin zamansal ve mekânsal değişimi ile PM10 maruziyetine bağlı sağlık risk değerlendirmesi. Nigde Omer Halisdemir University Journal of Engineering Sciences. 2025;14(4):1328–38. https://doi.org/10.28948/NGUMUH.1704780.
23. Yıldırım E. The relationship between PM10 and SO2 exposure and Covid-19 infection rates in Turkey using nomenclature of territorial units for statistics level 1 regions. Heliyon. 2023;9(11):e21795. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e21795.
24. Altuğ H, Gaga EO, Döğeroğlu T, Özden Ö, Örnektekin S, Brunekreef B, et al. Effects of air pollution on lung function and symptoms of asthma, rhinitis and eczema in primary school children. Environ Sci Pollut Res Int. 2013;20(9):6455–67. https://doi.org/10.1007/S11356-013-1674-1.
25. THHP. Kara Rapor 2024. Temiz Hava Hakkı Platformu. 2024. [Erişim tarihi 31 Ekim 2025] Erişim adresi: https://temizhavahakki.org/kararapor2024/
26. TTB & THHP. Deprem Bölgesinde Üç Kentte Asbest Tespit Çalışması - Nihai Rapor. 2023 Oct. [Erişim tarihi 31Ekim 2025] Erişim adresi: https://temizhavahakki.org/asbest-raporu/
27. THHP. Görünür Tehlike Beton Santralleri ve Hava Kirliliği. 2025. [Erişim tarihi 31 Ekim 2025] Erişim adresi: https://temizhavahakki.org/gorunur-tehlike-beton-santralleri-ve-hava-kirliligi/

Su Kaynakları, Su Kirliliği ve Türkiye'nin Geleceği: Sağlık Boyutuyla Değerlendirme

Ayşe Seval Palteki

1. Giriş

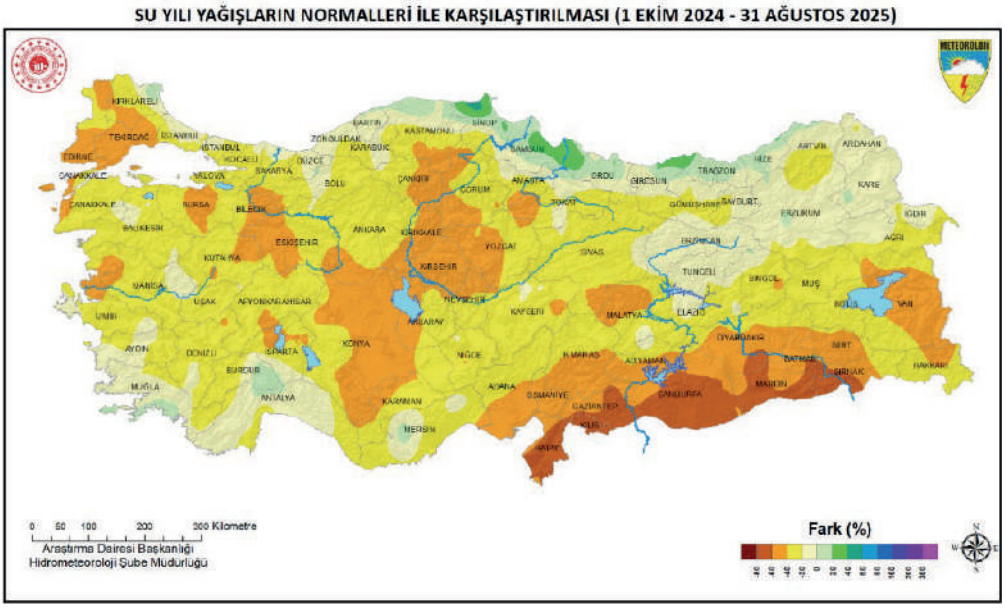
Türkiye'nin su kaynakları artık yalnızca çevresel bir mesele değil, aynı zamanda önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. İklim değişikliğine bağlı kuraklık, sanayileşmenin neden olduğu kirlilik ve artan nüfusla birlikte kentlerde yükselen su talebi, güvenli içme suyuna erişimi her geçen gün daha kırılgan bir hale getirmektedir. Akdeniz iklim kuşağında yer alan Türkiye, iklim değişikliğinin etkilerine en açık bölgelerden biridir. Artan sıcaklıklar ve değişen yağış rejimleri, ülkenin su kaynaklarını hem miktar hem de kalite açısından ciddi biçimde tehdit etmektedir. 2022 yılı itibarıyla kişi başına düşen yıllık su miktarı, Türkiye'yi "su stresi" yaşayan ülkeler arasına yerleştirmekte; nüfus artışına bağlı olarak 2050 yılına gelindiğinde ise bu değerin "su kıtlığı" sınırına kadar düşeceği öngörülmektedir.[1]

2. Türkiye'de Su Kaynaklarının Mevcut Durumu (2020–2025)

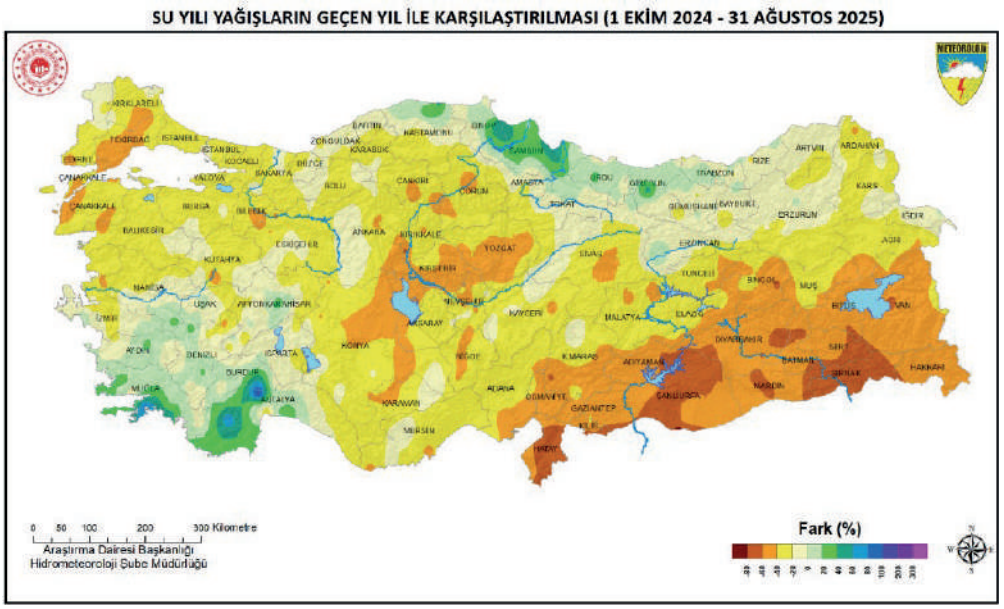
Ülkemizde kişi başına düşen kullanılabilir yıllık su miktarı 2020 yılında 1.346 m^3'ten, 2022 yılında 1.297 m^3 'e gerilemiştir.[2] Bu bağlamda ülkemiz 2020 yılında olduğu gibi 2020-2025 yılları aralığında da su fakiri ülke olmaya devam etmiştir.[3] Su kaynaklarından çekilen su miktarı 2020 yılı için 18,2 milyar m^3 iken, 2022 yılında bu miktar artarak 19,2 milyar m^3 olmuştur. Çekilen suyun %56,8'i denizden geri kalanı ise tatlı su kaynaklarından (%22,1'i yeraltı ve %21,1'i yüzey suları) temin edildi. 2020 yılındaki dağılıma kıyasla son beş senede tatlı su kaynaklarındaki kullanım azalmıştır. 2022'de tatlı su kaynaklarından çekilen suyun büyük kısmını (%80,3) belediyeler temin etmiştir. Bunu sırasıyla %8,6 ile imalat sanayi işyerleri, %4,9 ile maden işletmeleri ve Organize Sanayi Bölgeleri (OSB), %4,7 ile köyler ve %1,5 ile termik santraller izlemiştir Belediyeler kişi başına günde ortalama 229 litre içme ve kullanma suyu sağlamaktadır. Bu miktar İstanbul'da 190 litre, Ankara'da 242 litre ve İzmir'de 210 litre olarak ölçülmüştür.[4]

Türkiye'nin iklimi yarı kurak özellikte olup yağışlar bölgesel farklılık göstermektedir.[2] Ülkemiz iklim değişikliği ve artan su kullanımı ile gün geçtikçe kuraklık etkisinde kalmaktadır. 2025 yılı 11 aylık su yılı yağışları son 52 yılın en düşük seviyesine gerilemiştir. **Şekil 1** ve **Şekil 2**'de 1 Ekim 2024 -31 Ağustos 2025 aralığındaki yağışların normal ve 2024 yılı ile karşılaştırması verilmiştir. 1 Ekim 2024-31 Ağustos 2025 dönemindeki yağışlar normalin %27, 2024 yılının ise %29 altında kaydedilmiştir.[5] Bu dönemde ortalama 401.1 mm yağış kaydedilirken, 1991-2020 yılları arasında aynı dönemindeki ortalama 548,5 mm ve 2024 yılı aynı dönem yağışı ise 563,2 mm'dir.[5] Türkiye genelinde en yüksek yağış azalması %60'ın üzerinde bir seviye ile güney Güneydoğu Anadolu Bölgesi ve Hatay çevresinde gerçekleşmiştir. Orta Karadeniz Bölgesi'nde (Sinop, Samsun, Ordu, Giresun ve Trabzon çevreleri) yağış azalması %20 olarak kaydedilmiştir. Birçok ilde en az son 40 yılın en düşük seviyesinde yağış alınmıştır. 2025 yılında 2024 yılına göre Marmara Bölgesi'nde %32, Ege Bölgesi'nde %12, Akdeniz Bölgesi'nde %24, İç Anadolu Bölgesi'nde %33, Karadeniz Bölgesi'nde %9, Doğu Anadolu Bölgesi'nde %40 Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde ise %59 yağış azalması meydana gelmiştir.[5]

Barajlardaki doluluk oranı 2020 yılında %51,1'den 2025'te %42,2'ye gerilemiştir. 2021 yılında en düşük seviyeyi görerek %31,9 olmuş, su/tarım yılı yağışları son 41 yılın en kurak 2. senesi olarak kaydedilmiştir.[6] 2024 yılında ise %52,9 ile 2020 yılına kıyasla daha yüksek bir oran kaydedilmiştir.[7] 2025 yılı itibariyle başta Bursa, İzmir ve Ankara olmak üzere baraj doluluk oranları kri-



Şekil 1. 1 Ekim 2024- 31 Ağustos 2025 Yağışlarının su yılı yağışlarının normalleri ile karşılaştırılması[5]

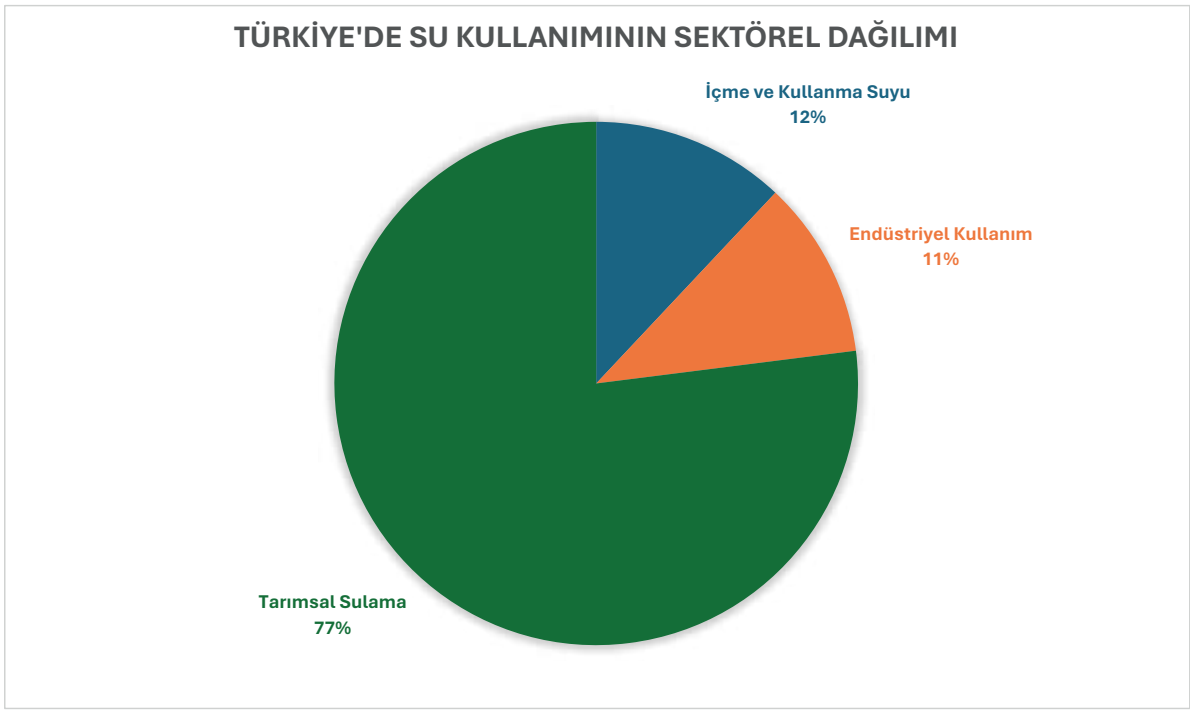


Şekil 2. 1 Ekim 2024- 31 Ağustos 2025 Yağışlarının 2024 su yılı ile karşılaştırılması[5]

tik seviyede olduğundan dönüşümlü su kesintilerine başvurulmuştur.[8] İzmir'de Tahtalı Barajı'nın doluluk oranı yüzde 3,47 seviyesine gerileyerek. 25 yıllık kayıt tarihindeki en düşük seviyeye düşmüştür. Görde Barajı tamamen kururken Balçova Barajı'nda su seviyesi yüzde 5,04'e inmiştir.[9]

3. Su Kullanım ve Kirliliği Eğilimleri (2020–2025)

Türkiye'de su kullanımının sektörel dağılımı **Şekil 3**'te gösterilmiştir. En yüksek su kullanım oranı tarım sulama amaçlı kullanıma aittir.[1] 2022 yılında toplam 16,4 milyar m^3 atıksu doğrudan alıcı ortamlara deşarj edilmiştir. Bu miktarın %76,5'i denizlere, %19,5'i akarsulara, kalan kısmı ise düşük oranlarda barajlara, foseptiklere, göl/göletlere, arazilere ve diğer alıcı ortamlara bırakılmıştır. Denizlere yapılan deşarjın büyük çoğunluğu (%80,2) soğutma sularından kaynaklanmıştır. Günlük kişi başına düşen ortalama atıksu miktarı ise 197 litre olup, İstanbul'da 256 litre, Ankara'da 211 litre ve İzmir'de 181 litredir.[4]



Şekil 3. Türkiye'deki su kullanımının sektörel dağılımı

4. Sağlık Boyutu (2020–2025)

Temiz su ve sanitasyona erişim konusundaki güçlükler, başta çeşitli patojenlerden kaynaklanan gastroenterit olmak üzere birçok hastalığa yol açabilmesinin yanı sıra, sosyal açıdan olumsuz sonuçlara da zemin hazırlayabilmektedir. Bu bağlamda **Şekil 4**'te gösterildiği gibi, ülkemizde güvenli olmayan su, sanitasyon ve el yıkama (WaSH) risk faktörüne atfedilen 100.000 kişiye düşen DALY, 2019 yılında 74,7 iken bu değer her yıl düşerek 2023 yılında 59,6'ya gerilemiştir. Dünya genelinde bu değer 2023 yılında 762,49'dur.[10,11] WaSH risk faktörüne atfedilen ölüm sayısı ise **Şekil 5**'te yer aldığı gibi 2020 yılında 100.000 kişide 1,38'den 2023 yılında 1,26'ya düşmüştür. Bu değer 2023 yılı için dünya genelinde 4,35'tir.[10]

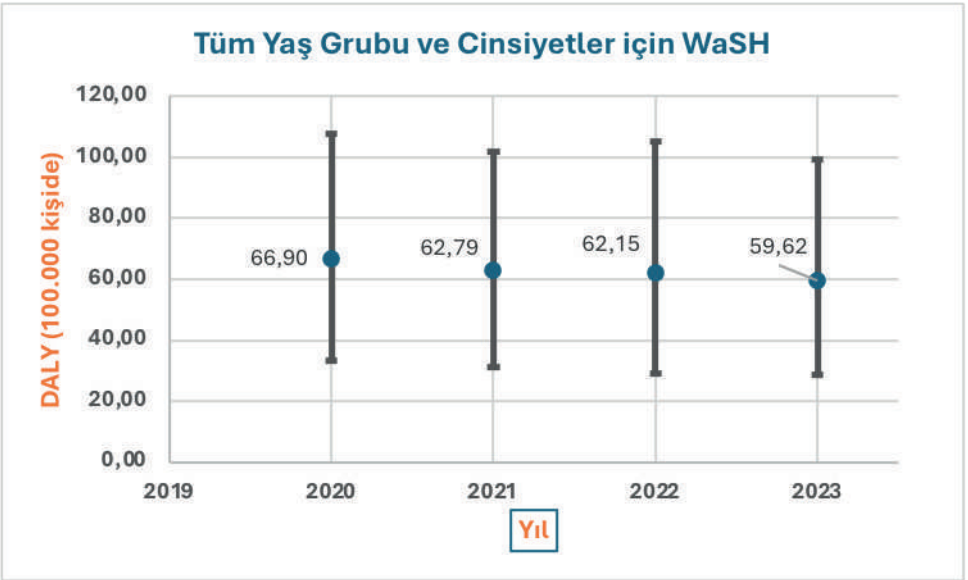
5. İklim Değişikliği ve Türkiye'nin Geleceği

Türkiye, iklim değişikliği kaynaklı riskler açısından yüksek riskli bir bölgededir. Bu nedenle, ülkemizde daha sık, şiddetli ve uzun süreli kuraklıklarla birlikte sıcak hava dalgaları ve orman yangınlarının görülmesi beklenmektedir. Bunun yanı sıra, kısa süreli ancak şiddetli sağanak yağış görülen gün sayısının artması ve beraberinde an oluşan su taşkınlarını getirmesi ön görülmektedir.[1]

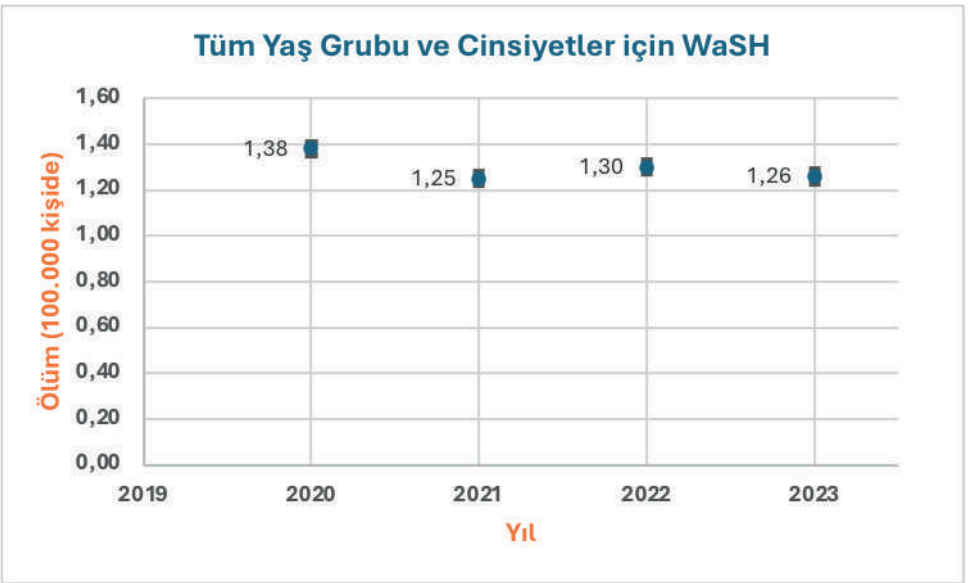
Meteoroloji Genel Müdürlüğü verilerine göre 2025 su yılında yağışlar normal değerlerin %27 altında kalmıştır.[5] İklim ile ilgili projeksiyonlar, özellikle Ege, Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde yağışların azalacağını, sıcak hava dalgalarının ve kurak geçen gün sayısının artacağını göstermektedir. Buna bağlı olarak, Fırat-Dicle ve Konya Kapalı Havzaları gibi bölgelerde su açığı oluşması; buna karşın Doğu Karadeniz gibi bölgelerde ise nispi su fazlası yaşanması öngörülmektedir. Bu durum, bölgesel su yönetimi stratejilerinin önemini artırmaktadır.[1]

İklim değişikliği ve buna bağlı olası kuraklığın yanı sıra, yeraltı sularının aşırı kullanımı, özellikle kıyı bölgelerde tuzlu su girişini tetiklemekte, diğer bölgelerde ise obruk oluşumunda rol oynayabilmektedir.[12] Bu bağlamda Konya ovasında 2000 kadar obruk gözlemlenmiştir.[13]

Yağışların azalması ve yeraltı sularının uygunsuz kullanımı nedeniyle ortaya çıkabilecek, temiz suya erişim sorunlarının önüne geçilebilmesi için su verimliliği önem arz etmektedir. Su verimliliği, yalnızca tasarrufu değil; suyun üretim süreçlerinde etkin kullanımını ve israfın önlenmesini amaçlayan bütüncül bir yaklaşımdır. Bu anlayışla hazırlanan "Su Verimliliği Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2023–2033)", suyun korunması, yeniden kullanımı ve sektörler arası adil paylaşımını esas almaktadır. Plana göre, sürdürülebilir su yönetimi için altyapısal ve davranışsal düzeyde iyileştirmeler gereklidir. İçme suyu temininde kayıpların azaltılması, basınç yönetimi, sayaç kalibrasyonu ve izinsiz bağlantı-



Şekil 4. Türkiye'deki tüm yaş grupları ve cinsiyetler için güvenli olmayan su, sanitasyon ve el yıkama (WaSH) risk faktörüne atfedilen DALY (100.000 kişide)[10]



Şekil 5. Türkiye'deki tüm yaş grupları ve cinsiyetler için güvenli olmayan su, sanitasyon ve el yıkama (WaSH) risk faktörüne atfedilen ölüm sayısı (100.000 kişide)[10]

ların önlenmesi gibi teknik tedbirlerin yanında, toplumun su tasarrufu konusundaki farkındalığının artırılması da kritik öneme sahiptir.[1]

Tarımsal alanda, modern sulama tekniklerinin yaygınlaştırılması, gerçek zamanlı izleme sistemlerinin kurulması ve drenaj sularının yeniden kullanımı öncelikli adımlar arasında yer almaktadır. Kentsel ölçekte ise belediyelerin su kayıplarını azaltması, yağmur ve gri su gibi alternatif kaynakları değerlendirmesi ve sünger şehir modellerini yaygınlaştırması hedeflenmektedir. Bu kapsamda, su kayıp oranının 2033'e kadar %25'in altına, 2040'a kadar ise %10 seviyesine düşürülmesi planlanmaktadır.[1]

Sanayi sektöründe ise temiz üretim teknolojilerinin benimsenmesi, ölçüm ve izleme altyapısının güçlendirilmesi, verimliliği teşvik eden fiyatlandırma politikalarının uygulanması ve endüstriyel suyun yeniden kullanımı öngörülmektedir. Bu sayede, bazı alt sektörlerde %50'ye varan su tasarrufu sağlanabileceği tahmin edilmektedir.[1]

Tüm sektörlerde ortak hedef; su ayak izini azaltmak ve havza bazlı yönetim sistemlerini güçlendirmektir. Böy-

lece su verimliliği, yalnızca tasarrufa yönelik bir anlayış olmaktan çıkarak, üretimden tüketime ve yeniden kullanıma kadar tüm süreçleri kapsayan sürdürülebilir bir kalkınma politikası haline gelmektedir.[1]

6. Sonuç ve Öneriler

Küresel iklim değişikliği ve artan nüfus, su kaynakları üzerindeki baskıyı giderek artırmaktadır. Artan talebe karşın azalan su miktarı, Türkiye'nin yakın gelecekte "su kıtlığı" yaşayan ülkeler arasında yer alabileceğini göstermektedir. Bu bağlamda yayınlanan T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı tarafından "2023-2030 Değişen İklime Uyum Çerçevesinde Su Verimliliği Strateji Belgesi ve Eylem Planı" bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır. Bu planın etkin biçimde uygulanması, su kaynaklarımızın sürdürülebilirliği açısından kritik önemdedir.

Su tüketiminde en büyük paya sahip olan tarımsal sulama alanında damla ve yağmurlama sulama sistemleri gibi modern yöntemlerin yaygınlaştırılması, drenaj sularının yeniden kullanımı ve yeraltı suyu kullanımının azaltılmasına yönelik denetimlerin artırılması öncelikli adımlar olabilir.

Kentsel ölçekte, suyun taşınması ve dağıtımı sırasında yaşanan kayıplar gerek büyükşehirlerde gerekse diğer bölgelerde önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Su kayıplarının azaltılması hem suyun verimli kullanımı hem de altyapı yatırımlarının etkinliği açısından öncelikli adımlardandır. Eylem planında belirlenen hedef rakamlara ulaşılması, bu konuda somut ilerleme sağlayacaktır. Bu değişikliklerin uygun malzeme ile planlı şekilde yapılması kanalizasyon ve diğer atıkların temiz suya karışımı ile suyun kirlenmesinin önlenmesi ve suyla bulaşan hastalıkların yayılımının engellenmesine de katkı sağlayabilir.

Artan nüfusla birlikte artan betonlaşma günden güne kent zeminlerindeki suyu emme kapasitesini azaltmaktadır. Bu durumla birlikte iklim değişikliği ile aşırı hava olaylarının da görülüm sıklığı ve bölgesi değişmektedir. Söz konusu risklere karşı "sünger şehir" modeli uygulamalarıyla, su kaynaklarının sürdürülebilirliğinin yanı sıra aşırı hava olayları nedeniyle oluşabilecek halk sağlığı sorunlarının engellenmesi sağlanabilir.

Sanayi sektöründe, suyun üretim süreçlerinde birden fazla kez kullanılması ve uygun arıtımla deşarj edilmesi yaygınlaştırılmalıdır. Bu yaklaşım, suyun döngüsel kullanımını destekleyerek endüstriyel su ayak izini azaltabilecektir.

Su ayak izi kavramının, karar vericiler ve toplum için anlaşılır biçimde aktarılması suyun gerçek değerinin kavranmasında önem arz etmektedir. Bu bağlamda, özellikle okul çağındaki çocuklara yönelik su konusunda eğitimler düzenlenmesi; "suyu israf etme" anlayışından "suyu verimli kullan" bilincine geçilmesine katkı sağlayabilir.

Kurumlar ve sektörler için su ayak izinin performans göstergesi veya teşvik aracı olarak kullanılması, kaynak kullanımında ölçülebilirlik ve hesap verebilirlik sağlayacaktır. Bu konuda ülkemizde kâğıt tüketiminin azaltılmasına katkı sağlayan EBYS (Elektronik Belge Yönetim Sistemi) gibi kurumsal uygulama örnekleriyle benzer yol izlenebilir. Ayrıca, kâğıt tüketimi ve gıda israfı gibi dolaylı su tüketimine neden olan davranışların azaltılması yönünde hem kurumsal hem de bireysel farkındalık artırılmalıdır.

Akademide, kuraklık ve sıcak hava dalgalarının; su kalitesi, su tüketim davranışları ve sağlık üzerindeki etkilerini değerlendiren çalışmalar önceliklendirilebilir. Su verimliliği politikalarının kurumlar ve bireyler üzerindeki etkilerini analiz eden araştırmalar, uygulamaların etkinliğini ölçmede yol gösterici olabilir.

Su kaynaklarının sürdürülebilir yönetimi, çok paydaşlı bir yaklaşımla ele alınması gereken karmaşık bir süreçtir. Devlet Su İşleri, Belediyelerin Su ve Kanalizasyon İdareleri, Belediyeler, Bakanlıklar ve diğer kurumların zaman zaman görev yetki ve sınırlarının kesiştiği ya da ayrıldığı noktaların tam olarak netleşmediği alanlar bulunabilmektedir. Söz konusu gri alanlardan kaynaklanabilecek sorunların giderimi için kurumlar ve sektörler arası koordinasyonun güçlendirilmesi kritik bir öneme sahiptir.

Sonuç olarak; Türkiye'nin su kaynaklarının geleceği hem iklim değişikliğinin baskıları hem de nüfus artışı nedeniyle ciddi tehdit altındadır. Bu anlamda, ulusal düzeyde su verimliliğini merkeze alan bütünleşik politikalar geliştirilmesi, sektörler arası koordinasyonun güçlendirilmesi ile sektörel ve bireysel düzeyde bilinçli tüketim alışkanlıklarının teşvik edilmesi geçmiş yıllara kıyasla daha fazla önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Cumhuriyeti Tarım ve Orman Bakanlığı. Değişen İklime Uyum Çerçevesinde Su Verimliliği Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2023-2033). 2023.
2. Devlet Su İşleri. 2024 Yılı Performans Raporu. 2024
3. Damkjaer S, Taylor R. The measurement of water scarcity: Defining a meaningful indicator. Ambio. 2017;46(5):513–31.
4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Su ve Atıksu İstatistikleri, 2022 [İnternet]. Yayım tarihi: 13 Aralık

2023 [erişim 10 Eylül 2025]. Yayın no: 49607. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Su-ve-Atiksu-Istatistikleri-2022-49607

5. Meteoroloji Genel Müdürlüğü (MGM). Yağış Raporu [İnternet]. Ankara: MGM; [erişim 6 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.mgm.gov.tr/veridegerlendirme/yagis-raporu.aspx?b=k
6. Türkiye Cumhuriyeti Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, Meteoroloji Genel Müdürlüğü, İklim ve Zirai Meteoroloji Dairesi Başkanlığı. 2021 Yılı İklim Değerlendirmesi.Ankara.2022 Erişim adresi: https://www.mgm.gov.tr
7. Anadolu Ajansı. Türkiye'de barajlardaki doluluk oranı yüzde 42,2'ye düştü [İnternet]. 15 Ağustos 2025 [erişim 10 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.aa.com.tr/tr/gundem/turkiyede-barajlardaki-doluluk-orani-yuzde-42-2ye-dustu/3660203
8. Anadolu Ajansı. Olağanüstü kuraklığın yaşandığı Bursa'da planlı su kesintisi uygulanacak [İnternet]. 30 Eylül 2025 [erişim 30 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.aa.com.tr/tr/gundem/olaganustu-kurakligin-yasandigi-bursada-planli-su-kesintisi-uygulanacak/3703556
9. Cumhuriyet. İzmir'de su kesintileri uzatıldı: Barajlar tarihinin en düşük seviyesinde [İnternet]. 02 Ekim 2025 [erişim 3 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.cumhuriyet.com.tr/turkiye/izmir-de-su-kesintileri-uzatildi-barajlar-tarihinin-en-dusuk-seviyesinde-2439960
10. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Compare (GBD Compare) Data Visualization Tool – 2023 data [İnternet]. Seattle, WA: IHME, University of Washington; [erişim 1 Kasım 2025]. Erişim adresi: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/
11. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatiği Yıllığı [Internet]. 2023. Erişim adresi: https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html
12. U.S. Geological Survey (USGS). Sinkholes – Water Science School [İnternet]. Reston, VA: USGS. 09 Haziran 2018 [erişim 15 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.usgs.gov/water-science-school/science/sinkholes
13. Tarım ve Orman Bakanlığı. Konya Ovası obruk ovasına dönüşüyor [video]. Ankara: Tarım TV. 08 Aralık 2021 [erişim 6 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.tarimtv.gov.tr/tr/video-detay/konya-ovasi-obruk-ovasina-donusuyor-15407

Türkiye'de Toprak Kirliliği ve Sağlık

Nurhan Meydan Acımış

Yeryüzünün yumuşak derisi olarak değerlendirilen toprak, bitki varlığını sürdürebilmek için, su, mineral, oksijen miktarı ve asiditeye (PH) üretir. Aksi halde toprağın niteliği bozulur, verimi düşer ve bitki yetişmesine elverişsiz hale gelir. Bu duruma toprak kirlenmesi denir. Dünya yüzeyinin ince kabuğu olan toprak; insan sağlığı ve refahı için gerekli olan birçok ekosistem faaliyetlerini düzenlemesinde rol alırken, tarım gıda sistemlerinin temeli ve gıda kaynakları olan tarımsal ürünlerin yetiştiği ortamı sağlamaktadır. Okyanuslardan sonra en büyük aktif karbon deposu olduğu bilinen toprak 600 litreye yakın su depolama kabiliyeti ile ekinlere yetişmesine olanak sağlamaktadır. Tarımdaki yanlış uygulamalar, hızlı kentleşme, plansız sanayileşme, sonucu ortaya çıkar ve kirlenmenin çeşitlerini temel sosyolojik olgular belirler. Toprak üzerinde olumsuz etkiye birçok etken mevcuttur. Tarımda kullanılan gübreler, madenlerdeki eritme fırınlarından yayılan kirleticiler ve atıkların toprağa karışması gibi nedenler, özellikle kimyasal maddelere bağlı kirlenme en yaygın ve en önemli sebebidir. Topraktaki ögelerin bir kısmı bitki kökleri tarafından alınır, bir kısmı su ile sürüklenir. Su ile sürüklenme toprağın üretkenliğini azaltır gübrelenerek zenginleştirilmeye ihtiyaç duyar. Gübreler, toprağı zenginleştirmek üzere dışarıdan toprağa atılan maddelerdir. Doğal olarak parçalanan ve çürüyen bitki ve hayvan atıkları gibi organik maddelerde gübre özelliğindedir. İnorganik vasıfta gübreler toprağın ihtiyacı olanı sağlayan karışımları içerir. Gereğinden fazla inorganik gübre kullanımı, toprak kirliliğinin başlıca nedendir. Bu gübreler azot ve fosfor içerdiğinden toprakta bu maddelerin birikmesi kirliliğe yol açar. Tarımda kullanılan pestisitler kimyasal kaynaklı toprak kirlenmesinin nedenleridir. Bu maddeler bazı ağır metal içerir. Yavaş ayrıştıkları için uzun yıllar kaybolmazlar. Pestisitler, istenmeyen böcek ya da kemirgen gibi vektörleri ya da istenmeyen bitkileri yok etmek veya kontrol altına almak amacıyla kullanılan kimyasal toksik maddelerin genel adıdır. Pestisitler etken madde ve ilave inert maddelerden oluşan preparat adıdır. Pestisitlerin çevre ve sağlık etkilerini incelerken inert maddelerin olası etkileri göz önünde tutulmalıdır. Pestisitler etken maddenin kimyasal tiplerine etkili olduğu canlıya, işlevlerine, dayanıklılık sürelerine, etki ettikleri gelişim evrelerine göre değişik sınıflamalara sahiptir. Halk Sağlığı açısından pestisitlerin dayanıklılık süresi ve etkili olduğu canlıya göre yapılan sınıflama önemlidir.

1. Pestisitlerin Etkili Olduğu Canlıya Göre Sınıflama

1. İnsektisit: Karınca, sinek hamam böceği, sivrisinek vb böcekleri öldüren kimyasal
2. Herbisit: Yabani ot, tarımda zararlı bitkileri yosunları öldüren öldürücüler.
3. Fungusitler: Bitkisel hastalık mantarları vb mantarları ölürücüler.
4. Akarasitler: Kene, halı böcekleri, toz böcekleri vb. akar öldürücüler.
5. Rodonistler: Fare vb. kemirgen öldürücüler.
6. Pisisitler: Balık Öldürücüler.
7. Avisitler: Kuş Öldürücüleri
8. Mollususitler: Yumuşakça öldürücüler.
9. Nematositler: Nematodları öldürür.

2. Pestisitlerin Dayanıklılık Sürelerine Göre Sınıflama

1. Dayanıklı Olmayanlar: Birkaç gün ile bir iki haftaya kadar etkisini sürdürenler

2. Orta Derecede Dayanıklılık: 1-18 Ay arası dayanıklılık.
3. Dayanıklı: Bir çok klorlu hidrokarbon bu gruba girmektedir. DDT, Aldrin, Dieldrin gibi maddeler 20 yıl kadar dayanabilmektedir.
4. Sürekli Kalıcı Olanlar: Cıva, Kurşun, Arsenik.

3 Pestisitlerin Çevredeki Hareketleri

- **Toprağın Yapısına Girebilirler:** Toprağın Killi olması ve organik madde miktarının fazla olması absorbsiyon ve toprağın kirlenmesini kolaylaştırır.
- **Buharlaşıp Başka Yere Taşınabilirler**: Doğrudan havaya karışarak, buharlaşarak ve rüzgarla uygulama alanın uzağına taşınabilir.
- **Yıkanma ve Toprağın Alt Katmanlarına Diffuzyon**: Bazı pestisitler toprağa yapışmaz, alt katmanlara doğru süzülürler. Herbistler yıkanma özelliğine sahiptir. Toprağın sulu, kumlu ve organik içeriğin az olması olması yıkanmayı kolaylaştırır.
- **Pestisitler Kimyasal Olarak Değişebilir Yada Parçalanabilir**; Toprağın katalizörlüğü asit yapısı etkisiyle pestisit değişime uğrayabilir. Toprağın güneş alması demir oksit içeriği bu değişimi kolaylaştırır. Gerek toprağın yapısı, mikroorganizma içeriği, sıcak soğuk ve UV gibi etkilerle pestisitlerin kimyasal yapısı parçalanmaya uğrayabilir.
- **Bitkilerin Yapısına Girebilirler**: En istenmeyen durumdur. Bitkilere ve besin zincirine girebilirler.

Toprakta kimyasal kirliliğe yol açan pestisitler insan organı ve dokularda zararlara yol açar. Solunum ve kardiovasküler hastalığı olanlar, astım ve şiddetli alerjiye sahip olanlar pestisit etkilenimine daha duyarlıdır. Deride lokal iritasyon, merkezi sinir sistemi aşırı uyarılma, hematopoietik sistem üzerine olumsuz etkiler, karaciğer tahribatı, kanser, üreme sistemi ve fertilite üzerine olumsuz etkileri, doğum defektleri, endokrin bozukluklar, nörolojik hasar ve aplastik anemiyi sayabiliriz. Toprağın nükleer kirlenmesinin nükleer denemeler ve nükleer santraller yolu olmaktadır. Dünyanın bazı bölgelerinde ve deniz altında sürdürülen nükleere deneme faaliyetleri sonucunda oluşmakta olan kirlenme atomun yarılanma ömrünün uzun olması nedeniyle yıllarca sürmektedir. Nükleer santral kazaları ve üretilen atıkların yok edilmesi için toprağa gömülmesi sonucu kirlenme yaşanmaktadır. Endüstriyel atıklar ve çöp lağım olarak atılan evsel atıklar toprağa doğrudan verildiğinde kirlenme yol açmaktadır.

Toprak Kirlenmesine Karşı Önlemler:

- Tarımsal alanlarda toprak analizlerin yapılması ve toprağın ihtiyacı olan gübrenin belirlenmesi.
- Mahsule ya da bitkilere zararlı olan böcek ve haşerelere karşı yapılacak ilaçlamaların uzman önerileri doğrultusunda yapılması
- Evsel ve endüstriyel atıkların doğaya bırakılmadan arıtılmalıdır.
- Çöpler ve diğer atıkların yeniden değerlendirilmesi amacıyla yapılan geri kazanım çalışmaları doğaya bırakılan atık miktarını azaltır.
- Erozyona bağlı kayıpları azaltmak için ağaçlandırma çabalarına destek verilmelidir.

Kirleticilerin birçoğunun insan kaynaklıdır. Sürdürülemez tarım uygulamaları, kötü atık yönetim, madencilik faaliyetleri, çevre dostu olmayan endüstriyel süreçler, toprağı kirleten farmasötikler, endokrin bozucular, hormonlar, toksin ve biyolojik kirleticiler yer almaktadır.[1-6] Toprak kirliliği toprağın doğal olarak yapısında bulunmadığı halde fiziksel ve kimyasal bileşiminde değişikliğe yol açan yabancı madde ve kimyasalların toprağa karışması ya da normalden daha yüksek konsantrasyonda bulunması olarak açıklanır. En sık antropojenik faaliyetler sonucunda ortaya çıkar. Artan nüfusun tarımsal gıda ve endüstriyel arzına karşı, doğal kaynakların hızla azalması ve doğal kirlenme, insanlığı önemli bir küresel sorunla baş başa bırakmaktadır.

Tarım Kimyasalları ve Ağır Metaller

1. **Genel Görünüm (2020–2025)**
    - **Politika ve mevzuat:** Türkiye'de toprak kirliliğinin yönetimi 2010 tarihli "Toprak Kirliliğinin Kontrolü ve Noktasal Kaynaklı Kirlenmiş Sahalara Dair Yönetmelik" ile yürütülüyor; risk esaslı saha değerlendirme ve temizleme süreçleri 2020–2025 döneminde de aynı çerçevede sürdü.[6,7]
    - **Gıda kalıntı limitleri (MRL):** 2022'de yayımlanan rehber ve 7 Şubat 2025'te güncellenen "Pestisitlerin MRL'leri" düzenlemesiyle AB'ye kısmi uyum doğrultusunda MRL tabloları revize edildi.[8,9]
    - **Dış ticaret/uyarı sistemleri:** 2023–2025'te AB RASFF bildirimlerinde Türkiye menşeli taze ürünlerde özellikle klorpirifos/klorpirifos-metil kaynaklı bildirimler öne çıktı; 2023 ACN/RASFF yıllık raporu, klorpirifos vakalarında %19,1 artış bildirdi.[10,11,12]

- **Sağlık etkileri kanıt temeli:** Organofosfat pestisitlerin (özgül olarak klorpirifos) prenatal/erken çocukluk maruziyetinde nöro-gelişimsel etkileri olduğuna ilişkin epidemiyolojik kanıtlar 2020–2025'te de güçlendi; ABD EPA 2021'de gıdalarda klorpirifos kullanımını durdurdu.[14,15]

2. Tarım Kimyasalları (Pestisit) Kullanımındaki Değişim (2020–2024)

Tarım ve Orman Bakanlığı resmî istatistiklerine göre (ton, formülasyon miktarları):

- Toplam BKU kullanımı: 2020: 53.672 → 2023: 57.766 → 2024: 53.515 [1,5]
- İnsektisit: 2020: 12.347 → 2024: 13.420 [1,5]
- Fungisit: 2020: 20.600 → 2024: 18.145 [1,5]
- Herbisit: 2020: 13.250 → 2024: 12.727 [1,5]

Yorum: 2020–2023 arasında toplam kullanım yükselmiş, 2024'te belirgin geri çekilme var; ürün grupları arasında insektisit payının göreli arttığı görülüyor.[1,5]

3. Ağır Metaller (Toprak) – Bölgesel Bulgular ve Eğilim

- **Ergene Havzası (Trakya):** Sanayi ve tarımsal baskılarla ağır metal risklerinin sürdüğünü ortaya koyan saha raporları ve çevre oda raporlarında toprak/su kirliliği vurgusu yüksek.[15,16]
- **Gediz Havzası (Ege):** Tarımsal alanlarda kirleticiler (metaller dâhil) için tedbir paketleri içeriyor; 2022 güncellenen NHYP ve ilgili raporlar ağır metal kaynaklı baskılara atıf yapıyor.[17]
- **Konya Kapalı Havzası (İç Anadolu):** Havza koruma eylem planları ve ön fizibilite çalışmalarında tarım baskısı ve kirlilik yönetimi ihtiyacı vurgulanıyor.[18]
- **Yerel akademik bulgular:** 2022–2025 arasında yayımlanan bölgesel çalışmalar (Harran Ovası 2025, Erzurum-Ulutaş 2022) seçili ağır metaller için yer yer yüksek düzeyler ve/veya risk indeksleri rapor etti.[19,20]

Genel yorum: 2020–2025'te ağır metal kirliliğine ilişkin ulusal ortalama bir iyileşme ya da kötüleşme ilan edilebilecek resmi tekil metrik yok; ancak yüksek baskı altındaki havzalarda riskin sürdüğü ve yer yer saha bazlı önlemlerin devrede olduğu görülüyor.[15,16,18]

4. Sağlık Boyutu (Pestisitler ve Ağır Metaller)

- **Pestisitler:** Organofosfatlar ve bazı yaygın kullanılan insektisitlerle prenatal/erken çocukluk maruziyetinin nörogelişimsel sonuçlarla ilişkili olduğuna dair literatür güçlüdür.[14]
- **Ağır metaller:** Kurşun/kadmiyum/arsenik gibi metaller, nörolojik, hematolojik ve kardiyometabolik risklerle ilişkilidir; bölgesel toprak birikimlerinin gıda zinciri üzerinden maruziyete dönüşme potansiyeli vardır.[15,19,20]
- **Gıda kalıntıları ve sınırötesi uyarılar:** 2023–2025 RASFF akışında Türkiye menşeli ürünlerde klorpirifos tekrar eden bir unsur; bu, iç piyasadaki MRL güncellemeleri ve ihracat tedarik zinciri kontrollerinin önemini artırıyor.[10,11,12]

5. 2020–2025 Dönemi Özet

- **Kullanım trendi:** Toplam BKU 2020–2023 artış, 2024 düşüş; insektisit payı görece yükseldi.[1,5]
- **Mevzuat:** MRL rehber/düzenlemeleri 2022 ve 2025'te güncellendi; toprak kirliliği yönetmeliği aynı çerçevede uygulanmaya devam ediyor.[6,7,8,9]
- **Ağır metaller:** Ulusal düzeyde yıllık tek bir veri seti yok; Ergene–Gediz–Konya gibi baskı altındaki havzalarda risk devamı ve saha bazlı eylemler öne çıkıyor.[15,17,18]
- **Sağlık:** Çocuk sağlığı açısından organofosfat maruziyetine dair önleyici yaklaşım gerekliliği vurgulanıyor; uluslararası düzenleyici adımlar (EPA 2021) bu çizgide.[13]
- **Dış pazarlarda sinyal:** RASFF bildirimleri (özellikle klorpirifos) 2023–2025'te kritik uyarı alanı olmaya devam etti.[10,11,12]

KAYNAKLAR

1. Öztek Z. Halk Sağlığı Kuram ve Uygulamalar(2020). Toprak Kirlenmesi Ankara 2020, syf 768-771
2. Tekbaş Ö.F. Çevre Sağlığı(2010). Çevre Sağlığı. Pestisit Kullanımı Çevre Sağlığı ve Etkileri syf 313-320)
3. Tarım ve Orman Bakanlığı, GKGM. (2025). *Yıllar İtibarıyla Bitki Koruma Ürünleri (2006–2024)* (resmî istatistik tablosu). Erişim: https://www.tarimorman.gov.tr/GKGM/Belgeler/DB_Bitki_Koruma_Urunleri/Istatistik/Yillar_Itibariyla_BKU_Kullanim_Miktar_2006-2024.pdf Tarım ve Orman Bakanlığı
4. FAO, & UNEP. *Global assessment of soil pollution – Summary for policymakers*. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations and United Nations Environment Programme. 2021 https://openknowledge.fao.org/handle/20.500.14283/CB4827EN
5. (Rodriguez-Eugenio N, McLaughlin M and Pennock D. Soil Pollution: a hidden reality Rome, FAO.Vol 12, Educ. Chem20181-142p.)

6. Hassan AL-Tassai SH.Soil Pollution-Causes and Effects. JCOP Conf Ser Earth Environ Sci. 2021; 790(1)
7. Tarım ve Orman Bakanlığı, GKGM. (2025). *Resmî Tarımsal İlaç İstatistikleri ana sayfası.* Erişim: https://www.tarimorman.gov.tr/GKGM/Menu/115/Resmi-Tarimsal-Ilac-Istatistikleri Tarım ve Orman Bakanlığı
8. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı. (2010, değişikliklerle). *Toprak Kirliliğinin Kontrolü ve Noktasal Kaynaklı Kirlenmiş Sahalara Dair Yönetmelik.* Erişim: https://www.lexpera.com.tr/mevzuat/yonetmelikler/toprak-kirliliginin-kontrolu-ve-noktasal-kaynakli-kirlenmis-sahalara-dair-yonetmelik-1 LEXPERA
9. ÇŞİDB. (t.y.). *Sıkça Sorulan Sorular – Su ve Toprak Yönetimi (şüpheli/kirlenmiş saha tanımları).* Erişim: https://csb.gov.tr/sss/su-ve-toprak-yonetimi Çevre ve Şehircilik Bakanlığı
10. Tarım ve Orman Bakanlığı, GKGM. (2022). *TGK – Pestisitlerin MRL'leri Rehberi (Uygulama).* Erişim: https://www.tarimorman.gov.tr/GKGM/Belgeler/DB_Gida_Kont/TGK_Pestisitlerin_Maksimum_Kalinti_Limitleri_Yonetmeligi_Rehberi.pdf Tarım ve Orman Bakanlığı
11. USDA FAS (Ankara). (2025). *Türkiye Pestisit MRL'lerini Güncelledi (TU2025-0004).* Erişim: https://apps.fas.usda.gov/newgainapi/api/Report/DownloadReportByFileName?fileName=Turkiye+Updates+its+Pesticide+Maximum+Residue+Limits+_Ankara_Turkiye_TU2025-0004.pdf USDA Apps
12. EC RASFF. (2023). *2023.4674 – Chlorpyrifos-methyl in fresh lemons from Turkey.* Erişim: https://webgate.ec.europa.eu/rasff-window/screen/notification/622159 webgate.ec.europa.eu
13. EC RASFF. (2023). *2023.1131 – Pesticide residues in vine leaves from Turkey.* Erişim: https://webgate.ec.europa.eu/rasff-window/screen/notification/596495 webgate.ec.europa.eu
14. ACN (Alert and Cooperation Network). (2024). *Annual Report 2023 – Food Safety & Fraud (pesticides: +19.1% chlorpyrifos cases).* Erişim: https://biztonsagoselelmiszer.hu/assets/files/Food-fraudannualreport2023.pdf biztonsagoselelmiszer.hu
15. EPA (U.S.). (2021). *EPA Takes Action to Address Risk from Chlorpyrifos (food uses revoked).* Erişim: https://www.epa.gov/newsreleases/epa-takes-action-address-risk-chlorpyrifos-and-protect-childrens-health US EPA
16. Liu J., et al. (2012). *Pesticide Exposure and Child Neurodevelopment.* Int J Environ Res Public Health, 9(9): 2875–2898. Erişim: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4247335/ PMC
17. TMMOB Çevre Mühendisleri Odası. (2024). *Türkiye Çevre Durum Raporu 2024* (ağır metal risklerine vurgu). Erişim: https://api2.cmo.org.tr/uploads/ContentFiles/2024-06-13-17-16-16-350625.pdf CMO API
18. HYD & paydaşlar. (2021). *Ergene Havzası Kirlilik ve Ekolojik Tahribat Araştırması (Rapor).* Erişim: https://hyd.org.tr/attachments/article/1069/Rapor_Ergene%20Havzas%C4%B1%20Kirlilik%20ve%20Ekolojik%20Tahribat%20Aras%CC%A7t%C4%B1rmas%C4%B1.pdf hyd.org.tr
19. Tarım ve Orman Bakanlığı, SYGM. (2022). *Gediz Havzası Nehir Havza Yönetim Planı (28.12.2022).* Erişim: https://www.tarimorman.gov.tr/SYGM/Belgeler/NEH%C4%B0R%20HAVZA%20Y%C3%B6NET%C4%B0M%20PLANLARI%2028.12.2022/Gediz%20Havzas%C4%B1%20NHYP%2028.12.2022/Gediz%20Havzas%C4%B1%20Nehir%20Havza%20Y%C3%B6netim%20Plan%C4%B1.pdf Tarım ve Orman Bakanlığı
20. KOSAM. (2022). *Konya Kapalı Havzası Su Yönetimi Projesi – Ön Fizibilite Raporu.* Erişim: https://kosam.org/uploads/raporlar/0634b0ec.pdf kosam.org
21. Kara H. (2025). *Yoğun Tarımsal Etki Altındaki Harran Ovası Topraklarında Ağır Metal Düzeylerinin Araştırılması.* Uludağ Ü. Müh. Fak. Derg., 30(2): 571–590. Erişim: https://dergipark.org.tr/tr/pub/uumfd/issue/93969/1673370 DergiPark
22. Kıraat G., vd. (2022). *Erzurum Ulutaş Köyü Topraklarında Ağır Metal Kirliliği.* Araştırma makalesi. Erişim: https://www.researchgate.net/publication/369807177_Ulutas_Koyu_Erzurum_Bolgesindeki_Topraklarda_Agir_Metal_Kirliliginin_Arastirilmasi ResearchGate

Radyasyon Kirliliği ve Sağlık: Türkiye'de Maruziyet Kaynakları ve Korunma Politikaları

Burcu Ecem Uğuz, Gülçin Yapıcı

1. Giriş

Teknolojik gelişmeler ve artan enerji ihtiyaçlarıyla, insanların radyasyon ve elektromanyetik alanlara maruziyeti giderek artmakta ve bu durum halk sağlığı açısından önemli bir konu haline gelmektedir.[1] Radyasyon, dalgalar veya parçacıklar halinde yayılan bir enerji türüdür ve insanlar kozmik ışınların yanı sıra toprak, su, hava, gıdalar ve hatta vücutta bulunan radyoaktif maddelere de maruz kalabilmektedir.[1] Radyasyon; iyonlaştırıcı ve iyonlaştırıcı olmayan radyasyon olmak üzere ikiye ayrılır. İyonlaştırıcı radyasyon, atomlar tarafından salınan ve elektromanyetik dalgalar (gama veya X ışınları) veya parçacıklar (nötron, beta veya alfa) şeklinde yayılan bir enerji türüdür. Doğal ya da yapay kaynaklardan oluşabilir. Günümüzde tıbbi uygulamalar insanların en büyük yapay iyonlaştırıcı radyasyon maruziyet kaynağıdır.[2] İyonlaştırıcı olmayan radyasyon ise elektromanyetik spektrumun iyonlaşmaya neden olacak yeterli enerjinin bulunmadığı kısmındaki radyasyondur. Elektromanyetik alanlar, radyo dalgaları, mikrodalgalar, kızılötesi, görünür ışık ve ultraviyole radyasyonu kapsar. Bu radyasyon türü de hem doğal hem de yapay kaynaklardan yayılır. Elektrikli cihazlar, telekomünikasyon sistemleri, yayın antenleri, mikrodalga fırınlar, lazerler ve UV lambaları günlük yaşamda başlıca maruziyet kaynaklarıdır.[3]

2. İyonlaştırıcı Radyasyon

2.1. Sağlık Üzerindeki Etkileri

Radyasyonun etkileri, hücre ve doku düzeyinde meydana gelen hasarla ilişkilidir. Bu hasarlar, hücre ölümüne, hücrenin mutasyona uğramasına veya kontrolsüz çoğalmasına yol açabilir.[4] Radyasyonun etkileri doza göre deterministik ve stokastik etkiler olmak üzere iki gruba ayrılır. Deterministik etkiler; radyasyon dozu belli bir eşik değerin üstüne çıktığı zaman meydana gelen etkilerdir. Doz arttıkça deterministik etkilerin şiddeti de artar. Bunlar; katarakt, akciğer fibrozisi, infertilite, radyasyon hastalığı ve çok yüksek dozlarda ölüm olabilir. Stokastik etkiler ise ortaya çıkması için eşik değer gerektirmeyen, düşük dozlarda da ortaya çıkabilen, lösemi, kanser, genetik mutasyon gibi etkilerdir.[5]

İyonlaştırıcı radyasyonun sağlık etkileri, alınan radyasyonun dozuna, uygulanan yere ve dozun emilimine bağlıdır. Düşük dozlarda hücresel onarım olabilmekle birlikte, uzun süreli maruziyetlerde katarakt ve kanser gibi geç etkiler ortaya çıkabilir. Yüksek dozlarda ise cilt kızarıklığı, saç dökülmesi, radyasyon yanıkları ve akut radyasyon sendromu gibi belirgin hasarlar ortaya çıkabilir. Ayrıca, gebelikte radyasyona maruz kalınması kritik dönemlerde fetüsün beyin gelişimini etkileyebilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), iyonlaştırıcı radyasyondan korunmada risk değerlendirmesi, yönetimi ve etkili risk iletişiminin halk sağlığı açısından temel öncelikler olduğunu vurgulamaktadır.[6]

2.2. Doğal Radyasyon Kaynakları

İnsanlar, özellikle yüksek irtifalarda, kozmik ışınlardan kaynaklanan doğal radyasyona maruz kalmaktadır. Bir kişinin aldığı yıllık arka plan radyasyon dozunun ortalama %80'i, doğal olarak oluşan karasal ve kozmik radyasyon kaynaklarından olmaktadır. Arka plan radyasyon seviyeleri, jeolojik farklılıklar nedeniyle coğrafi olarak değişiklik gösterir. Bazı bölgelerde maruziyet, küresel ortalamanın 200 katından fazla olabilir.[6]

Radon, kaya ve toprakta doğal olarak bulunan uranyumun radyoaktif bozunmasıyla oluşan, kokusuz, tatsız ve renksiz radyoaktif bir gazdır ve doğal radyasyonun

ana kaynağını oluşturur.[6] Radon dış ortamda hızla dağılırken, havalandırması yetersiz evler, okullar, işyerleri, mağaralar ve yeraltı madenleri gibi kapalı alanlarda birikebilir.[7] DSÖ radon maruziyetine bağlı her yıl yaklaşık 84.000 ölüm gerçekleştiğini belirtmiştir.[7] Radon, akciğer kanserinin başlıca nedenlerinden biridir ve Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC)'na göre grup 1 kanserojen olarak sınıflandırılır.[7,8] Akciğer kanseri riski, ortalama radon konsantrasyonundaki her 100 Bq/m³ artışla yaklaşık %16 oranında yükselirken, sigara içenlerde bu risk katlanarak artmaktadır.[8] Uluslararası otoriteler, kapalı alanlarda yıllık ortalama radon konsantrasyonu için referans değeri 100 Bq/m³ olarak belirlemiş, ancak ülke koşulları elvermediğinde bu değerin 300 Bq/m³'ü aşmaması gerektiğini vurgulamıştır.[8]

Yer kabuğunda doğal olarak bulunan uranyum, toryum bozunma serileri ve potasyum-40, düşük konsantrasyonlarda kayalar ve toprak boyunca dağılmış halde bulunur ve yeraltı suyuna sızabilir. Bu nedenle yüzey sularına kıyasla yeraltı suyu kaynaklarında radyonüklitlere daha sık rastlanır.[9] Gıdalarda doğal kaynaklara ek olarak insan faaliyetlerinden kaynaklanan radyonüklitler yer alabilir. Toprak ve sudaki minerallerden bitkilere, oradan da hayvanlara geçen bu maddeler besin zinciri yoluyla insanlara ulaşır. Özellikle balık ve kabuklu deniz ürünlerinde kurşun-210 ve polonyum-210 yoğun miktarda bulunabilmekte ve fazla tüketimi de maruziyet dozunu artırmaktadır.[9]

2.2.1. Ülkemizde Doğal Radyasyonla İlgili Yapılmış Çalışmalar

Bingöldağ ve Otansev'in Kırıkkale'de doğal radyasyon seviyelerini belirlemek için yaptıkları çalışmada, havadaki dış ortam gama doz hızı Türkiye ve dünya ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. En yüksek ortalama Çelebi ilçesinde görülmüş olup, yüksek rakımla ilişkilendirilmiştir. Toprak numunelerinde ise 232Th (Toryum) ve 40K (Potasyum) radyonüklidlerinin değeri dünya ortalamasının üstünde olup Çernobil nükleer santrali kazasından sonra ülkemiz topraklarında biriken 137Cs (Sezyum) radyonüklidinin hala mevcut olduğu saptanmıştır.[10] Özden ve Pehlivanoğlu'nun 2025 yılında Kırıkkale'de yaptıkları çalışmada ise toprakta ve iç mekan havasında ölçülen Radon değerleri arasında korelasyon saptanmıştır.[11]

Camgöz ve Akakçe'nin Doğu Anadolu'da turistik bölgelerden alınan toprak örneklerinde yaptıkları çalışmada doğal radyonüklid aktivite konsantrasyonlarının küresel ortalama ile uyumlu olduğu ve resmi risk limitlerini aşmadığı tespit edilmiştir.[12] Van gölü kıyısı sahil kumlarının değerlendirildiği bir çalışmada radon gazı aktivite konsantrasyonu ortalama değeri 193.30 Bq/m³ olarak saptanmış ve sınır değerin altında olduğu görülmüştür. Tatvan ve Ahlat ilçeleri arasındaki iki noktada ise sınır değerin aşıldığı tespit edilmiş ve sönmüş Nemrut yanardağına yakınlığından kaynaklandığı düşünülmüştür.[13]

İstanbul ve Tekirdağ'da yapılan bir çalışmada potansiyel bir nükleer sızıntıya karşı toprak örneklerindeki doğal ve yapay radyoaktivite seviyeleri araştırılmış; 226Ra (Radyum), 232Th, 40K, ve 137Cs konsantrasyonları ölçülmüştür. Bu çalışmada, 1986 yılında Çernobil nükleer santral kazasından etkilenen İstanbul topraklarının yapay radyasyon doz düzeylerinin de belirlenmesi amaçlanmıştır. Bununla birlikte Rusya Federasyonu ile Ukrayna arasındaki askeri çatışma sırasında Avrupa ve Ukrayna'nın en büyük nükleer santrali olan Zaporizhia Nükleer Santrali'nde oluşması olası radyasyon sızıntısının diğer ülkeleri etkileyebileceği de muhtemeldir. Radyoaktif serpinti sonucu ortamda tespit edilen en önemli radyoaktif madde 137Cs'dir. 137Cs'nin yarı ömrü 30 yıl olup önemli bir sağlık tehlikesi oluşturmaktadır. Yapılan araştırmada incelenen alanların 137Cs ile kirlendiği ve Çernobil kazası nedeniyle radyasyon kirliliğinin devam ettiği belirtilmektedir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar gelecekte ortaya çıkabilecek herhangi bir nükleer tehdit (örneğin Zaporizhia Nükleer Santrali) için literatürde bir referans teşkil etmesi açısından önemlidir.[14]

Bursa'nın linyit maden yataklarının bulunduğu Orhaneli ve Keleş ilçelerindeki toprakların doğal radyonüklid düzeyinin araştırıldığı çalışmada toprak örneklerinde 226Ra, 232Th ve 40K değerleri incelenmiş, ulusal ve uluslararası limit değerlerinin altında olduğu belirlenmiştir. Ancak örnekler arasında farklı sonuçlar olduğu gözlenmiş ve bunun nedeni bölgedeki farklı jeolojik formasyonlara, tarımsal faaliyetler sırasında kullanılan gübrelere ve bölgede meydana gelen su taşkınlarına bağlanmıştır.[15] Ülkemizde değişik coğrafi bölgelerde yapılmış olan çalışmalarda radyonüklid dağılımlarında gözlemlenen farklılıklar, bölgeye özgü ve kapsamlı araştırmaların gerekliliğini göstermektedir.

2016 yılında Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK) tarafından başlatılan "Türkiye Ev İçerisinde Radon Gazı Seviyesi Haritalandırılması" projesi kapsamında 81 ildeki, 62.320 eve radon sensörleri yerleştirilerek ölçümler yapılacağı belirtilmiştir. Doğal kaynaklardan maruz kalınan radyasyonun büyük bölümünü oluşturan radon gazının ev içi ölçüm değerlerini belirlemek amacıyla hayata geçirilen proje çerçevesinde evlere yerleştirilen cihazların 2 ay süre-

le ölçüm yapacağı ve sonra toplanacağı belirtilmiştir. 2019 yılına kadar ölçümlerin belirlenen program dahilinde tamamlanması planlanmıştır. Ölçümler sonunda TAEK tarafından incelenecek olan cihazlarda radon gazının tespit edildiği bölgelerde acil önlemler alınacağı ifade edilmektedir. Radon gazının yüksek olduğu tespit edilen evlerin zemininin özel bir malzemeyle kaplanacağı, mevcut binalarda toprakla temas eden çatlak veya su sızıntıları varsa, binanın onarıma alınacağı belirtilmektedir.[16] Ancak henüz bu projenin sonuçları ile ilgili herhangi bir rapor yayınlanmamıştır.

2.3. Yapay Radyasyon Kaynakları

Yapay radyonüklidler, nükleer silah denemeleri, nükleer santral kazaları, radyoizotop üretimi ve nükleer farmasötik atıkların bertarafı gibi çeşitli nedenlerle çevreye yayılmaktadır. Tıpta teşhis veya tedavi amaçlı kullanılan röntgen cihazları ve bilgisayarlı tomografi (BT), anjiyografi, nükleer tıp uygulamaları ve radyoterapi cihazları iyonlaştırıcı radyasyonun en yaygın yapay kaynaklarıdır.[6]

2.3.1.Tıbbi Uygulamalar

Her yıl dünya çapında milyonlarca hasta tanı ve tedavi amaçlı radyasyonun tıbbi kullanımlarından faydalanmaktadır ve bu sayı giderek artmaktadır.[17] Özellikle çocuklarda gereksiz ve önlenebilir radyasyon maruziyetleri önemli bir risk oluşturmaktadır. Bu nedenle, tıbbi olarak radyasyon gerektiren işlemler yapılırken kar-zarar ilişkisi göz önünde bulunduran küresel bir yaklaşım geliştirilmiştir. Bu girişim risk değerlendirilmesi, risk yönetimi ve risk iletişimini kapsamaktadır. Bu sebeple toplumda radyasyon doz dağılımını izleme, araştırma öncelikleri belirleme, tıbbi ışınlamaların gerekçelendirilmesi, korunmanın optimize edilmesi, kazaların önlenmesi, sağlık çalışanları ve hastalar arasında fayda-risk iletişimini güçlendirecek stratejiler geliştirilmesini amaçlanmaktadır.[18] Türkiye'de radyasyon gerektiren tıbbi işlemleri gerekçelendirme sorumluluğu esas olarak isteği yapan doktora verilmiş olsa da, uluslararası uygulamalarda bu sorumluluk istemi yapan doktor, çekimi yapan doktor ve teknisyen arasında paylaşılmaktadır. Bu konuda sorumluluk paylaşımını netleştirmek ve hastaları gereksiz radyasyondan korumak için, paydaşların ortak katılımı ile oluşturulmuş radyolojik uygunluk rehberlerinin geliştirilmesi önemli olacaktır.[19]

Radyoterapi sonrası gelişebilen ikincil primer kanserler, önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Özellikle tiroid kanseri ve sarkomlarda risk artışı daha belirgindir ve genç yaşta tedavi edilen hastalarda bu risk daha yüksektir. Meme, akciğer, gastrointestinal sistem ve beyin tümörlerinde de risk artışları bildirilmiştir.[20] Hastalar, sağlık çalışanları ve toplum için riskleri en aza indirip sağlanacak faydayı en üst düzeye çıkarmak için dengeli bir yaklaşım gereklidir.[7]

Radyasyonun tıbbi alanda denetimsiz uygulamaları, radyasyona bağlı sağlık risklerinin sağlık hizmeti sunumunda da ciddi sorunlara yol açabildiğini göstermektedir. Muğla Tabip Odası, bazı sağlık kuruluşlarında nükleer tıp hizmetlerinin özel şirketlerden alınması sonucunda hastalara tiroid görüntülemelerinde gereğinden fazla, kalp görüntülemelerinde ise yetersiz doz verildiğinin ve bu uygulamaların uzun yıllardır sürdüğünün saptandığını belirtmiştir. Kamuoyuna yansıyan bu haber insanların sağlık sistemlerine olan güvenini zedelemiş ve halk sağlığını tehdit etmiştir.[21]

2.3.2. Ulaşım

Radyasyona bağlı sağlık riskleri yalnızca tıbbi tanı ve tedavi uygulamalarıyla sınırlı olmayıp, havacılık gibi meslek gruplarında da radyasyona bağlı maruziyetler önemli bir sorun oluşturmaktadır. Okyanus ötesi uçuşlardaki doz hızı 9 mSv/yıl iken, karın ya da pelvis bölgesinin bilgisayarlı tomografi ile taraması doz miktarı 10 mSv'dir.[22] Ülkemizde bir hava yolunun uçuş ekiplerinin radyasyona maruz kalma dozları 137 uçuşta hesaplanmış ve yıllık 800 saatlik uçuş süresi için, maruziyet yurt içi hatlarda 1,0–1,7 mSv, uluslararası uçuşlarda ise 1,8–4,8 mSv olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar, uluslararası uçuşlarda radyasyon maruziyetinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.[23]

2.3.3. Nükleer Enerji

2.3.3.1. Ülkemizdeki Projeler

Ülkemizin ilk nükleer güç santrali Rusya Federasyonu ile 2010 yılında imzalanan "Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Rusya Federasyonu Hükümeti Arasında Türkiye Cumhuriyet'inde Akkuyu Sahasında Bir Nükleer Güç Santralinin Tesisine ve İşletimine Dair İşbirliğine İlişkin Anlaşma" ile Mersin'in Gülnar ilçesinde inşa edilmektedir. Akkuyu sahasında 4 ünite 1200 MWe VVER-1200 tipi nükleer santral kurulması planlanmıştır ve yapım halindedir.[24,25] Akkuyu Nükleer Güç Santrali (NGS) alanı Mersin'e 140 km., Gülnar'a 30 km. mesafededir.

Nükleer Düzenleme Kurulu'nun (NDK) 20/4/2023 tarihli ve 2023-35/7 sayılı kararıyla Akkuyu NGS sahasına nükleer yakıtın getirilmesine izin verilmiştir. 2023 yılında ayrıca nükleer santral 1. ünitenin işletmeye alınmasına izin verilmiş, 1. güç ünitesi için taze nükleer yakıt teslim edilmiştir. 2024 yılında 2. ünitede kullanılmak üzere taze yakıt için ithalat ve taşıma izni verilmiş

ve Aralık ayında taze nükleer yakıt teslim edilmiştir.[26] 8 Mayıs 2025'te Akkuyu Nükleer Santrali 2. ünitesi için Akkuyu Nükleer A.Ş. tarafından işletmeye alma izni başvurusu yapılmıştır.[26] Türkiye'nin elektrik ihtiyacının %10'unun Akkuyu NGS tarafından sağlanacağı belirtilmektedir. Akkuyu Nükleer A.Ş., Akkuyu NGS'nin Türkiye'nin 10'dan fazla ilinde bulunan, sivil ve sanayi altyapı tesisleri dahil olmak üzere 12 milyonu aşkın tüketiciye elektrik sağlayacağını belirtmektedir. Santraldeki binaların büyüklüğü 9'a kadar olan depremler, kasırgalar, seller, yüksekliği 10 metreye kadar olan tsunamiler ve 200 m/s hızla seyreden 20 tonluk bir uçağın çarpması gibi olaylara karşı dayanıklı olduğu santrali yapan firma tarafından ifade edilmektedir. Ayrıca tüm acil durumlar için gerekli güvenlik önlemlerinin alındığı, sürekli arka plan radyasyon ölçümlerinin yapıldığı, hava, yüzey ve yeraltı suları, çökeltiler, toprak, bitki ve hayvanlar, bölgede üretilen tarım ürünleri ve içme suyu gibi çevresel unsurların kimyasal ve radyasyon parametrelerinin ölçümünün yapıldığı belirtilmektedir. Santralin inşasında yaklaşık 25.000 kişinin görev aldığı ifade edilmiştir. Yapımı gerçekleştiren firma NGS elektrik üretimine başladığında yılda 1 ton uranyumun kullanılacağını belirtmektedir.[26] Ülkemizde uranyum maden yatakları ve zenginleştirme tesisi bulunmadığı için tüm yakıt yurt dışından temin edilecektir.

Akkuyu NGS'nin inşaat ve işletme dönemlerinde büyük boyutlu yükler, inşaat malzemeleri ve reaktör bileşenleri dahil olmak üzere çeşitli ekipmanların kabulü için Akkuyu NGS inşaat projesi kapsamında bir liman (Doğu Kargo Terminali) kurulmuş olup, Mayıs 2019'da Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı'ndan geçici işletme izni almıştır.[27]

Sinop'ta yapılması planlanan ülkemizin ikinci NGS için 2012 yılında saha çalışmaları resmen başlatılmış olup, 03 Nisan 2024'te NDK tarafından İnceburun mevkiindeki saha için "Saha Onayı" verilmiştir.[28] Sinop NGS için yapılan plan değişikliğinin çevre ve toplum sağlığını tehdit ettiği, ekolojik hassasiyetleri göz ardı ettiği ve planlama ilkelerine aykırı olduğu vurgulanarak, bilirkişi raporunda planın bilimsel, teknik ve hukuki açıdan yetersiz olduğunu ve şeffaflık ilkesine uymadığı 9 Nisan 2025'te Danıştay'da görülen davada belirtilmiştir.[29]

Trakya'da da yeni bir nükleer santral yapılması planlandığı ve yatırımcı görüşmelerinin sürdüğü bildirilmektedir.[30]

3 Temmuz 2019'da Eti Maden İşletmeleri Genel Müdürlüğü, Eskişehir İli, Beylikova ve Sivrihisar İlçeleri, Kızılcaören Mahallesi mevkiinde bir Kompleks Cevher Ocağı (Barit, Florit, NTE, Toryum), Cevher Hazırlama ve Zenginleştirme ve Depolama Tesisi kurmak için, NDK'ya başvuruda bulunmuştur. 26.01.2023 tarihi itibarıyla tesis için sınırlı çalışma izni ve inşaat lisansı verilmiştir.[31]

2.3.3.2. Nükleer Santrallerin Halk Sağlığına Olası Etkileri

Radyasyon acil durumları, teknolojik olaylar, doğal afetler, ulaşım kazaları, terör eylemleri, kirli ortamlar gibi nedenlerle ortaya çıkabilir, hava, içme suyu ve gıda ürünlerinde radyasyon maruziyetine yol açabilir. Çernobil veya Fukuşima'da meydana gelenler gibi büyük ölçekli nükleer kazalar nadirdir, ancak meydana geldiği zaman milyonlarca kişiyi etkileyebilir ve küresel sonuçlara yol açabilir.[7]

Mersin'in Gülnar İlçesine bağlı Büyükeceli Mahallesinde 7 Eylül 2022 tarihinde başlayan orman yangını rüzgarın etkisiyle büyüyerek Akkuyu NGS'nin 2,5-3 km yakınına kadar ulaşmış ve halkta büyük paniğe neden olmuştur.[32]

13 Haziran 2025'te İsrail tarafından İran'ın Natanz Nükleer Yakıt Zenginleştirme Tesisine gerçekleştirilen saldırı sonrası**,** Uluslararası Atom Enerjisi Ajansı (UAEA) tarafından tesis sahası dışında radyasyon seviyelerinde herhangi bir artış olmadığı bildirilmiştir. UAEA'nın açıklamasına göre saldırıda yalnızca tesisin yer üstü kısmı ve elektrik altyapısı zarar görmüş, ancak çevre ve nüfus üzerinde radyolojik bir etki oluşmamıştır. Busehr, Isfahan ve Fordow tesislerinin etkilenmediği de doğrulanmıştır. Türkiye'de ise 239 istasyondan oluşan Radyasyon İzleme ve Uyarı Sistemi Ağı (RADİSA) üzerinden yapılan ölçümlerde, 14 Haziran 2025 itibarıyla radyasyon seviyelerinde herhangi bir artış saptanmamış ve ülke açısından riskli bir durum olmadığı teyit edilmiştir.[33]

2.3.3.3. Ülkemizde Nükleer Enerjiye İlişkin Mevzuat

Ülkemizde nükleer enerjiden yararlanmak ve nükleer enerjiyle ilişkili teknolojilerin uygulanmasını temin etmek üzere araştırma, geliştirme faaliyetleri ve denetleme faaliyetlerinde bulunmak üzere 1956 yılında Atom Enerjisi Komisyonu kurulmuştur. Ülkemiz 1957 yılında ise UAEA'ya üye olmuştur. 1982 yılında ise Türkiye Atom Enerjisi Kanunu ile Başbakan'a bağlı olarak Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK) kurulmuştur. TAEK 2020 yılında yerini Türkiye Enerji, Nükleer ve Maden Araştırma Kurumu'na (TENMAK) bırakmıştır. Mersin İlinde NGS kurulma kararının ardından ar-ge ve düzenleyici fonksiyonların birbirinden ayrılma ihtiyacı üzerine 2018 yılında Nükleer Düzenleme Kurumu (NDK) kurulmuştur. NDK; tıbbi, araştırma

amaçlı ve endüstriyel radyasyon kaynaklarının kullanımı, depolanması, taşınması ve atık yönetimi konularında denetim faaliyetleri yanı sıra radyasyon acil durum yönetimi, insanların ve çevrenin radyasyondan korunması için yetkili bir kurumdur.[34] NDK, meydana gelebilecek bir nükleer kaza sonrası ülkemizdeki hangi bölgelerin ne kadar ve ne zaman etkileneceğini hesaplayan "Çevresel Atmosferik Dağılım Modelleme Sistemi – Çevresel Acil Durum Müdahale Sistemi" kullanmaktadır.[35]

Ülkemizde 5 Mart 2022 tarihinde yürürlüğe giren 7381 sayılı Nükleer Düzenleme Kanunu ile radyasyondan korunma mevzuatı güçlendirilmiştir. Bu kanun ile çalışanların, halkın, çevrenin ve gelecek nesillerin radyasyonun olası zararlı etkilerinden korunması amaçlanmaktadır. Bu Kanuna göre Türkiye Cumhuriyeti dışında üretilen radyoaktif atıklar ülkeye sokulamaz ve radyoaktif atıklar çevreye bırakılamaz. Türkiye Cumhuriyeti egemenlik alanında yapılan faaliyetler neticesinde ortaya çıkan radyoaktif atıklar TENMAK tarafından bertaraf edilir. Kanun işleteni, nükleer hadiselerden kaynaklanan zararlardan kusurlu olup olmadığına bakılmaksızın sorumlu tutar.[36]

Cumhurbaşkanlığı 5530 sayılı kararı ile 26.04.2022 tarihinde 31821 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "İyonlaştırıcı Radyasyon ve Radyonüklit Kullanılarak Sunulan Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönetmelik" ise, iyonlaştırıcı radyasyon ve radyonüklit kullanılarak sağlık hizmeti sunulan binaların vasıflarını, hastalar ve çalışan güvenliğine ilişkin usul ve esasları belirlemektir. Bu yönetmelik, bu hizmetleri alan kişileri ve buralarda görev yapan personeli kapsar.[37]

Radyasyon Güvenliği Yönetmeliğinde doz sınırları ve korunma ilkeleri belirtilmiştir. Buna göre radyasyon görevlileri için etkin dozun, ardışık beş yılın ortalaması 20 mSv'i, herhangi bir yılda ise 50 mSv'i, toplum üyesi kişiler için ise etkin dozun yılda 1 mSv'i geçemeyeceği belirtilmiştir.[38] Bu düzenlemeler, iyonlaştırıcı radyasyonun neden olabileceği zararlı etkilere karşı korunulmasını sağlamak için kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır.[39]

Radyasyon İzleme ve Uyarı Sistemi Ağı (RADİSA)

Ülkemizde sınır içi ya da sınır dışından kaynaklanabilecek potansiyel tehlikelere karşı hazırlıklı olabilmek için havadaki gama radyasyon düzeyindeki artışın saptanmasına yönelik kesintisiz ölçümler yapılmakta ve erken uyarı mekanizması görevi görmektedir. 81 il merkezinde, 111 ilçe merkezinde, 12 termik santralde, 4 Nükleer/Radyasyon uygulaması içeren tesislerde, 3 sınır karakolunda ve 28 Akkuyu NGS etrafında olmak üzere eş zamanlı olarak çalışan toplam 239 RADİSA istasyonu bulunmaktadır.[40] Bu sistem olası bir radyasyon acil durumunda erken uyarı sağlayarak insanların korunması için bir mekanizma sunmaktadır.

Ulusal Radyasyon Acil Durum Planı (URAP)

Ülkemizde ya da komşularımızda meydana gelebilecek radyasyon veya nükleer kazalara hazırlık ve müdahale süreci 2020 yılında hazırlanan Ulusal Radyasyon Acil Durum Planında düzenlenmiştir.[35] Nükleer santraller için üç yılda bir olmak üzere tam ölçekli tatbikatlar yapılmasını zorunlu kılan bu plan ile olası ciddi sağlık etkilerini önlemek, uzun vadeli kanser riskini en aza indirmek, halkın doğru şekilde bilgilendirilmesi ile sosyal ve psikolojik etkilenimleri azaltmak amaçlanmaktadır.[41]

Uluslararası Anlaşmalara Üyelik Durumu

Ülkemiz, nükleer enerji alanında güvenlik, şeffaflık ve uluslararası iş birliğini sağlamak amacıyla birçok uluslararası anlaşma ve sözleşmeye taraftır. Bu kapsamda 1980 yılında Nükleer Silahların Yayılmasının Önlenmesi Antlaşması (NPT), 1991 yılında Nükleer Kaza Halinde Erken Bildirim Sözleşmesi, 1996 yılında Nükleer Güvenlik Sözleşmesi ve 2023 yılında Kullanılmış Yakıt İdaresinin ve Radyoaktif Atık İdaresinin Güvenliği Üzerine Birleşik Sözleşmesi imzalanarak yürürlüğe girmiştir.[42] Kullanılmış Yakıt İdaresinin ve Radyoaktif Atık İdaresinin Güvenliği Üzerine Birleşik Sözleşmesi ile radyoaktif atıkların güvenli yönetimi sağlanarak çevre ve halk sağlığının korunması amaçlanır.[42]

2.3.4. Yapay Radyasyon Kaynakları İle İlgili Yapılmış Çalışmalar

Hatay'da bir üniversitenin acil servisinde yapılan bir çalışmada, intern ve asistan hekimler bazı temel konularda doğru bilgiye sahipken, bazı konularda ciddi bilgi eksiklikleri saptanmıştır. "Radyasyon dozunun neden olduğu biyolojik hasarın, ışınlanan doku hacmine bağlı olduğu" bilgisini doğru kabul edenlerin oranı %44.7 gibi düşük bir oran olarak saptanmıştır. Hastaların gereksiz yere radyasyon almasının önüne geçmek için sağlık çalışanlarının radyasyonun zararları konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.[43] Bir üniversitedeki tıp öğrencilerinde radyasyon güvenliği konusunda yapılan araştırmada da öğrencilerin bu konuda bazı yanlış inanışlara sahip olduğu saptanmıştır. Örneğin öğrencilerin %27,7'si kaktüsün radyasyondan koruduğuna, %22,9'u radyasyon sonrası süt içmek veya yoğurt yemenin faydalı olduğuna ve %4,8'i ise radyasyon dozunu düşürecek bir telefon uygulaması olduğuna inandığı saptanmıştır.[44] Tıp öğrencileri ve sağlık çalı-

şanlarının radyasyon güvenliği ile ilgili bilgi düzeylerinin artırılarak tutum ve davranışlarına da yansıması sağlanmalıdır.

Pediatrik kardiyolojide görev yapan sağlık çalışanlarının mesleki radyasyon dozunu değerlendiren çalışmada hemşirelerin 11.07 μSv/uygulama ile en yüksek oranda radyasyona maruz kaldığı, bu doz oranlarının ise uluslararası limitlerin altında kaldığı saptanmıştır.[45] Bir üniversite hastanesinde radyoloji bölümünde çalışanlarda yapılan araştırmada radyasyondan korunma önlemlerinin seviyesini etkileyen en önemli değişkenin bu konuda eğitim almak olduğu saptanmıştır.[46] İyonlaştırıcı radyasyon ortamlarında çalışan sağlık çalışanlarında yapılan bir araştırmada katılımcıların %10.4'ü dozimetre kullanmadığını belirtmiştir. Dozimetre kullanmayanların en sık kullanmama sebebinin unutması olduğu saptanmıştır. Kurşun kalkan kullanırken dozimetrenin nereye takılması gerektiği konusunda % 41.7'si yanlış cevap vermiştir. Katılımcıların %29.2'si PET cihazının, %45.8'i kemik dansitometrisinin ve %45.8'i ise iyot-131 tedavisinin radyasyon içermediğini belirtmişlerdir.[47] Sağlık çalışanlarının dozimetre ile ilgili eksik ve yanlış bilgileri hem kendi güvenliklerini hem de hastaların güvenliğini tehlikeye atmaktadır.

İstanbul'da bir kamu hastanesinde radyolojik işlem uygulanan hastalarda yapılan çalışmada katılımcıların %24'ü radyasyonun zararlı olmadığını düşündüğünü belirtmiştir. Hastaların %22.9'u radyasyon zararları hakkında bilgi edindikleri birincil kaynağın medya olduğunu belirtmiştir ve sadece %12.8'i işlem öncesi sağlık personeli tarafından bilgilendirildiğini belirtmiştir.[48] Ankara'da bir üniversitenin diş hekimliği fakültesine başvuran hastalarda yapılan araştırmada katılımcıların %56.5'inin düşük farkındalığa ve sadece %8.8'inin yüksek farkındalığa sahip olduğu saptanmıştır.[49] Radyasyon güvenliği konusunda sağlık çalışanlarının yeterli bilgilendirme yapmaması ve hastaların güvenilir olmayan kaynaklara yönelmesi hastaların güvenliği açısından önemli bir halk sağlığı sorununa neden olmaktadır.

3. İyonlaştırıcı Olmayan Radyasyon

3.1. Elektromanyetik Kirlilik ve Maruz Kalma Kaynakları

Elektromanyetik alanlar (EMA), günlük yaşamda kullanılan elektrikli aletler ve cep telefonlarından, yüksek gerilim hatları, baz istasyonları gibi tesislerden ve manyetik rezonans görüntüleme gibi tıbbi cihazlardan kaynaklanabilir.[7] Cep telefonların yaygınlaşmasıyla dünya genelinde 1.4 milyondan fazla baz istasyonu kurulmuş, kablosuz ağlar da evler, işyerleri ve kamusal alanlarda hızla artmıştır. Bu durum nüfusun radyo frekansı (RF) alanlarına maruziyetini artırmıştır.[50] TÜİK tarafından 2024 yılında yapılan Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırmasına göre internet kullanım oranı 16-74 yaş arası bireylerde %88.8'e yükselmiştir. İnternet kullanan bireylere bu cihazları alırken dikkat ettikleri özellikler sorulduğunda ise en çok cihazın fiyatına, marka, tasarım ve modeline dikkat ettikleri, cihazlardan kaynaklanan elektromanyetik alan maruziyeti ölçümünü belirten SAR (Özgül Soğurma Oranı) değerine ise öncelikli olarak dikkat edilmediği anlaşılmıştır.[51] TÜİK'in 6-15 yaş arası çocuklarda yaptığı araştırmada ise çocukların internet kullanımı 2021 yılında %82,7 iken 2024 yılında %91,3'e yükselmiştir. Çocukların %76.1'inin cep telefonu kullandığı saptanırken, 11-15 yaş grubundaki çocukların cep telefonu kullanma oranı %86,2'dir. 11-15 yaş grubundakilerin %32,1'i hafta sonu 2-3 saat, %18,4'ü ise 4-5 saat internet kullandığını belirtmiştir. Düzenli cep telefonu kullanan çocukların %32,6'sı yarım saatte bir telefonunu kontrol etmektedir. Çocukların %63,8'inin sadece kendi kullanımında cep telefonu, oyun konsolu veya bilgisayarı bulunmaktadır. Çocuklar ekran başında geçirdikleri süre nedeniyle daha az kitap okuyor, daha az ders çalışıyor, daha az aileyle vakit geçiriyor, daha az arkadaşlarıyla yüz yüze görüşüyor ve daha az uyuyordu.[52]

Baz istasyonları ve kablosuz ağlardan kaynaklanan EMA maruziyeti, kaynağın şiddeti, kaynağa yakınlık, maruziyet süresi, dalganın frekans bandı ve canlının soğurma derecesine bağlı olarak değişmektedir.[53] EMA gücü, kaynağında en yüksektir ve mesafe arttıkça hızla azalır.[54]

2019 yılında 5G teknolojisi yaygın olarak kullanıma sunulmuştur. 5G teknolojisi, önceki nesil mobil iletişim standartlarına ek olarak daha yüksek frekans aralıklarını kullanmakta ve bu nedenle EMA maruziyetine dair endişeler gündeme gelmektedir.[55] Ancak yapılan ölçümler, 5G'den kaynaklanan maruziyetin 3G ve 4G seviyelerine benzer olduğunu göstermektedir. Bu teknolojinin en önemli yeniliklerinden birisi ışın yönlendirme yöntemi, sinyali yalnızca ihtiyaç duyulan bölgelere odaklayarak hem iletişim hızını artırmakta hem de gereksiz alanlarda maruziyeti azaltmaktadır. EMA maruziyetinin insanlardaki potansiyel sağlık etkisi vücut ısısında meydana gelen ısı artışından kaynaklanmaktadır. 5G teknolojisinin insan vücudunda ihmal edilebilir düzeyde bir sıcaklık artışına neden olduğu belirtilmektedir. Belirlenen güvenlik standartlarına uyulduğu sürece 5G teknolojisinin halk sağlığı açısından ek bir risk oluşturması beklenmemektedir.[55,56] Yapılan bir ça-

lışmada katılımcıların %53,8'inin baz istasyonlarından endişe duyduğu, %83,6'sının çatısında baz istasyonu olan bir binada yaşamak istemediği ve %86,4'ünün istasyonların şehir dışına taşınmasını istediği saptanmıştır.[57]

3.2. Elektromanyetik Alanların Olası Sağlık Etkileri

Günümüzde tüm toplumlar farklı derecelerde EMA'ya maruz kalmaktadır ve teknoloji ilerledikçe bu seviyeler artmaya devam edecektir.[58] RF alanlarının bilinen tek biyolojik etkisi, çok yüksek yoğunlukta olduğunda vücut sıcaklığında artış yapmasıdır.[54] Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı, radyofrekansı insanlar için muhtemelen kanserojen olarak sınıflandırmıştır (Grup 2B).[59]

Bununla birlikte, bazı kişiler RF maruziyetine bağlı baş ağrısı, uyku bozukluğu gibi spesifik olmayan semptomlar yaşadıklarını bildirmektedir. DSÖ, bu semptomların doğrudan EMA ile ilişkisini gösteren kanıt olmadığını, ancak bu kişilerin yaşadığı durumun dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır.[54] Ankara'da 2019 yılında yüksek gerilim hatlarına yakın evlerdeki EMA düzeyleri ve bu evlerde yaşayan 141 yetişkinin sahip olduğu semptomların varlığını inceleyen bir çalışmada evlerin ortalama EMA düzeyleri sınır değerin üzerinde saptanmış ancak kişilerin yaşadığı semptomlar ile ilişkili bulunmamıştır.[60] Çorlu Devlet Hastanesi'nde yapılan çalışmada, hastane içerisinde yüksek EMA değerlerinin olduğu bölgelerde çalışanlarda baş ağrısı, halsizlik, yorgunluk ve unutkanlık gibi şikayetlerin daha sık görüldüğü saptanmıştır.[61]

Sonuç olarak, mevcut bilimsel kanıtlar baz istasyonları ve kablosuz ağlardan kaynaklanan düşük seviyeli RF maruziyetinin halk sağlığı üzerinde olumsuz bir etki oluşturmadığını göstermektedir. Ancak DSÖ'nün Uluslararası EMA Projesi aracılığıyla sürdürdüğü araştırmalar, özellikle cep telefonlarının yüksek RF maruziyeti ile sağlık etkilerini değerlendirmeye devam etmektedir.[54]

3.3. İyonlaştırıcı Olmayan Radyasyondan Korunma Politikaları ve Yasal Düzenlemeler

Koruma standartları, Uluslararası İyonlaştırıcı Olmayan Radyasyondan Korunma Komisyonu (ICNIRP) ve IEEE tarafından geliştirilmiş olup, ulusal otoriteler bu limitleri benimsemekte ve aşılabilecek alanlara erişimi kısıtlamaktadır. Ancak, kamuoyunda baz istasyonları ve kablosuz teknolojilere dair risk algısı, özellikle medyada çok yer aldığı için yüksektir. DSÖ, bu noktada risk iletişimi ve halkın karar süreçlerine katılımının güven ve kabulü artıracağını vurgulamaktadır.[54] Elektromanyetik alanlar, endişe ve spekülasyonların yoğun olduğu çevresel etkilerden biridir. Vatandaşların, kimlik numaralarını kullanarak Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu'nun (BTK) web sitesi üzerinden evlerinin çevresindeki elektromanyetik alan ölçüm değerlerini öğrenebildikleri bir proje hayata geçirilmiştir, bu da şeffaflık açısından önemlidir.[62] Cep telefonlarının SAR değerlerini kutularında belirtme zorunluluğu ve tüketicilerden sağlıklı cep telefonu kullanımı hakkında bilgilendirildiklerine dair onay formu imzası alınması gibi uygulamalar planlanmaktadır.[62] Bu uygulama da bireylerin daha güvenli cep telefonlarını tercih edebilmeleri açısından önemli olacaktır.

Türkiye'de iletişim teknolojilerinden kaynaklanan alan yoğunluklarını ölçme ve düzenleme yetkisinin BTK'da olduğu belirtilmektedir. Ayrıca Çevre Bakanlığı, Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı gibi farklı bakanlıklar da düzenlemeler yapmaktadır.[62]

2018'de yürürlüğe giren Elektronik Haberleşme Cihazları Güvenlik Sertifikası Yönetmeliği, Türkiye'de elektromanyetik alanlara ilişkin en önemli düzenlemelerden biridir. Yönetmelik, 10 kHz – 94 GHz frekans bandında çalışan haberleşme cihazlarını kapsamakta ve halk sağlığını korumak amacıyla uluslararası standartlardan daha sıkı limitler getirmektedir. Özellikle çocukların korunması için özel hükümler bulunmakta; baz istasyonlarının oyun alanları ve okul binalarına güvenlik mesafesi içinde kurulması yasaklanmaktadır. ICNIRP sınırlarının %70'i ortam limiti, %20'si ise tek cihaz limiti olarak belirlenmiştir. Ayrıca ölçümlerin anten yönünde, üç noktadan ve belirli yükseklikte yapılması zorunlu kılınmıştır. Mevcut cihazların da yeni limitlere uyum sağlaması için geçiş süresi tanınmış, böylece elektromanyetik kirlilik konusunda halk sağlığını önceleyen güvenlik önlemleri önemsenmiştir.[63]

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın 2020'de yayınladığı "Elektromanyetik Alan Üreten Kaynaklar İle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Rehberi"ne göre riskleri tamamen ortadan kaldırmak veya daha az tehlikeli teknolojilerle ikame edilmesi, teknik önlemler arasında ise kalkanlama, koruma bariyerleri, kilitleme sistemleri ve acil durdurma butonları önemsenmektedir. Organizasyonel önlemler kapsamında riskli alanlara erişim kısıtlanmalı, uyarı levhaları ve işaretlemeler yapılmalı, çalışanlara düzenli eğitimler verilmelidir. Ayrıca, cihazların ve koruma sistemlerinin periyodik bakımları maruziyetin kontrolünde kritik rol oynar.[64]

3.4. Yerel Yönetimlerin Rolü

Kadıköy belediyesine aydınlatma direkleri, konutlar ve işyerlerinin çatıları üzerinde bulunan baz istasyonları

ile ilgili gelen şikayetler sonucunda 42 noktada EMA ölçümü yapılmış ve uluslararası sınır değerlerin altında olduğu tespit edilmiştir. Kadıköy Belediyesi ülkemizde ilk kez EMA ölçümleri konusunda yetki belgesi alan yerel yönetim olmuştur.[65]

Nilüfer Belediyesi'nin "Elektromanyetik Kirlilik İzleme Projesi", ülkemizde bu alanda yürütülen en kapsamlı yerel çalışmalar arasında yer almaktadır. 2010 yılından beri ücretsiz ölçümler yapan belediye, 2019 yılında Üsküdar Üniversitesi işbirliğiyle 73 ölçüm gerçekleştirmiş ve sonuçları kamuoyuyla paylaşmıştır. Çalışmalarda elde edilen veriler, Nilüfer ilçesindeki elektromanyetik kirlilik seviyelerinin Avrupa ortalamalarının üzerinde olduğunu ortaya koymuştur. Avrupa ortalaması 0,07 iken baz istasyonlarında ortalama 1,12 V/m değerleri ölçülmüştür.[66]

4. Sonuç

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de iyonlaştırıcı ve iyonlaştırıcı olmayan radyasyona maruz kalma riski gün geçtikçe artmaktadır. 1986 yılında Çernobil NGS'de, 2011'de Japonya'daki deprem ve tsunami sonrasında Fukuşima NGS'de meydana gelen kazalar sadece kazanın olduğu bölgeleri etkilememiş, yakın ve hatta kaza sonrasındaki çevresel faktörler nedeniyle uzak bölgeleri dahi önemli şekilde radyasyon kirliliğine maruz bırakmıştır. Çernobil kazası sonrası ülkemiz topraklarında radyoaktif kalıntılara halen rastlandığı çalışmalarla gösterilmiştir. Ayrıca coğrafi olarak bulunduğumuz konum itibarıyla çevremizdeki ülkelerdeki savaş ortamı nükleer sızıntılar konusunda endişe duymamıza neden olmaktadır. Şimdiye kadar var olan radyasyon kaynaklarına önümüzdeki dönemde Akkuyu'da yapılan nükleer santralin olası radyonüklid salınımlarının da eklenmesi mümkün olabilir. Yapılan çalışmalar nükleer santrallerin normal çalışmaları sırasında da çevreye radyonüklid salınımının olduğunu göstermektedir. Yapımı tamamlanıp işletmeye başladıktan sonra düzenli çevresel izlemlerin yapılması ve işletmenin denetlenmesi çevre ve halk sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Tıbbi uygulamalar sırasında radyasyon kullanımı teknolojinin gelişmesiyle birlikte hızla artmaktadır. Tıbbi işlemin hasta için yarar-zarar değerlendirmesinin iyi yapılması ve sağlık çalışanına bu işlemler sırasında kendisini korumasına yönelik önlemler konusunda eğitimlerin verilmesi önemlidir.

Cep telefonları ve internet kullanımındaki yaygınlık toplumumuzda elektromanyetik alan etkilenimlerinin artarak devam edeceğini göstermektedir. Çocuklardaki bu durum kaygı verici düzeydedir. Henüz gelişim sürecinde olmaları çevresel faktörlerden daha fazla etkilenmelerine neden olmaktadır. Çocukların beden ve ruh sağlığını korumak amacıyla ailelerin elektromanyetik alanlar konusunda daha iyi bilgilendirilmeye, çocukların cep telefonu, internet, sosyal medya kullanımlarını kısıtlama konusunda devletin yasal düzenlemeler getirmesine ihtiyaç olduğu görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Radiation. Erişim tarihi: 09.09.2025, https://www.who.int/health-topics/radiation#tab=tab_1
2. World Health Organization. Ionizing radiation. Erişim tarihi: 09.09.2025, https://www.who.int/health-topics/radiation#tab=tab_2
3. World Health Organization. Non-ionizing radiation. Erişim tarihi: 09.09.2025, https://www.who.int/health-topics/radiation#tab=tab_3
4. United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation. Answers to frequently asked questions about radiation. Erişim tarihi: 09.09.2025, https://www.unscear.org/unscear/en/areas-of-work/radiation-faq.html
5. Önal, A. E., Çağlayan, Ç., Çamur, D., Meydan Acımış, N. & Yavuz, M. (2022). Çevre sağlığında güncel konular. Palme Yayınevi.
6. World Health Organization. (2023). Ionizing radiation and health effects. Erişim tarihi: 09.09.2025, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ionizing-radiation-and-health-effects
7. World Health Organization. *Guidance on radiation and health*. Erişim tarihi: 09.09.2025, https://www.who.int/tools/compendium-on-health-and-environment/radiation.
8. World Health Organization. (2023). Radon. Erişim tarihi: 09.09.2025, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/radon-and-health
9. World Health Organization. Radiation and health (Food and drinking-water). Erişim tarihi: 09.09.2025, https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/radiation-and-health/environmental-exposure/food-and-drinking-water
10. Bingöldağ, N., & Otansev, P. (2018). Determination of natural radiation levels and lifetime cancer risk in Kırıkkale, Turkey. Radiochimica Acta, 106(5), 401–411. https://doi.org/10.1515/ract-2017-2781
11. Özden, S., & Pehlivanoğlu, S. A. (2025). Measurement of natural radioactivity, indoor radon and radiation hazard assessment in Kırklareli, Turkey. WSEAS Transactions on Environment and Development, 21, 847–857. DOI: 10.37394/232015.2025.21.70
12. Camgöz, B., & Akakçe, N. (2024). Natural radiation levels and dose contributions of cultural and historical settlements in Eastern Anatolia: A case study. Catena, 237, 107658. https://doi.org/10.1016/j.catena.2024.107812

13. Karatepe, Ş., Kuluöztürk, M. F., & Doğru, M. (2020). Tatvan, Ahlat ve Adilcevaz bölgelerinde sahil kumlarında radon aktivite konsantrasyon seviyelerinin belirlenmesi. European Journal of Science and Technology, (20), 90–94. https://doi.org/10.31590/ejosat.818568
14. Günay, O., Özden, S., & Aközcan Pehlivanoğlu, S. (2024). The current status of natural and artificial radiation in İstanbul 36 years after Chernobyl, preceding a potential nuclear threat. Journal of Radioanalytical and Nuclear Chemistry, 333(9), 3819–3831. https://doi.org/10.1007/s10967-024-09539-x
15. Alemy, R. (2023). Bursa ili Orhaneli ve Keleş ilçelerindeki toprakların doğal radyonüklid düzeyinin belirlenmesi (Yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü).
16. Hürriyet. (2016). Evlerdeki gizli kanser tehlikesine karşı TAEK devrede. Hürriyet Gazetesi. Erişim tarihi: 20.09.2025, https://www.hurriyet.com.tr/gundem/evlerdeki-gizli-kanser-tehlikesine-karsi-taek-devrede-40312887
17. Erzen Yıldız, H., et al. (2024). Radyasyon fiziği ve sağlık etkileri - I. Özgür Yayınları. https://doi.org/10.58830/ozgur.pub432
18. World Health Organization. (2025). Global initiative on radiation safety in health care settings. Erişim tarihi: 09.09.2025, https://www.who.int/initiatives/global-initiative-on-radiation-safety-in-health-care-settings/
19. Ataç, G. K. (2025). A legislative perspective for protection of patients and radiation workers. Türk Radyoloji Seminerleri, 13(2), 115–122. https://doi.org/10.4274/trs.2025.25192
20. United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation. (2020). Sources, effects and risks of ionizing radiation. United Nations. Erişim tarihi: 16.09.2025, https://www.unscear.org/unscear/en/publications/2020_2021_1.html
21. Türk Tabipleri Birliği. Radyoaktif skandalı. Erişim tarihi: 19.09.2025, https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=3e6e8eaa-160d-11f0-8678-dd49d346e5ac.
22. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD). Radyasyon dozları ve etkileri. Erişim tarihi: 18.09.2025, https://www.afad.gov.tr/kbrn/radyasyon-dozlari-ve-etkileri.
23. Parmaksız, A. (2016). Comprehensive data concerning cosmic radiation doses at ground level and in-flights for Turkey. Radiation Protection Dosimetry, 171(4), 539–544. doi:10.1093/rpd/ncv464
24. Nükleer Düzenleme Kurumu (NDK). (t.y.). Akkuyu Nükleer Santrali. Erişim tarihi: 09.09.2025, https://www.ndk.gov.tr/akkuyu-nukleer-santrali
25. International Atomic Energy Agency (IAEA). (2025). Power reactor information system (PRIS): Turkey. Erişim tarihi: 16.09.2025, https://pris.iaea.org/PRIS/CountryStatistics/CountryDetails.aspx?current=TR
26. Akkuyu Nükleer (Rosatom). Proje hakkında. Erişim tarihi: 18.09.2025, https://akkuyu.com/tr/about/info
27. Akkuyu Nükleer (Rosatom). Doğu kargo terminali. Erişim tarihi: 28.09.2025, https://akkuyu.com/tr/port
28. Nükleer Düzenleme Kurumu (NDK). (2025). Sinop Nükleer Santrali. Erişim tarihi: 25.09.2025, https://www.ndk.gov.tr/sinop-nukleer-santrali
29. Türk Tabipleri Birliği. (2025). Sinop Nükleer Santrali için hazırlanan plan değişikliğinin iptali. Erişim tarihi: 09.09.2025, https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=e132e482-16a9-11f0-8678-dd49d346e5ac
30. Para Dergisi. (2025).Yeni nükleer santral projeleri için yatırımcı görüşmeleri. https://www.paradergi.com.tr/is-dunyasi-kulis/2025/06/16/yeni-nukleer-santral-projeleri-icin-yatirimci-gorusmeleri-suruyor
31. Nükleer Düzenleme Kurumu (NDK). (t.y.). Eti Maden Beylikova Tesisi. Erişim tarihi: 29.09.2025, https://www.ndk.org.tr/eti-maden-beylikova-tesisi.
32. Türk Tabipleri Birliği. (2022). Mersin Akkuyu Nükleer Santraline üç kilometreye kadar yaklaşan orman yangının değerlendirilmesi. Erişim tarihi: 19.09.2025, https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=53dea446-33f7-11ed-b3d9-8dc3277cf660
33. Nükleer Düzenleme Kurumu (NDK). (2025). Kamuoyuna duyuru (14.06.2025). Erişim tarihi: 18.09.2025, https://www.ndk.org.tr/haberler/kamuoyuna-duyuru-14-06-2025.
34. Nükleer Düzenleme Kurumu (NDK). Nükleer Düzenleme Kurumu. Erişim tarihi: 15.09.2025, https://www.ndk.org.tr/
35. Nükleer Düzenleme Kurumu (NDK). Radyasyon acil durumlarının yönetimi. Erişim tarihi: 12.09.2025, https://www.ndk.org.tr/radyasyon-acil-durumlarinin-yonetimi.
36. Resmî Gazete. (2022). Nükleer Düzenleme Kanunu. Erişim tarihi: 14.09.2025, https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/03/20220308-1.htm
37. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2023). İyonlaştırıcı radyasyon ve radyonüklit kullanılarak sunulan sağlık hizmetleri hakkında yönetmelik. Erişim tarihi: 14.09.2025, https://shgmtetkikdb.saglik.gov.tr/TR-89573/iyonlastirici-radyasyon-ve-radyonuklit-kullanilarak-sunulan-saglik-hizmetleri-hakkinda-yonetmelik-yayimlanmistir.html
38. Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği. *Resmi Gazete* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5272&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
39. Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği. *Resmi Gazete* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5272&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5 (2000).
40. Nükleer Düzenleme Kurumu (NDK). Radyasyon izleme ve uyarı sistemi ağı (RADİSA). Erişim tarihi: 16.09.2025, *NDK* https://www.ndk.org.tr/radyasyon-izleme-ve-uyari-sistemi-agi-radisa
41. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD). (2020). Ulusal radyasyon acil durum planı (URAP). https://www.afad.gov.tr/ulusal-radyasyon-acil-durum-plani-urap
42. Nükleer Düzenleme Kurumu (NDK). Uluslararası anlaşmalar ve sözleşmeler. Erişim tarihi: 16.09.2025, https://www.ndk.org.tr/uluslararasi-anlasmalar-ve-sozlesme.
43. Açıkgöz, G., Hamamcı, B., Nur, S. ve Karakuş, A. (2020). Acil serviste asistan ve stajyerlerin radyasyona ilişkin

bilgi ve tutumları: Anket tabanlı bir çalışma. Al Ameen Journal of Medical Sciences, 13(4), 261–265.

44. Çakmak, V., Akış, Ç., Koç, M., Güngör, B., & Tuncel, D. (2022). Pamukkale University Faculty of Medicine students' level of knowledge about medical radiation and radiation safety. Pamukkale Medical Journal, 15(3), 461–466. *https://dx.doi.org/10.31362/patd.997289*
45. Hışiroğlu Ayar, K., Kam, E., & Yaşar, D. (2023). Occupational radiation dose of personnel in pediatric interventional cardiology. Journal of Engineering Technology and Applied Sciences, 8(1), 49–58. doi: 10.30931/jetas.1147340
46. Çevik, H., İlgün, G., & Şahin, B. (2020). Assessment of the factors affecting the radiation protection levels of radiology personnel. Archives of Advances in Biosciences, 11(1), 1–10. https://doi.org/10.22037/aab.v11i1.23082
47. Zekioğlu, A., & Parlar, Ş. (2021). Investigation of awareness level concerning radiation safety among healthcare professionals who work in a radiation environment. Journal of Radiation Research and Applied Sciences, 14(1), 1–8. https://doi.org/10.1080/16878507.2020.1777657
48. Güdük, Ö., Kılıç, C. H., & Güdük, Ö. (2018). Radyasyonun Zararli Etkileri Hakkinda Hastalarin Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi: Bir Hastane Örneği. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *4*(2), 874-889.
49. Topal, C. G., Üçok, C. Ö., & Göçoğlu, A. (2024). Evaluation of patients' knowledge levels and awareness about radiation used in dental imaging: A cross-sectional study. Turkiye Klinikleri Journal of Dental Sciences, 30(3), 184–193. DOI: 10.5336/dentalsci.2023-100111.
50. World Health Organization. (2006). Base stations and wireless technologies. Erişim tarihi: 09.09.2025, https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/radiation-and-health/non-ionizing/wireless
51. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2024). Hanehalkı bilişim teknolojileri (BT) kullanım araştırması 2024. Erişim tarihi: 12.09.2025, https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2024-53492
52. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2024). Çocuklarda bilişim teknolojileri kullanım araştırması 2024. Erişim tarihi: 12.09.2025, https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Cocuklarda-Bilisim-Teknolojileri-Kullanim-Arastirmasi-2024-53638
53. Önal, A. E., Çağlayan, Ç., Çamur, D., Meydan Acımış, N., & Yavuz, M. (2022). Çevre sağlığında güncel konular. Palme Yayınevi.
54. World Health Organization. (2006). Base stations and wireless technologies. Erişim tarihi: 09.09.2025, https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/radiation-and-health/non-ionizing/wireless
55. World Health Organization. (2020). Radiation: 5G mobile networks and health. Erişim tarihi: 11.09.2025, https://www.who.int/news-room/q-a-detail/radiation-5g-mobile-networks-and-health
56. International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection (ICNIRP). (2025). 5G radiofrequency. Erişim tarihi: 09.09.2025, https://www.icnirp.org/en/applications/5g/5g.html
57. Kaynar, L., & Özmen, D. (2019). Bireylerin bilinçli farkındalık düzeylerine göre GSM baz istasyonlarının insan sağlığına etkileri konusunda bilgi ve görüşleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 35(1), 1–9.
58. World Health Organization. Electromagnetic fields and public health. Erişim tarihi: 13.09.2025, https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/radiation-and-health/non-ionizing/emf/
59. World Health Organization. Electromagnetic fields. Erişim tarihi: 14.09.2025,. https://www.who.int/india/health-topics/electromagnetic-fields.
60. Yavuz, C., et al. (2019). Yüksek gerilim hattına yakın evlerde elektromanyetik alan düzeyleri ve semptom varlığı. Çukurova Medical Journal, 44(1), 263–271. https://doi.org/10.17826/cumj.550589
61. Dökmeci, A. H., & Aksan, Ö. (2019). Çorlu Devlet Hastanesindeki elektromanyetik alanların (EMA) sağlık çalışanlarına olası sağlık etkileri. Karaelmas İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, 3(1), 53–61. https://doi.org/10.33720/kisgd.484530
62. World Health Organization. (2016). Short report related to national activities on health effects of electromagnetic fields: New policies and legislations regarding EMF exposure (Turkey). Erişim tarihi: 09.09.2025, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/radiation/emf-international-project-country-reports/euro-region/turkey-2016.pdf?sfvrsn=a9744823_3.
63. Resmî Gazete. (2009). Elektronik Haberleşme Cihazları Güvenlik Sertifikası Yönetmeliği. Erişim tarihi: 19.09.2025, https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/05/20090516-19.htm
64. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. (2020). Elektromanyetik alan üreten kaynaklar ile çalışmalarda sağlık ve güvenlik önlemleri rehberi. Ankara: T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Yayınları. https://ekutuphane.csgb.gov.tr/Media/3eil5aig/elektromanyetik-alan-%C3%BCreten-kaynaklar-ile-%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fmalarda-sa%C4%9Fl%C4%B1k-ve-g%C3%BCvenlik-%C3%B6nlemleri-rehberi.pdf
65. Kadıköy Belediyesi. (2024). Elektromanyetik kirliliğin kontrolü. Erişim tarihi: 16.09.2025, https://cevre.kadikoy.bel.tr/icerik/elektromanyetik-kirliligin-kontrolu
66. Nilüfer Belediyesi. (2020). Nilüfer'de elektromanyetik kirlilik raporu açıklandı. Erişim tarihi: 16.09.2025, https://www.nilufer.bel.tr/haber/nilufer-de-elektromanyetik-kirlilik-raporu-aciklandi

Türkiye'de Katı ve Sıvı Atık Yönetimi: Çevre Sağlığı Açısından Güncel Durum

Seher Palanbek Yavaş

1. Giriş

Atık; kullanım değeri kalmamış, istenmeyen ve çevre üzerinde olumsuz etki oluşturma potansiyeli taşıyan maddelerin genel adıdır.[1] İnsanların temel gereksinimlerini karşılamak için doğal ya da yapay kaynaklara başvurmaları sonucunda ortaya çıkan ve sistemden uzaklaştırılan artıklar bu tanım kapsamında değerlendirilir.

Atıklar, insan etkinliklerinin tarihsel olarak kaçınılmaz bir çıktısı olsa da atığın nasıl yönetileceği, özellikle son yıllarda çevre politikalarında ve araştırma konularında öncelikli bir alan hâline gelmiştir. İnsanlık tarihinin ilk dönemlerinde atık sorunu olarak bir kavram bilinmez ve dolayısıyla atık sorunu yaşanmazken, yıllar geçtikçe artan nüfus, sanayileşme ve beraberinde kentleşme, üretilen mallara kolay ulaşım sonucunda gereğinden fazla ve hızlı bir tüketim kültürünün oluşması sonucunda atıklar çevresel bir sorun olarak karşımıza çıkmıştır.[2] Buna paralel olarak yetersiz atık yönetimi doğrudan ve dolaylı çok sayıda sağlık problemlerine yol açabilir. Düzenli toplanmayan ve uygun şekilde bertaraf edilmeyen kentsel katı atıklar; vektörlerle taşınan enfeksiyonların (ör. gastrointestinal ve zoonotik hastalıklar) artmasına, açıkta yakma ve depolama ise partikül madde, ozon öncülleri ve toksik gazlar üzerinden solunum-kardiyovasküler morbiditeye, depo sızıntı suları/ uygunsuz endüstriyel atık boşaltımları yeraltı ve yüzey sularına ağır metal karışmasına, endokrin bozucu etkilere ve kansere neden olabilir.

Çevreyi atıklardan korumak için yapılan atıkların azaltılması, geri dönüşüm uygulamaları vb. faaliyetlerin bütünü atık yönetimi olarak adlandırılır. Atık yönetimi yönetmeliğinde ise daha ayrıntılı bir tanım mevcuttur; atıkların oluşumunun engellenmesi, kaynağında azaltılması, tekrar kullanılması, çeşidine ve özelliğine göre ayrılması, biriktirilmesi, toplanması, geçici depolanması, taşınması, ara depolanması, geri dönüşümü, enerji geri kazanımı dâhil geri kazanılması, bertaraf işlemleri sonrası izlenmesi, kontrolü ve denetim faaliyetlerini kapsamaktadır.[3,4]

Bu kapsamda yukarıda bahsedilen 2015 yılında yürürlüğe girmiş Atık yönetimi yönetmeliğinden sonra 2017 yılında gelecek nesillere temiz ve yaşanılabilir dünya bırakmak fikriyle yola çıkan sıfır atık projesi Çevre ve Şehircilik Bakanlığı (2021'den sonra Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı) tarafından hazırlanmıştır. Projenin israfı önlemek, doğal kaynakları verimli kullanmak, atık miktarını azaltmak ve atıkları kaynağında ayrıştırmak ve atıkları geri kazanarak ekonomiye katma değer sağlamak gibi hedefleri olduğu belirtilmiştir. Sıfır atık projesiyle ilgili 2019 yılında toplum katılımı ve iletişimi arttırmak için "Sıfır Atık" web sitesi kurulmuş (https://sifiratik.gov.tr/), yine aynı yıl "Sıfır Atık Yönetmeliği" (Resmî Gazete Sayısı: 30829) yayınlanmıştır.[5] Yönetmelikte görev yetki ve yükümlülüklerden sonra sıfır atık yönetim sisteminin kurulması ve toplama sistemine ilişkin esaslar ve sıfır atık belgesine ilişkin esaslar ayrıntılandırılmıştır. Bu yönetmelik 2 yıl sonra 2021 yılında güncellenmiştir Resmî Gazete Sayısı: 31623).[6] Projenin başlamasıyla halka ve öğrencilere yönelik sıfır atık eğitimleri sürekli olarak düzenlenmeye devam edilmektedir. Yapılan çevre kanunu revizyonlarıyla geri kazanım katılım payı (GEKAP) uygulaması hayata geçirilmiştir. GEKAP 'Kirleten Öder' ana ilkesine bağlı olarak piyasaya süren veya ithalatçılardan piyasaya sürdükleri çeşitli mallardan beli bir oranda katkı payı bedelleri alındığı bir uygulamadır. Ulusal çevre etiketi uygulaması (eko-etiket) da bu projeyle beraber başlamıştır. Bu etiket bir ürünün veya

hizmetin üretimi esnasında çevreye zarar verilmediği veya asgari seviyede bir etkinin olduğu göstermektedir. Ayrıca depozito-iade uygulaması, bina ve yerleşim yerlerinde sıfır atık sistemlerinin kullanımının yaygınlaştırılması, alışverişte taşıma amaçlı kullanılan plastik poşetlerin ücretlendirilmesi gibi uygulamalara da çevre kanunu revizyonu sonucunda başlanılmıştır. Projenin başlamasından sonraki 5 yıl içerisinde 530 milyon kwh enerji, 572 milyon m^3 su, 87 milyon adet varil petrol, 69 milyon m^3 depolama alanı tasarrufu yapıldığı açıklanmıştır. Sıfır atık projesi sayesinde geri kazanım miktarları ise şu şekildedir; 550 bin plastik poşet, 20,4 milyon ton kağıt/karton, 2.3 miyon ton cam, 0,5 milyon ton metal.[7] Sıfır atık bunu destekleyen mevzuat-teşvik paketi, atık hiyerarşisi temelinde kaynak verimliliği ile geri kazanımı artırarak çevresel yük ve halk sağlığı risklerini azaltmış enerji, su, hammadde ile depolama alanında ölçülebilir tasarruflar sağlamıştır.

2. Katı Atıklar

Katı atık tanımı (atığın türü, kaynağı vb.) ülkeler arasında değişse de en çok kabul gören kentsel katı atıklar; hane atıkları, ticari/kurumsal atıklar, evsel nitelikli endüstriyel atıklar, bahçe ve pazar yeri atıkları olarak sıralanabilir. Katı atık ana bileşenlerini madde grupları olarak incelediğimizde ise; organik atıklar, cam, metal, kağıt/karton, plastik, kauçuk/deri, ahşap ve diğer olarak sınıflandırılabilir.[8]

Katı atıklar arasında plastik kirliliği diğer türlere göre görece daha yeni bir kirlilik çeşididir. İkinci dünya savaşından sonra kullanımı hızla yaygınlaşan plastik atıklar sadece karalar için değil deniz ve okyanuslar için de ciddi bir çevresel tehdit olarak karşımıza çıkmaktadır. Akdeniz'inde aralarında bulunduğu dünyanın birçok denizinde plastik kirliliği canlı yaşamı için tehlike arz edecek kritik eşik değeri aştığı bilinmektedir. Deniz ve okyanuslardaki plastik kirliliğinin büyük bir kısmını karasal atıklar ve karasal atıklar içerisinde payı en fazla olan ise ambalaj atıklarıdır. Türkiye kıyıları atık analiz raporuna göre ise sahilde bulunan atıkların %86,45'ini plastikler (yapay polimerler), %4,92'sini işlenmiş ahşap, %4,92'sini camlar/seramikler, %3,39'unu kağıt/karton, %1,76'sını metaller ve daha az kalan kısmı ise kumaş, deri, lastikler oluşturmaktadır. Benzer olarak 2022 yılında Çeşme sahillerinde yapılan çalışmada ise atıkların %83,29'nu plastikler oluşturmuştur. Plastik kirliliği ve atıklar bugün durdurulsa bile 2050 yılında şuan ki deniz ve sahillerde bulunan plastik kütlesinin bozulma süreçleri nedeniyle 2 kat artacağı tahmin edilmektedir.

Denizlere karışan plastik kirliliği bugün dursa bile, bu bozulma süreci devam edeceğinden, denizlerdeki ve sahillerdeki mikroplastik kütlesinin 2020'den 2050'ye iki kattan fazla artacağı tahmin ediliyor. Denizlerdeki plastiklerin denizel türler tarafından yutulması sonucunda bu plastiklerin onların yapısında bulunan kimyasal kirleticilerin (endokrin bozucular ve kalıcı organik kirleticiler) besin zincirinin üst basamaklarına geçebileceği ve insana kadar ulaştığı bilinmektedir.[9-11] Türkiye'de 2021 yılında plastik atık miktarı 5.6 milyon tona ulaşmıştır.[12] Avrupa Birliği'den ise 2023 yılında 316 milyon kg/yıl plastik ithal etmişken, 2024 yılında 426 milyon kg/yıl seviyesine yükselmiş ve en yüksek plastik atık ithal eden ülke durumuna gelmiştir.[13]

Plastikler 1 µm–5 mm arasında ise mikroplastik, 1 nm–1 µm ise nanoplastik olarak adlandırılmaktadır. Mikroplastikler parça, lif, granül, boncuk, pelet ve film yapısında olup birincil (doğrudan üretilen) ve ikincil (makroplastiklerin parçalanmasıyla oluşan) olarak da sınıflandırılmaktadır. Türkiye'de tatlı su ve denizlerde mikroplastik kirliliğini araştıran çalışmalar mevcuttur. Van gölünde yapılan çalışmada gölün yüksek düzeyde mikroplastik liflerle kirlendiğini ve bu mikroplastiklerin %60,2'sinin kimyasal yapısının polietilen olduğu bulunmuştur.[14] Marmara denizi Pendik- Tuzla arasında yapılan çalışmada ise toplanan tüm numunelerin mikroplastik içerdiği en fazla ise akrilonitril bütadien stiren, etilen vinil asetat ve polistiren plastik türlerinin olduğu saptanmıştır.[15] Başka bir çalışmada ise Akdeniz midyeleri incelenmiş (Mytilus galloprovincialis) alınan midye örneklerinin %64'nün mikroplastik içerdiği bulunmuştur.[16] Karadeniz'de ticari balıkların incelendiği çalışmada ise 190 örnekten 352 plastik parça çıkarıldığı, hepsinin balıklarının gastrointestinal sisteminde bulunduğu ve ticari balıkların plastiklerle kontamine olduğu sonucuna varılmıştır.[17]

Mikroplastiklerin insan gastrointestinal sisteminde absorpsiyonu nanoplastiklere göre daha düşüktür. Nanoplastikler daha kolay emilir ve hayvanlarda beyin, karaciğer gibi dokularda birikebilir.[19] Fakat insan sağlığı üzerine olan etkileri konusunda çalışmalar çok kısıtlıdır. Bir çalışmada tekstil kaynaklı nanoplastiklerin cilt bariyerinden düşük de olsa penetrasyon gösterdiğini bildirmiştir.[20] Yine bazı çalışmalarda solunum sistemi hastalıkları ile poliakrilik nanoplastikler arasında ilişki bulunmuştur.[21] Plastik kirliliğine yol açan önemli sebeplerden biri olan ambalaj atıkları için Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği 2021 yılında yayınlanmıştır. Yönetmelikte genel ilke ve esaslardan sonra, ambalajın üretimine ve piyasaya arzına ilişkin hükümler, depozito yönetim sistemi ve uygulamaları,

Tablo 1. 2020 ve 2022 Yılları belediye atık istatistikleri[23]

Özellikler		2020	2022
Toplam belediye sayısı		1389	1391
Atık hizmeti veren belediye sayısı		1387	1389
Toplanan atık miktarı (ton)		32324	30284
Kişi başı toplanan ortalama atık miktarı (kg/kişi-gün)		1,13	1,03
Bertaraf ve geri kazanım yöntemleri (ton)	Atık işleme tesislerine gönderilen*	26707	26017
	Belediye çöplüğüne gönderilen	5493	4093
	Diğer bertaraf yöntemleri**	124	174

TÜİK. Belediye atık istatistikleri. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Atik-Istatistikleri-2022-49570

* Düzenli depolama, yakma ve tüm geri kazanım tesislerine gönderilen atıkları içerir. Entegre tesislerin ve atık aktarma istasyonlarının son yıllarda artması nedeniyle nihai işlem ayrımı verilememiştir.

**Araziye dökerek, açıkta yakılarak, dereye ve göle dökülerek, gömülerek yapılan bertarafları kapsamaktadır.

Tablo 2. Ambalaj atıkları[24]

Cinsi	Kağıt Karton	Plastik	Ahşap	Metal	Kompozit	Cam	Toplam (ton)
2021	452.160	187.479	251.658	16.250	8.643	30.967	947.157
2022	514.270	191.417	265.450	18.635	11.664	29.887	1.031.326

T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı. Atık İstatistikleri Bülteni (2022) Sayı:13 25.12.2024

ambalaj atıklarının yönetimi ve geri dönüşüm/geri kazanım hedefleri yer almaktadır.[22]

Atıklarla ilgili 2020 yılından itibaren çeşitli güncel veriler aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

2020–2022 döneminde belediye atık istatistikleri incelendiğinde belediye sayısında ve atık hizmeti sunan belediyelerde sınırlı bir artış gözlenirken, toplanan toplam atık hacmi ile kişi başına düşen günlük ortalama atık miktarında azalma dikkati çekmektedir. Bertaraf ve geri kazanım pratiklerinde, atıkların büyük bölümünün işlem tesislerine yönlendirilmeye devam ettiği, buna karşılık belediye çöplüklerine gönderimlerin gerilediği görülmektedir. Diğer bertaraf yöntemlerinin payında ise görece sınırlı bir artış söz konusudur (**Tablo 1**).

Ambalaj atıklarını yıllara göre karşılaştırıldığında 2022 yılında 2021 yılına göre kağıt/karton, plastik, ahşap, metal, kompozit atıklarında artış olurken cam atıklarında azalma gözlenmiştir (**Tablo 2**).

2021 yılında geri kazanım amacıyla atık işleme tesislerine gönderilen atık miktarı 17.569.247 ton, bertaraf edilmek üzere atık işleme tesisine gönderilen atık miktarı ise 14.017.774 ton olarak gerçekleşmiştir (**Tablo 3**).

2020–2022 dönemine ilişkin özel ve tıbbi atık verileri incelendiğinde, atık türleri arasında en yüksek miktarın her yıl tıbbi atıkta gerçekleştiğini göstermektedir; bu kategori 2021'de en yüksek düzeye ulaştıktan sonra 2022'de kısmi bir gerileme sergilemiştir. Atık yağ miktarı 2020'den 2021'e belirgin biçimde azalmıştır. Buna karşılık, bitkisel atık yağ ile pil-akü miktarları üç yıl boyunca düzenli artış eğilimi göstermiştir. Atık elektrikli ve elektronik eşyalar (AEEE) kategorisi ise dönem boyunca sürekli azalmıştır (**Tablo 4**).

2022 yılında 2020 yılına göre toplam atık miktarı artmıştır. Aynı şekilde tehlikesiz atıklar büyürken tehlikeli atıklar sınırlı biçimde gerilemiştir. Sektörel incelemede ise, imalat ve termik santrallerde üretim kaynaklı atıkların yükseldiği; maden işletmelerinde ise az da olsa bir azalma gözlenmiştir. Organize sanayi bölgelerinde

Tablo 3. Atık işleme yöntemine göre atık miktarı Türkiye geneli dağılımı[24]

Yıl	Geri Kazanım	Bertaraf	Stok	İhracat	Toplam (Ton)
2020	15.074.363	13.686.550	645.949	303.372	29.710.234
2021	17.569.247	14.017.774	837.222	242.731	32.666.974
2022	18.803.304	21.462.027	1.083.956	253.455	41.602.743

T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı. Atık İstatistikleri Bülteni (2022) Sayı:13 25.12.2024

Tablo 4. Özel atık ve tıbbi atık istatistikleri[24]

Yıllar	Miktar (ton)				
	Atık Yağ	Bitkisel Atık Yağ	Pil-Akü	Atık Elektrikli ve Elektronik Eşyalar (AEEE)	Tıbbi Atık
2020	67.379	13.008	32.601	67.153	125.566
2021	52.168	16.680	33.872	52.129	135.869
2022	56.125	21.113	39.323	40.900	130.401

T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı. Atık İstatistikleri Bülteni (2022) Sayı:13 25.12.2024

Tablo 5. Kaynağına göre atık istatistikleri[25]

	Toplam atık miktarı		Tehlikeli atık miktarı		Tehlikesiz atık miktarı	
	2020	2022	2020	2022	2020	2022
Toplam	104.739.181	109.237.232	30.770.088	29.380.898	73.969.093	79.856.334
İmalat sanayi işyerleri	23.867.866	27.969.021	4.597.274	5.439.883	19.270.593	22.529.139
Termik santraller	24.375.356	27.815.548	10.012	10.512	24.365.343	27.805.036
Maden işletmeleri*	27.581.875	26.309.170	26.044.730	23.794.881	1.537.144	2.514.289
Organize sanayi bölgeleri	279.067	323.140	116.720	127.268	162.347	195.872
Hanehalkı**	28.635.018	26.820.352	1.352	8.354	28.633.665	26.811.998

TÜİK. Atık İstatistikleri Haber Bülteni. Sayı:49570. Tarih: 14 Kasım 2023

*Dekapaj malzemesi/pasa hariç atık miktarıdır.

** Hanehalkı kaynaklı atık miktarı Belediye atık istatistikleri anketi sonuçları kullanılarak tahmin yöntemiyle hesaplanmıştır.

düzenli fakat düşük düzeyli bir artış izlenirken, hanehalkı kaynaklı atıklar toplamda gerilemiş; buna karşın tehlikeli nitelikli hane atıklarında küçük bir artış dikkat çekmiştir (**Tablo 5**).

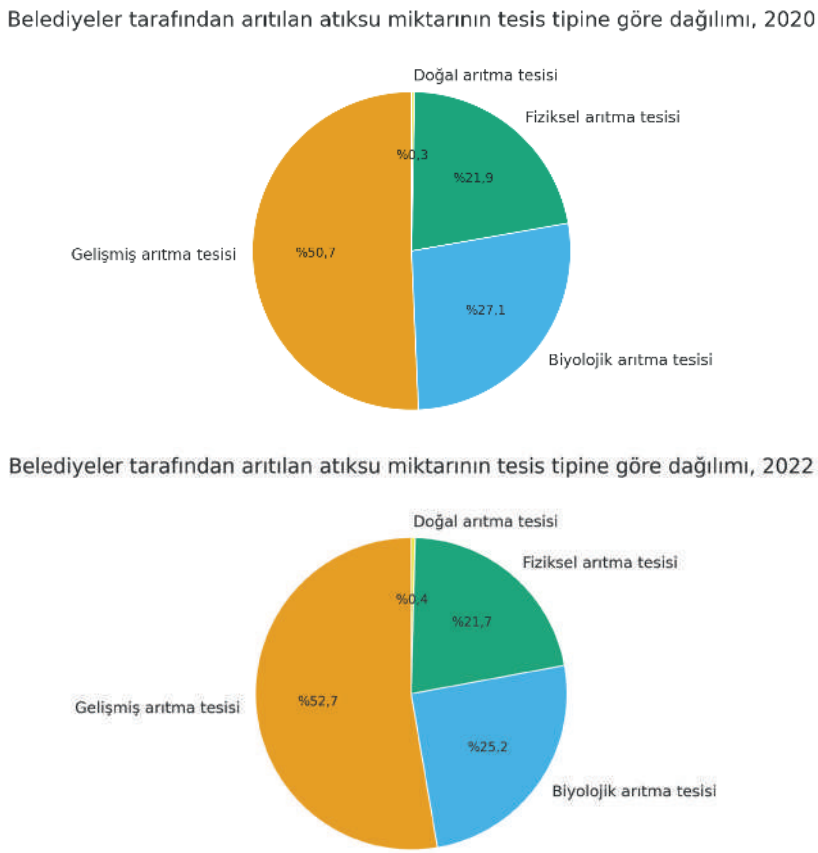
3. Sıvı Atıklar

Sıvı atıklar; organik sıvı atık, asidik ve alkali (bazik) sıvı atık, siyanürlü sıvı atık, ağır metal içeren sıvı atık, altı değerlikli krom içeren sıvı atık, cıva içeren sıvı atık ve diğerlerinden oluşur. Yapısı gereği akışkan, zararlı ve zararsız özellikte olabilir.[26] Bu atıklar hastaneler, özel sağlık birimleri (diş hekimliği, muayehane vb.) laboratuvarlar, üniversiteler, endüstri faaliyetleri, evsel nitelikli sular, kanalizasyon kaynaklı olabilir.[27] Diğer bir kavram olan atıksu ise şu şekilde tanımlanabilir, çeşitli kullanımlar sonucunda (ev, endüstri, tarım ve diğer kullanımlar) özelliğini kısmen/ tümüyle kaybetmiş sular ile kirlenmiş suları ifade etmektedir.[28]

Atıksularla ilgili güncel yönetmelikler incelendiğinde 2023 yılında Atıksu Arıtma Tesisi Enerji Teşviki Yönetmeliği yayınlandığı saptanmıştır. Bu yönetmelik su kalitesinin yükseltilmesi ve doğal kaynakların korunması için çalışan atıksu arıtma tesislerinin elektrik enerjisi giderlerinin geri ödenmesine ilişkin usul ve esasları kapsamaktadır.[29]

Belediyeler, köyler, imalat sanayi işyerleri, termik santraller, Organize Sanayi Bölgeleri (OSB) ve maden işletmeleri tarafından 2020 yılında su kaynaklarından toplam 18,2 milyar m^3 su çekilirken, 2022 yılında ise toplam 19,2 milyar m^3 su çekilip kullanılmıştır. Çekilen su en fazla denizden (%56) olmak üzere, yeraltı suyu ve yüzey suyu onu takip etmektedir. Atıksu olarak ise yine en fazla deşarj denizlere olmuştur ve soğutma suyu hariç tutulduğunda atık suların %79,3'ü arıtılmıştır. Belediyeler tarafından ise kaynaklardan çekilen suyun %60,8'i deşarj edilen atık suyun %86,1'i arıtılmıştır. Belediyeler tarafından yapılan atık suyu arıtma işlemlerinin detayı **Şekil 1**'de gösterilmektedir.[30]

Atıksu artıma tesisi bulunan belediye sayısı, atık su artıma tesisleri, arıtılan su miktarı ve kişi başı günlük atıksu 2018 yılından 2022 yılına gelindiğinde düzenli olarak arttığı saptanmıştır (**Tablo 6**).



Şekil 1. Belediyeler tarafından arıtılan atıksu miktarının tesis tipine göre dağılımı 2020 ve 2022

Tablo 6. Belediye atıksu istatistikleri[31]

	2018	2020	2022
Atıksu Arıtma Tesisi İle Hizmet Verilen Belediye Sayısı	644	711	757
Atıksu Arıtma Tesisi Sayısı	991	1068	1315
Atıksu Arıtma Tesislerinde Arıtılan Atıksu Miktarı (Bin m^3/Yıl)	188	189	197
Belediyelerde Deşarj Edilen Kişi Başı Günlük Atıksu Miktarı (Litre/Kişi-Gün)	4236419	4358270	4631600

TÜİK. Merkezi Dağıtım Sistemi. Atıksu İstatistikleri. biruni.tuik.gov.tr/medas/ Erişim Tarihi:23.09.2025

4. Atık Yönetimi İle İlgili Mevzuat (2020 Yılı Sonrası)

4.1. Yönetmelikler

4.1.1. Yönetmelikler (2021 ve 2022)

- Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 19.03.2021 Sayısı: 31428)
- Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği (RG Tarihi: 26.06.2021Sayısı: 31523)
- Atık Ön İşlem ve Geri Kazanım Tesislerinin Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelik (RG Tarihi: 09.10.2021 Sayısı: 31623)
- Hafriyat Toprağı, İnşaat ve Yıkıntı Atıklarının Kontrolü Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 09.10.2021 Sayısı: 31623)
- Sıfır Atık Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 09.10.2021 Sayısı: 31623)

- Atık Ön İşlem ve Geri Kazanım Tesislerinin Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 27.01.2022 Sayısı: 31732)
- Atıksu Altyapı ve Evsel Katı Atık Bertaraf Tesisleri Tarifelerinin Belirlenmesinde Uyulacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 14.04.2022 Sayısı: 31809)
- Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 24.06.2022Sayısı: 31876)
- Atıksu Altyapı ve Evsel Katı Atık Bertaraf Tesisleri Tarifelerinin Belirlenmesinde Uyulacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 09.07.2022 Sayısı: 31891)
- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 18.08.2022 Sayısı: 31927)
- Atık Ön İşlem ve Geri Kazanım Tesislerinin Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 01.09.2022 Sayısı: 31940)
- Atık Ön İşlem ve Geri Kazanım Tesislerinin Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 24.11.2022 Sayısı: 32023)
- Atık Elektrikli ve Elektronik Eşyaların Yönetimi Hakkında Yönetmelik (RG Tarihi: 26.12.2022 Sayısı: 32055)

4.1.2. Yönetmelikler (2022 Sonrası)

- Atık Yağların Yönetimi Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 12.01.2023 Sayısı: 32071)
- Atıksu Arıtma Tesisi Enerji Teşviki Yönetmeliği (RG Tarihi: 11.11.2023 Sayısı: 32366)
- Kentsel Atıksu Arıtımı Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 08.12.2023 Sayısı: 32393)
- Atıksu Altyapı ve Evsel Katı Atık Bertaraf Tesisleri Tarifelerinin Belirlenmesinde Uyulacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 14.03.2024 Sayısı: 32489)
- Atıksu Altyapı ve Evsel Katı Atık Bertaraf Tesisleri Tarifelerinin Belirlenmesinde Uyulacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 18.02.2025 Sayısı: 32817)

4.2. Tebliğler

- Atıkların Karayolunda Taşınmasına İlişkin Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ (RG Tarihi: 01.08.2021 Sayısı: 31555)
- Bazı Tehlikesiz Atıkların Geri Kazanımı Tebliğinin Yürürlükten Kaldırılmasına Dair Tebliğ (RG Tarihi: 09.10.2021 Sayısı: 31623)
- Atıksu Arıtma Tesisleri Teknik Usuller Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ (RG Tarihi: 25.10.2022 Sayısı: 31994)
- Atık Ara Depolama Tesisleri Tebliği (RG Tarihi: 23.12.2022 Sayısı: 32052)
- Atık Getirme Merkezi Tebliğinin Yürürlükten Kaldırılmasına Dair Tebliğ (RG Tarihi: 09.10.2021 Sayısı: 31623)

4.3. Genelgeler

- Atık Karakterizasyonu Genelgesi 2024/8
- Atık İthalatı Uygulama Genelgesi 2025/1

5. Sonuç

Son yıllara ait veriler, toplam atık miktarında belirgin bir artış eğilimine işaret etmektedir. Bununla birlikte, atık işleme, bertaraf ve geri kazanım kapasitesindeki genişleme (tesis sayılarının artmasıyla) atık yönetim süreçlerinin kurumsal olarak olumlu yönde ivme kazandığını düşündürmektedir. Atıksu istatistikleri de bu tabloyu desteklemekte; arıtma tesisi sayısındaki artışa paralel olarak arıtılan hacmin yıllar içinde düzenli biçimde yükseldiği izlenmektedir. Öte yandan, deniz, göl ve kıyı ekosistemlerinde mikroplastik kirliliğine ilişkin bulguların güçlenmesi ve eşzamanlı plastik ithalatındaki artış, plastik temelli çevresel baskının derinleşme riskine işaret etmektedir. Bu nedenle, kaynağında atık oluşumunun azaltılması, yeniden kullanımın teşviki, üretici sorumluluğu ve depozito-iade gibi ekonomik araçların etkin uygulanması, ayrı toplama ve ileri ayıklama teknolojilerinin yaygınlaştırılması ile atıksu arıtımında mikroplastik giderimini artıran proses iyileştirmelerinin önceliklendirilmesi kritik önem taşımaktadır. Bütüncül bir yaklaşım, niceliksel artışın çevresel risklere dönüşümünü sınırlayarak sürdürülebilir atık ve atıksu yönetimi hedeflerine somut katkı sağla-

yacaktır fakat bu süreçte toplum katılımının artması ve yerel yönetim kapasitesinin güçlendirilmesi belirleyici olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Uzunoğlu H. Çevremizi kirleten atıklar ve atık yönetiminin önemi. Ar&Ge Bülten. 2014 Haziran:25-31.
2. Gül M, Yaman K. Türkiye'de atık yönetimi ve Sıfır Atık Projesinin değerlendirilmesi: Ankara örneği. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2021;35(4):1267-1296.
3. Resmî Gazete. Atık Yönetimi Yönetmeliği. Sayı: 29314. 02 Nisan 2015.
4. Ömürbek V, Erk Ç, Herek S. Üniversitelerde atık yönetimi uygulamaları. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2019;(35):124-161.
5. Resmî Gazete. Sıfır Atık Yönetmeliği. Sayı: 30829. 12 Temmuz 2019.
6. Resmî Gazete. Sıfır Atık Yönetmeliği. Sayı: 31623. 09 Ekim 2021.
7. Birpınar ME, Gürtepe E. Sıfır atığa giden yol: Türkiye örneği. In: Yenigün K, Turan A, Çamaş [editors]. Sıfır Atık. Ankara: İhlas Gazetecilik; 2023. p. 23-48. ISBN: 978-625-7076-36-4.
8. Arıkan OA, Güven H. Katı atıkların karakterizasyonu ve özellikleri. In: Yenigün K, Turan A, Çamaş [editors]. Sıfır Atık. Ankara: İhlas Gazetecilik; 2023. p. 87-100. ISBN: 978-625-7076-36-4.
9. Tekman MB, Walther BA, Peter C, Gutow L, Bergmann M. Denizlerdeki plastik kirliliğinin denizel türler, biyoçeşitlilik ve ekosistemler üzerindeki etkileri. Berlin: WWF Almanya; 2022. doi:10.5281/zenodo.5898684.9.
10. Dünya Doğal Hayatı Koruma Vakfı (WWF). Sahil Sahiplen Program Sonuçları 2023-2024. sahil-sahiplen-2023-2024-rapor.pdf Erişim Tarihi:13.09.2025
11. Dünya Doğal Hayatı Koruma Vakfı (WWF). Türkiye Kıyılarında Atık Analizi Raporu. atkanaliziraporweb.pdf Erişim Tarihi:13.09.2025
12. Yakışık H. Plastik atıklar ve sürdürülebilirlik: Türkiye'de plastik atık yönetimi. Giresun Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2023;9(2):36-55.
13. Basel Action Network, 2024 Annual Summary report. European Union Export Data — Basel Action Network Erişim Tarihi:13.09.2025
14. Atıcı AA, Sepil A, Sen F, Karagöz MH. First evaluation of microplastic pollution in the surface waters of the Van Bay from Van Lake, Turkey. Chemistry and Ecology. 2022;38(1):1-16.
15. Baysal A, Saygin H, Ustabasi GS. Microplastic occurrences in sediments collected from Marmara Sea-Istanbul, Turkey. Bulletin of Environmental Contamination and Toxicology. 2020;105:522-529.
16. Gedik K, Eryaşar AR. Microplastic pollution profile of Mediterranean mussels (Mytilus galloprovincialis) collected along the Turkish coasts. Chemosphere. 2020;260:127570.
17. Aytan U, Esensoy FB, Şentürk Y, Arifoğlu E, Karaoğlu K, Ceylan Y, et al. Plastic occurrence in commercial fish species of the Black Sea. Turkish Journal of Fisheries and Aquatic Sciences. 2022;22:13.
18. Gençağ BS. Mikroplastik Kirliliği: Sağlık Riskleri ve Sürdürülebilir Çözüm Önerileri BŞEÜ Fen Bilimleri Dergisi. 2025;12(1):333-343. doi:10.35193/bseufbd.1440141.
19. Yurtsever M. Küresel plastik kirliliği, nano-mikroplastik tehlikesi ve sürdürülebilirlik. In: Akdoğan Eker A, Türkdoğan İlter F, Gülen İskender F, Tüfekçi N, Övez S, [editors]. Çevre, Bilim ve Teknoloji. 1. basım. Güven Plus Grup A.Ş. Yayınları;2018. p. 171-197. ISBN: 978-605-7594-06-8.
20. Winiarska E, Jutel M, Zemelka-Wiacek M. The potential impact of nano- and microplastics on human health: understanding human health risks. Environmental Research. 2024;251(Pt 2):118535.
21. Som C, Wick P, Krug H, Nowack B. Environmental and health effects of nanomaterials in nanotextiles and façade coatings. Environment International. 2011;37(6):1131-1142.
22. Resmî Gazete. Ambalaj Atıkları Kontrolü Yönetmeliği. Sayı: 31523. 26 Haziran 2021.
23. TÜİK. Belediye atık istatistikleri. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Atik-Istatistikleri-2022-49570 Erişim Tarihi:23.09.2025
24. T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı. Atık İstatistikleri Bülteni (2022) Sayı:13 25.12.2024
25. TÜİK. Atık İstatistikleri Haber Bülteni. Sayı:49570. Tarih: 14 Kasım 2023
26. Ho CC, Chen MS. Risk assessment and quality improvement of liquid waste management in Taiwan University chemical laboratories. Waste Management. 2018;71:578-588.
27. Topbaş, MT (1998). Çevre Kirliliği. T.C.Çevre Bakanlığı, Ankara. Erişim Bilgileri: Çevre kirliliği . Erişim Tarihi:23.09.2025
28. T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı. Sağlık Kuruluşları Atıksu ve Sıvı Atık Yönetimi El kitabı. TÜBİTAK MAM, Çevre ve Temiz Üretim Enstitüsü, 2017.
29. Resmi Gazete. Atıksu Arıtma Tesisi Enerji Teşviki Yönetmeliği. Sayı: 32366 Tarih: 11.11.2023
30. TÜİK. Su ve Atıksu İstatistikleri. Sayı: 49607. Tarih: 13 Aralık 2023.
31. TÜİK. Merkezi Dağıtım Sistemi. Atıksu İstatistikleri. biruni.tuik.gov.tr/medas/ Erişim Tarihi:23.09.2025

Türkiye'de Gıda Güvenliği, Sağlıklı Beslenme ve Çevre İlişkisi

Ayşe Emel Önal

1. Giriş

Sağlık için sayılan ön koşullar arasında çevresel faktörler bulunmaktadır. Bu koşullardan bazıları DSÖ bildirgelerinde barış, barınma, **beslenme**, **destekleyici çevreler**, gelir, **istikrarlı ekosistem, sürdürülebilirlik,** sosyal eşitlik, insan haklarına saygı, kadınların desteklenmesi ve hakkaniyet olarak belirlenmiştir. Günümüzde, 2025 yılında Dünya'da bazı toplumlar aşırı beslenmeye bağlı sağlık sorunlarıyla savaşırken bazılarının açlık ve yetersiz beslenmeyle karşı karşıya olması önemli bir çevre sorunudur. Küresel olarak dünyayı etkileyen önemli bir çevre sorunu ise insan kaynaklı sera gazı emisyonlarının atmosferde artmasıyla meydana gelen küresel iklim krizidir. Küresel iklim krizi gıda üretimini olumsuz etkilemektedir. Beslenmenin sağlıklı sürdürülebilmesi için gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda farklı gıda güvenliği sistemleri uygulanmaktadır. Gıda ürünlerinin üretiminden atık bertarafına kadar tüm gıda sistemi basamakları dikkatle incelenmeli ve gıda güvenliği sistemleri çevreye, insan sağlığına duyarlı hale getirilmelidir çünkü bireylerin yaşamlarını sürdürebilmesi için alınan gıdaların temiz hava ve temiz su kadar hijyenik olmaları gereklidir. Yaşamın sürdürülmesi için gıdaların çevreye zarar vermeden üretilmeleri ve tüketilmeleri de bir o kadar gereklidir. Güvenli olmayan gıdalarla beslenme günümüzde gittikçe artan sıklıkta olmak üzere osteoporoz, diyabet, kanser ya da dolaşım sistemi hastalıkları gibi bazı vitamin ve mineral eksikliklerinin ve bazı kimyasalların da etyolojilerinde önemli rol oynadığı kronik hastalıkların ortaya çıkmasında etken olabilmektedir. Gıda güvenliği gıdalardaki zararlı mikroorganizmaların, fiziksel ve kimyasal kirliliklerin gıdalara karışmasını önleyen uygulamalardır. Bu uygulamalar insanları kronik hastalıklardan korumasının yanında başlıca gıda ile bulaşan enfeksiyon hastalıklarından ve gıda zehirlenmelerinden de korur; aynı zamanda gıdaların bozulmalarının önlenmesi yoluyla vitamin, mineral gibi gıda kayıplarının azalmasını önler. Çevre gıda ilişkisi sadece gıdaların üretimi sırasındaki faaliyetlerle sınırlı olmayıp atılan gıdalarla da ilişkilidir. Gıda atıkları, atılan gıdaların üretimi için kullanılan su, toprak ve enerjinin boşa harcanmış olmasına sebep olur. Ayrıca çöplüklerde çürüyen gıda atıkları metan gazı üreterek sera gazı emisyonlarının artmasına ve dolayısıyla küresel ısınmanın hızlanmasına neden olurlar. Oluşan iklim değişikliği, kuraklık gibi çevresel etkiler gıda üretimini tehlikeye sokarken, tüketilmeyen ve atılan gıdalar da çevre kirliliği yaratarak küresel iklim değişikliğini artırır, genel hijyen eksikliğine ve hastalıkların artmasına neden olur; Çevresel kaynaklar kirlenir, tükenir ve sağlıklı beslenme için tehdit oluşturur.[1-3]

2. Gıda Güvenliği

Gıda güvenliği gıda kaynaklı hastalıkları engellemek amacı ile gıdaların üretimi, işlenmesi, taşınması, depolanması, dağıtımı, pişirme ve tüketimi sırasında ortaya çıkacak sağlık tehlikelerini önleyici uygulamaların tümüdür. 1996 Dünya Gıda Zirvesi'ne göre gıda güvencesi, tüm insanların her zaman aktif, sağlıklı bir yaşam için beslenme ihtiyaçlarını ve gıda tercihlerini karşılayan yeterli, güvenli ve besleyici gıdaya fiziksel ve ekonomik olarak erişebilmesi olarak tanımlanmaktadır. Tanımın içinde gıda güvenliğinin önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. Yeterli, güvenli ve besleyici gıdanın fiziksel bulunabilirliği ilk şarttır. Hane halkı düzeyinde yeterli, güvenli, besleyici gıda erişimiyle ilgili endişeler varsa gıda güvencesi etkilenmiş demektir. Gıda haneye ulaşsa bile sağlıklı su, hijyenik gıda hazırlama olanakları yoksa gıda sofraya güvenli şekilde gelemez. Ayrıca

sürdürülebilirlik önemlidir çünkü gıda alımı yeterli olsa bile, düzenli olarak **gıda güvenliği** sağlanamıyorsa yüksek gıda güvencesizliğine yol açabilir.[4]

Dünya Sağlık Örgütü, her yıl 600 milyon gıda kaynaklı hastalık vakasının meydana geldiğini bildirmektedir. Ayrıca, gelişmiş ülkelerde her yıl insanların %30'unun gıda kaynaklı hastalıklara yakalandığı, gelişmekte olan ülkelerde ise bu hastalıklardan her yıl yaklaşık 2 milyon kişinin öldüğü tahmin edilmektedir. Yetersiz sanitasyon ve uygun gıda işleme uygulamalarının sürdürülmesindeki zorluklar, özellikle gelişmekte olan ülkelerde daha fazla olmak üzere gıda kaynaklı hastalıkların artmasındaki önemli faktörlerden biridir.[5]

3. Gıda Hijyeni

İnsan sağlığına doğrudan veya dolaylı olarak zarar verebilecek etkenleri ortadan kaldırmak için gıdaları hazırlarken ve tüketirken yapılacak uygulamaların ve alınacak önlemlerin tümü gıda hijyeni olarak tanımlanır. Gıda hijyeninde gelişmekte olan ülkelerde en önemli sorun, gıdaların yeterince yıkanmamalarıdır. Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre gıda hijyeninin beş temel prensibi yiyecekleri insanlar, hayvanlar ve parazitlerin neden olduğu kirlilikten korumak, pişirilmiş gıdalardaki kirliliği önlemek için, **çiğ ve pişmiş gıdaların birbirine temasını engellemek**, patojenleri yok etmek için, gıdaları uygun sıcaklıkta ve uygun sürede pişirmek, gıdaları uygun sıcaklıkta saklamak ve **ham maddeleri ve suyu korumak** şeklinde özetlenmiştir.[1]

Gıda kaynaklı enfeksiyonlar günümüzde hala gelişmiş ülkeler de dahil olmak üzere tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedirler. Bu enfeksiyonların büyük kısmı zoonotik enfeksiyonlardır.[6,7] Dengeli bir diyette önemli rolü olan hayvansal kaynaklı gıdaların ve bitkisel besinlerin güvenli olması için sağlığa zararlı mikroorganizmaları içermemesi gereklidir. Kontamine su ve besinlerle bulaşan Hepatit A, Vibrio cholerae, Escherichia coli, Campylobacter jejuni, Salmonella typhi, Shigella dysenteriae, Giardia lamblia, Entamoeba histolytica, Cryptosporidium parvum insanlarda sık olarak sindirim sistemi enfeksiyonlarına yol açan mikroorganizmalardır. Gıda üretim tesislerinde çalışanların personel hijyeni, el hijyeni ve giysilerin hijyeninin sağlanması ile gıda hijyeni ve mikroorganizmaların bu yollarla yayılması önlenebilir.[6]

Gıdalara ağır metallerin bulaşması da ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Ağır metaller çevre koşullarına dayanıklı olmaları, daima biyolojik sistemlere yönelik etki göstermeleri ve kolaylıkla besin zincirine girerek canlılarda birikebilmeleri nedeniyle önemlidir. Birçok ağır metal toprak, lağım ve endüstriyel atıklar, içme suları, pişirme ve işleme ekipmanları, seramik ürünler, paketleme kutulama aşamaları gibi kaynaklardan bulaşarak insan sağlığını tehdit etmektedirler.[2,8] Gıdalara daha çok arsenik, kadmiyum, kurşun ve civa karıştığı, daha düşük miktarlarda demir, bakır ve çinkonun karıştığı bildirilmiştir.[8] Bu ağır metaller zehirlenmelere ve kronik etkilenmede kanserlere, kardiyovasküler hastalıklara, osteoporoza, nörolojik bozukluklara, karaciğer, böbrek yetersizliği ya da demans gibi hastalıklara yol açabilmektedirler. Gıdalara kontamine olan ağır metallerin maksimum limitleri 5996 sayılı kanuna dayalı olarak hazırlanan 29.12.2011 tarihli ve 28137 sayılı Türk Gıda Kodeksi Bulaşanlar Yönetmeliği'nde belirtilmiştir.[8]

Uluslararası güncel literatür incelendiğinde ambalajlama üzerine özel çalışmalar yapıldığı görülmektedir çünkü günümüzde ambalajlama gıda üretimi ve dağıtımının vazgeçilmez bir bileşenidir. Gıdayla doğrudan temas halinde en yaygın kullanılan ambalaj malzemeleri plastik, cam ve kağıttır.[9] Ambalaj gıda kalitesini ve güvenliğini korumada önemli rol oynamakta ve gıda israfını azaltmaya yardımcı olmaktadır. Ancak paketlenmiş gıdalar ve paket servis hizmetleri gibi ambalajın yaygın kullanımı, gıda güvenliği ve halk sağlığı için önemli riskler oluşturan kimyasal göçün artmasına yol açmıştır. Gıda güvenliğini sağlarken çevresel riskler dikkate alınmaktadır. Ambalajlamada kimyasal göç ambalaj malzemeleri, baskı mürekkepleri veya yapıştırıcılardaki düşük molekül ağırlıklı bileşiklerin belirli koşullar altında gıdaya geçmesi ve potansiyel zararlı etki içermesi anlamına gelir. Bu kontaminasyon, istenmeyen değişiklikler yoluyla gıda kalitesini düşürebilir ve tüketicileri ciddi sağlık risklerine maruz bırakabilir. Gıda ambalajlarından gıdaya ve bu yolla insan vücuduna geçen maddeler, biyolojik birikim, kanserojenlik, endokrin bozucu etki ve mutajenik etki gibi özellikleri nedeni ile kronik bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimine yol açabilir.[10] Bu malzemelerin kendilerine özgü avantajları ve dezavantajları vardır. Örneğin cam, gıdanın kalitesini değiştirmeden lezzetini korur. Kağıt ve karton, düşük maliyetle üretilebilen ve aynı zamanda nakliye açısından pratiklik sağlayan hafif ve baskıya uygun malzemelerdir. Demir ve alüminyum gibi metaller, geri dönüştürülebilir, sızdırmazlık özellikleri ve şekil verilebilirlikleri nedeniyle değerlidir. Ayrıca alüminyum, kağıt veya plastik yüzeylere kolayca yapışarak çeşitli ambalaj tasarımlarının oluşturulmasını sağlar. Diğer yandan plastik, dayanıklılığı, düşük maliyeti, hafifliği ve kolay şekil alışı nedeniyle gıda ambalaj endüstrisinde baskın malzeme haline gelmiş ve bu da onu

ambalaj için birincil tercih haline getirmiştir. Ancak **plastiklerde bulunan fitalatlar ve bisfenol türevlerinin** en bilinen toksik maddeler arasında olduğu, hormonal bozukluklar, çevresel endokrin bozucu etki ve kanser gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açtığı bilinmektedir. Ayrıca, baskı mürekkepleri, vernikler ve mumlar gibi çeşitli maddeler de gıdalarla temas edebilir ve göç etmeye eğilimlidirler.[10,11]

Gıda güvenliğini ve sürdürülebilirliği etkileyen beslenmenin temel bir özelliği olan diyet lifi hastalıklardan kaynaklanan ölüm oranlarını azalttığı için önemlidir ve bu nedenle keçiboynuzu, enginar, elma ve brokoli gibi lifli gıdaların enzimatik işlemlerden geçirildikten sonra yan ürünlerinin yeniden değerlendirilmesinden yüksek katma değerli bileşenlerin elde edilebileceğini bildiren makaleler vardır. Günümüzde bazı gelişmiş ülkelerde tüketiciler gıda ürünlerinde, düşük sera gazı emisyonlu ürünleri ve karbon ayak izinin beyanını tercih etmektedirler. Bu nedenle, kiraz ve portakal üretiminin karbon ayak izini azaltma stratejileri bir araştırma ile incelenmiştir. Meyve ve sebze yan ürünlerinden karotenoid çıkarmada önemli avantajlar sunan yeşil çözücü teknoloji konusu günümüzde gelişmiş ülkelerde gıda güvenliği ve sürdürülebilirliğin önemli bir yönü olarak ele alınmaktadır.[11]

4. Kalite Yönetim Sistemleri

Günümüzde gelişmiş ülkelerde tarladan sofraya kadar gıda üretiminden, gıda hazırlanması ve sunumuna kadar denetleyici olan kalite kontrol ve yönetim standartları oluşturulmuştur. Gıda ürünlerinin sağlıklı, güvenli, hijyenik, kaliteli ve besleyici olması için tarım ve gıda sektörü ürünlerinin, hizmetlerinin ve süreçlerinin sürekli kontrol edilerek doğrulanması gerekmekte ve bu amaçla bu ürünleri üreten, işleyen, satan veya dağıtan şirketler çeşitli standartlara, yasa ve yönetmeliklere, sertifikasyon programlarına göre belgelendirilmektedir.

Uluslararası Standardizasyon Kuruluşu (ISO: International Organization for Standardization) çevre, sağlık, güvenlik, hijyen gibi konularda dünyadaki tüm işletme ve servislerin gereksinimlerini karşılamak üzere kalite yönetim ilkelerine göre geliştirilmiş olan standartlar tanımlamıştır. Bu sistemlere "Kalite Yönetim Sistemleri" denilmektedir. İyi Üretim Uygulamaları (İÜU) (Good Manufacturing Practices, GMP), 90'lı yıllarda Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration, FDA) tarafından her türlü ürün ve hizmetin üretim aşamasından itibaren kişi ve kuruluşlara sunulmasına kadar geçen süreçte uyulması zorunlu kuralları kapsayan bir sağlık kalite standardı olarak kabul edilmiştir. 2000'li yıllarda Dünya Sağlık Örgütü de dahil olmak üzere pek çok uluslar arası kuruluş tarafından benimsenmiş olan bu standart güncellenerek farklı sektörlere yönelik, uyulması zorunlu kalite, sağlık ve hijyen kurallarını içeren kılavuzlar oluşturulmuştur. ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi, gıda dahil tüm sektörlerde geçerli genel bir kalite yönetim sistemidir. **ISO 14001 Çevre Yönetim Sistemi** doğal kaynak kullanımının azaltılmasını, toprağa, suya, havaya verilen zararların en az düzeye indirilmesini amaçlayan, çevre sağlığının korunması için risk analizleri yapan bir yönetim modelidir. **ISO 22000 Gıda Güvenliği Yönetim Sistemi** üretim zincirinde hammadde temininden başlayarak gıda hazırlama, işleme, üretim, ambalajlama, depolama ve nakliye aşamalarında tehlike analizleri yaparak kontrol noktalarını belirleyen ve herhangi bir problemi henüz oluşmadan önlemeyi hedefleyen bir sistemdir.[6] Türkiye'de günümüzde tarım ve gıda sektörü denilince akla ilk gelen standartlar Türk Standartları Enstitüsü TSE Standardı (TS 13001), HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points: Tehlike Analizi ve Kritik Kontrol Noktaları), Organik Tarım Belgesi, İyi Üretim Uygulamaları (GMP: Good Manufacturing Practice) Belgesi ve Helal Gıda Belgesidir. Türkiye'de imalat yapan firmalar sıklıkla ISO 22000 Gıda Güvenliği Yönetim Sistemini kullanmaktadır. BRCGS (British Retail Consortium Global Standard) özellikle İngiltere'ye ihracat yapan firmalar tarafından tercih edilir. IFS (International Featured Standards) belgesini Türkiye'de özellikle Almanya, Fransa gibi AB ülkelerine ihracat yapan firmalar kullanmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) gıdalara eklenen renklendiriciler gibi gıda katkı maddeleri ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA: US Food and Drug Administration) tarafından denetlenmektedir.[3]

Avrupa'da gıda güvenliğini EFSA (European Food Safety Authority), Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi denetlemektedir.[9] Türkiye'de Türk Gıda Kodeksi gıda ürünlerinin içerik ve etiketleme standartlarını belirler.[12]

5. Türkiye'de Gıda Mevzuatı ve Güncel Durum

Türkiye'de gıda güvenliği konusunda ilk yasa 1930 yılında çıkarılan 1580 sayılı "Belediye Yasası"dır. Bu yasanın 15. maddesi gıda üretim, depolama ve satış yerlerinin denetimini belediye sınırları içinde, belediyenin görevleri arasında saymıştır. Bu alanda ilk kapsamlı yasa ise Belediye Yasasından kısa bir süre sonra, yine 1930 yılında çıkarılmış olan 1593 sayılı "Umumi

Hıfzıssıhha Yasası"dır. Bu yasanın 181. ve 199. maddeleri gıda ile ilgili değerlendirme, denetim ve yasakları içermektedir. Bu yasada gıdaya ilişkin sorumluluk, belediye sınırları dışında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na, belediye sınırları içinde belediyelere bırakılmıştır. Yasanın 184. maddesi ile tüketenin sağlığını az ya da çok bozacak gıda maddelerinin üretimi, depolanması ve satışı yasaklanmıştır. Yasanın 188. maddesi ise gıda katkı maddeleri ve gıda boyalarının kullanımını Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın iznine bırakmıştır. Diğer maddeler ise denetim ve cezalarla ilgilidir. Bu arada 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu gereği, önce 1942 yılında "Gıda Nizamnamesi" daha sonra da 1952 yılında "Gıda Maddeleri Tüzüğü" (GMT) yürürlüğe konmuştur. Gıda maddeleri ile umumi sağlığı ilgilendiren eşya ve levazımın hususi vasıflarını gösteren GMT, kapsamında yer alan tüm maddelerin taşıyacağı niteliklere ve bunların hangi koşullarda bozulmuş, taklit veya tağşiş edilmiş sayılacağına dair hükümleri içermektedir. Cumhuriyet döneminde gıda hizmetlerine yönelik en temel ve yapısal değişiklikler getiren düzenleme 560 sayılı "Gıdaların Üretimi Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararname" (KHK), 28.06.1995 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu kararname ile gıda hizmetlerindeki dağınıklık ve kargaşanın önlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca Avrupa Birliği (AB) ile Gümrük Birliği Anlaşması'nın imzalaması sonucu, Türkiye gıda mevzuatının AB mevzuatı ile uyumlu hale getirilmesinde, söz konusu kararname önemli bir başlangıç oluşturmuştur. Ancak, 560 sayılı KHK'nin yürürlüğe girmesi, gıda konusundaki çok başlılığı tam olarak gidememiş ve gıda konusundaki çok başlılığı daha az sayıya düşürebilmiştir. Bu nedenle 27.05.2004 tarihinde 5179 sayılı "Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararname'nin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun" kabul edilmiş ve "gıda güvenliğinin temini" bu kanunun doğrudan amacı olmuştur. AB'nin 2006 yılı ilerleme raporunda da belirtildiği gibi Türkiye'de 5179 Sayılı Kanun ile de AB Gıda Mevzuatına uyum sağlanamamıştır. AB ile uyum sağlanamadığı için uyum sağlamak amacı ile Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'nca 13.06.2010 tarih ve 27610 sayılı Resmi Gazete'de "5996 sayılı Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda ve Yem Kanunu" yayımlanmıştır.[13] Tarım ve Köy İşleri Bakanlığının adı Tarım ve Orman Bakanlığı olarak değiştirilmiştir.[14,15]

Türkiye'de Gıda Mevzuatı'nda ve uygulanmasında güncel duruma göre gıda güvenliği uygulamalarından sorumlu ve yetkili bakanlık Tarım ve Orman Bakanlığıdır ve temel görevleri gıdaların denetimi, tarım politikalarının belirlenmesi, bitkisel üretimin planlanması ve desteklenmesi, tarımsal ürünlerde verimlilik ve kaliteyi artırmak, organik ve iyi tarım uygulamalarını yaygınlaştırmaktır. Ayrıca büyükbaş, küçükbaş ve kanatlı hayvan üretiminin desteklenmesi, hayvan hastalıklarıyla mücadele ve aşılama programlarının yürütülmesi, hayvansal ürünlerin kalite ve hijyen denetimleri Tarım ve Orman Bakanlığı'nın görevleri arasındadır. Çiftçilere yönelik tarım eğitimleri ve bilinçlendirme çalışmaları yapmak, tarımsal veri toplamak, analiz ve raporlamayı yapmak, tarımsal kooperatiflerin kurulmasını teşvik etmek, **genç çiftçi ve kadın çiftçilere yönelik destek programları geliştirmek** bakanlığın önemli görevlerindendir.[14] Türkiye'de 2010 yılında yürürlüğe giren 5996 Sayılı Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda ve Yem Kanunu gıda güvenliği, hayvan ve bitki sağlığı, yem ve veteriner hizmetleri ile **orman ve su kaynaklarının korunması** konularında temel yasal düzenlemedir. Bu yasanın temel amaçları **gıda güvenliğini sağlamak, halk sağlığını korumak**, hayvan ve bitki hastalıklarını önlemek ve izlemek, yem ve gıda zincirinin her aşamasında izlenebilirliği sağlamak, tüketici haklarını ve **çevreyi korumaktır**.[13]

26.01.2017 de 29960 sayılı Resmi Gazetede Türk Gıda Kodeksi Gıda Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği yayınlanmıştır.[16]

19.02.2020 de 31044 sayılı Resmi Gazetede Türk Gıda Kodeksi Yönetmeliği yenilenerek yayınlanmıştır.[12]

12 Mart 2021 de 7223 sayılı Ürün Güvenliği ve Teknik Düzenlemeler Kanunu yürürlüğe girmiştir.[17] Bu kanunla, ürün güvenliği alanında üretici, ithalatçı ve dağıtıcı sorumlulukları netleştirilerek izleme ve güvenli olmayan ürünlerin piyasadan toplatılması mekanizmaları güçlendirilmiştir.

26/11/2024 te T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü Gıda İşletmeleri ve Kodeks Daire Başkanlığı, Türk Gıda Kodeksi Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği Kılavuzu çıkartmıştır. Bu kılavuz 21/06/2025 te revize edilmiştir.[18]

Kılavuz gıdaların etiketindeki tanıtımında ve reklâmlarında kullanılan terimler ve ifadeler ile ilgili olarak tüketicilerin doğru bilgilendirilmesini amaçlar.[18] Aynı zamanda gıda işletmecilerine yardımcı olmayı ve resmî kontroller sırasında yapılacak değerlendirmelerde uygulama birlikteliği sağlamayı amaçlar.[18] Örneğin margarin etiketlerinde tereyağını çağrıştıracak şekilde süt, yayık, kova, güğüm gibi görseller kullanılmamalıdır. Zeytinyağı hariç bitkisel yağlarda, zeytinyağını çağrıştıracak zeytin veya zeytin ağacı görseline ve zeytinyağı tadında gibi ifadelere yer verilmemelidir.[18] Alerjen

Tablo 1. Gıdalarda alerjen bildirimi yapılırken esas alınması gereken 14 alerjen madde.

Yemek Adı														
	Kereviz	Gluten içeren tahıllar	Kabuklular	Yumurta	Balık	Bakla	Süt	Yumu-şakçalar	Hardal	Sert kabuklu meyve-ler	Yer fıstığı	Susam	Soya	Sülfür Dioksit
Ton Balıklı Salata	✓			✓	✓				✓					
Balıklı Makarna		✓		✓	✓									

[18]T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı, Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü, Gıda İşletmeleri ve Kodeks Daire Başkanlığı, Türk Gıda Kodeksi Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği Kılavuzu.

bildirimi yapılırken yönetmelikte yer alan ve aşağıda belirtilen 14 alerjen madde esas alınır. Bu maddeler yönetmelikte aşağıda verilen **Tablo 1** ile gösterilmektedir.

Mikroplastiklerin ve nanoplastiklerin insan besin zincirine çeşitli yollarla girdiği gösterilmiştir. Bugüne kadar bal, bira, tuz, şeker, balık, karides ve çift kabuklu deniz hayvanlarında mikro ve nanoplastik parçaları tespit edilmiştir ve insan vücudunda potansiyel toksik etkileri olduğu üzerinde durulmaktadır.[19]

Türkiye'de 06.05.2024 te Türk Gıda Kodeksi Gıda ile Temas Eden Plastik Madde ve Malzemeler Tebliğ çıkarılmıştır (Tebliğ No: 2019/44).[20] Bu tebliğde gıdalarda izin verilen asitler, fenoller ve alkollerin listeleri güncellenmiştir. Ayrıca plastik madde ve malzemelerin bileşenlerinin gıda benzerlerine geçişi, gıda ile temas eden yüzeyin her desimetrekaresi için 10 miligramı (10 mg/dm^2) geçemez denilmektedir. Bu tebliğ kapsamındaki ürünlerin üreticilerine 2026 - 2028 e kadar uyum hakkı tanınmaktadır.[20] Bebek ve küçük çocuklar için bütün limitler farklıdır ve Türk Gıda Kodeksi Bebek ve Küçük Çocuk Ek Gıdaları Tebliği (Tebliğ No: 2007/50) ve Türk Gıda Kodeksi Bebek Formülleri ve Devam Formülleri Tebliği (Tebliğ No: 2019/14)'nde tanımlanan limitler kullanılır.

Hayvan hastalıklarının önlenmesi, teşhisi, tedavisi ve eradikasyonu, zorunlu aşılamalar ve karantina uygulamaları, hayvan refahı ve hayvan haklarının korunması, hayvan hareketlerinin kontrolü, hayvanların il içi ve il dışı sevklerinin izin ve sağlık raporlarına tabi olması Tarım ve Orman Bakanlığının görevleridir. Hayvan kayıt sistemleri web de TÜRKVET üzerinden izlenebilmektedir.[7] Süt işleme tesislerinin ve kesimhanelerin hijyen standartlarına uymasının denetlenmesi, hayvanlarda ilaç kalıntılarının denetimi, hayvansal ürünlerin üretim, işleme ve dağıtım süreçlerinin denetlenmesi, gıda güvenliği açısından önemlidir. Bitki Sağlığı açısından yapılan çalışmalar**, bitki zararlıları ve hastalıklarla mücadele, pestisit kullanımı ve kalıntı** denetimidir. Veteriner ve bitki sağlığı kontrollerinde veteriner sağlık raporları ve fitosaniter belgeler kontrol edilir. Gıda denetim ve izlemleri dijital ortamda Gıda Denetim ve İzleme Sistemi (GDİS) sayesinde takip edilebilmektedir. Gıda işletmelerinin denetimlerinde işyeri açma ve çalışma ruhsatları, üretimde katkı maddeleri ve pestisitlerin kullanımı, ambalajlama, etiketleme, taklit ve tağşişin önlenmesi gibi birçok uygulama kontrol edilir. Uygunsuzluk tespitlerinde kapatma, ürün toplatma ve imha, idari para cezası gibi cezai işlem kararı alınabilir, bu idari yaptırımlar 5996 sayılı kanuna göre düzenlenir.[13] T.C. Tarım ve Orman Bakanlığının web sayfasından gıda işletmeleri denetimleri, uygunsuzluk tespitleri ve cezai işlemler takip edilebilmektedir (Bkz. **Tablo 2** ve **Tablo 3**). Denetimler il ve ilçe Tarım ve Orman Müdürlükleri tarafından düzenlenmiş eğitimlere katılmış denetçiler tarafından Türk Gıda Kodeksine ve Türk Gıda Kodeksi Gıda Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği ve bu yönetmeliğin kılavuzuna göre yapılır.[12,16,18] Türkiye'de 2025'te gıda kontrolörü/gıda denetçisi eğitim ve sayılarının artırılması yolu ile gıda kontrollerinin artırılması hedeflenmektedir.

Tablo 2. T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı Gıda İşletmeleri Yurt İçi Denetim Sonuçları.

TÜRKİYE GENELİ GIDA YURT İÇİ DENETİM SONUÇLARI												
YIL	GIDA ÜRETİM YERİ			GIDA SATIŞ YERİ			TOPLU TÜKETİM YERİ			TOPLAM		
	Denetim Sayısı	İPC	Savcılığa Suç Duyurusu	Denetim Sayısı	İPC	Savcılığa Suç Duyurusu	Denetim Sayısı	İPC	Savcılığa Suç Duyurusu	Denetim Sayısı	İPC	Savcılığa Suç Duyurusu
2002	39.596	1.544	551							39.596	1.544	551
2021	216.829	5.808	71	606.909	5.631	55	554.447	2.914	20	**1.378.185**	**14.353**	**146**
2022	204.211	6.509	117	590.513	7.616	74	535.100	4.288	52	**1.329.824**	**18.413**	**243**
2023	211.068	6.732	175	575.251	7.690	50	515.719	4.526	30	**1.302.038**	**18.948**	**255**
2024	**214.406**	**8.909**	**438**	**533.457**	**10.230**	**118**	**581.895**	**7.124**	**54**	**1.329.758**	**26.263**	**610**

[14] T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı 2025; https://www.tarimorman.gov.tr/ (İPC: İdari Para Cezası)

Tablo 3. T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı gıda işletmeleri yurt içi denetimlerinin Mart 2024-Mart 2025 karşılaştırması.

Gıda işletmeleri yurt içi denetimleri, Mart 2025

	Mart 2024	Mart 2025	Değişim (%)	Ocak-Mart 2024	Ocak-Mart 2025	Değişim (%)
Denetim Sayısı (adet)	111.541	117.304	5,2	299.475	309.934	3,5
İdari Yaptırım (adet)	1.538	2.195	42,7	4.510	6.105	35,4
Suç Duyurusu (adet)	75	66	-12,0	157	188	19,7
İdari Para Cezası (TL)	71.701.150	180.577.344	151,8	201.795.369	550.904.734	173,0

[14] T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı 2025; https://www.tarimorman.gov.tr/

Tüketici **ALO 174 Gıda Hattı**ndan gıda güvenirliği ile ilgili her türlü şikayetini Tarım ve Orman Bakanlığına iletebilmektedir.[14]

Gıda üretimi izni almak için ABD'de gıdanın Genel Olarak Güvenli Olarak Kabul Edilen (GRAS) belirlemeleri yapılması gerekmektedir ve gıda üreticisi tarafından Gıda Katkı Maddesi Dilekçeleri verilmesi gerekmektedir. Kullanılan yol ne olursa olsun, gıdaya eklenen gıda maddelerinin, amaçlanan kullanım koşulları altında zararsız olma konusunda makul kesinlik güvenlik standardını karşılaması istenmektedir. ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), değerlendirme, dokümantasyon ve başvuru süreçlerini desteklemek için yönetmeliklerin yorumlanmasına ilişkin kılavuz belgeler yayınlamaktadır.[21,22] Türkiye'den Avrupa'ya ya da ABD ye ihraç edilecek ürünlerin katkı maddeleri, pestisid ve bunlar gibi sağlığa zarar verecek kalıntı ve mikroorganizmalar EFSA veya FDA tarafından kontrol edilmektedir. Türkiye'nin son kalıntı limitleri yönetmeliği 07.01.2025 tarihli T.C. Türk Gıda Kodeksi Maksimum Kalıntı Limitleri Yönetmeliğidir.[23] AB Gıda ve Yemlerde kalıntı için Hızlı Alarm Sistemini (RASFF: Rapid Alert System for Food and Feed) kullanmaktadır. 2023 ve 2024'te Türkiye'nin ihraç ettiği bazı ürünlerde pestisit kalıntıları ve aflatoksin, okratoksin (mikotoksin) kabul edilebilir limitlerin üstünde olarak saptanmıştır. En çok aflatoksin, kuru incir ve antep fıstığında, okratoksin tahıllar ve kuru meyvelerde, en çok pestisid taze biber, nar, mandalina, limonda tespit edilmiştir. Ayrıca susam ürünlerinde salmonella bakterisi, kekik ve kimyonda toksik alkaloidler saptanmıştır.[24] Aflatoksin ve okratoksin karaciğer ve böbrek hastalıklarına, kanserlerine yol açabilir ve immün sistemi zayıflatır, pestisitler endokrin sistem bozucudur, salmonella bakterileri gıda zehirlenmelerine ve infeksiyonlara yol açar.

Türkiye'de gıda işletmesi açmak için başvurular İl/İlçe Tarım ve Orman Müdürlüklerine yapılır. Güncel durumda gıda işletmesi açma izni için başvurular e-Devlet üzerinden ve/veya Tarım ve Orman Bakanlığı'nın çevrimiçi sistemleri üzerinden de yapılabilmektedir **(https://www.turkiye.gov.tr/tarim-gida-isletme-kayit-islemleri).** Gıda üreten işletmeler "İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatı" ve "Çalışma İzni ve Gıda Sicili" almak zorundadırlar.

2025'te Türkiye'de kurulan Gıda Güvenliği Bilgi Sistemi (GGBS) sayesinde gıda işletmeleri, denetimler, analiz ve ithalat veri kayıtları merkezi olarak izlemeye alınmıştır. Bu sistemin denetim etkinliğini ve veri güvenliğini artıracağı beklenmektedir.[25] GGBS den Kayıtlı/Onaylı Gıda İşletmeleri Listesi'ne, Onaylı Takviye Edici Gıdalar Listesi'ne ve Takviye Edici Gıdalar Kısıtlı Maddeler Listesi'ne ulaşılmaktadır.

6. Gıda Okuryazarlığı

Gıda denetimlerinin artırılması ve kayıt altına alınması, tüketici bilincinin artırılması ve tüketiciye etiket okuma alışkanlığının kazandırılması, gıda okuryazarlığının yükseltilmesi gıda güvenliğini artırabilir. Gıda okuryazarlığı, yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenmeye yönelik uyumlu gıda alımını sağlamak için gıda sistemlerini kullanma, anlama ve uygulamayı içermektedir. Gıda okuryazarlığı, beslenme politikaları ile ilgili müdahalelerin etkinliğini değerlendirmek için en

önemli faktörlerden birisidir; sağlığın iyileştirilmesi, **çevresel sürdürülebilirlik** ve sosyal eşitliğin önemli bir belirleyicisi olarak da değerlendirilmektedir. Tüketici farkındalığı, gıda okuryazarlığının çok önemli bir bileşenidir. FAO'nun 2022-2031 stratejik çerçevesine göre tüketici farkındalığının artması, tüketicilerin görüş ve davranışlarının şekillenmesini giderek daha fazla etkilemektedir.[26] Türk yetişkinleri için gıda okuryazarlığı ölçeğinin uyarlanması (FOODLIT: the adaptation of the food literacy) amacıyla 2024 yılında yapılan bir geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin Türkiye'de yaşayan yetişkin insanlar arasında sürdürülebilir gıda sistemleri ile ilgili gıda okuryazarlığını ölçmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ve Türkiye'de bu konudaki açığı kapatabileceği bildirilmiştir.[27] 2025 yılında Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi (EFSA) nın desteği ile başlatılan, kamuoyuna gıda katkı maddeleri, alerjenler, gıda kaynaklı hastalıklar, etiket okuma ve güvenilir gıda hazırlama temalarında bilgilendirmeler yapmayı hedefleyen "Safe2Eat" kampanyasına Türkiye de dahil olmuştur.[28] Türk Gıda Kodeksi Bulaşanlar Yönetmeliği, Türk Gıda Kodeksi Gıda Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği ve Türk Gıda Kodeksi Yönetmeliği tüketici farkındalığını artırmada faydalı olmaktadır. Gıda etiketi bilgiyi tüketiciye doğrudan iletmenin en ulaşılabilir ve önemli yollarından biridir. Avrupa Birliği (AB) düzeyinde gıdaların etiketlemesini yöneten tüzük Avrupa Birliği Tüketicilere Gıda Bilgisi Verilmesine İlişkin 1169/2011 sayılı Tüzüktür. Türkiye'de söz konusu tüzüğe dayanarak hazırlanan ve 2017 yılında uygulanmaya başlanan "Türk Gıda Kodeksi Gıda Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği" ile gıdanın tanımlanmasına yönelik kurallar belirlenmiştir.[16]

7. Gıda Atığı ve Çevre Kirliliği

Gıda atığı, tüketilebilir durumda olan ancak çeşitli nedenlerle tüketilmeden atılan yiyeceklerdir. Bu atıklar, evlerde, restoranlarda, süpermarketlerde ve gıda üretimi yapılan her yerde ortaya çıkabilir. Gıda atığı yiyecek israfıdır ve **çevresel,** ekonomik ve sosyal olmak üzere birçok zarara yol açar. Çevresel açıdan bakıldığında, atılan gıdaların üretimi için kullanılan su, toprak ve enerji boşa gitmiş olur. Ayrıca çöplüklerde çürüyen gıda atığı metan gazı üreterek sera gazı emisyonlarının artmasına ve dolayısıyla küresel ısınmanın hızlanmasına neden olur. Tarımda su ve toprak yönetiminin iyileştirilmesi, gıda zincirinde israfın azaltılması çevre kirliliğini önlemek için çözüm yolları olabilir. Sıfır Atık Vakfı Raporuna göre Türkiye'de her yıl yaklaşık 18 milyon ton gıda israf edilmektedir.[29]

Dünya Bankası, İklim Değişikliği Eylem Planı'nda (2021-2025), Paris Anlaşması'nın uygulanması için gereken beş temel geçişten biri olarak Tarım, Gıda, Su ve Toprak'ı belirlemiştir. Paris Anlaşması'nın kabulünden bu yana Dünya Bankası, gıda sistemlerinin, metan gazı emisyonlarının ve biyolojik çeşitlilik kaybının başlıca kaynağı olduğu üstünde durmaktadır. Bu sistemlerin tatlı suyun yaklaşık %70'ini tükettiği saptanmıştır. İklim Dostu Tarım ve Dünya Bankası Grubu iklim dostu tarıma (CSA: Climate Smart Agriculture) katılımını ve yatırımlarını önemli ölçüde artırmıştır ve yatırımını büyük ölçüde içinde Türkiye'nin olmadığı gelişmekte olan ülkelere yapmaktadır.[4]

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı 2024-2025 Stratejik Planda gıda ve yem güvenilirliğine yönelik yürütülen resmi kontrol hizmetlerinin etkinliğini artırmak, sürdürülebilir bir tarım sektörü için tarımsal risklerin etkilerini azaltmak, gıda güvenilirliğine yönelik uygulamaları geliştirmek, gıda kayıp ve israfının azaltılmasını sağlamak yer almaktadır.[30]

8. Sonuç

Türkiye'de, 2020–2025 yıllarında mevzuat, işyeri ve gıda denetimleri, tüketici bilincinin artırılması konularında gıda güvenliğinde iyileştirme çalışmaları yapılmıştır ancak önümüzdeki dönemlerde de denetimlerin güçlüklerinin devam edeceği ve işletme kayıtlarının tamamlanamayacağı konusundaki kaygılar devam etmektedir. Gıda güvenliğinde uygulamalarda karşılaşılan sorunlar, taklit ve tağşiş, gıda katkı maddesi ve pestisid denetimlerinde saptanan uygunsuzluklar, yeterli denetim personelinin olmaması, küçük üreticilerin standartlara uyumda zorlanması, kayıt dışılık gibi sorunlardır. Bu alanlarda e-devlet uygulaması ile Tarım ve Orman bakanlığının web sayfalarının yaygın kullanılması şeffaflığı ve kontrol edilebilirliği zaman içinde artırabilir.

1. Denetim personelinin artırılması: Gıda denetimlerinin artması ve kayıt altına alınmasını sağlayarak;
2. Gıda okuryazarlığının yaygınlaştırılması: Tüketici bilincini artırması, çevre bilincinin artması ve tüketiciye etiket okuma alışkanlığının kazandırılmasını sağlayarak gıda güvenliğini büyük oranda artırabilir.

KAYNAKLAR

1. WHO, Food Safety. https://www.who.int/health-topics/food-safety#tab=tab_1, Erişim Tarihi: 05.09.2025.

2. Gül H, Önal AE. Toplum Beslenmesi ve Gıda Güvenliği, Halk Sağlığı Bugün ve Her Zaman. Editörler: Karabey S, Önal AE, Canbaz S. IU Press, İstanbul. 2024;s:213-231. https://iupress.istanbul.edu.tr/tr/book/halk-sagligi-bugun-ve-her-zaman/home, Erişim Tarihi:11.08.2025.
3. FDA, USA Food & Drug Administration. Food Chemical Safety 2025; https://www.fda.gov/food/food-ingredients-packaging/food-chemical-safety, Erişim Tarihi: 21.08.2025.
4. World Bank Group, Gıda güvenliği nedir? https://www.worldbank.org/en/topic/agriculture/brief/food-security-update/what-is-food-security, Erişim Tarihi: 04.09.2025.
5. Abdilahi MM, Kiruja J, Ismail S, at. All. Food safety practice and its associated factors among food andlers working in food and drinking establishments in Hargeisa, Somaliland. BMC Public Health 2025; 4;25(1):438.
6. Cevizci S, Önal AE. Halk Sağlığı Açısından Hijyen ve İyi Üretim Uygulamaları. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 2009; 66:2:73–82.
7. Acımış NM, Önal AE. Afetlerde Zoonotik Hastalıklar 2023; Afetler ve Halk Sağlığı Ed: Okyay P, Öntaş E. Ankara Özgür Matbaacılık Basım Yayın Dağ. San. Tic. A.Ş. 2023; s:176-183.
8. Türközü D. ve Şanlıer N. Gıdalardaki Ağır Metal Kontaminasyonları: Güncel Bakış, Selçuk Tarım ve Gıda Bilimleri Dergisi 2012; 26(4):73-80.
9. EFSA, European Food Safety Authority, Food Additives 2025; https://www.efsa.europa.eu/en/topics/topic/food-additives, Erişim Tarihi: 14.08.2025
10. Cufaoğlu G, Seref N, Food Packaging and Chemical Migration: A Food Safety Perspective. J Food Sci. 2025; 90(5):e70265.
11. Raposo A, Saraiva A. Nutrition and Food Security for All: A Step Towards the Future. Nutrients 2025; Apr 2;17(7):1241.
12. T.C. Türk Gıda Kodeksi Yönetmeliği 2020; Resmî Gazete Tarihi: 19.02.2020, Resmî Gazete Sayısı: 31044.
13. T.C. Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda ve Yem Kanunu 2010; Kanun Numarası: 5996, Kabul Tarihi: 11/6/2010, Yayımlandığı Resmî Gazete Tarih: 13/6/2010, Sayı: 27610.
14. T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı 2025; https://www.tarimorman.gov.tr/, Erişim Tarihi: 12.08.2025.
15. KESK Türkiye Esnaf ve Sanatkarları Konfederasyonu, Gıda Mevzuatı ve Gıda Güvenliği. https://tesk.org.tr/view/mevzuat/goster.php?Guid=80b81e70-1a76-11ea-9eaf-000c29b32a85, Erişim Tarihi: 05.09.2025.
16. T.C. Resmi Gazete Tarih: 26.01.2017, Sayı: 29960, Türk Gıda Kodeksi Gıda Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği 2017. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=23282&MevzuatTur=7&MevzuatTertip, Erişim Tarihi: 07.09.2025.
17. Ürün Güvenliği ve Teknik Düzenlemeler Kanunu, Tarih: 12 Mart 2020, Sayı : 31066 https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/03/20200312-1.htm, Erişim Tarihi: 14.09.2025.
18. T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı, Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü, Gıda İşletmeleri ve Kodeks Daire Başkanlığı, Türk Gıda Kodeksi Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği Kılavuzu. İlk Yayım Tarihi: 26/11/2024, Revizyon Tarihi:21/06/2025, https://kms.kaysis.gov.tr/Home/Goster/204259, Erişim Tarihi: 14.09.2025.
19. LiYee MS, Hii LW, Looi CK at all. Impact of microplastics and nanoplastics on human health, Nanomaterials (Basel) 2021; 16:11(2):496.
20. Türk gıda kodeksi ile temas eden plastik madde ve malzemeler tebliği, Tarih ve Tebliğ No: 2019/44, https://www.gumruk.com.tr/files/turk_gida_kodeksi_gida_ile_temas_eden_plastik_madde_ve_malzemeler_tebligi_teblig_no_2019-, Erişim Tarihi: 14.09.2025.
21. Varzakas T, Statopoulos C. Global Food Security and Sustainability, Foods 2025; 4:14(11):1983.
22. Christine M, Crincoli A, Jennifer L.G. van de Ligt B, at all. A tool to support food substance safety evaluations in the United States, Regulatory Toxicology and Pharmacology 2025; 161: 105838:1-8.
23. T.C. Türk Gıda Kodeksi Maksimum Kalıntı Limitleri Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarih: 07.01.2025, Sayı: 32775.
24. Doğrulukpayı, 2025'te Türkiye'nin Sınırda Geri Çevrilen İhraç Ürünleri, https://www.dogrulukpayi.com/bulten/turkiye-nin-sinirda-geri-cevrilen-ihrac-urunleri, Erişim Tarihi: 15.09.2025.
25. T.C. Gıda Güvenliği Bilgi Sistemi-Food Safety Information System 2025; https://ggbs.tarim.gov.tr/, Erişim Tarihi: 05.08.2025
26. T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı desteği ile FAO, Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü, Türkiye, Gıda Okuryazarlığı Stratejisi ve Eylem Planı 2022–2028, Ankara. 2022.
27. Ertaş ÖY, Kabalı S, Açar Y, at all. Adaptation of the Food Literacy (FOODLIT) Tool for Turkish Adults: A Validity and Reliability Study. Nutrients 2024; 16(19), 3416. https://doi.org/10.3390/nu16193416
28. EFSA, European Food Safety Authority, EFSA Strategy 2027 – Science, safe food, sustainability. Erişim Tarihi: 04.09.2025.
29. Anadolu Ajansı, Sıfır Atik Vakfı. https://www.aa.com.tr/tr/yesilhat/dogal-yasam/sifir-atik-vakfi. Erişim Tarihi: 06.08.2025.
30. T.C. Cumhurbaşkanlığı, Strateji ve Bütçe Başkanlığı, On ikinci Kalkınma Planı 2024-2028, Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Gıda Güvenliği ve Güvenirliği 2023. https://www.sbb.gov.tr/, Erişim Tarihi: 04.09.2025.

İklim, Enerji Politikaları ve Halk Sağlığı

Ümit Şahin

İklim krizinin giderek ağırlaşan etkileri ile enerji üretiminin ve madenciliğin başta hava kirliliği olmak üzere yarattığı sağlık sorunları nedeniyle, iklim ve enerji politikaları halk sağlığı disiplininin ilgi alanları arasında ön sıralarda yer alır. Türkiye'nin iklim ve enerji politikalarında son beş yılda önemli gelişmeler olmuştur. Paris Anlaşması'nın onaylanması, Uzun Dönemli İklim Değişikliği Stratejisi'nin yayınlanması, enerji dönüşümünde ilerlemeler, nükleer santral inşaatının son aşamalarına gelmesi, İklim Kanunu tartışmaları vb., 2020'lerin ilk yarısında enerji ve iklim politikalarını belirleyen gelişmeler arasında sayılabilir. Türkiye'nin Paris Anlaşması altındaki yükümlülükleri kapsamında Birleşmiş Milletler İklim Zirvesi'nde (2025) açıkladığı yeni iklim hedefleri de geleceğe yönelik tahminlerde bulunmamızı ve yorum yapmamızı mümkün kılmaktadır. Bu yazıda enerji politikalarının mevcut durumu, ulusal enerji stratejisi, iklim politikalarındaki gelişmeler, yeni iklim kanunu ve yeni ulusal katkı beyanı (NDC) çerçevesinde Türkiye'nin enerji ve iklim politikaları ele alınmaktadır. Yazıda ayrıca bilimsel çalışmalar ışığında iklim değişikliğinin ve enerji üretiminin etkilerini azaltacak hızlı bir enerji dönüşümünün nasıl olabileceğine dair değerlendirmeler yer almaktadır.

1. Enerji Politikaları ve Enerji Dönüşümü

Türkiye'de elektrik enerjisi 20. yüzyıl boyunca termik ve hidroelektrik santraller yoluyla üretilmiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarında elektrik üretiminde kurulu gücün tamamına yakını kömür ve petrol yakıtlı termik santrallerden oluşurken, 1960'larda ve 70'lerde çok sayıda barajın yapılmasıyla hidroelektrik kaynakların kurulu güçteki payı yüzde 50'ye yaklaşmıştır.[1] Ancak 1980'lerden sonra bir yandan elektrik tüketimi hızla artarken bir yandan da yeni kömürlü termik santrallerin ve doğal gaz santrallerinin devreye girmesiyle fosil yakıtların kurulu güç içindeki payı yükselmiştir. Kurulu güç açısından 1990'ların sonunda termik-hidroelektrik santral oranı yaklaşık yüzde 60-40 düzeyindedir.[2]

Yirmi birinci yüzyılın ilk on yılında önce çok sayıda küçük HES'in yapımıyla, son on yılda da rüzgâr ve güneş santrallerinin devreye girmesiyle elektrik üretimindeki kaynak çeşitliliği artmıştır.[1]

Enerji kaynakları ve bu kaynakların temin edildiği yerler açısından çeşitliliği artırmak, Türkiye'nin enerji politikalarında enerji güvenliğine öncelik verme stratejisinin bir parçasıdır. Türkiye'nin enerji politikalarının diğer öncelikleri arasında enerjide bölgesel ticaret merkezi olmak (boru hatları, LNG terminalleri, vb.), sürdürülebilir kalkınma bağlamında sosyal ve çevresel etkileri dikkate almak, yerli ve yenilenebilir enerjinin payını artırmak ve nükleer enerjiyi enerji sepetine dahil etmek yer almaktadır.[3] Buradaki "yerli ve yenilenebilir" vurgusu, yerli linyit kömürü ile diğer yerli fosil yakıtları, hidroelektrik, jeotermal, biyoyakıt, rüzgâr ve güneşi aynı ölçüde önceliklendirmek olarak anlaşılabilir. Yenilenebilir enerjinin teşvikiyle, bir yandan artan enerji talebi karşılanırken diğer yandan dış kaynaklara bağımlılığın azaltılması, dolayısıyla fosil yakıtların (özellikle en pahalı kaynak olan doğal gazın) ithalatındaki artışın sınırlandırılması,

[1] Elektrik üretim kaynaklarını incelerken kurulu güç ile elektrik üretimi arasındaki farka dikkat edilmelidir. Kurulu güç bir enerji santralinin sürekli çalışması halinde üretebileceği teorik enerji miktarını ifade eder. Kapasite faktörü bir santralin bir yıldaki toplam 8760 saatin yüzde kaçında üretim yaptığına dair bir ölçüdür ve yüksek kapasite faktörüyle çalışan santrallerin üretimi fazladır. Kapasite faktörünü santralin hızlı açılıp kapanma yeteneği, kaynağın kesintili olup olmaması ve maliyetler belirler. Kolay başlatılıp durdurulamayan nükleer santraller ve baz yük özelliğinden yararlanılan kömürlü termik santrallerin kapasite faktörleri yüksek, maliyeti yüksek ve şebeke esnekliği sağlayabilen doğal gaz santralleri ile kesintili kaynağa dayalı rüzgâr ve güneş santrallerinin kapasite faktörleri düşüktür. Bu nedenle termik santrallerin üretim içindeki oranı kurulu güç içindeki oranından yüksek olup yenilenebilir enerji santralleri için bunun tam tersi geçerlidir. Özellikle maliyetler ve emisyonlar açısından kurulu güçten daha önemli olan, toplam enerji üretimi içindeki kaynak dağılımıdır.

böylece enerji üretim maliyetinin ve enerji ithalatından kaynaklanan dış ticaret açığının azaltılması hedeflenmektedir. Yenilenebilir enerjinin artan payı aynı zamanda iklim politikalarının en önemli bileşeni olan enerji dönüşümüne de hizmet etmektedir. Ancak Türkiye'de henüz sera gazı emisyonlarını azaltacak ölçüde bir enerji dönüşümü söz konusu değildir ve kaynak çeşitliliğini artırmak asıl amaç olmaya devam etmektedir.

Her ne kadar çevre ve iklim politikaları açısından elektrik üretim kaynakları daha çok gündeme gelse de enerji politikalarını anlamak için birincil enerji kaynakları, enerji talebindeki artış, kaynakların yerlilik oranı, enerji santrallerinin mülkiyet yapısı, lisanlı veya lisanssız olması, santralin baz yük, esneklik amaçlı ve kesintili kaynağa bağlı olup olmama niteliği, iletim ve dağıtım hatları, enerji fiyatları ve diğer sektörlerin elektrifikasyonu gibi pek çok bileşenden söz edilmelidir. Bu yazı kapsamında iklim ve enerji politikaları için öncelikli olanlara ağırlık vererek mevcut durumu aşağıdaki gibi özetleyebiliriz.

Elimizdeki son verilere göre Türkiye'nin 2023 yılı nihai enerji tüketimi 2019'a göre yüzde 2,1 artarak 121,5 milyon ton eşdeğer petrole (Mtep) ulaşmıştır.[4] Ancak enerji tüketimi 2022'de önce azalmış, 2023'te ise daha az bir miktarda artmıştır; bu nedenle enerji tüketiminde tepe noktası halen 2021 yılıdır. Nihai enerji tüketiminde elektriğin payı elektrifikasyondaki artışa rağmen yüzde 20 seviyesindedir. Dünyada ise enerji tüketiminde elektriğin ortalama payı yüzde 22'dir.[4] Doğrudan fosil yakıt kullanımının payı ulaştırma, sanayi, evsel ısıtma, vb. nihai kullanım alanlarındaki yoğunluk nedeniyle hâlâ yüzde 70'in üzerindedir. Nihai tüketimde sanayi sektörü yüzde 30'un üzerinde payla birinci sırada olup onu yüzde 27 ile ulaştırma ve yüzde 22 ile konutlar izlemektedir. Ulaştırma sektöründeki enerji tüketimi sanayinin iki katından hızlı artmaktadır. Nihai tüketimde doğrudan fosil yakıt kullanımı ile elektrik üretiminde fosil yakıtların hâlâ ağırlıklı olması birleştiğinde birincil enerji arzında fosil yakıtların payı yüzde 82'ye çıkmaktadır[4]. Son çeyrek yüzyılda birincil enerji arzı iki katına çıkarken fosil yakıtların payının 2000'de yüzde 87,4'ten 2023'te ancak yüzde 81,9'a gerilemesi, karbonsuzlaşma eğiliminin oldukça yavaş olduğunu göstermektedir.

Bu veriler fosil yakıtların payının azalması ve enerji dönüşümünün etkili olması için sanayi, ulaştırma ve binalarda elektrifikasyonun hayati öneme sahip olduğu anlamına gelmektedir. Özellikle ulaştırmada elektriğin payının 2024'te yüzde 0,5 olduğu düşünüldüğünde bu alanda Türkiye'nin daha yolun başında olduğu söylenebilir. Ancak ulaşımda üretimi hızla artan elektrikli araçlar ve payı artan demiryolları ile tüm sektörlerde elektrifikasyon ve elektrik üretiminde fosil yakıtlardan uzaklaşma bir araya gelirse, enerji dönüşümü çok hızlanabilir. Güneş ve rüzgârın en ucuz enerji kaynakları haline gelmiş olması yenilenebilir enerjinin elektrik üretimindeki payının hızlı bir şekilde artırılabilmesini sağladığı için artık dönüşüm geçmiş yıllara göre çok kolaydır.[5]

Enerji dönüşümü için en önemli alanlardan biri olan elektrik tüketimi hem enerji talebinin hem de elektrifikasyonun etkisiyle artmaktadır. Türkiye'nin elektrik talebi 2019-2024 döneminde yılda yüzde 2,3 artarak 2024 yılında 348 TWh'ye çıkmıştır. Son bir yıldaki artış da yüzde 4'e yakındır.[4] Bu hızlı artış, enerji dönüşümü açısından önemli bir noktadır, çünkü yenilenebilir enerjiye yapılan yatırımın sadece artan talebi karşılaması halinde (tamamını bile karşılasa) dönüşümden söz edilemez.

Türkiye'nin toplam elektrik kurulu gücü 2025 yılı ağustos ayı sonu itibarıyla 120 GW'ı geçmiştir. Halen toplam kurulu gücün yüzde 26,7'si hidroelektrik, yüzde 20,3'ü doğal gaz, yüzde 18,2'si kömür, yüzde 11,5'i rüzgâr, yüzde 19,8'i güneş, yüzde 1,4'ü jeotermal santrallerden oluşmaktadır. Dolayısıyla rüzgâr ve güneş kurulu gücünün toplam içindeki payı yüzde 31'i geçmiştir. Güneş kurulu gücünün büyük kısmı lisanssız santrallerden oluşmaktadır. Buna büyüklük olarak çoğunluğunu barajlı santrallerin oluşturduğu HES'leri ve jeotermal santralleri de eklediğimizde fosil dışı kaynakların toplam kurulu güç içindeki oranı yüzde 60'ı bulmaktadır. Zaten dünyada olduğu gibi Türkiye'de de yeni yapılan enerji santrallerinin çoğu yenilenebilir enerji santralleridir: 2024 yılında toplam yeni kapasitenin yüzde 99'u, 4,3 GW güneş, 1 GW rüzgâr ve 240 MW hidroelektrik enerji santralinden oluşmuştur.[6]

Ancak toplamı 2024'te 355 TWh'ye ulaşan elektrik üretiminde yenilenebilir enerji kaynaklarının payı henüz toplamın yarısına ulaşmış değildir. Bunun başlıca nedeni rüzgâr ve güneşin kesintili kaynaklar olması, fosil yakıt santrallerinin ise maliyet etkin olduğu sürece kesintisiz çalıştırılabilmesidir. Bu nedenle kurulu güçteki payı yüzde 20'nin altında olan kömür santrallerinden elektrik üretimi toplam üretimin yüzde 35'ini geçmektedir. Bunun üçte ikisine yakını ithal kömürlü santrallerden sağlanmaktadır. Doğal gazın üretimdeki payı ise yüksek maliyetler nedeniyle kurulu güçteki payının altındadır (yüzde 19). Kurulu güçteki payı yüzde 30'un üzerinde olan rüzgâr ve güneşin üretimdeki payı ise yüzde 20'den azdır. Topluca ele alındığında 2024 sonu itibariyle elektrik üretiminde fosil – fosil dışı oranları yüzde 55-45 nispetindedir.[4]

Enerji politikalarında çeşitli nedenlerle (ör. yerli kömür kaynaklarını kullanıma açmak ve bu şekilde doğal gaz it-

halatını azaltmak) kömüre öncelik ve teşvik verilmesinin oldukça etkili olduğu görülmektedir. Özellikle 2012'nin kömür yılı ilan edilmesinden sonra hem kapasite hem de kullanımda kömürün payındaki büyük artış bunun bir kanıtı sayılabilir. Her ne kadar son açılan yeni kömürlü termik santral 2022'de devreye giren ve ithal kömürle çalışan 1,3 GW kurulu güce sahip Adana'daki Hunutlu termik santrali olsa ve halen inşa halinde bir termik santral bulunmasa da bugün de politika düzeyinde benzer biri eğilimin mevcut olduğu söylenebilir. Benzer bir politik teşvik nükleer enerjiye ve yenilenebilir enerjiye de verilmektedir ve 2015 öncesinde küçük HES'lere de verilmiştir. Aslında politik olarak teşvik edilmeyen enerji kaynakları, ithal ve pahalı olması nedeniyle sadece doğal gaz ve ithal kömürdür. Dolayısıyla Türkiye'nin enerji politikalarını hâlâ enerji dönüşümünden çok enerji kaynaklarının çeşitlendirilmesi önceliği belirlemektedir.

Türkiye'de enerji politikalarının en önemli özelliklerinden biri de kaynaklar açısından dışa bağımlılıktır. Yukarıda belirtildiği gibi büyük ölçüde fosil yakıtlara bağımlı bir enerji sistemine sahip olan ülkede fosil yakıtlarda ithalata bağımlılık oranı yüzde 79'dur. Yerli kaynak olduğu gerekçesiyle öncelik verilen kömürün de yüzde 61'i ithal edilmektedir. Yerli kömür santrallerindeki daha düşük kapasite kullanımı ve düşük verimlilik nedeniyle kömürden üretilen elektriğin içinde ithal kömürden üretilen elektriğin oranı bunun da birkaç puan üzerindedir[4]. Yerli kaynak kullanımı iddiasıyla enerji üretiminde kömüre ağırlık verildiğinde otomatik olarak ithal kömür kullanımının da arttığı görülmektedir. Dolayısıyla enerji ithalatı kaynaklı dış ticaret açığın (2024'te 49 milyar ABD doları) ithal fosil yakıtlardan kaynaklanmaktadır.[4]

Sera gazı emisyonlarında enerji sektörü en büyük paya sahiptir. Son verilere göre 2023'te 552 milyon ton olan sera gazı emisyonlarının yüzde 72'si enerji sektöründen kaynaklanmaktadır. Enerjiden kaynaklanan emisyonlar 1990'dan bu yana yüzde 172 artmıştır. Enerji sektörünün karbondioksit emisyonlarındaki payı ise yüzde 87'dir. Enerji kaynaklı emisyonların %36'sı çevrim elektrik ve ısı üretiminden kaynaklanmaktadır.[7] Fosil yakıtlı elektrik santralleri toplam sera gazı emisyonlarının dörtte birine yakınından sorumludur.

Enerji sisteminin mevcut durumunu enerji dönüşümü açısından özetlemek gerekirse, birincil enerji tüketiminde doğrudan fosil yakıt kullanımının, elektrik üretiminde de fosil yakıtlı termik santrallerin çoğunluk oluşturduğu yapı devam etmektedir. Elektrifikasyon, ulaştırma, binalar ve sanayide henüz başlangıç aşamasındadır ve yenilenebilir enerji santrallerinin kurulumu giderek artsa da fosil dışı kaynakların elektrik üretimindeki payının yarısından fazlasını hala hidroelektrik ve jeotermal santraller oluşturmaktadır. Bu kaynaklardan hidroelektrik potansiyelinin sonuna gelmiştir ve daha fazla artması mümkün görünmemektedir. Ayrıca hidroelektrik, jeotermal ve biyokütle enerjileri, yarattıkları çevresel ve sosyal sorunlar nedeniyle tam olarak temiz enerji olarak kabul edilemezler. Elektrik talebindeki hızlı artışın devam ettiği mevcut durumda fosil yakıtlı santrallerin kademeli olarak kapatıldığı ve yenilenebilir enerjinin (güneş ve rüzgâr) sadece artan talebi değil kapatılan termik santrallerin de yerini aldığı bir geçiş yaratılmadığı sürece enerji dönüşümünün emisyonlara etki edecek bir düzeye ulaşması mümkün görünmemektedir. Elektrifikasyonun bütün sektörlerde hızlanması da enerji dönüşümü için zorunludur.

2. Ulusal Enerji Planı

Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı, 2022 yılı sonunda Türkiye Ulusal Enerji Planı'nı yayınlamıştır.[8] 2035'e kadar enerji talebindeki artışı ve enerji kaynaklarının kullanım oranlarının nasıl değişeceğini öngören plan özellikle 2053'te net sıfır emisyon hedefi esas alınarak hazırlandığı için önemlidir. Plan 2035'te enerji tüketiminin yüzde 70'e yakın artarak 205 Mtep'e, elektrik talebinin yüzde 50'ye yakın artarak 510 TWh'ye ve elektrik üretiminde kurulu gücün yüzde 60'a yakın artarak 190 GW'a ulaşacağını öngörmektedir. Enerji tüketimi içinde elektriğin payının yüzde 20'den 25'e çıkması, yenilenebilir enerji kurulu gücünün toplamda 83 GW'a çıkarak 2,8 kata yakın artması, bunun içinde güneş kurulu gücünün 53 GW ile çoğunluğu oluşturması öngörülmektedir.

Daha sonra, 2024 yılı sonuna doğru Enerji Bakanlığı tarafından yapılan bir sunumda yenilenebilir enerji hedeflerinin yükseltildiği ve güneş ve rüzgar kurulu gücünün 2035'e kadar yaklaşık 4 kat artırılarak toplam 120 GW'a çıkarılmasının hedeflendiği açıklanmıştır.[9] Bu hedef daha sonra farklı konuşmalarda Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanı Alpaslan Bayraktar tarafından yinelenmiş ve Türkiye'nin Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi (UNFCCC) Sekreteryasına sunduğu Uzun Dönemli İklim Stratejisi'nde (LTS) de yer almıştır.[10] LTS'de 2035'teki kurulu güç öngörüsünün de 227 GW'a yükseltildiği görülmektedir. Ancak bu yükseltilmiş yenilenebilir enerji hedefleri henüz Ulusal Enerji Planı'na eklenmemiştir. Bu açıdan Türkiye'nin iki yenilenebilir hedefi bulunduğu söylenebilir ve bu çelişkinin yeni Ulusal Katkı Beyanı (NDC) UNFCCC sekretaryasına teslim edildiğinde çözüleceği düşünülmektedir.

Ancak Ulusal Enerji Planı'ndaki bu yenilenebilir enerji hedeflerinin karbonsuzlaşma hedefleriyle uyumlu hızlı bir enerji dönüşümüyle uyumlu olup olmadığı tartışıl-

malıdır. Hızlı bir karbonsuzlaşma sadece yeni kapasite ihtiyacının yenilenebilir kaynaklardan karşılanmasıyla değil, mevcutta fosil yakıttan gelen payın da yenilenebilir enerjiye dönüştürülmesiyle mümkündür. Sera gazı emisyonlarında azalma eğilimi de ancak bundan sonra başlayabilir. Dolayısıyla uluslararası iklim görüşmelerinde gündeme geldiği ve Dubai'de 2023'te yapılan COP28'de karar altına alındığı gibi iklim değişikliğiyle mücadele ancak fosil yakıtlardan uzaklaşma yoluyla başarılabilir.[11] Türkiye'nin de yukarda özetlenen enerji altyapısı nedeniyle öncelikle kömürden uzaklaşmaya başlaması gerekmektedir. Yüksek yenilenebilir enerji hedefleri makul bir süre içinde kömürden çıkışla birleşirse hem emisyonların hem de kömür yakılmasına bağlı hava kirliliği başta olmak üzere diğer çevre sağlığı sorunlarının azaltılması sağlanabilir. Aşağıda daha detaylı ele alacağımız Türkiye'nin Karbonsuzlaşma Yol Haritası: 2035'te Net Sıfıra Doğru çalışması enerji sektöründe kömürden çıkışın 2036'da mümkün olduğunu ortaya koymaktadır.[12] Avrupa'da da kömürü elektrik sisteminden tamamen çıkarmış Birleşik Krallık, İspanya, Belçika, İsveç, Norveç gibi pek çok ülkenin olması bunun mümkün olduğunu göstermektedir. Oysa enerji bürokrasisinde ve enerjiyle ilgili teknik çevrelerde hâlâ kömürsüz bir elektrik şebekesi hayal edilememektedir. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanı Alpaslan Bayraktar'ın Soma'da kömür madeni sahası önünde yaptığı konuşmayla yerli kömürden elde edilen elektriğe 2030'a kadar teşvik verileceğini ve kömür madenlerine 2045'e kadar alım garantisi sağlanacağını açıklaması bunun bir örneğidir.[13] Ekonomik ve çevresel açıdan olarak sürdürülmesi mümkün olmayan kömür, suni solunumla hayatta tutulmaya çalışılmaktadır.

3. Nükleer Enerji Israrı

Türkiye'nin yaklaşık elli yılı bulan nükleer enerji hevesinde toplumsal itirazın ve ekonomik yetersizliklerin sonucu olarak yaşanan kırk yılı aşkın gecikmenin ardından ilk kez bir nükleer santral elektrik üretmeye çok yaklaşmış görünmektedir. Rusya devlet şirketi Rosatom tarafından en az yüzde 51 hissesi kendisinde kalmak şartıyla inşa edilen ve yine ticari ömrünün sonuna kadar Rosatom tarafından işletilecek olan Akkuyu Nükleer Santrali'nin yapımı sürmektedir. Türkiye ile Rusya Federasyonu arasında 2010'da imzalanan devletler arası anlaşmanın ardından santralin yapımına ancak 2018'de başlanmış ve ilk ünitenin 2023'te açılması planlanmıştır.[14] Ancak bütün nükleer santral inşaatlarında olduğu gibi teknik ve finansal zorluklar nedeniyle gecikmeler yaşanmaktadır. Bugün dört ünitenin de inşaatı sürmektedir. Açıklamalarda ilk ünitenin 2025'te, tüm ünitelerin 2028'de devreye girmiş olacağı söylense de ortalama bir nükleer reaktörün yapım süresi düşünüldüğünde ilk ünitenin devreye girmesinin 2028'e, tüm ünitelerin açılmasının 2030'ların başına kadar uzayabileceği abartılı bir tahmin olmayabilir. Akkuyu projesini nükleer endüstrinin bilindik zorluklarının yanı sıra Rusya-Ukrayna savaşı ile diğer jeopolitik ve küresel ekonomik belirsizlikler de geciktirmektedir. Akkuyu nükleer santrali 2030'da toplam 4,8 GW kurulu gücüyle tam olarak devreye girerse Türkiye'nin elektrik ihtiyacının yaklaşık yüzde 9'unu, 2050'de ise yaklaşık yüzde 5'ini karşılayacaktır.

Nükleer santraller Çernobil ve Fukuşima felaketlerinde görüldüğü gibi kaza riskinin hiçbir zaman sıfırlanamadığı, tehlikeli radyoaktif atıkların zararsızlaştırılamadan kuşaklar boyunca çoğu zaman santral alanında depolanmak zorunda olduğu, son derece kirletici ve tehlikeli bir enerji üretim biçimidir. Bunlara ek olarak nükleer enerji şu anda diğer kaynaklarla karşılaştırıldığında en pahalı enerji kaynağıdır. Lazard'ın yıllık seviyelendirilmiş elektrik üretim maliyet analizine göre (LCOE) yeni nükleer santraller doğal gaz ile birlikte en pahalı enerji üretim biçimidir ve tipik bir güneş ve rüzgâr santralinin en az üç katı daha pahalıya mal olmaktadır.[15] Nükleer santrallerin yapım süreci boyunca başlangıç maliyetinin fazlasıyla aşılması ve planlanandan çok daha uzun yapım süreleriyle tamamlanabilmeleri neredeyse her projede görülmektedir. Akkuyu projesi de yapımı 18 yıl süren Finlandiya'daki Olkiluoto, yapım süresi defalarca uzatılan İngiltere'deki Hinkley Point C gibi inşaatı bir türlü bitmeyen yeni nükleer santrallere benzer bir süreç yaşamaya başlamış gibi görünmektedir.[16] Enerji dönüşümünün bir an önce tamamlanmasını gerektiren iklim acil durumunda nükleer enerji planlarının dönüşümün önünü tıkayan bir araca dönüştüğü söylenebilir.

Nükleer enerjiyle ilgili tüm bu olumsuzluklara rağmen Türkiye'nin resmi enerji planlarında ve bakanlık tarafından yapılan vizyon konuşmalarında nükleer enerjiye yapılan vurgunun sürdüğü hatta arttığı görülmektedir. Ayrıca Türkiye 2024'te Azerbaycan'da yapılan COP29'da bazı ülkeler tarafından hazırlanan nükleer enerji kapasitesini üç katına çıkarma bildirisine imza atmıştır.[17] Ulusal Enerji Planı'nda 2035'e kadar Akkuyu'ya ek olarak iki reaktör büyüklüğünde (2,4 GW) ek kapasite öngörülmektedir.[18] Enerji Bakanı Alpaslan Bayraktar tarafından yapılan konuşmalarda ise bundan çok daha yüksek hedeflerden söz edilmektedir. Örneğin bir konuşmada 2053'e kadar nükleer enerji kurulu gücünün 20 GW'a çıkarılmasının, bir başka konuşmada 8 konvansiyonel, 5 GW küçük modüler reaktör (SMR) yapı-

mının hedeflendiği söylenmiştir.[19] Ayrıca ABD ile yeni bir nükleer iş birliği anlaşması imzalanmıştır.[20]

Küçük modüler reaktör, yani SMR, dünyada henüz denenmemiş, ucuz olduğuna dair iddiaların da sınanmamış olduğu yeni bir tasarımdır ve deneneceği ilk ülkenin Türkiye olması ihtimali ek bir risk yaratmaktadır.[21] Bu kadar pahalı bir yatırımın hangi bütçeyle, hangi ülkeyle ve nerede yapılacağı soru işaretidir. Ayrıca konvansiyonel nükleer santraller için Sinop, İğneada gibi öteden beri ikinci ve üçüncü yerler olarak anılan bölgelerde ciddi bir yer lisansı çalışması olmadığı gibi yerel halktan da çok büyük bir tepki olduğu görülmektedir. Bu kadar pahalı bir enerji üretim biçiminin neredeyse bütün kömür kapasitesinin yerini alacak büyüklükte hedeflenmesi, güneş ve rüzgârın bu kadar ucuzladığı bir dönemde enerji piyasasının gerçekleriyle de örtüşmemektedir. Ayrıca politika düzeyinde de olsa nükleerden bu kadar söz etmenin yenilenebilir enerjiye geçişin önünde bir engel oluşturacağı söylenebilir.

4. Türkiye'nin İklim Politikalarında Son Durum

Türkiye Paris Anlaşması'nı 2021'de Glasgow'da pandemi sonrası yapılan ilk BM İklim Değişikliği Taraflar Konferansı olan COP26'dan hemen önce onayladı. Bu gelişme, 2020'lerde Türkiye'nin iklim politikalarında yeni bir sayfanın açıldığı anlamına gelmektedir. Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi'ne 2004 yılında, yapılmasından 12 yıl sonra taraf olan Türkiye, Kyoto Protokolü'nü de 2009'da yine 12 yıllık gecikmeyle, herhangi bir azaltım yükümlülüğü altına girmeden onaylamıştı. Bu nedenle 1992'den 2021'e kadar otuz yıla yakın bir sürenin, Türkiye'nin iklim politikalarında oldukça durgun ve uzun sürmüş bir açılış dönemi olduğu söylenebilir.[22] Bu dönemde Türkiye sera gazı envanterlerini ve ulusal bildirim raporlarını hazırlamış, çeşitli strateji ve eylem planları yapmış ve kurumsal kapasitesini geliştirmiştir. Ancak diğer ülkelerle karşılaştırıldığında (yenilenebilir enerjiye teşvik sağlayan YEKDEM ve YEKA mekanizmaları dışında) emisyonları azaltabilecek herhangi bir iklim politikasının uygulamaya konabildiği söylenemez. Bu dönemde iklim politikası envanteri içinde yer verilebilecek onlarca mekanizma, yasa, yönetmelik vb. hazırlanmıştır, ancak hedef eksikliğinin de etkisiyle bu politikaların çoğu kâğıt üzerinde kalmış veya emisyonlar üzerinde ölçülemeyecek kadar küçük etki yaratmıştır.

Hedef eksikliği, Türkiye'nin iklim politikalarının en önemli zaafıdır. Ulusal ekonomi ölçeğinde sera gazı emisyonlarını azaltma hedefi Kyoto Protokolü'nden bu yana iklim değişikliğiyle mücadelenin kalbidir. Ülkeler ancak toplam emisyonlarını belli bir zaman aralığında anlamlı bir düzeyde azaltma taahhüdü verip bunu sektörel olarak politika araçlarıyla uygulamaya yansıtabildikleri zaman iklim değişikliğiyle mücadelede anlamlı bir adım atabilmişlerdir. Anlamlı azaltım hedefleri belirlemek sadece bir ekonomik planlama yöntemi değildir, aynı zamanda piyasaya verilen güçlü bir sinyaldir. Ancak emisyonları azaltma, enerji yoğunluğu ve enerji verimliliği hedefleri de tek başına bir anlam taşımaz; azaltımı sağlayacak yenilenebilir enerjiye geçiş, kömürden çıkış, elektrik araçların pazar payını artırma, binalarda enerji tüketimini azaltma, sanayide belli standartları zorunlu kılma gibi düzenlemeler politika araçları olarak bu hedeflerin uygulamaya konmasına hizmet eder. Bir piyasa mekanizması olarak belli sektörlerde emisyonlarını azaltmak konusunda daha başarılı olan firmaların daha başarısız olanlara karbon kredisi satmasına ve avantaj sağlamasına izin veren emisyon ticaret sistemi ile bir diğer karbon fiyatı mekanizması olan karbon vergisi de emisyon azaltım hedefi belirlendikten sonra bu hedefe varmayı sağlayacak politika araçları arasındadır. Oysa Türkiye 2015'te yayınlayıp 2021'de güncellediği birinci Ulusal Katkı Beyanı'nda da 2025'te yayınladığı ikinci Ulusal Katkı Beyanı'nda da sera gazı emisyonlarını azaltmayı taahhüt etmemiştir.

Türkiye'nin 2021'de Paris Anlaşması'nı onayladıktan sonra ilk ve en önemli hamlesi 2053'te net sıfır emisyon hedefini ilan etmek, ardından da çevre bakanlığının ismini Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı olarak değiştirerek güçlü bir İklim Değişikliği Başkanlığı kurmak olmuştur. Bu kurumsal güçlendirici hamleden sonra 2022'de çok taraflı katılıma açık, oldukça başarılı bir İklim Şurası düzenlenmiş ve çok sayıda iklim politikası önerisi ortaya konmuştur. Yeni iklim değişikliği stratejisi ve eylem planlarının yapılması, Yeşil Mutabakat Eylem Planı, yeşil taksonomi çalışmaları gibi önemli mevzuat çalışmalarının ardından 2025'te İklim Kanunu TBMM tarafından kabul edilerek yasalaşmıştır. İklim Kanunu, ilgili kamu kurumlarının iklim hedeflerine uyumlu politikalar geliştirmeleri ve bu politikaların kanuni çerçevesinin oluşturulması açısından önemlidir. Ancak iklim koruma politikalarına yeterince yer vermemesi, genel geçer maddelerden oluşması, fazlasıyla emisyon ticaret sistemine odaklanması ve sınırı belirsiz karbon denkleştirme mekanizmalarının önünü açması nedeniyle sivil toplum örgütleri ve muhalefet tarafından eleştirilmiştir. Gerçekten de net sıfır hedefinden tarih vermeden söz edilmesi ve 2053 hedefine bir kanun statüsü kazandırılmaması nedeniyle, kanunla iklim eyleminin ertelenmesinin önünün açıldığı bile söylenebilir.[23] Emisyon ticaret sistemine dair onca ayrıntı ise ciddi bir

azaltım hedefi olmadığı takdirde anlam taşımayabilir, zira azalan bir emisyon tavanı olmadan işe yarar bir karbon fiyatı oluşması ve emisyon ticaretinin Avrupa Birliği'nin sınırda karbon düzenleme mekanizmasına cevap oluşturması mümkün değildir.[2]

İklim Kanunu'nun ardından Türkiye'nin iklim politikalarındaki son önemli gelişme yenilenen Ulusal Katkı Beyanıdır (NDC). Paris Anlaşması'na taraf olan her ülkenin beş yılda bir iklim hedeflerini yenilemesi ve geliştirmesi gerekir. Paris Anlaşması'nın Kyoto Protokolü'nden en önemli farkı emisyon azaltım hedeflerinin ve diğer iklim politikalarının her ülke tarafından kendi şartlarına ve kapasitesine göre kendisi tarafından belirlenmesidir. Bu nedenle ulusal olarak belirlenmiş katkılar (*Nationally Determined Contributions – NDC*) ya da Ulusal Katkı Beyanı adı verilen belge her ülkenin kendisi tarafından hazırlanıp Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği sekretaryasına sunulur.[24] Türkiye birinci NDC'sini diğer ülkelerle birlikte 2015'te Paris Anlaşması'ndan hemen önce hazırlayıp sunmuştu. Bu beyandaki hedefler 2022'de, Paris Anlaşması'na taraf olduktan sonra güncellendi. Güncellenen beyana göre Türkiye normalde bir iklim politikası izlemediği durumda 2030'da 1.175 milyon tona çıkacak olan sera gazı emisyonlarını yüzde 42 azaltarak 929 milyon tona indirecekti. Bu plan o zamandan beri gerçekçi olamayacak kadar yüksek bir referans senaryodan yapılıyor görünen azaltımla çıkılacağı öngörülen seviyenin yine hiçbir zaman ulaşılamayacak kadar yüksek olduğu, dolayısıyla Türkiye'nin kâğıt üzerinde kalan, azaltım anlamı taşımayan bir hedef belirlediği şeklinde eleştirildi.[25] Zira 2023'te en son açıklanan sera gazı envanterinde Türkiye'nin 2023 yılı toplam emisyonu sadece 552 milyon tondu ve mevcut artış hızı çok artsa bile 900 milyon tonlara yükselmesi imkansızdı. Bu emisyon azaltım hedefi Birleşmiş Milletler'in ilgili değerlendirme raporlarında da aşırı düzeyde başarılmış (dolayısıyla çok düşük) bulundu.[26]

Türkiye yeni NDC'sini diğer ülkelerle birlikte 2025'te hazırladı ve 24 Eylül 2025'te Bileşmiş Milletler Genel Kurulu sırasında genel sekreter Antonio Guterres'in çağrısıyla dünya liderlerinin katılımıyla yapılan İklim Zirvesi'nde açıkladı. Cumhurbaşkanı Erdoğan tarafından azaltım hedefleriyle ilgili kısmı açıklanan yeni NDC, bu yazı yazıldığı sırada henüz tam metin olarak UNFCCC'ye teslim edilmemişti. Konuşmada yeni NDC'nin en önemli kısmını oluşturan hedeflere ilişkin olarak "İklim politikamızı; enerji, sanayi, binalar, ulaştırma, atık, tarım ve ormancılık olmak üzere, yedi sütun üzerine inşa ettik. İkinci Ulusal Katkı Beyanımızı da tüm sektörleri ve tüm sera gazlarını kapsayacak şekilde belirledik. Ekonomi genelinde uygulayacağımız politikalarla, 2035 yılında 466 milyon ton emisyon azaltımı sağlamayı ve emisyonlarımızı 643 milyon tona düşürmeyi hedefliyoruz." Deniliyordu.[27] Bu hedef her ne kadar ilk bakışta emisyonların düşürüleceği şeklinde anlaşılsa da aslında bir artış hedefiydi.

Türkiye'nin sera gazı emisyonları 2021 yılında 573 milyon tonla tepe noktasına çıkmış ve ardından yüzde 3'ten fazla azalarak 2023'te 552 milyon tona düşmüştür [28]. Bu tarihten sonra emisyonlar tekrar artışa geçmiş olabilir ancak henüz açıklanmamıştır. Bu nedenle açıklanan 2035 hedefinin 2021'e göre yüzde 12, 2023'e göre yüzde 16 artış anlamına geldiği kolayca görülebilir. Bu da azaltım senaryosunda emisyonların yılda yaklaşık 7-8 milyon ton artmaya devam edeceği anlamına gelmektedir. Oysaki yeni hedefin bir azaltım hedefi olabilmesi için en azından 2021'deki tepe noktasından daha düşük olması gerekirdi. Açıklamadaki 466 milyon ton azaltım ise önceki NDC'deki gibi gerçekçi olmayan bir referans senaryo kullanıldığını göstermektedir. Buradan anladığımız kadarıyla Türkiye'nin hiçbir şey yapmadığı takdirde 2035'te emisyonlarını 1.109 milyon tona çıkaracağı varsayılmakta ve izleyeceği iklim politikalarıyla bundan yüzde 42 azaltım yapacağı ve 2035'te 643 milyon ton sera gazı emisyonuna ineceği iddia edilmektedir. Oysa referans senaryo değil, aslında azaltım için verilen değer Türkiye'de emisyonların uzun dönemli normal artış eğilimiyle uyumludur[29]. Zira emisyonların sadece on iki yıl içinde iki katına çıkarak 1.100 milyon tonun aşılması mevcut enerji ve ekonomi yapısında imkânsızdır. Dolayısıyla Türkiye'nin yeni iklim hedefi yine mevcut gidişatı azaltım hedefi olarak sunmak kaydıyla yenilenebilir enerji dönüşümünde herhangi bir hızlanmanın, kömürden çıkmanın vb. öngörülmediği anlamına gelmektedir. Zaten bir önceki NDC'de yer alan emisyonların 2038'de tepe noktasına çıkarılması hedefi ile Uzun Dönemli İklim Stratejisi'nde yer alan sanayi emisyonlarını 2040'lara kadar artırıp sonra birdenbire düşürme öngörüsü gibi politikalar, gerçek bir azaltımın 15-20 yıl ötelendiğini göstermektedir. Bu kadar uzun süre artmaya devam edecek olan emisyonların 2053'te net sıfıra inmek için 2040'larda yılda yüzde 10-12 nispetinde düşürülmesi hiçbir ülke tarafından başarılabilecek hızda bir dönüşüm değildir. Dolayısıyla yeni NDC'nin

[2] Avrupa Birliği tarafından 2019'da kabul edilen Avrupa Yeşil Mutabakatı, AB'nin ithal ettiği belli mallara (çelik, çimento vb.) kaynak ülkede bir karbon fiyatı ödenmemiş ise sınırda karbon fiyatı uygulanmasını, bir tür karbon v ergisi alınmasını öngörmektedir. Bu mekanizmaya Sınırda Karbon Düzenleme Mekanizması (SKDM) denir. Türkiye'nin Emisyon Ticaret Sistemi'ni uygulamaya sokmak istemesinin bir nedeni ihracatçı sektörleri SKDM'den kurtarmaktır.

arkasındaki stratejinin, ekonominin mevcut gidişatını ve enerji politikalarını fazla değiştirmemek, çözümü ileride oluşacak yeni teknolojilerle çözmeleri için gelecek kuşaklara bırakmak olduğu yorumu yapılabilir.

5. Mümkün Olan Azaltım Patikası Ne Olabilirdi?

Ülkelerin emisyon azaltım patikaları, ekonominin yapısını ve mevcut durumunu veri olarak alıp farklı varsayımlarla geleceğe taşıyan emisyon modellemeleri ile belirlenir. Türkiye'de ilgili bakanlıklar ve kamu kurumları da NDC'lerin belirlenmesinde bu tür modellerden yararlanmaktadır. Ancak bu çalışmalar kamuoyuna açık olarak yayınlanmamaktadır. Bu amaçla yapılan bağımsız bilimsel modellerden en günceli İstanbul Politikalar Merkezi tarafından çalışılarak 2025'te yayınlanmıştır.[12] Bu model çalışmasında yer verilen yol haritası Türkiye'nin gerçekçi önlemlerle ne tür bir azaltım hedefi belirleyebileceği konusunda fikir vermektedir. Yol haritasında ülke ekonomisinin bugünkü yapısının emisyonları azaltmak için herhangi bir ek önlem almadan geleceğe taşındığı bir referans senaryo ile tüm sektörlerde emisyon azaltıcı ek müdahalelerin yapıldığı bir net sıfır senaryosu birbiriyle karşılaştırılmıştır. Buna göre Türkiye'nin toplam sera gazı emisyonları referans senaryoda artmaya devam etmekte ve 2035'te 655 milyon tona ve 2053'te 895 milyon tona yükselmektedir. Referans senaryoda elektrik üretiminde yenilenebilir kaynakların payı ve diğer sektörlerde elektrifikasyon artmakta, ancak kömür ve diğer fosil yakıtların kullanımı devam etmektedir.

Net sıfır senaryosunda ise başta elektrik üretimi ve binalar sektörü olmak üzere bütün sektörlerde emisyonlar azalmaktadır. Başlıca müdahale varsayımları arasında hızlanan yenilenebilir enerji santrallerinin kurulumu (2035'e kadar yılda 10 GW), şebeke esnekliği için batarya yatırımları (2035'e kadar toplam 9 GW), kömürden 2036'da çıkış, binalarda ısınma ve yemek pişirme için kömür kullanımının 2035'te, doğal gaz kullanımının 2045'te sıfırlanması yoluyla tamamen elektriğe geçiş, ulaşımda elektrikli otomobillerin pazar payının 2035'e kadar yüzde 98'e çıkarılması, sanayide verimlilik ve elektrifikasyon yatırımları ve tarımda süt veriminin artırılması ve baklagil münavebeli tarım gibi uygulamalar sayılabilir. Çalışmada bu tür müdahalelerin uygulandığı bir yol haritasıyla Türkiye'nin toplam sera gazı emisyonlarının 2035'e kadar 2021'deki tepe değerine göre yüzde 35 azaltılarak 369 milyon tona düşürülmesi (NDC'deki değerin üçte ikisi), 2053'e kadar da yüzde 61 azaltım sağlanması öngörülmüştür. Dolayısıyla çalışmada esas alınan modele göre 2053'te 223 milyon ton artık emisyon kalmaktadır. Bu miktarın daha da azaltılarak net sıfıra yaklaşılması için gelecekteki yeni teknolojilere veya daha cesur azaltım önlemlerine gerek duyulduğu belirtilmektedir.

6. Sonuç

İklim değişikliği 21. yüzyılın en önemli halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Hava kirliliği de her yıl milyonlarca insanın ölümüne ve kronik hastalıklara neden olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Fosil yakıtlar madencilik uygulamalarından nihai tüketim noktasına kadar neden olduğu pek çok başka çevre sağlığı sorununun yanı sıra iklim değişikliğinin ve hava kirliliğinin en önemli nedenidir. Fosil yakıtlara bağımlı küresel ekonomik düzen değişmedikçe ve fosil yakıtların kullanımı ortadan kaldırılmadıkça ne iklim değişikliğinin ne de buna bağlı diğer çevre ve sağlık sorunlarının çözülmesi mümkün değildir. Bu nedenle elektrik ve ısı üretiminden ulaşıma ve sanayiye kadar fosil yakıtlardan uzaklaşmak ve nihai olarak fosil yakıtların terk edilmesi halk sağlığı açısından son derece önemlidir. Fosil yakıtlardan çıkış aynı zamanda iklim değişikliğiyle mücadeleyi amaçlayan politikaların da nihai hedefidir.

Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de enerji sistemleri halen yüzde 80'in üzerinde fosil yakıtlara bağımlıdır. Paris Anlaşması'nın küresel sıcaklık artışını 1,5-2 derecede sınırlama hedefi bütün dünyada karbon emisyonlarının 2050'lerde net sıfıra indirilmesini, dolayısıyla büyük ölçüde fosil yakıtlardan çıkışı öngörmektedir. Türkiye de bu doğrultuda 2053'e kadar net sıfır emisyona ulaşma hedefini ilan etmiştir. Demek ki Türkiye ekonomisinin 30 yıldan kısa bir sürede fosil yakıtlardan arındırılması bir devlet politikasıdır. Bunun için doğrudan fosil yakıt kullanılan hemen bütün nihai tüketim alanlarında (ulaşım, ısınma, sanayi) elektrifikasyon (ve elektriğin kullanılamayacağı bazı sanayi üretim süreçleri gibi kısıtlı alanlarda yenilenebilir kaynaklardan üretilen yeşil hidrojen), konutlarda ve sanayinin bazı kademelerinde doğrudan yenilenebilir enerji kullanımı (örneğin su ısıtma gibi alanlarda) ve elektrik üretiminde kömür kullanımının tamamen bırakılması ve doğal gaz kullanımının çok sınırlanması yoluyla yüzde yüze yakın yenilenebilir enerjiye geçiş, Türkiye'nin de 30 yıl içinde başarmak zorunda olduğu bir enerji dönüşümü formülüdür.

Ne yazık ki Türkiye'nin mevcut iklim hedefleri, ulusal enerji planları ve yol haritaları Paris Anlaşması'nın 1,5-2 derece hedefiyle de Türkiye'nin 2053'te net sıfır emisyon hedefiyle de uyumlu değildir. Kömürden kademeli çıkış başta olmak üzere öncelikli politikalar benimsenmemiştir ve yenilenebilir enerji daha çok enerji kaynaklarının

çeşitlendirilmesi yaklaşımıyla desteklenmeye devam etmektedir. Emisyon ticareti gibi mevzuatı oluşturulan politika araçlarının da hedef eksikliği nedeniyle etkin bir şekilde uygulanması zor görünmektedir. Türkiye'nin iklim ve enerji politikalarının en kısa zamanda bilimsel model çalışmaları çerçevesinde yenilenmesi ve 2053'te net sıfırla uyumlu gerçekçi bir emisyon azaltım politikasının benimsenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Karabulut, Y. (1994). Türkiye'de Elektrik Enerjisi Üretimi. Türkiye Coğrafyası Araştırma ve Uygulama Dergisi, 2, 53–66.
2. Türkyılmaz, O., & Bayrak, Y. (2024). Elektrik Üretimi: Mevcut Durumu ve Analizi
3. Türkiye'nin Uluslararası Enerji Stratejisi / T.C. Dışişleri Bakanlığı. (n.d.). Retrieved October 20, 2025, from https://www.mfa.gov.tr/turkiye_nin-enerji-stratejisi.tr.mfa
4. Shura Enerji Dönüşümü Merkezi. (2025). Türkiye Enerji Dönüşümü Görünümü 2024
5. Solar - Fuels & Technologies - IEA. (n.d.). Retrieved October 20, 2025, from https://www.iea.org/fuels-and-technologies/solar/
6. Elektrik - T.C. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı. (n.d.). Retrieved October 20, 2025, from https://enerji.gov.tr/bilgi-merkezi-enerji-elektrik
7. TÜİK Kurumsal. (n.d.). Retrieved October 20, 2025, from https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sera-Gazi-Emisyon-Istatistikleri-1990-2023-53974
8. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı. (2022). Türkiye Ulusal Enerji Planı.
9. Haberler - T.C. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı. (n.d.-a). Retrieved October 20, 2025, from https://enerji.gov.tr/haber-detay?id=21380
10. İklim Değişikliği Başkanlığı. (2024). 2053 Uzun Dönemli İklim Stratejisi.
11. COP28 Agreement Signals "Beginning of the End" of the Fossil Fuel Era | UNFCCC. (n.d.). Retrieved October 20, 2025, from https://unfccc.int/news/cop28-agreement-signals-beginning-of-the-end-of-the-fossil-fuel-era
12. İstanbul Politikalar Merkezi. (2025). Türkiye'nin Karbonsuzlaşma Yol Haritası: 2053'te Net Sıfıra Doğru.
13. Haberler - T.C. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı. (n.d.-b). Retrieved October 20, 2025, from https://enerji.gov.tr/haber-detay?id=21569
14. Akkuyu Nükleer Güç Santrali Projesi - Nükleer Enerji ve Uluslararası Projeler Genel Müdürlüğü - T.C. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı. (n.d.). Retrieved October 20, 2025, from https://enerji.gov.tr/neupgm-akkuyu-nukleer-guc-santrali-projesi
15. Lazard Releases 2025 Levelized Cost of Energy+ Report | Lazard. (n.d.). Retrieved October 20, 2025, from https://www.lazard.com/news-announcements/lazard-releases-2025-levelized-cost-of-energyplus-report-pr/
16. Schneider, M. et al. (2025). The World Nuclear Industry Status Report 2025.
17. Republic of Türkiye Ministry of Energy and Natural Resources - News. (n.d.). Retrieved October 20, 2025, from https://enerji.gov.tr/news-detail?id=21401
18. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı. (2022). Türkiye Ulusal Enerji Planı.
19. Türkiye elektrifikasyon sürecini nükleer enerji merkezli kapsayıcı bir stratejiyle yönetecek. (n.d.). Retrieved October 20, 2025, from https://www.aa.com.tr/tr/ekonomi/turkiye-elektrifikasyon-surecini-nukleer-enerji-merkezli-kapsayici-bir-stratejiyle-yonetecek/3717978
20. Türkiye-ABD enerji ortaklığı nükleer ve doğal gaz anlaşmalarıyla derinleşiyor. (n.d.). Retrieved October 20, 2025, from https://www.aa.com.tr/tr/ekonomi/turkiye-abd-enerji-ortakligi-nukleer-ve-dogal-gaz-anlasmalariyla-derinlesiyor/3709580
21. Küçük Modüler Reaktörler (SMRs): Neden Gündemde? Ne Kadar Gerçekçi? - SEFiA. (n.d.). Retrieved October 20, 2025, from https://sefia.org/analizler/kucuk-moduler-reaktorler-smrs-neden-gundemde-ne-kadar-gercekci/
22. Türkiye Paris Anlaşması'nda: Şimdi her şey değişiyor, mücadele asıl şimdi başlıyor - Yeşil Gazete. (n.d.). Retrieved October 20, 2025, from https://yesilgazete.org/turkiye-paris-anlasmasinda-1-simdi-her-sey-degisiyor-mucadele-asil-simdi-basliyor/
23. Aposto | İklim Kanunu neden çıkmalı? (n.d.). Retrieved October 20, 2025, from https://aposto.com/s/iklim-kanunu-neden-cikmali
24. Şahin, Ü. (2020). İklim Politikalarında Yeni Dönem: Paris Anlaşması ve Hak Temelli Yaklaşım. Toplum ve Hekim, 35(1), 37–45.
25. Sunulan Ulusal Katkı Beyanı ile Türkiye'nin 2053'te net sıfıra ulaşması imkansız hale geldi." (n.d.). Retrieved October 20, 2025, from https://yesilgazete.org/sunulan-ulusal-katki-beyani-ile-turkiyenin-2053te-net-sifira-ulasmasi-imkansiz-hale-geldi/#google_vignette
26. Olhoff, A., & Christensen, J. M. (2020). General rights Emissions Gap Report 2020. In Downloaded from orbit.dtu.dk on: Eki (Vol. 19). https://www.unep.org/emissions-gap-report-2020
27. Cumhurbaşkanı Erdoğan, BM İklim Zirvesinde konuştu. (n.d.). Retrieved October 20, 2025, from https://iklim.gov.tr/cumhurbaskani-erdogan-bm-iklim-zirvesinde-konustu-haber-4544
28. TÜİK Kurumsal. (n.d.). Retrieved October 20, 2025, from https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sera-Gazi-Emisyon-Istatistikleri-1990-2023-53974
29. Turkey's new climate pledge would control emissions growth, not offer real cuts Turkey's new climate pledge falls short. (n.d.). Retrieved October 20, 2025, from https://www.climatechangenews.com/2025/10/08/turkeys-new-climate-pledge-would-control-emissions-growth-not-offer-real-cuts/

Tek Sağlık Yaklaşımı: Türkiye'de Durum, Uygulamalar ve Olanaklar

Mustafa Enes Özden, Çiğdem Çağlayan

1. Giriş

Tek Sağlık, insan, hayvan ve çevre sağlığının ayrılmaz şekilde bağlantılı olduğunu kabul eden, bu alanlarda ortaya çıkan tehditlerin birlikte ele alınmasını hedefleyen bir yaklaşımdır. Yalnızca zoonotik hastalıklarla sınırlı değildir; bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar, gıda güvenliği, antimikrobiyal direnç (AMR), iklim değişikliği ve çevre sağlığının kesişiminde yer alan sorunlara çok boyutlu bir yaklaşım getirmeyi amaçlamaktadır.[1]

Kavramın kökeni 19. yüzyıla uzanır. Rudolf Virchow, insan ve hayvan sağlığı arasındaki ilişkiyi vurgulayarak "zoonoz" terimini literatüre kazandırmıştır. Ardından William Osler, insan ve hayvan sağlığının birbirini tamamladığını ve "tek tıp" olarak değerlendirilmesi gerektiğini savunmuştur. Daha sonra Calvin W. Schwabe, zoonotik hastalıklarla mücadelenin ancak insan ve veteriner hekimliğinin iş birliğiyle mümkün olabileceğini vurgulamış; *Veterinary Medicine and Human Health* adlı eserinde "One Medicine/One Health" yaklaşımını ayrıntılı biçimde tartışarak modern Tek Sağlık literatürünün öncülerinden biri olmuştur. 2000'li yıllardan itibaren Tek Sağlık yaklaşımı uluslararası ölçekte önem kazanmış, birçok uluslararası kuruluşun ilgi odağı haline gelmiştir. 2004'te yayımlanan Manhattan İlkeleri, insan, hayvan ve çevre sağlığını bütüncül bir strateji ile ele alma çağrısı yapmış; 2007–2010 arasındaki küresel toplantılar (Sharm el-Şeyh 2008; Hanoi 2010) ülkeleri bu yönde iş birliğine teşvik etmiştir.[2]

İnsan, hayvan ve çevre sağlığı arasındaki sıkı ilişki, Tek Sağlık yaklaşımını günümüzde küresel sağlık güvenliğinin merkezine yerleştirmiştir. Bilinen bulaşıcı hastalıkların yarısından fazlasının ve yeni ortaya çıkanların ise yaklaşık üçte ikisinin zoonotik kökenli olduğu ortaya konmuştur. Her yıl dünya genelinde bu hastalıklar yaklaşık 2,5 milyar insanda hastalığa, 2,7 milyon ölüme neden olmakta ve özellikle düşük gelirli ülkelerde ölümlerin neredeyse yarısından sorumlu olmaktadır.[3] Zoonotik hastalıkların yanı sıra iklim değişikliği de Tek Sağlık yaklaşımının önemini artıran temel küresel tehditlerden biridir. Son kırk yılda iklimle ilişkili afetlerin sayısı %80'den fazla artmış, sel, fırtına, sıcak hava dalgası ve kuraklık gibi olaylar hem ekosistemleri hem de sağlık sistemlerini ciddi biçimde etkilemiştir.[4] Bu süreç, vektörlerin dağılım alanlarının genişlemesine, gıda üretiminde kayıplara ve su ile besin kaynaklı patojenlerin yayılımına zemin hazırlayarak insan sağlığını doğrudan tehdit etmektedir. Böylece Tek Sağlık, yalnızca zoonotik salgınların kontrolü için değil, iklim kaynaklı risklerin yönetimi için de stratejik bir zorunluluk haline gelmiştir.[5,6]

Tarihsel ve kurumsal gelişmelerin yanı sıra, insan–hayvan–çevre sağlığı arasındaki ilişkinin kırılganlığı, yaşanan küresel krizlerle de somut biçimde ortaya konmuştur. Örneğin İrlanda Patates Kıtlığı, bitki ile insan sağlığı arasındaki bağı dramatik biçimde göstermiş; mantar kaynaklı mildiyöz, bir milyondan fazla insanın ölümüne ve kitlesel göçlere yol açmıştır. Günümüzde de Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) verilerine göre bitki hastalıkları her yıl küresel gıda ürünlerinin %40'ını kayba uğratmakta, bu durum yalnız tarımsal üretimi değil, aynı zamanda milyonlarca insanın gıda güvencesini ve geçim kaynaklarını tehdit etmektedir.[7] Son iki asırda yaşanan 1918–1920 İspanyol Gribi, HIV/AIDS, 2002–2003 SARS, 2009 Domuz Gribi, 2014 Batı Afrika Ebola salgını, zoonotik patojenlerin küresel ölçekte ne kadar hızlı yayılabileceğini göstermiştir. Bununla birlikte, süreğen ve endemik zoonozlar da küresel sağlık yükünün önemli bir parçasıdır. Kuduz her yıl

on binlerce ölüme yol açarken; bruselloz, şarbon, leptospiroz ve kist hidatik gibi hastalıklar özellikle tarım ve hayvancılığın yoğun olduğu bölgelerde kalıcı sağlık ve ekonomik etkiler yaratmaktadır.[3] İnsan, hayvan ve çevre sağlığının kesişim noktasında yer alan en kritik tehditlerden biri AMR'dir. Hayvancılığın da önemli yer aldığı bu sorunda, büyüme ve profilaksi amaçlı yaygın antibiyotik kullanımı dirençli suşların seçilimine yol açmakta, bu genler çevre ve gıda zinciri üzerinden insanlara taşınmaktadır. Önlem alınmazsa AMR'nin 2050'ye kadar her yıl yaklaşık 10 milyon ölüme neden olacağı öngörülmektedir.[8] Bu nedenle Tek Sağlık yaklaşımı, tıbbın yanı sıra hayvancılık ve tarımda da akılcı antibiyotik kullanımını zorunlu kılmaktadır.

Bütün bu örnekler, Tek Sağlık yaklaşımının yalnızca geçmişteki veya günümüzdeki salgınlara yanıt üretmekle sınırlı olmadığını, geleceğe dönük sağlık tehditleri için de stratejik bir zorunluluk olduğunu göstermektedir. Son yıllarda hızlanan iklim değişikliği, biyolojik çeşitlilik kaybı, ormansızlaşma ve habitat tahribatı bulaşıcı hastalıkların dinamiklerini değiştirmekte ve küresel sağlık güvenliği üzerinde doğrudan etkiler yaratmaktadır. Artan sıcak dalgaları, seller ve kuraklık gibi afetler vektörlerin dağılımını genişleterek sıtma, dang humması ve Batı Nil virüsü gibi hastalıkların yeni coğrafyalara yayılmasına zemin hazırlamaktadır.[9] Ekosistemlerin koruyucu tampon işlevi zayıfladıkça zoonotik patojenlerin hayvanlardan insanlara geçiş riski artmakta, gıda güvenliği tehdit altına girmektedir. Dolayısıyla Tek Sağlık yaklaşımı, gelecekteki salgınları, iklim temelli afetleri ve gıda krizlerini önlemede sağlık politikalarının ayrılmaz bir bileşeni ve küresel sağlık güvenliği için vazgeçilmez bir stratejidir.

2. Küresel ve Ulusal Düzeyde Tek Sağlık İş Birlikleri

Küresel tehditlerin boyutu, Tek Sağlık yaklaşımının tek bir disiplin ya da bölgesel çerçeveyle sınırlandırılamayacağını açıkça göstermektedir. İnsan, hayvan ve çevre sağlığına yönelik risklerin etkin yönetimi; güvenli gıda, temiz su, enerji ve sağlıklı çevreye erişimin sürdürülebilmesi, ancak ulusal ve uluslararası iş birlikleriyle mümkündür. Bu nedenle Tek Sağlık, disiplinler, kurumlar ve ülkeler arasında koordinasyonu esas alan bütüncül bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır.[10] Bu doğrultuda küresel düzeyde birçok inisiyatif geliştirilmiştir. Örneğin, Küresel Sağlık Güvenliği Gündemi (Global Health Security Agenda, GHSA), Uluslararası Sağlık Tüzüğü Ortak Dış Değerlendirmeleri (IHR-JEE), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile Dünya Hayvan Sağlığı Örgütü'nün (WOAH) İnsan-Hayvan Arayüzünde İyi Yönetişim Operasyonel Çerçevesi ve Dünya Bankası'nın One Health Operasyonel Çerçevesi, ülkelerin Tek Sağlık kapasitelerini güçlendirmelerine katkı sağlamaktadır.[11] Ayrıca 2019'da FAO, DSÖ ve WOAH tarafından yayımlanan Üçlü Zoonoz Rehberi (Tripartite Zoonoses Guide – TZG), ülkelerin zoonotik hastalıklarla mücadelede Tek Sağlık yaklaşımını benimsemelerine rehberlik etmiştir.[12] 2022'de Birleşmiş Milletler Çevre Programı'nın (UNEP) katılımıyla Dörtlü (Quadripartite) İş Birliği oluşturulmuş ve beş yıllık Ortak Sağlık Eylem Planı (One Health Joint Plan of Action) yürürlüğe girmiştir.[13] Plan altı öncelikli alana odaklanmaktadır: Tek Sağlık kapasitesinin artırılması; zoonotik salgın risklerinin azaltılması; endemik ve ihmal edilmiş hastalıkların kontrolü; gıda güvenliğinin güçlendirilmesi; antimikrobiyal dirençle mücadele; çevresel boyutun entegrasyonu.[14] Bu adımlar, Tek Sağlık yaklaşımının yalnızca sağlık sistemleriyle sınırlı kalmayıp, çevresel ve sosyoekonomik boyutları da kapsadığını göstermektedir.

Tek Sağlık yaklaşımını destekleyen aktörler yalnızca uluslararası kuruluşlarla sınırlı değildir; sivil toplum örgütleri ve meslek birlikleri de bu süreçte önemli roller üstlenmektedir. Örneğin 2003 yılında kurulan Health and Environment Alliance (HEAL), Avrupa çapında 80'in üzerinde üye kuruluşu bünyesinde barındırmakta ve çevresel kirleticiler, pestisit kullanımı, hava ve su kalitesi gibi konular üzerinden Tek Sağlık gündemine katkı sağlamaktadır.[15] Bunun yanı sıra Dünya Veteriner Hekimleri Birliği (WVA) ve Dünya Halk Sağlığı Dernekleri Federasyonu (WFPHA) gibi kuruluşlar da Tek Sağlık konularında politika geliştirme ve savunuculuk faaliyetleri yürütmektedir.[16,17]

Türkiye'de Tek Sağlık yaklaşımı son yıllarda çeşitli kurumsal düzenlemelerle gündeme gelmiştir. 2023 yılında düzenlenen Ulusal Tek Sağlık Koordinasyon Mekanizması Çalıştayı, ulusal düzeyde koordinasyon yapısının tartışıldığı toplantılardan biridir.[18] Sağlık ve Tarım Bakanlıklarının öncülüğünde oluşturulan Türkiye Zoonotik Hastalıklar Milli Komitesi, farklı kurumların ve akademisyenlerin katılımıyla öncelikli zoonozlara odaklanan alt komiteler aracılığıyla çalışmalar yürütmektedir. Bu kapsamda hazırlanan Zoonotik Hastalıklar Eylem Planı (2019–2023), bruselloz, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) ve kuduz gibi zoonotik hastalıklarla ilgili faaliyetleri içermektedir.[19] Ayrıca, ulusal düzeyde bu girişimleri tamamlayıcı bir çerçeve olarak, FAO, DSÖ, WOAH ve UNEP tarafından hazırlanan Tek Sağlık Ortak Eylem Planı (2022–2026) da Türkiye'nin politika ve stratejilerine yol gösterici niteliktedir.

Araştırma ve proje faaliyetleri Tek Sağlık yaklaşımının farklı boyutlarda ele alınmasına katkı sağlamaktadır. SATREPS Projesi (2023–2027) sivrisinek ve tatarcık kaynaklı enfeksiyonların kontrolünü hedeflemektedir. Ankara Üniversitesi'nin ortak olduğu SELENE Projesi (AB Tek Sağlık Üniversite İttifakı, 2024) ise iklim ve çevre alanında sürdürülebilir eğitim ve araştırma altyapısı geliştirmeyi amaçlamaktadır.[20,21]

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) tarafından yürütülen çalışmalar arasında, iklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkilerini ele alan projeler[22], bulaşıcı hastalık sürveyansının güçlendirilmesine yönelik faaliyetler ve biyosidal ürünlerle ilgili Avrupa Birliği (AB) uyum çalışmaları bulunmaktadır.[23] 2022 yılında TÜBİTAK tarafından Dünya Tek Sağlık Günü kapsamında düzenlenen sanal konferans ise farkındalık artırmaya yönelik bir etkinlik olmuştur.[24] Türkiye'de 2011 yılında kurulan Ulusal Antimikrobiyal Direnç Sürveyans Sistemi (UAMDSS), Dünya Sağlık Örgütü'nün CAESAR ağına dahil olarak dirençli bakterilerin izlenmesine katkı sağlamaktadır. Bunun yanı sıra HSGM koordinasyonunda yürütülen Legionella sürveyansı, sıtma sürveyansı ve Antitüberküloz İlaç Direnci Laboratuvar Sürveyans Ağı (TULSA) da ulusal düzeyde Tek Sağlık yaklaşımı kapsamında yer alan sürveyans sistemleridir.[25]

Tüm bu gelişmeler, Türkiye'de Tek Sağlık yaklaşımının giderek daha kurumsal bir çerçeveye oturduğunu ve araştırma, eğitim ile farkındalık boyutlarında çeşitlendiğini göstermektedir. Bu sürecin sürdürülebilirliği yalnızca sağlık ve tarım sektörlerinin değil çevre, akademi, sivil toplum, ulusal ve uluslararası kuruluşların da aktif katkı sunduğu çok paydaşlı iş birliklerinin güçlendirilmesine bağlıdır.

3. Türkiye'de Tek Sağlık Kapsamındaki Mevcut ve Yaklaşan Sağlık Sorunları

Küresel ölçekte geliştirilen iş birlikleri ve stratejik planların yanı sıra, Tek Sağlık yaklaşımının ülke düzeyinde uygulanması da kritik önem taşımaktadır. Türkiye, coğrafi konumu itibariyle hem insan hareketlerinin hem hayvan hareketlerinin geçiş yollarında yer alması, biyolojik çeşitliliği ve yaygın hayvancılık faaliyetleri nedeniyle zoonotik ve vektör kaynaklı hastalıkların görülme olasılığının yüksek olduğu bir ülkedir.[26] Bu bölümde, Türkiye'de Tek Sağlık kapsamında öne çıkan zoonotik ve vektör kaynaklı hastalıklar ile gıda güvenliği ve çevresel faktörlere bağlı sağlık riskleri ele alınacaktır. Hem mevcut epidemiyolojik durum hem de gelecekte ortaya çıkabilecek tehditler, Tek Sağlık yaklaşımı çerçevesinde ele alınacaktır.

3.1. Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar

Bruselloz, bakteriyel zoonotik enfeksiyonlar içinde öncelikli bir halk sağlığı sorunu olarak öne çıkmaktadır. Dünya genelinde bildirilen yıllık vaka sayısı yaklaşık 500.000 olmakla birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelerde gerçek vaka sayısının 5 ila 12,5 milyon arasında olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye'de brusellozun epidemiyolojik seyri incelendiğinde, 2008–2015 yılları arasında bildirilen vaka sayılarında bir azalma gözlenmiş; ancak 2019 itibarıyla 10.244 vaka ile insidansın yüz binde 10'un üzerine çıktığı rapor edilmiştir. Bu durum, brusellozun Türkiye'de hâlâ halk sağlığı açısından ciddi bir tehdit oluşturduğunu ortaya koymaktadır.[27] Türkiye'de bruselloz kontrolüne yönelik girişimler uzun yıllara dayanmaktadır. İlk olarak 1984 yılında başlatılan Ulusal Brusella Kontrol ve Eradikasyon Projesi, mücadele için kurumsal bir çerçeve oluşturmuştur. Bunu, 2012'de uygulamaya konan Konjunktival Aşı ile Brusella Kontrol ve Eradikasyonu Projesi izlemiş ve büyükbaş ile küçükbaş hayvanlarda kitlesel aşılama çalışmaları yürütülmüştür.[19] 2020 yılı itibarıyla büyükbaş hayvanların %78'inin, küçükbaş hayvanların ise %84'ünün aşılandığı bildirilmiştir. Bununla birlikte, eradikasyonun yalnızca aşılama, test-kesim ve itlaf uygulamalarıyla sağlanamayacağı açıktır. Hayvan hareketlerinin etkin denetimi, sürveyans sistemlerinin güçlendirilmesi ve laboratuvar kapasitesinin artırılması gereklidir. Ayrıca hasta hayvanların bildirilmemesi ya da doğrudan kesime gönderilmesi gibi uygulamalar programların etkinliğini azaltmaktadır. Dolayısıyla, hedefe yönelik müdahale stratejilerinin geliştirilmesi ve çiftçi farkındalığının artırılması, Türkiye'de bruselloz kontrolünde kritik öneme sahiptir.[19] 2019'dan itibaren düzenli kamuya açık raporlamanın sınırlı olması ve 2015 sonrası artış eğilimine rağmen ulusal çapta kesitsel epidemiyolojik çalışmaların eksikliği, hastalığın güncel yükünün anlaşılmasını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle hem insan hem de hayvan brusellozuna ilişkin verilerin güçlendirilmesi ve özellikle hayvan aşılamalarının etkinliğini değerlendirmeye yönelik çalışmaların artırılması önemlidir.

Kuduz, dünya çapında 150'den fazla ülke ve bölgede hâlâ ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Asya ve Afrika başta olmak üzere her yıl yaklaşık 29 milyon kişiye kuduz aşısı uygulanmakta, buna rağmen 59.000 insan kuduz nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Türkiye'de ise kuduz hâlâ endemik özellik göstermekte olup her yıl yaklaşık 250.000 kuduz riskli temas bildirimi yapılmakta ve çok az sayıda da olsa insan kuduz vakası rapor edilmektedir.[19] Kuduzun kontrolüne yönelik en önemli girişimlerden biri, Dün-

ya Sağlık Örgütü ve küresel ortaklar tarafından 2015 yılında başlatılan "Zero by 30" stratejisidir. Bu strateji, 2030 yılına kadar köpek kaynaklı kuduzun sebep olduğu insan ölümlerinin sona erdirilmesini hedeflemektedir.[28] Bu kapsamda köpeklerin kitlesel aşılanması, maruz kalım sonrası profilaksiye erişimin sağlanması, sağlık çalışanlarının eğitimi, etkili sürveyans sistemlerinin kurulması ve toplum bilincinin artırılması gibi Tek Sağlık temelli eylemler teşvik edilmektedir. İnsan kuduz vakalarının neredeyse tamamı enfekte köpeklerden kaynaklandığından, yavrular da dahil olmak üzere tüm köpeklerin toplu aşılama programlarına dahil edilmesi kritik öneme sahiptir. Afrika'da yapılan bir maliyet analizinde köpek başına aşılama maliyeti yaklaşık 4,5 ABD doları iken, temas sonrası profilaksi tedavisinin maliyeti 2.500–7.000 dolar arasında değişmektedir.[29] Bu nedenle köpeklerin toplu aşılaması hem maliyet-etkinliği hem de kaynağında bulaşmayı durdurma potansiyeliyle, kuduzun kontrolünde en güçlü müdahale alanını oluşturmaktadır. Türkiye'nin bu küresel hedeflere uyum sağlaması ve ulusal programlarını güçlendirmesi, kuduzun ortadan kaldırılmasında Tek Sağlık yaklaşımının başarısı için kritik önem taşımaktadır. Ülkemizde sokak hayvanlarının aşılanmasına ek olarak yaban hayatında da kuduza yönelik havadan oral aşılama programları sürdürülmektedir, 2024 yılında Tarım ve Orman Bakanlığı tarafından yaklaşık 4 milyon doz aşı yaban hayatına uygulanmıştır.[30] Kuduzun önlenmesine yönelik güncel düzenlemelerden biri 2024 yılında kabul edilen "Sahipsiz Köpek Yasası"dır. Yasa, sahipsiz hayvanların toplanarak barınaklara alınması, kısırlaştırılması ve aşılanmasını zorunlu kılmakta; böylece kuduzun ana kaynağı olan aşısız köpek popülasyonunun kontrol altına alınmasını amaçlamaktadır.[31] Fakat bu uygulamaların yürütme sorumluluğu yerel yönetimlere bırakılmış olup, uygulamaların etkinliği ve hayvan refahı açısından çeşitli tartışmalar gündeme gelmiştir.

Şarbon, genellikle doğrudan veya dolaylı olarak enfekte hayvanlar veya kontamine hayvansal ürünlere mesleki maruziyet aracılığıyla insanlara bulaşır. Özellikle Orta-Doğu, Kafkas ve Orta Asya ülkeleri, Çin, Hindistan, bazı Afrika ve Latin Amerika ülkelerinde endemik olarak görülen şarbon açısından Türkiye hiper endemik ülkeler arasında yer almaktadır. 2007–2019 yılları arasında Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bildirilen 1.744 insan şarbonu vakasından 10'u ölümle sonuçlanmış; tüm vakaların tarımsal kaynaklı olması dikkat çekmiştir. Aynı dönemde 8.320 hayvan şarbon vakası bildirilmiş ve şarbon sıklığı %1,5 civarında olduğu bildirilmiştir.

Hastalığın kontrolü amacıyla risk altındaki hayvanlar düzenli aşılama programlarına dahil edilmekte olup, özellikle 2019 yılında aşılama faaliyetlerinde belirgin bir artış kaydedilmiştir. Ancak şarbon sporlarının çevre koşullarına dayanıklılığı nedeniyle, enfeksiyon odağı uzun yıllar boyunca aktif kalabilmektedir. Hasta hayvanların merada kesilmesiyle açığa çıkan kan, otlakların yoğun spor kontaminasyonuna uğramasına yol açmakta; bu yüzeysel kirlenme ise yağmur ve rüzgâr aracılığıyla yayılmakta ve sporların toprağın derinliklerine ilerleyerek farklı alanlara taşınmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, şarbon ile mücadelede yalnızca anlık müdahaleler değil; kapsamlı aşılama programları, etkin sürveyans, hayvan hareketlerinin denetimi ve çevresel faktörleri de kapsayan sürdürülebilir stratejiler kritik bir gereklilik oluşturmaktadır.[32]

Tularemi, etkili gözetim ve kontrol için Tek Sağlık yaklaşımı gerektiren önemli zoonotik hastalıklardan biridir ve esas olarak Kuzey Yarım Küre'de görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC) verilerine göre, 1992–2012 yılları arasında bildirilen tularemi vakalarının yaklaşık %25'i İsveç'ten, %22'si Finlandiya'dan ve %13'ü Türkiye'den bildirilmiştir [33]. Türkiye'de geçmişte daha çok Marmara ve Karadeniz bölgelerinde bildirilen hastalık, son yıllarda ise tüm bölgelerde görülebilen bir halk sağlığı sorunu haline gelmiş olup, 2005-2018 yılları içerisinde toplam 7.319 tularemi vakası bildirilmiştir [19]. Hastalığın Türkiye'de en yaygın bulaşma yolu kontamine sulardır. Özellikle kırsal bölgelerde içme ve kullanma sularındaki yetersiz hijyen ve sanitasyon koşulları, salgınların başlıca nedenini oluşturmaktadır. Dolayısıyla, içme ve kullanma sularının usulüne uygun şekilde dezenfeksiyonu ve sanitasyon altyapısının güçlendirilmesi, Türkiye'de tularemi kontrolünün en kritik bileşenini teşkil etmektedir.[19]

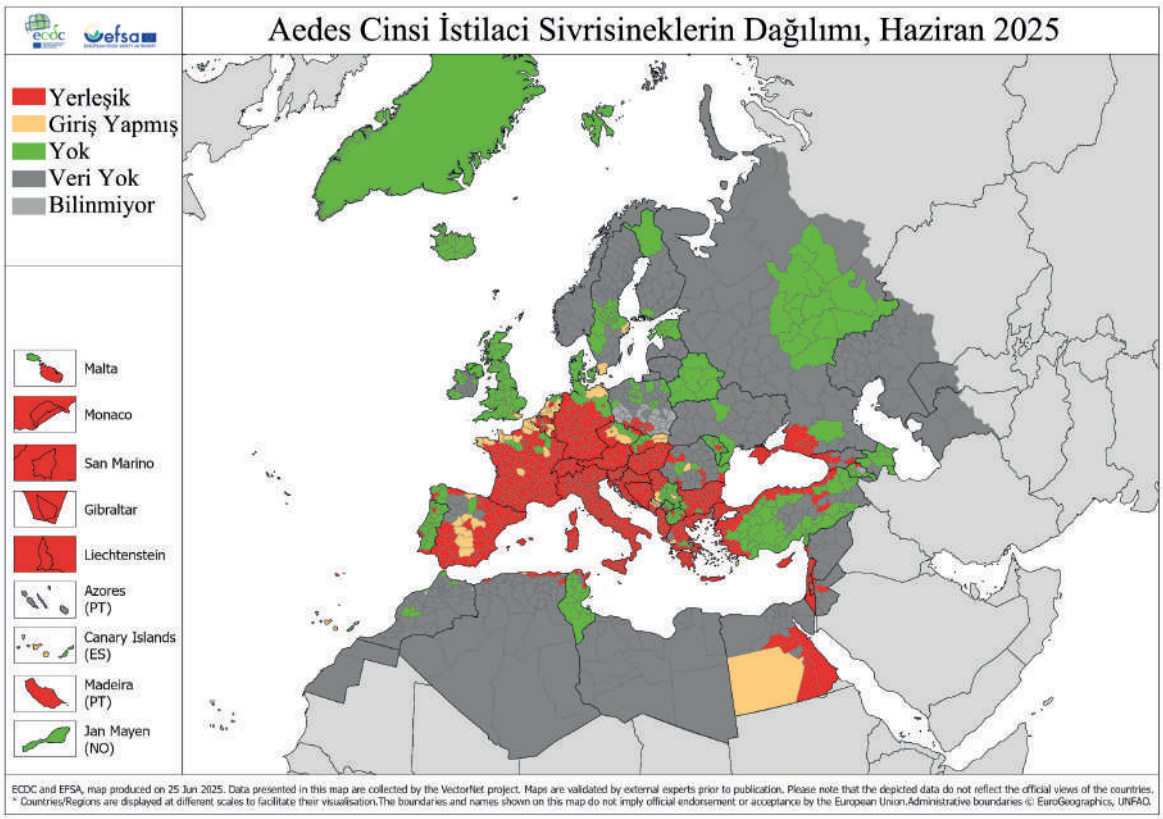
Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), Afrika, Balkanlar, Orta Doğu ve Asya'da, özellikle 50. Kuzey enleminin güneyinde yer alan ülkelerde endemik olarak görülen önemli bir viral zoonozdur. Salgın dönemlerinde ölüm oranı %10–40 arasında değişebilmektedir. Türkiye'de hastalığa ilk kez 2002 yılında Tokat, Yozgat, Sivas ve Çorum çevresindeki İç Anadolu illerinde rastlanmış; 2003 yılında ise kesin olarak KKKA olarak tanımlanmıştır. Güncel verilere göre 2024 yılında 593 vaka ve 20 ölüm bildirilmiştir.[34] İnsanlar ve hayvanlar için lisanslı bir aşı bulunmadığından, korunmada bireysel önlemler ön plana çıkmaktadır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından her yıl belirlenen stratejiler doğrultusunda sağlık çalışanlara ve topluma yönelik eğitimler planlanmakta ve uygulanmaktadır. Son üç yılda, vaka bildiri-

len ya da ilk kez vaka tespit edilen köy ve mahallelerde okul, cami, köy odası ve kahvehane gibi toplu kullanım alanlarında yüz yüze eğitimler gerçekleştirilmiştir.[34]

Kistik ekinokokkozis (KE), köpeklerin kesin, otçul hayvanların ise ara konak rolü üstlendiği önemli bir zoonotik hastalıktır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre yalnızca 2017 yılında 1.728 vaka bildirilmiştir. Ancak bunlar yalnızca cerrahi ile doğrulanmış olguları yansıttığından, gerçek vaka sayısının daha yüksek olması beklenmektedir.[19] Bu görüşü destekler şekilde Türkiye'nin altı ilinde 8.618 kişi üzerinde yapılan bir saha çalışmasında, ultrasonografi ile abdominal KE prevalansı %0,6 olarak saptanmıştır.[35] Dünya genelinde KE'ye karşı farklı ülkelerde başarılı kontrol programları uygulanmıştır. Örneğin İzlanda, 1860'lardan itibaren yürüttüğü sağlık eğitimi ve toplum katılımı sayesinde hastalığı elimine etmiştir. Yeni Zelanda'da köpeklerin düzenli prazikuantel ile tedavisi, mezbaha kontrolleri ve halk eğitimi yoluyla 2002 yılında eliminasyon sağlanmıştır. Benzer şekilde Falkland Adaları'nda da düzenli prazikuantel uygulamaları ile hastalık neredeyse tamamen ortadan kaldırılmıştır. Bu örneklerin ortak noktası, ada ekosistemlerinde uygulanmış olmaları, uzun süreli kararlılık ve güçlü sürveyans sistemleriyle desteklenmiş olmalarıdır. Buna karşılık, hastalığın yaygın olduğu pek çok bölgede kaynak yetersizliği ve toplum katılımının düşük olması nedeniyle kontrol programları sınırlı başarı göstermektedir.[36] KE'nin tanısının zor, tedavisinin pahalı ve karmaşık olması, etkili kontrol önlemlerinin zorunluluğunu ortaya koymaktadır. Bu önlemler arasında; köpeklerin düzenli antiparaziter tedavisi, kesimhanelerde hijyen koşullarının iyileştirilmesi, kistli organların güvenli şekilde imhası, kesimlerin yalnızca veteriner kontrolündeki mezbahalarda yapılması, köpeklerin sebze ve çocuk bahçeleri gibi alanlarda dışkılamalarının engellenmesi, topluma yönelik eğitim kampanyaları ve bazı ülkelerde uygulanan koyun–kuzu aşılamaları yer almaktadır. Bu tür bütünleşmiş ve sürdürülebilir müdahaleler, Tek Sağlık yaklaşımı çerçevesinde KE'nin kontrol altına alınmasında kritik rol oynamaktadır.[19]

Toksoplazmozis, zorunlu hücre içi protozoan *Toxoplasma gondii* tarafından oluşturulan yaygın bir zoonotik hastalıktır. Parazitin yaşam döngüsünde evcil kediler ve diğer kedigiller kesin konak; insanlar da dahil olmak üzere tüm memeliler, kuşlar ve sürüngenler ise ara konak rolünü üstlenmektedir. Dünya nüfusunun yaklaşık üçte birinin T. gondii ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Aynı şekilde Türkiye'de yapılan çalışmalar da hastalığın oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Seropozitiflik oranları %10 ile %85 arasında değişmekte olup, en yüksek oran Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde bildirilmiştir. Bu veriler, ülkenin farklı bölgelerinde önemli epidemiyolojik farklılıkların bulunduğunu ortaya koymaktadır.[37] Hastalık, çiftlik hayvanlarında ölümler ve düşükler nedeniyle önemli ekonomik kayıplara yol açmaktadır. İnsan sağlığı açısından en ciddi etkilerini ise gebelik sırasında meydana gelen enfeksiyonlarda, fetüs üzerinde konjenital malformasyonlarla ve immün sistemi baskılanmış bireylerde ağır seyirli tablolarla göstermektedir. Parazitin yayılımında çevrenin ookistlerle kontaminasyonu kritik rol oynamaktadır. Enfekte kediler dışkılarıyla milyonlarca ookist saçabilmekte; bu durum su kaynaklarının kirlenmesine, kontamine toprakta yetişen sebzelerin tüketilmesine ya da kirli materyallerle temas yoluyla insanlara bulaşa neden olmaktadır. Ayrıca iyi pişirilmemiş enfekte etin tüketimi, kan veya organ nakilleri ve intrauterin veya transplasental geçiş de diğer bulaş yolları arasında yer almaktadır. Dolayısıyla, toksoplazmozis kontrolü yalnızca insan sağlığı ile sınırlı olmayıp; hayvan sağlığı, gıda güvenliği ve çevresel faktörlerin birlikte ele alınmasını gerektiren önemli bir Tek Sağlık sorunudur.[37]

Hükümetlerarası İklim Değişikliği Paneli (IPCC), son on yıllarda vektör kaynaklı hastalıkların yaygınlığının arttığını yüksek güven düzeyiyle rapor etmiş ve özellikle sıtma, dang, Lyme hastalığı ve Batı Nil virüsü enfeksiyonlarının, uyum sağlama ve kontrol stratejileri güçlendirilmediği takdirde, önümüzdeki 80 yıl içinde daha da artmasının beklendiğini bildirmiştir.[38] Artan sıcaklıklar, değişen yağış rejimleri ve daha ılıman geçen kış mevsimleri; *Aedes, Anopheles, Culex* ve *Phlebotomus* gibi vektörlerin yeni iklim koşullarına uyum sağlayarak yayılım alanlarını genişletmesine zemin hazırlamaktadır. Böylece Türkiye'nin de içinde bulunduğu birçok ülkede, daha önce endemik olmayan hastalıkların gelecekte ortaya çıkma olasılığı artmakta ve toplumlar vektör kaynaklı enfeksiyonlarla karşı karşıya bırakılabilecek köklü bir ekolojik dönüşümle yüzleşmektedir.[39] Türkiye'de istilacı Aedes türlerinin Karadeniz ve Marmara'dan başlayarak ülke içine doğru yayılımı, son on yılda çok sayıda saha çalışmasıyla doğrulanmıştır (**Şekil 1**); bu genişleme, yerel bulaş için ekolojik eşiğin giderek düştüğünü göstermektedir. Bu çerçevede, Batı Nil virüsünün Avrupa'da sıcaklık artışlarıyla paralel kuzeye doğru yayılımı ve bazı dönemlerde belirgin vaka artışları, Türkiye dâhil bölge ülkeleri için uyarıcı bir örnek teşkil etmektedir. Kısacası, vektör dağılımındaki bu iklim kaynaklı kaymalar Türkiye'de ihmal edilmiş tropikal hastalıklar için "ithal vakadan yerel bulaşa" geçiş riskini büyütmekte; uyum ve kont-



Şekil 1. İstilacı Aedes cinsi sivrisineklerin dağılımı

Kaynak: European Centre for Disease Prevention and Control and European Food Safety Authority. Mosquito maps [İnternet]. Stockholm: ECDC; 2025.

rol stratejilerinin (entegre vektör yönetimi, sürveyans, hızlı tanı ve risk iletişimi) güçlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.[40]

Leishmania vektörleri olan kum sineklerinin (*Phlebotomus spp*) gelecekteki iklim koşulları altında türlerin çoğunun potansiyel menzillerini genişleteceği, Orta ve Kuzey Avrupa'da Büyük Britanya adası ve İskandinavya'ya ulaşacağı öngörülmektedir [41]. Dengue humması vakaları son 25 yılda 500 binden 14,5 milyona yükselmiştir. Dengue vektörlerinden *Aedes albopictus*, 1990'da İtalya'da ortaya çıktıktan sonra hızla Avrupa'ya yayılmış; 2010'da 7 ülkede 129 bölgede, 2022'de 12 ülkede 289 bölgede, 2024 itibarıyla ise 14 ülkede 358 bölgede yerleşik hale gelmiştir.[42] Bu durum, türün Avrupa'da kalıcı ve hızla genişleyen bir tehdit haline geldiğini göstermektedir. Değişen iklim yalnızca vektör kaynaklı hastalıkları değil, gıda kaynaklı patojenleri de etkilemektedir. Bu patojenler genellikle çevrede uzun süre canlı kalabilen, ısıya dayanıklı ve düşük dozda bile bulaşıcı mikroorganizmalardır. Gıda zincirinde kontaminasyona sebep olan bu etkenlerin sebep olduğu hastalıkların insidanslarının da iklim değişikliği ile birlikte yükseleceği öngörülmektedir.[43]

3.2. Çevresel Etkenler

Türkiye'de hava kirliliği, DSÖ'nün önerdiği kılavuz değerlerin oldukça üzerinde seyretmekte olup, nüfusun en az %92'si kirli hava solumaktadır. 2022 yılında yalnızca $PM_{2,5}$ maruziyetine bağlı önlenebilir ölümlerin sayısı yaklaşık 70.000 olarak hesaplanmış olup hava kirliliği sebepli ölümler kazalar, COVID-19 ve yaralanmalar hariç 30 yaş üstü tüm ölümlerin %14'üne karşılık gelmiştir.[44] Fosil yakıtlara bağımlı enerji politikaları, sanayi bölgelerindeki yoğun kirlilik ve kentleşme baskısı, yalnızca solunum ve kardiyovasküler hastalık yükünü değil; aynı zamanda gıda güvenliği ve ekosistem sağlığını da etkilemektedir. Bu nedenle hava kalitesinin iyileştirilmesi, Tek Sağlık kapsamında insan–hayvan–çevre sağlığı ilişkisini doğrudan ilgilendiren öncelikli alanlardan biridir.

Çevresel etkenlere bağlı afetlerin sıklığı ve şiddeti de artış göstermektedir. Birleşmiş Milletler Afet Riskini Azaltma Ofisi (UNDRR) GAR2025 (Global Assess-

ment Report on Disaster Risk Reduction) verilerine göre, seller, fırtınalar, sıcak hava dalgaları ve kuraklık gibi beş temel afet türü son 20 yılda ekonomik kayıpların %95'inden fazlasına yol açmıştır. Önümüzdeki dönemde yalnızca aşırı sıcaklar ve kuraklık değil, aynı zamanda orman yangınları, deniz ekosistemlerindeki bozulmalar ve iklim kaynaklı göçler de toplum sağlığı üzerinde doğrudan etkili olacaktır.[45] Türkiye'de iklimle ilişkili afetlerden kaynaklanan ölümler üzerine ulusal düzeyde yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak EM-DAT veritabanına göre son beş yılda iklim ve biyolojik kökenli afetler sonucunda 214 kişi yaşamını yitirmiş, 1157 kişi ise yaralanmıştır. Bununla birlikte, özellikle sıcak hava dalgaları gibi ölümlerin doğrudan afet kaydı altında sınıflandırılmadığı durumlar dikkate alındığında, bu rakamların gerçeğin yalnızca sınırlı bir kısmını yansıttığı söylenebilir.[46]

4. Politika ve Uygulama Önerileri

Tek Sağlık yaklaşımı, Türkiye'nin mevcut epidemiyolojik yükü, zoonotik ve vektörel hastalık riskleri, iklim değişikliğine bağlı çevresel tehditleri ve artan antimikrobiyal direnç sorunları göz önünde bulundurulduğunda yalnızca bir seçenek değil, zorunlu bir politika alanı olarak öne çıkmaktadır. Son yıllarda ulusal düzeyde yapılan yasal ve kurumsal düzenlemeler, saha projeleri ve uluslararası iş birlikleri önemli ilerlemeler sağlamıştır. Ancak hastalıkların süreğen doğası, ekosistemlerin kırılganlığı ve küresel tehditlerin hızla çeşitlenmesi, daha güçlü ve bütünleşik bir koordinasyon mekanizmasını gerekli kılmaktadır.

Öncelikli olarak, zoonotik ve vektör kaynaklı hastalıkların kontrolünde disiplinler arası araştırmaların artırılması gereklidir. İklim, ekolojik ve epidemiyolojik verileri entegre eden tahmin modellerine dayalı erken uyarı sistemlerinin kurulması kritik öneme sahiptir. İklim değişikliğinin vektör yeterliliği, patojen evrimi, kuluçka süresi ve coğrafi dağılım üzerindeki etkilerini ortaya koyacak boylamsal çalışmalar yürütülmeli; farklı çevresel koşullarda vektör kontrol stratejilerinin etkinliği düzenli olarak değerlendirilmelidir. Kentleşme, arazi kullanımı ve göç gibi sosyo-çevresel faktörler de risk analizlerine entegre edilerek daha hedefli müdahale programları geliştirilebilir.[39,40]

Antimikrobiyal dirençle mücadele için sağlık, hayvancılık ve tarım alanlarında antibiyotik kullanımına yönelik daha katı düzenlemelerin uygulanması zorunludur. Hayvanlarda büyüme amaçlı antibiyotik kullanımının kademeli olarak kaldırılması, düzenli sürveyansla dirençli suşların izlenmesi ve laboratuvar kapasitesinin güçlendirilmesi bu alanda öncelikli adımlardır. Aynı zamanda, toplum ve çiftçi farkındalığının artırılması için eğitim kampanyaları planlanmalı ve saha düzeyinde uygulanabilir teşvik mekanizmaları oluşturulmalıdır.[8]

Çevresel boyutta, sürdürülebilir tarım uygulamalarının yaygınlaştırılması ve pestisit kullanımının azaltılması gereklidir. 1990'lardan bu yana pestisit kullanımındaki artışın ekosistem üzerindeki etkileri göz önüne alındığında, toprak ve su kalitesini korumaya yönelik ekosistem temelli yaklaşımlar önceliklendirilmelidir.[7] Ayrıca, su ve gıda kaynaklı hastalıkların iklim değişikliğiyle artan risklerine karşı altyapı güçlendirilmelidir. İçme suyu arıtma sistemlerinin yenilenmesi, kanalizasyon ve yağmur suyu yönetiminin geliştirilmesi ve meteorolojik verilerle bütünleşmiş erken uyarı sistemlerinin kurulması bu çerçevede kritik öneme sahiptir.

Son olarak, artan sıcaklıklar, seller, orman yangınları ve kuraklık gibi iklim kaynaklı afetler karşısında sağlık sistemlerinin adaptasyon kapasitesi güçlendirilmelidir. Aşırı sıcaklara bağlı ölümlerin önlenmesi için şehirlerde ısı eylem planları hazırlanmalı, hassas gruplar için koruyucu önlemler (erken uyarılar, serin alanlar, sağlık kontrolleri) geliştirilmelidir. Yeni ortaya çıkan patojenlerin erken tespiti için genomik gözetim ağları güçlendirilmeli, aşı geliştirme kapasitesine yatırım yapılmalı ve yenilikçi vektör kontrol yöntemleri desteklenmelidir. Ancak, uzun vadede yalnızca adaptasyona odaklanmak yeterli olmayacak; küresel sıcaklıkların kritik eşiklerin altında tutulmasına yönelik etkili azaltım politikaları da hayata geçirilmelidir.[38,47]

KAYNAKLAR

1. Dünya Sağlık Örgütü. Tek Sağlık [İnternet]. 2025 [erişim 24 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1
2. Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC). Tek Sağlık Tarihçesi (One Health History) [İnternet]. 2025 [erişim 24 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/one-health/about/one-health-history.html
3. Salyer SJ, Silver R, Simone K, Barton Behravesh C. Prioritizing zoonoses for global health capacity building—themes from One Health zoonotic disease workshops in 7 countries, 2014–2016. Emerg Infect Dis [İnternet]. 2017 Aralık [erişim 24 Eyl 2025];23(13). Erişim adresi: http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/23/13/17-0418_article.htm
4. Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu. World Disasters Report 2020 [İnternet]. Cenevre; 2020 [erişim 9 Eki 2023]. Erişim adresi: https://www.ifrc.org/document/world-disasters-report-2020

5. Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC). Climate change increases the number and geographic range of disease-carrying insects and ticks [İnternet]. Atlanta (GA): U.S. Department of Health & Human Services; 2023 [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/climate-health/media/pdfs/VECTOR-BORNE-DISEASE-Final_508_1.pdf
6. Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO). Climate change and food security: risks and responses [İnternet]. Roma: FAO; 2016 [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/a4fd8ac5-4582-4a66-91b0-55abf642a400/content
7. Alawneh JI, Hassan MM, Camac J, Ransom L, Planck J, Porchun SC, ve ark. Plant biosecurity and One Health: government and industry roles as risk creators and mitigators. One Health Outlook. 2025 Nis 25;7(1):27.
8. Hickman RA, Leangapichart T, Lunha K, Jiwakanon J, Angkititrakul S, Magnusson U, ve ark. Exploring the antibiotic resistance burden in livestock, livestock handlers and their non-livestock handling contacts: a One Health perspective. Front Microbiol. 2021 Nis 20;12:651461.
9. Igreja RP, De Macedo PM, Schneider MC. One Health and neglected zoonotic diseases. Pathogens. 2025 May 15;14(5):482.
10. Milazzo A, Liu J, Multani P, Steele S, Hoon E, Chaber AL. One Health implementation: a systematic scoping review using the Quadripartite One Health Joint Plan of Action. One Health. 2025 Haz;20:101008.
11. Errecaborde KM, Macy KW, Pekol A, Perez S, O'Brien MK, Allen I, ve ark. Factors that enable effective One Health collaborations: a scoping review of the literature. PLoS One. 2019 Ara 4;14(12):e0224660.
12. Dünya Sağlık Örgütü. Ortak Üçlü Zoonoz Rehberi (Tripartite Zoonosis Guide) [İnternet]. 2025 [erişim 24 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/initiatives/tripartite-zoonosis-guide
13. Dünya Sağlık Örgütü. Tek Sağlık için Dörtlü Sekretarya (Quadripartite Secretariat for One Health) [İnternet]. 2025 [erişim 24 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/teams/one-health-initiative/quadripartite-secretariat-for-one-health
14. Dünya Sağlık Örgütü. One Health Joint Plan of Action (OH JPA) [İnternet]. 2022 [erişim 24 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/teams/one-health-initiative/quadripartite-secretariat-for-one-health/one-health-joint-plan-of-action
15. Sağlık ve Çevre İttifakı (HEAL). About [İnternet]. 2024 [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://www.env-health.org/about/
16. Dünya Veteriner Hekimleri Birliği (WVA). WVA position statement on One Health [İnternet]. 2023 [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://worldvet.org/policies/wva-position-statement-on-one-health/
17. Dünya Halk Sağlığı Dernekleri Federasyonu (WFPHA). WFPHA launches One Health working group [İnternet]. 2024 [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://www.wfpha.org/wfpha-launches-one-health-working-group/
18. T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı, Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü. Tek Sağlık Çalıştayı [İnternet]. 2023 [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://www.tarimorman.gov.tr/GKGM/Haber/676/Tek-Saglik-Calistayi-Duzenlendi
19. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Eylem Planı (2019–2023) [İnternet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2019 [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/564
20. Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi. SELENE Projesi Misyon Stratejisi Belgesi İmzalandı [İnternet]. 2023 [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://www.veterinary.ankara.edu.tr/2023/01/23/selene-projesi-misyon-stratejisi-belgesi-imzalandi/
21. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Tatarcık ve Sivrisinek Kaynaklı Enfeksiyon Kontrolü Tek Sağlık Yaklaşımı Projesi (SATREPS) [İnternet]. 2024 [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/butce-ve-projeler-db/Dokumanlar/HSGM_Projeleri.pdf
22. T.C. Avrupa Birliği Başkanlığı. İklim değişikliğinin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması için Sağlık Bakanlığı'nın kapasitesinin güçlendirilmesi [İnternet]. 2025 [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://ab.gov.tr/iklim-degisikliginin-saglik-uzerindeki-olumsuz-etkilerinin-azaltilmasi-icin-saglik-bakanliginin-kapasitesinin-guclendiri_53998.html
23. T.C. Avrupa Birliği Başkanlığı. Biyosidal ürünlere ilişkin AB uyum çalışmaları [İnternet]. 2025 [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://www.ab.gov.tr/p.php?e=53996
24. Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK). TÜBİTAK Dünya Tek Sağlık Günü'nde "Tek Sağlık Sanal Konferansı" düzenledi [İnternet]. 2022 [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://tubitak.gov.tr/tr/haber/tubitak-dunya-tek-saglik-gununde-tek-saglik-sanal-konferansi-duzenledi
25. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Sürveyanslar [İnternet]. 2023 [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/surveyanslar/
26. İnci A, Yazar S, Tunçbilek AS, Canhilal R, Doğanay M, Aydın L, ve ark. Vectors and vector-borne diseases in Turkey. Ankara Univ Vet Fak Derg. 2013;60:281-96.
27. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. Türkiye'de Bruselloz Mevcut Durum Raporu [İnternet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024. Rapor No.: 978-975-590-651-5 [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/zoonotik-ve-vektorel-hastaliklar-db/Dokumanlar/Raporlar/Tr_Bruselloz_Mevcut_Durum.pdf
28. Dünya Sağlık Örgütü; Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü; Dünya Hayvan Sağlığı Örgütü; Kuduzla Mücadele Küresel İttifakı (GARC). Zero by 30: the global strategic plan to end human deaths from dog-mediated rabies by 2030 [İnternet]. 2018 [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/9789241513838
29. Bucher A, Dimov A, Fink G, Chitnis N, Bonfoh B, Zinsstag J. Benefit–cost analysis of coordinated strategies for control of rabies in Africa. Nat Commun. 2023 Eyl 7;14(1):5370.

30. T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı. Kuduzla mücadele için yaban hayatı sahalarına havadan aşılı yemler bırakılıyor [İnternet]. 2024 [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://www.tarimorman.gov.tr/Haber/6405/Kuduzla-Mucadele-Icin-Yaban-Hayati-Sahalarina-Havadan-Aşili-Yemler-Birakiliyor
31. Türkiye Cumhuriyeti. Hayvanları Koruma Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (Kanun No: 7527) [İnternet]. 2024 [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://www.turmob.org.tr/arsiv/mbs/resmigazete/32620-2.pdf
32. Topluoğlu S. Türkiye'de şarbon mevcut durum raporu. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Derg. 2020;77(1):1-20.
33. Hestvik G, Warns-Petit E, Smith LA, Fox NJ, Uhlhorn H, Artois M, ve ark. The status of tularemia in Europe in a One Health context: a review. Epidemiol Infect. 2015 Tem;143(10):2137-60.
34. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Vaka Yönetim Rehberi [İnternet]. 2024 [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/kirim-kongo-kanamali-atesi-vaka-yonetim-rehberi.pdf
35. Tamarozzi F, Akhan O, Cretu CM, Vutova K, Akinci D, Chipeva R, ve ark. Prevalence of abdominal cystic echinococcosis in rural Bulgaria, Romania, and Turkey: a cross-sectional, ultrasound-based, population study from the HERACLES project. Lancet Infect Dis. 2018 Tem;18(7):769-78.
36. Craig PS, Hegglin D, Lightowlers MW, Torgerson PR, Wang Q. Echinococcosis. In: Advances in Parasitology [İnternet]. Elsevier; 2017 [erişim 24 Eyl 2025]. s. 55-158. Erişim adresi: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0065308X16300859
37. İnci A, Sohel MH, Babür C, Uslu S, Karademir GK, Yürük M, ve ark. An overview of One Health concept focusing on toxoplasmosis. Turkiye Parazitol Derg. 2023 Ara 27;47(4):256-74.
38. Thomson MC, Stanberry LR. Climate change and vector-borne diseases. Solomon CG, Salas RN, editörler. N Engl J Med. 2022 Kas 24;387(21):1969-78.
39. Carbone G, Boiardi G, Infantino C, Cunico D, Esposito S. Vectors on the move: how climate change fuels the spread of arboviruses in Europe. Microorganisms. 2025 Ağu 30;13(9):2034.
40. Semenza JC, Paz S. Climate change and infectious disease in Europe: impact, projection and adaptation. Lancet Reg Health Eur. 2021 Eki;9:100230.
41. Koch LK, Kochmann J, Klimpel S, Cunze S. Modeling the climatic suitability of leishmaniasis vector species in Europe. Sci Rep. 2017 Eki 17;7(1):13325.
42. Farooq Z, Segelmark L, Rocklöv J, Lillepold K, Sewe MO, Briet OJT, ve ark. Impact of climate and Aedes albopictus establishment on dengue and chikungunya outbreaks in Europe: a time-to-event analysis. Lancet Planet Health. 2025 May;9(5):e374-83.
43. Misiou O, Koutsoumanis K. Climate change and its implications for food safety and spoilage. Trends Food Sci Technol. 2022 Ağu;126:142-52.
44. Temiz Hava Hakkı Platformu. Kara Rapor 2024 [İnternet]. İstanbul: Temiz Hava Hakkı Platformu; 2024 Ara [erişim 25 Eyl 2025]. Erişim adresi: https://temizhavahakki.org/wp-content/uploads/2024/12/Kara-Rapor-2024_final.pdf
45. Birleşmiş Milletler Afet Risklerini Azaltma Ofisi (UNDRR). Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction 2025: Resilience Pays—Financing and Investing for our Future. Cenevre: UN; 2025.
46. CRED. EM-DAT - The international disaster database [İnternet]. [erişim 18 Nis 2024]. Erişim adresi: https://www.emdat.be/
47. Özden ME, Paksoy Erbaydar N. Health impacts of disasters and social indicators: an ecological study. Eur J Public Health. 2024;34(Suppl 3):iii815.

Çevre ve Sağlık Bağlamında Geleceğe Yönelik Değerlendirmeler

Melike Yavuz

2020–2025 dönemi, çevre ve sağlık etkileşiminin Türkiye'de daha görünür, karmaşık ve çok katmanlı hale geldiği bir süreç olmuştur. İklim krizi, hava, su ve toprak kirliliği, madencilik, enerji üretimi, gıda sistemleri ve atık yönetimi gibi çevresel süreçler yalnızca ekolojik değil, aynı zamanda halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye'de bu dönemde iklim politikalarındaki gelişmeler, izleme ve raporlama kapasitesinin güçlenmesi, bazı çevresel göstergelerde iyileşmeler ve yerel yönetimlerin farkındalık düzeyinde artış kaydedilmesi önemli ilerlemelerdir. Ancak çevresel bozulmanın boyutu, sosyoekonomik eşitsizliklerin kalıcılığı ve uygulamada koordinasyon eksikliklerinin sürmesi, bu kazanımların toplum sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini sınırlamaktadır. Bu tablo, çevre ve sağlık etkileşiminin artık klasik koruma yaklaşımlarının ötesine geçerek, dirençlilik ve eşitlik ekseninde yeniden ele alınmasını zorunlu kılmaktadır.

İklim değişikliğinin halk sağlığı üzerindeki etkileri, gelecekteki en önemli çevresel belirleyici olmaya devam edecektir. Aşırı sıcaklıklar, kuraklık, sel ve orman yangınları gibi iklim kaynaklı afetler yalnızca doğrudan sağlık kayıplarına değil, bulaşıcı hastalıkların yeniden dağılımına, beslenme ve su güvenliğinin zayıflamasına ve ruh sağlığı üzerinde uzun süreli etkilere neden olmaktadır. Türkiye'nin bu risklere karşı daha dirençli bir sağlık sistemine sahip olabilmesi, iklim ve sağlık politikalarının bütünleşmesiyle mümkündür. Sıcak-sağlık eylem planlarının yapılması, bu çerçevede erken uyarı sistemlerinin hayata geçirilmesi, iklim ve sağlık verilerinin entegrasyonu, hassas grupların korunması ve yerel yönetimlerin uyum kapasitesinin artırılması öncelikli hedefler arasında yer almalıdır. Bu çabaların başarısı, iklim adaletinin gözetilmesi ve ekonomik, sosyal ve çevresel politikaların uyum içinde yürütülmesine bağlıdır.

Hava kirliliği, Türkiye'de hâlâ en önemli çevresel sağlık yükünü oluşturmaktadır. $PM_{2.5}$ düzeyleri Dünya Sağlık Örgütü kılavuz değerlerinin çok üzerinde seyretmekte, her yıl on binlerce erken ölüme ve solunum–kardiyovasküler hastalık yüküne neden olmaktadır. Ölçüm altyapısındaki gelişmelere rağmen, limit değerlerin güncellenmemiş olması ve Temiz Hava Planlarının birçok ilde etkin uygulanamaması önemli politika boşlukları yaratmaktadır. Gelecekte hava kalitesinin iyileştirilmesi için mevzuatın Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık için önerdiği standartlarla uyumlu hale getirilmesi, taşımacılık ve ısınma kaynaklı emisyonların azaltılması, temiz enerjiye geçişin hızlandırılması ve hava–sağlık sürveyans sistemlerinin kurulması öncelikli hedefler arasında yer almalıdır.

Su kaynaklarının yönetimi, iklim değişikliğinin baskısı altında giderek daha kritik bir politika alanına dönüşmektedir. Yağış rejimlerindeki değişim, artan kuraklık ve yeraltı sularının aşırı kullanımı, Türkiye'nin birçok havzasında su güvenliğini tehdit etmektedir. Su Verimliliği Strateji Belgesi (2023–2033), kaynakların korunması ve adil paylaşımı açısından önemli bir yol haritası sunsa da sektörel koordinasyonun güçlendirilmesi ve yerel düzeyde uygulamanın izlenmesi gereklidir. Havza temelli planlamanın yaygınlaştırılması, modern sulama tekniklerinin ve alternatif su kaynaklarının (yağmur, gri su) kullanımı, sanayide temiz üretim teknolojilerinin teşviki ve toplum düzeyinde su tasarrufu bilincinin artırılması su yönetiminin temel bileşenleri olmalıdır. Su güvenliği, yalnızca altyapısal bir mesele değil, iklim direnci ve sağlık güvenliği açısından stratejik bir gerekliliktir.

Toprak kirliliği, gıda zinciri ve halk sağlığı üzerindeki dolaylı etkileri nedeniyle giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Pestisit ve ağır metal birikimleri, tarımsal üretim süreçlerinden sofraya uzanan zincirde kronik maruziyet riskini artırmaktadır. Türkiye'de toprak kirliliği mevzuatı büyük ölçüde sabit kalmış, ancak pestisit kalıntı limitleri (MRL) 2022 ve 2025'te AB'ye uyum doğrultusunda güncellenmiştir. Buna karşın, bölgesel

izleme eksiklikleri ve küçük üreticilerin denetim süreçlerine erişim güçlükleri devam etmektedir. Önümüzdeki dönemde pestisit kullanımının azaltılması, ekosistem temelli tarım uygulamalarının yaygınlaştırılması, risk esaslı saha izleme ağlarının kurulması ve sağlık merkezli önleyici politikaların geliştirilmesi öncelikli olmalıdır. Toprak yalnızca üretimin değil, yaşamın ekolojik temelidir; bu temelin korunması, gıda güvenliği ve toplum sağlığının sürdürülebilirliği açısından vazgeçilmezdir.

Radyasyon kirliliği hem görünür hem görünmez biçimlerde artan bir halk sağlığı sorunu olarak dikkat çekmektedir. Nükleer enerji yatırımları, tıbbi görüntüleme uygulamaları ve elektromanyetik alan maruziyetleri, Türkiye'de iyonlaştırıcı ve iyonlaştırıcı olmayan radyasyon kaynaklı riskleri artırmaktadır. Akkuyu Nükleer Santrali'nin devreye alınmasıyla birlikte çevresel izleme ve bağımsız denetim süreçlerinin güçlendirilmesi zorunludur. Tıbbi radyasyonun artışı sağlık çalışanı ve hasta güvenliği açısından izlenmeli; elektromanyetik alanlara maruziyet, özellikle çocuklar ve gençler için yasal düzenlemelerle sınırlandırılmalıdır. Radyasyon kirliliğiyle mücadelede temel ilke, önleyici yaklaşım ve şeffaf bilgi paylaşımı olmalıdır.

Gıda güvenliği, çevresel değişimlerin en doğrudan etkilediği alanlardan biridir. Tarımda pestisit kullanımının azaltılması, denetim kapasitesinin artırılması ve tüketici bilincinin güçlendirilmesi, sağlıklı ve sürdürülebilir beslenme politikalarının ayrılmaz bir parçasıdır. Bu çabalar, gıda zincirinin tüm halkalarında çevre dostu üretim uygulamalarının teşvik edilmesiyle tamamlanmalıdır.

Atık yönetimi alanında, son yıllarda tesis kapasitesinin artması olumlu bir gelişme olmakla birlikte, toplam atık miktarındaki yükselme ve mikroplastik kirliliğinin artışı çevresel baskıyı derinleştirmektedir. Plastik ithalatındaki artış, deniz ve kara ekosistemlerinde yeni halk sağlığı riskleri doğurmakta; bu nedenle kaynağında atık azaltımı, üretici sorumluluğu, geri dönüşüm ve yeniden kullanım sistemlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Mikroplastiklerin atıksu arıtım süreçlerinden etkin biçimde uzaklaştırılması ve bu konuda izleme kapasitesinin artırılması, gelecek dönemde çevre sağlığı politikalarının öncelikli gündemlerinden biri olacaktır.

Enerji politikaları ise çevresel ve sağlık boyutlarıyla birlikte ele alınmadıkça kalıcı çözüm üretmek mümkün değildir. Fosil yakıtlara bağımlı enerji sistemi hem iklim değişikliğini hem de hava kirliliğini derinleştirmektedir. Türkiye'nin 2053 net sıfır hedefi, kömürden kademeli çıkış ve yenilenebilir enerjiye geçişin toplumsal ve ekonomik adalet çerçevesinde planlanmasını zorunlu kılmaktadır. Enerji dönüşümünün sağlık temelli bir bakış açısıyla yürütülmesi, "adil geçiş" ilkesinin somutlaşmasını sağlayacak; çevresel ve sosyal eşitliği birlikte güçlendirecektir.

Tüm bu süreçlerin kesişim noktasında Tek Sağlık yaklaşımı, insan, hayvan ve çevre sağlığını ortak bir çerçevede birleştiren en etkili modeldir. Zoonotik hastalıklar, antimikrobiyal direnç, iklim kaynaklı afetler ve ekosistem bozulmaları gibi karmaşık tehditlerle mücadelede, disiplinler arası iş birliği, entegre veri sistemleri ve erken uyarı mekanizmalarının kurulması zorunludur. Tek Sağlık yaklaşımının benimsenmesi hem yeni salgınların önlenmesi hem de sağlık sistemlerinin çevresel risklere uyum kapasitesinin artırılması açısından geleceğin en güçlü politika araçlarından biridir.

Bu genel çerçeve içinde, Türkiye Sağlık Raporu 2025 – Çevre ve Sağlık bölümü bulguları, çevre ve sağlık etkileşiminin yalnızca izleme konusu değil, doğrudan bir politika ekseni olduğunu göstermektedir. Sağlıksız bir çevrede toplumsal refahın, üretkenliğin ve dayanıklılığın sürdürülmesi mümkün değildir. Hava, su, toprak, gıda ve enerji alanlarındaki çevresel bozulmalar; yalnızca ekolojik değil, aynı zamanda ekonomik ve sosyal istikrara yönelik ciddi halk sağlığı tehditleri haline gelmiştir. Bu nedenle çevre ve sağlık politikaları, kalkınma planlamasından enerji dönüşümüne, kentsel politikalar ve tarım stratejilerine kadar tüm karar süreçlerinin merkezine yerleştirilmelidir.

Raporun genel değerlendirmesi, mevcut politikaların çoğunlukla sektör bazlı kaldığını ve etkili bir koordinasyon mekanizmasının eksik olduğunu göstermektedir. Bilimsel kanıt temelli, hesap verebilir, katılımcı ve adalet odaklı bir yönetim anlayışı hem çevresel risklerin azaltılmasını hem de toplum sağlığının güçlendirilmesini sağlayacaktır. Enerji, ulaşım, tarım ve sanayi dâhil olmak üzere tüm sektörlerde, sağlık etkisi değerlendirmesinin karar süreçlerine sistematik biçimde entegre edilmesi zorunludur.

Çevre sağlığı, yalnızca bir izleme ya da koruma alanı değil; ekonomik, toplumsal ve sağlık politikalarının kesişim noktasında yer alan stratejik bir alan olarak görülmelidir. Bu anlayış, kısa vadede çevresel yüklerin azaltılmasına, uzun vadede ise sağlık eşitsizliklerinin giderilmesine katkı sağlayacaktır. Türkiye'nin çevre ve sağlık politikalarının merkezine bu bütüncül yaklaşımı yerleştirmesi, yalnızca çevre politikası tercihi değil; aynı zamanda halk sağlığının, toplumsal adaletin ve sürdürülebilir kalkınmanın ön koşulu olarak değerlendirilmelidir.

Çevreyi korumak, yalnızca doğayı değil, yaşamın kendisini korumaktır; bu nedenle çevre ve sağlık politikaları, Türkiye'nin geleceğinde toplumsal dayanıklılığın ve adil kalkınmanın temelidir.

BÖLÜM 11

AFETLER

Bölüm Editörü: *Recep Akdur*

Sunuş

Recep Akdur

Türkiye, coğrafi konumu, deprem/yer tektoniği açısından dünyanın en aktif bölgelerinden biridir. Bu nedenle de tarih boyunca dünyanın büyükleri arasında sayılan depremler yaşamış ve yaşamaya devam edecektir. Aynı şekilde iklim değişikliği ve hidroklimatolojik afetler açısından küresel ısınmanın en kırılgan ve riskli yaşandığı bölgelerdendir. Bir yandan yağış miktarı azalırken öte yandan da yağışlarda büyük bir düzensizlik vardır. Orman ve bina yangınları bu gelişmeye koşut bir tablo göstermekte ve her geçen yıl hem sayı hem de etkileri açısından artmaktadır. Türkiye'nin zaman zaman tropikal hava kütlelerinin etkisi altında kalması, Elli yıl kadar önce adından/türünden bile söz edilmeyen kasırga ve hortumların, Karadeniz kıyılarında bile söz edilmesine yol açmaktadır.

Cereyan ettiği tüm bölgelerde toplumun afet yaşamasına, binlerce insan kaybına ve bir o kadar da engelliliğe neden olan doğal tetikleyicilerin yanında ve ona ek olarak, başta ulaştırma kazaları olmak üzere, teknolojik kazaların sayısı ve olumsuz etkileri her geçen yıl artmaya devam etmektedir. Hızlı, denetimsiz sanayileşme ve kentleşme, yangınlar, patlamalar ve toksik maddelerin havaya suya ve toprağa karışması olaylarının geçmişe göre çok daha sık duyulmasına ve daha çok olumsuz sonuçlar vermesine neden olmaktadır. Bir eğlence aracı olan maytap ya da gıda üretim yeri olan makarna fabrikasının bile afet tetikleyicisine dönmesine ortam hazırlamıştır.

Raporun bu bölümde esasen 2020-2025 yıllarını ele almıştır. Açık ve resmi kaynaklardan bu beş yılın verilerine ulaşılabilen afet türlerinde bu yıl aralığı ile sınırlı kalınmıştır. Ancak genellikle son iki yılın verilerine ulaşılamama olasılığı yüksek olması nedeniyle, süreci daha iyi algılayabilmek/görebilmek/ değerlendirebilmek amacı ile bazı verilerde 2018–2025 yılları aralığı da kullanılmıştır. Afetlerin türleri, meydana gelme sıklıkları, yol açtıkları can kayıpları ve maddi zararlar ile afet yönetimi uygulamalarındaki gelişmeler sistematik bir biçimde analiz edilmeye çalışıldı.

Bölümdeki tüm yazarların ortak amacı afetlerin toplumsal ve ekonomik etkilerini ortaya koyarak, tehlikelerin (risklerin) daha iyi anlaşılmasına ve geleceğe yönelik stratejik planlamaların geliştirilmesine katkı sağlamak olmuştur. Bu nedenle makalelerinde sonuç ve önerilere yeterince yer verdiler.

Hazırlanan makalelerin, veri ve analizlerinde; öncelikle halk sağlığı uzmanlarına, aynı zamanda da ilgili kamu kurumları, sivil toplum kuruluşları, akademik çevreler ve yerel yönetimlere rehber niteliğinde bir kaynak oluşturma ve afet farkındalığını artırma açısından önemli bir değer taşıdığına kuşku yoktur. Ulaşılabilen veri ve bulgular ışığında elde edilen sonuçlar, Türkiye'nin afetlere karşı dayanıklılığının artırılması ve risk yönetimi kapasitesinin güçlendirilmesi için temel teşkil edecektir.

Afetlerin türleri, isimlendirmesi ve temel verileri için bölüm yazarlarının hepsi Belçika'daki Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED) tarafından yürütülen ve dünyadaki afetleri en kapsamlı biçimde kayıtlayan uluslararası veri tabanı olan; Emergency Events Database, (EM-DAT)'ı kullanmıştır. Aşağıdaki çizelgeden de görüleceği üzere; EM-DAT afetleri doğal ve teknolojik afetler olarak iki ana gruba; daha sonra da bunların her birini alt gruplara ayırıyor. Grubumuz bu gruplardan: İnsan Kaynaklılar (Dr. B.B. Şahin); Jeolojik Kaynaklılar (Dr. R. Akdur) Hidrolojik ve Klimatolojik Kaynaklılar (Dr. A.Borlu) hakkında rapor/makale yazmak üzere görevlendirilmiştir. Ayrıca, bölüme Sağlık Sisteminin Afet ve Acil Durumlara Hazırlığı (Dr. S.G.N. Turan); Kahramanmaraş Merkezli Deprem'de HASUDER Çalışmaları (Dr. D. Çamur) ve Geleceğe Yönelik Değerlendirme (Dr. R. Akdur) başlıkları da eklenerek toplam altı bölümden oluşmuştur.

Çizelge. EM-DAT* Afet Sınıflandırması

DOĞAL AFETLER		TEKNOLOJİK AFETLER	
Afet Alt Grubu	**Ana Afet Tipi**	**Afet Alt Grubu**	**Ana Afet Tipi**
Jeofiziksel	Deprem	Endüstriyel Kaza	Kimyasal sızıntı
	Kitle Hareketi		Çökme
	Volkanik Faaliyet		Patlama
Meteorolojik	Aşırı Sıcaklık		Ateş/yangın
	Sis		Gaz sızıntısı
	Fırtına		Zehirlenme
Hidrolojik	Sel		Radyasyon
	Heyelan	Ulaşım Kazası	Karayolu
	Tsunami		Havayolu
Klimatolojik	Kuraklık		Demiryolu
	Buzul gölü patlaması		Denizyolu
	Orman Yangını	Çeşitli Kazalar	Çökme
Biyolojik	Salgın		Patlama
	Böcek İstilası		Yangın
	Hayvan Kazası		Diğer

**EM-DAT:The International Disaster Database https://www.emdat.be/ (erişim 08;10;2025)*

Bu bölümde yer almayan, salgınlar, göçler, savaşlar v.b. afete neden olabilen nedenler olayın üst başlığı ile daha uyumlu olan diğer bölümlerde işlenmiştir. Örneğin; 'afetler ve ruh sağlığı' "Ruh Sağlığı Bölümü'nde", 'Covid 19 Pandemisi'; "Bulaşıcı Hastalıklar Bölümün'de", 'krizler ve engellilik' "Engellilik Bölümü'nde", büyük endüstri kazaları ise; "İş Sağlığı Bölümü'nde" ele alınmıştır. Dolayısı ile okuyucuların bu bölümde olmayan afet tetikleyici adlarına neden yer verilmediği gibi bir düşünceye kapılmamaları gerekir. İlgili başlıkların altındaki bölümlerle bu bölümde ele alınan konular birlikte düşünüldüğünde HSR-2025'in; EM-DAT tarafından sınıflandırılan ve adlandırılan afetlerin hemen hemen hepsinin ele aldığı anlaşılacaktır. Hiç ele alınmayanlar ise; 2020-2025 döneminde gerek yaşam ve gerekse ekonomik kayıp açısından ele almayı gerektirmeyecek boyutta olmaları ile ilgilidir.

TSR-25 Editörleri: Sn. Kılıç, Sn. Ayoğlu ve Sn. Çamur ile makale yazarı arkadaşlarımın iletişim kolaylığı ve hoşgörüleri bu bölümüm kolayca oluşmasında ve zamanında yetişmesinde en büyük etken olmuştur hepsine hem kendi adıma hem de HASUDER üyeleri adına teşekkür ederim.

Sağlık Sisteminin Afet ve Acil Durumlara Hazırlığı

Selen Gürsoy Turan

1. Giriş

Afet ve acil durumlar, toplumların sağlık sistemleri üzerinde ani, yoğun ve karmaşık bir baskı oluşmasına neden olur. Bunlara etkin ve etkili müdahale, yalnızca kriz müdahale çabaları ile değil, aynı zamanda önceden/sessiz evrede planlanmış ve iyi koordine olmuş kapsamlı bir sistemi gerektirir.

Türkiye, coğrafi konumu, jeomorfolojik yapısı, hidro-meteorolojik özellikleri itibariyle deprem, sel, yangın, iklim değişikliği gibi çeşitli doğal afetlerle sıklıkla karşılaşan bir ülkedir. Benzer bir şekilde maden ve endüstriyel kazalar, KBRN olayları (kimyasal, biyolojik, radyolojik nükleer), orman yangınları vb. insan kaynaklı afetler de yaşanabilmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin afetlerde kesintisiz, etkin ve etkili bir şekilde sürdürülebilmesi önemli ulusal güvenlik önceliklerinden biridir.[1]

Afete hazırlık (risk yönetimi), müdahale ve kurtarma (kriz yönetimi) stratejilerinin organizasyonu, planlaması ve uygulanması olarak tanımlanan afet yönetimi birçok farklı disiplinin bir arada çalışmasını gerektirir. Sağlık, bunlar arasında en başta gelenlerdendir.[2] Afetler, türü ne olursa olsun, sonuçları ölüm, yaralanma, yeti yitimi ve hastalanma gibi doğrudan sağlıkla ilgili olaylardır.[3] Bu nedenle, sağlık sisteminin öncelikli hedefi afet sürecinin her basamağında insan sağlığını korumak ve geliştirmek olmalıdır.

Afetlere karşı etkili bir yönetim gerçekleştirmek ve afet yıkımlarını en aza indirmek için her ulusun, tüm yerleşim birimlerinin (köy, kasaba, şehir, vb.) ve tüm organizasyonlarının (bakanlık, belediye, fabrika, okul, vb.) bir afet planı olması gerekir.

Son beş yıl (2020-2025), Türkiye'nin afet yönetimi politikasında, özellikle de sağlık sisteminin hazırlık ve müdahale kapasitesinde köklü bir dönüşüme sahne olmuştur. Bu dönüşüm, "2023 Türkiye Depremleri" gibi büyük ölçekli afetlerin sınamasından çıkarılan dersler, küresel salgın deneyimi ve mevzuat altyapısının sürekli güncellenmesiyle şekillenmiştir. Bu bölüm, Sağlık Bakanlığı mevzuatı ve Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) temel alınarak, söz konusu dönemde sağlık sektörünün afetlere hazırlık kapasitesinde kaydedilen önemli gelişmeleri analiz etmeyi amaçlamaktadır.

2. Yasal ve Kurumsal Çerçevedeki Gelişmeler

Türkiye'de afet yönetimi, 7269 sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun (1959), 7126 sayılı Sivil Savunma Kanunu (1959) ve nihayetinde 5902 sayılı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun (2009) ile çerçevelenmiştir. 2009 yılında kabul edilen 5902 sayılı, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun ile Bayındırlık ve İskan Bakanlığı'nın Türkiye Acil Durum Yönetimi Genel Müdürlüğü ile Sivil Savunma Genel Müdürlüğü kapatılmıştır. Böylece afet yönetimi, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının (AFAD) altında toplanmıştır.[4] Başlangıçta doğrudan Başbakanlığa bağlı olan AFAD, 2018 yılında yapılan düzenlemeler ile İçişleri Bakanlığı'na bağlanmıştır.

2.1. Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP)

Yaşanan afetlerden elde edilen tecrübeler doğrultusunda, afetlere etkin ve etkili müdahale amacıyla Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) 2014 yılında hazırlanmıştır.[5] TAMP'nın dayanağı olan Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği, Ana Çözüm Ortaklarının görüşleri de alınarak, güncellenmiş olup, 24 Şubat 2022 tarih ve 31760 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Mevzuat değişiklikleri, günümüz bilgi birikimi, teknoloji ve insan yaşamındaki gelişmeler, yeni afetlerden elde edilen tecrübeler ile idarenin ve paydaşların gereksinimleri doğrultusunda, mevcut

kaynakların etkili kullanımı ve afete müdahalede koordinasyon kapasitesinin artırılmasını sağlamak amacıyla yapılan TAMP'ndaki bu güncelleme, son beş yıldaki en kritik adım olmuştur.

TAMP'nın amacı afet ve acil durumlara ilişkin müdahale çalışmalarında görev alacak grupların ve koordinasyon birimlerinin rolleri ve sorumluluklarını tanımlamak; sessiz dönem, izolasyon ve dış yardım dönemlerindeki müdahalelerin planlamasının temel prensiplerini belirlemektir. TAMP, afet müdahalesini "tek plan" anlayışıyla ele almakta ve ulusal düzeyde 25 farklı çalışma grubunun koordinasyonunu öngörmektedir.

Bu planlamada, sağlık hizmetleri doğrudan 'Afet Sağlık Grubu' olarak tanımlanmış olup, Sağlık Bakanlığı bu grubun ana çözüm ortağıdır. Görevi: 'afet ve acil durumlarda olay yerindeki ilk tıbbi müdahale, halk sağlığı ve tıbbi bakım ihtiyaçlarının karşılanması ile çevre sağlığı hizmetlerini aksamadan en hızlı şekilde normale dönmesini sağlamaya yönelik koordinasyon' şeklinde tanımlanmıştır.

TAMP'nda Afet Sağlık Grubu'nun görev ve sorumlulukları şu şekilde belirlenmiştir:

- Seyyar hastaneleri hazır bulundurmak ve afet sonrası gerekebilecek acil durum ekipmanıyla donatmak.
- Afet bölgesine yeterli personel ile araç gereç ve malzemeyi göndermek, sevk ve idare etmek.
- Afet bölgesinde triyaj ve acil tıbbi yardımı yapmak.
- Hasta ve yaralıların tahliyesi ve tedavisini yapmak.
- Afetlerde vefat eden veya yaralanan vatandaşlarımızın takip ve kontrol edilmesi amacıyla vatandaşlarımıza bileklik takılmasını ilgili kurumlarla koordine etmek.
- Salgın hastalıklarla mücadele kapsamındaki hizmetler ile karantina izolasyon hizmetlerini yürütmek.
- Salgın hastalıklar açısından çevresel ve suya bağlı risk faktörlerinin önlenmesi hususunda ilgili kurumların koordinasyonunu sağlamak.
- Referans bölge kan merkezlerini belirlemek ve kapasitelerini geliştirmek.
- Çevre ve su sanitasyonu bakımından risk oluşturacak faktörler ile ilgili tüm tedbirlerin alınmasını sağlamak.
- Ülkede referans hastaneleri ve referans laboratuvarları belirlemek, kapasitelerini artırmak.
- Hudut kapılarında tehlikeli madde ve salgın hastalıklara karşı sağlık ile ilgili önlemleri almak ve aldırmak.
- Resmi yaralı sayısını belirlemek.

Sağlık Bakanlığı, bu çalışma grubu dışında destek çözüm ortağı olarak bulunduğu diğer çalışma gruplarında da yer almaktadır. Bunlar; Afet Haberleşme Grubu, Afet Arama ve Kurtarma Grubu, Afet Beslenme Grubu, Afet Psikososyal Destek Grubu, Afet Kimliklendirme ve Defin Grubu, Afet Ayni Bağış, Depo Yönetimi ve Dağıtım Grubu, Afet Zarar Tespit Grubu' dur.

Sağlık Bakanlığı, bu liderlik rolünü yerine getirebilmek için kendi iç mevzuatını sürekli güncellemektedir. İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik; 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'na dayanılarak hazırlanmış ve 18.06.2013 tarih ve 28681 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Kamu kurum ve kuruluşları ile özel kuruluşlara ait bina ve tesislerin Acil Durum Planlarını bu yönetmelik hükümleri çerçevesinde hazırlamaları gerekmektedir.

1 Ekim 2021 tarih ve 31615 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik ile bazı önemli değişiklikler yapılmış ve yönetmelik kapsamında hazırlanması gereken Acil Durum Planı Formunun bir örneği asgari şartları belirlemek ve bir standart oluşturmak adına yönetmeliğe eklenmiştir.[6]

Hastanelerdeki Afet ve Acil Durum Planlarının hazırlanması, uygulanması ve tatbik edilmesine ilişkin usul ve esaslar, Bakanlık genelgeleri ile sıkı bir şekilde düzenlenmiştir. Son dönemde, bu planların kâğıt üzerinde kalmaması, pratik, fonksiyonel ve TAMP ile tam uyumlu hale getirilmesi üzerinde önemle durulmaktadır.

2.2. Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP)

Doğal, ya da insan kaynaklı afet yaşandığında, etkilenen toplumun yardım isteyeceği ilk yer sağlık sektörü olacaktır. Bu nedenle toplum kesimlerinin ve ilgili sektörlerin, sağlık sektörünün afet ve acil durum risklerini azaltma, onlara hazırlıklı olma ve olası kayıplarını önleme konusunda etkin, etkili, kalıcı ve sürdürülebilir çaba göstermesi çok önemlidir. Sağlık sektörünün öne çıkan bileşenlerinden olan hastaneler, sundukları hizmet nedeniyle özellikli iş yerleridir. Afet ve acil durumun boyutu ne olursa olsun, sağlık hizmetini kesintiye uğratmadan sürdürmek zorundadır. Sağlık kurumlarının bu yaşamsal görevi devam ettirebilmeleri için, olaylar oluşmadan önce etkin bir şekilde çalışmaları ve kapsamlı planlar hazırlamaları gerekmektedir.[7]

Hastanelerde etkili bir afet yönetimi yaklaşımıyla, can kayıplarını azaltmak, toplumun toparlanmasını hızlandırmak ve altyapı hasarlarını en aza indirmek mümkündür.[8] Sağlık Bakanlığı, sağlık sektörünün afet ve acil durumlara hazırlığını arttırmak için çalışmalar yürütmektedir. Bunlardan birisi olan Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP), 2015 yılında HAP Uygulama Yönetmeliği ile yürürlüğe girmiştir. Yine aynı yıl HAP Hazırlama Kılavuzunun yayınlanması ile önemli bir eksik tamamlanmıştır. Zamanla sahadan yapılan geri bildirimler ve güncel gelişmeler ışığında HAP Kılavuzu yenilenmektedir. Bu kapsamda yeni Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Uygulama Yönetmeliği 18 Mart 2020 tarih 31072 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanmış ve 2015 tarihli önceki Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır.

HAP içerik ve kapsam bakımından incelendiğinde Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) Yerel Düzey Sağlık Çalışma Grubu Operasyon Planı ile de uyumludur. Söz konusu Yönetmelikte HAP'larının amacı "Ülkedeki tüm hastanelerin, afetlere ilişkin risk ve zarar azaltıcı önlem almalarını, yurt içinde meydana gelen afet ve acil durumlarda sunulacak sağlık hizmetleri konusunda gerekli hazırlıkları önceden yapmalarını ve ilk 72 saat boyunca hastane dışından hiçbir yardım almaksızın kendi kendine yeterli olmalarını sağlamak" olarak ifade edilmiştir.[9] Özellikle afet öncesinde/sessiz dönemde gerçekleştirilen çalışmalar (önleme, zarar azaltma ve hazırlık) hem afetin etkisini, kayıp ve zarar boyutunu hem de afet esnasında/kriz yönetiminde yapılan müdahalenin niteliğini ve sonucunu belirlemesi bakımından önemlidir. HAP hazırlanırken ilin sağlık hizmet kapasitesi, ihtiyaçları ve karşı karsıya olduğu afet risklerinin de göz önüne alınması, Il Sağlık Müdürlüğü başta olmak üzere sağlık sektörünün diğer paydaşları ile koordine bir şekilde çalışılması esastır.

HAP her yıl güncellenir ve HAP'nın incelemesinden sorumlu makama en geç 15 Ocak tarihine kadar gönderilir. Uygun görülen planlar da 15 Şubat tarihine kadar ilgili İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetlerinden sorumlu Başkanlığa gönderilir.[10]

HAP Hazırlama Kılavuzu dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm HAP'ın amacı, işleyişi, HAP eğitim ve tatbikatları, hastane afet risklerinin azaltılması konularını içermektedir. İkinci bölüm; müdahale aşamasının/kriz yönetiminin, organizasyonunu, Olay Yönetim Sistemini (OYS) ve araçlarını, Acil Müdahale Planı (AMP) aktivasyonunu, hastanenin tıbbi kapasitesini, afet triyaj alanını ve işleyişini, acil müdahalede lojistik ve malzeme yönetimini, psikososyal destek faaliyetlerini, ölü ve kayıplarla ilgili işlemleri içermektedir. Üçüncü bölüm iyileştirme/ rehabilitasyon aşamasını anlatmaktadır. Dördüncü bölüm ise uygulama kısmı olup olaya özel plan örneklerinden oluşmaktadır. Olaya özel plan örnekleri için yangın, kimyasal olay, tahliye gerektiren durumlar, hastanenin iş sürekliliğinde kesintiye neden olabilecek olaylar, hastane pandemi yönetimi verilebilir.

HAP'ları içerik anlamında gayet açık ve nettir. Planların kâğıt üzerinde kalmaması; hastane yöneticileri tarafından özümsenmesi ve plan çerçevesinde hazırlanan tatbikatlarla güncel tutulmasına bağlıdır.

2.3. İl Afet Risk Azaltma Planı (İRAP)

Uzun yıllardan beri ulusal afet yönetim sisteminin en büyük eksikliği olarak gösterilen risk ve zarar azaltma çalışmalarının planlanması ve uygulanması amacıyla AFAD tarafından 2020 yılında "İl Afet Risk Azaltma Planı (İRAP)" hazırlıklarına başlanmıştır. 11. Kalkınma Planının hedefleri arasında tanımlanan İRAP'larının 2023 yılının sonuna kadar 81 ilde tamamlanması öngörülmüş ise de 2020 yılındaki Elazığ ve Sivas Depremlerinden sonra süreç hızlandırılmış ve 2021 yılında tüm illerin planları tamamlanmıştır.[11] IRAP çalıştaylarına katılacak paydaşlar arasında İl Sağlık Müdürlükleri de yer almaktadır. İRAP'nda sağlık tesisleri (hastaneler, klinikler, aile sağlığı merkezleri) Acil Durum Görevlileri/ Servisleri (ADG) kapsamında ele alınmıştır. ADG bir afet durumunda yerleşkelerde ideal bir dağılım gösteren, böylelikle erişilebilir olan ve mevcut afetler sırasında dayanıklı kalabilen (kalması gereken) donatı alanları olarak tanımlanmıştır.[12] Sağlık tesisleri özelliklerinden dolayı planda duyarlılık ve risk haritaları oluşturulurken ihtiyaç duyulacak ve kullanacak katmanlar arasında yer almaktadır.

2.4. Türkiye Afet Risk Azaltma Planı (TARAP)

81 il tarafından hazırlanan İRAP'ları ile Türkiye Afet Risk Azaltma Planı (TARAP)'ın alt yapısı hazırlanmıştır. TARAP, afet risklerini en aza indirecek faaliyetleri bir süreç dahilinde, sorumluları ve sorumluluklarını tanımlayan sürdürülebilir bir plan olma özelliği taşımaktadır[13]. TARAP'nın içeriği incelendiğinde Sağlık Bakanlığı'nın direk sorumlu olduğu hedeflerin yer aldığı görülür. Bunlar; Kitlesel Göç Risklerine Yönelik Hedef ve Eylemler alt başlığı altında; kitlesel göçler nedeniyle oluşabilecek sağlık risklerinin azaltılması, Bulaşıcı ve Salgın Hastalık Risklerine Yönelik Hedef ve Eylemler Başlığı altında; Bulaşıcı ve Salgın Hastalık Konusunda Kurumlar Arası Işbirliğinin Sağlanarak Rol ve Sorumlulukların Belirlenmesi alt başlıklarıdır.

3. Şubat 2023 Depremleri Bağlamında Sağlık Sektörünün Değerlendirilmesi, Sonuç ve Öneriler

Kahramanmaraş merkezli Şubat 2023'teki depremler, 11 ili etkileyen Türkiye'nin en büyük afetlerden biridir. Resmi rakamlara göre, 50.783 kişi hayatını kaybetmiş, 115.353 kişi yaralanmış ve 37.984 binanın yıkıldığı raporlanmıştır.[14] Bu sayılar içinde bulunduğumuz yüzyıldaki en büyük depremler olan 1939 Erzincan Depremi'ndeki (Mw: 7.9) ve 1999 Kocaeli Depremi'ndeki (Mw: 7.6) kayıplardan çok daha fazladır.

Bu son deprem sağlık sektörünün hazırlık kapasitesini tarihin en zor sınavına sokmuştur. Bu sınav, sistemin güçlü yönlerinin yanı sıra, özellikle çoklu ve eşzamanlı afetlerde karşılaşılan zorlukları da açığa çıkarmıştır. Depremler nedeniyle sağlık çalışanlarının kaybı, sağlık tesislerinin geniş çapta hasar görmesi ve elektrik erişiminin kesilmesi gibi çok çeşitli zorluklarla karşılaşılmıştır.

Hasar tespit verilerine göre etkilenen 11 ilde, Sağlık Bakanlığı'na ait 27, üniversitelere ait 6 ve özel sektöre ait 9 olmak üzere toplam 42 hastane binası ağır ve orta hasarlanmıştır. Sağlık sektörü genelinde oluşan toplam hasar 80,9 milyar TL'dır (4,3 milyar US Dolar). Deprem bölgesindeki sağlık tesislerine doktor ve sağlık personeli olmak üzere 26.353 kişi görevlendirilmiştir. Afet illerinde psikososyal destek hizmeti veren müdahale ekip sayısı 116, ekipte yer alan personel sayısı 202'dir.[15]

UMKE ve sağlık çalışanlarının olağanüstü çabaları, afet hastanelerinin hızla devreye alınması, uluslararası ekiplerin koordinasyonu ve kan/ilaç stok yönetimindeki başarılar dikkat çekmiştir. Meydana gelen depremden etkilenen illerimizde, ilaç ve tıbbi sarf malzeme ihtiyacının etkin ve kesintisiz karşılanabilmesi için Afet Talep ve Lojistik Yönetim Sistemi kurulmuştur.

Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) 2023 depremlerine acil müdahale sırasında Türkiye'nin bulaşıcı olmayan hastalıklara yaklaşımına ilişkin Operasyonel Raporuna göre kurumlar arası iletişimi güçlendirmek ve kronik hastalıklar için koordinasyonu iyileştirmek amacıyla AFAD merkezi gibi yapılar kurulmuş, özellikle düzenli olarak simülasyon eğitimleri ile eğitilen UMKE gönüllü ağı, hızlı kapasite geliştirme için bir sistem sağlamıştır. Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi, Merkezi e-Reçete Sistemi ve İlaç Takip Sistemi gibi dijital sağlık yazılımları bu süreçte ön plana çıkarak sağlık hizmetlerinin aksamadan sürmesini desteklemiştir. Sağlık riskleriyle ilgili bilgileri birleştirmek ve bunlara göre hareket etmek için Halk Sağlığı uzmanları acil müdahale birimlerine entegre edilmiştir. Raporun öneri kısmında bulaşıcı olmayan hastalıklara sahip hastaların daha kapsamlı takibini yapmak ve sağlık bilgilerine ulaşmak için sağlık bilgi sistemlerinin daha fazla entegrasyona ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. Gelecekteki müdahalelerde tele-sağlık yaklaşımlarının güçlendirilmesi ve yerleştirilmesi için daha fazla çalışmaya, olaylara özgü standartların ve rehberlerin geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğu ve bunların hazırlık ve müdahale araçları olarak kullanıma sunulmasının gerektiği üzerinde durulmuştur.[16]

TAMP kapsamında Sağlık Çalışma Grubunun temel amacı; afet ve acil durumlarda ortaya çıkan sağlık sorunlarını en aza indirmek, can kaybını önlemek, sağlık hizmet sunumunu kesintisiz sürdürmektir. Bu amaçla son beş yılda kurumsal kapasite önemli ölçüde güçlendirilmiştir. Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE), sahadaki operasyonel gücün bel kemiği olmaya devam etmiş ve kapasitesi katlanarak artırılmıştır. Ekip sayıları, ekipman kalitesi, eğitim sıklığı ve uluslararası standartlara (INSARAG- The International Search and Rescue Advisory Group) uyumluluğu geliştirilmiştir. Son dönemde, ağır enkaz altından yaralı çıkarma (USAR- Urban Search and Rescue) ile medikal müdahale ekiplerinin entegre çalışmasına daha fazla vurgu yapılmaktadır.

Son beş yıl, Türkiye sağlık sisteminde afet ve acil durum hazırlığını yasal, kurumsal ve operasyonel anlamda iyileştirmelerin yaşandığı bir dönem olmuştur. TAMP çerçevesi, müdahalenin daha organize ve koordineli bir şekilde yürütülmesine olanak tanımıştır. UMKE ve 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin kapasitesindeki artış, somut bir kazanım olarak kaydedilmiştir.

HAP özelinde mevcut durum değerlendirildiğinde; HAP Uygulayıcı Eğitimleri, Yönetmeliğe göre Il Sağlık Müdürlüğü tarafından verilmektedir. Özellikle büyük nüfuslu illerde ilgili personelin eğitimini karışılmakta zorlanıldığı, eğitime katılanların HAP'nda görevli personel dışındaki kişilerden oluşabildiği, planın komisyon tarafından hazırlanması gerekirken az sayıda kişi tarafından hazırlandığı, plan hakkında çoğu hastane yönetiminin bilgisinin olmadığı gibi sorunlarla karşılaşılabilmektedir.[7] Konunun önemi tüm sağlık çalışanlarına anlatılmalı, uygulamalı eğitimler gerçekten aktif olarak ve zamanında yapılmalıdır. Afet ve acil durum planları olası tüm riskler ve sonrasında oluşabilecek ikincil problemler düşünülerek, deneyimler göz önünde bulundurularak hazırlanmalıdır.

Hazırlığın en can alıcı noktalarından biri de, eğitimli insan kaynağıdır. AFAD Akademi ve Sağlık Bakanlığı iş birliğiyle, gerçeğe yakın senaryolar üzerinden çok sayıda tatbikat ve simülasyon eğitimi düzenlenmiştir. Bu eğitimler, sadece saha ekipleri için değil, hastane yönetici-

leri ve koordinasyon merkezi çalışanları için de zorunlu hale getirilmiştir. "Afete Hazır Türkiye" ve "Afete Hazır Aile" projeleri kapsamında Toplum Tabanlı Hazırlık çalışmaları yapılarak halka yönelik temel ilk yardım, psikolojik ilk yardım ve afet hazırlık eğitimleri yaygınlaştırılmıştır. Vatandaşların ilk müdahale kapasitesinin artırılması, sağlık sisteminin üzerindeki ilk saatlerdeki yükü hafifletmek açısından kritik öneme sahiptir.

2023 yılında gönüllülük çalışmaları, Şubat ayında Kahramanmaraş ve Hatay'da yaşanan yıkıcı depremler ve uzun süreli etkileri sebebiyle "kriz yönetimi kapsamındaki gönüllük"e yönelmiştir. Deprem bölgelerinde görev yapan AFAD gönüllü sayısının 35.409 olduğu, depremden hemen sonra yine AFAD'ın 624 bin olan gönüllü sayısının 1 milyon 390 bine ulaştığı bildirilmektedir.[17] Türkiye'de toplumsal kültür gereği, geçmiş afet deneyimlerine de bakıldığında afet sürecinde gönüllülerin dışarıda bırakılması imkânsızdır. Gönüllülerin; risk yönetimi, kriz yönetimi daha açık bir ifade ile; sessiz, alarm, izolasyon, dış yardım ve rehabilitasyon evrelerindeki afet yönetim süreçlerine katılımlarının hangi araçlarla ve nasıl sağlanacağı ile ilgili çalışmalar yapılmalıdır.

Ancak, 2023 depremlerinin de gösterdiği gibi, afetlere hazırlık asla "tamamlanmış" bir süreç değildir. Dinamik ve sürekli iyileştirilmesi gereken bir döngüdür. Geleceğe yönelik olarak; hastane altyapısının dayanıklılığının sağlanması ve kriz döneminde sağlık hizmetinin kesintiye uğramaması en kritik önceliklerden olmalıdır. Hem sağlık çalışanları ile hem de hastane yöneticileri ile iletişimin sağlanması amacıyla her koşulda çalışabilecek yedekli ve bağımsız iletişim sistemlerinin (uydu tabanlı) yaygınlaştırılması önemlidir. Afet lojistiğinin sağlıklı işlemesi için programlar ve yazılımların geliştirilmesi uygun olacaktır. Sesiz evrede; sağlık çalışanlarının hastaneye ulaşımının nasıl sağlanacağının, afet yaşayan ailelerinin sorunlarının nasıl çözüleceğinin planlanması yerinde olacaktır.

Türkiye, son beş yılda afet sağlık hizmetleri alanında önemli mesafeler kat etmiştir. Bu birikim, gelecekte karşılaşılacak sınamalara daha güçlü, daha dayanıklı ve daha hızlı yanıt verebilecek bir sağlık sisteminin inşası için sağlam bir zemin hazırlamalıdır. Türkiye sağlık sistemi depremlere ve iklim değişikliğine karşı güçlendirilmeli, afetlere dirençli bir sağlık sistemi oluşturulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. T.C. İÇ İŞLERİ BAKANLIĞI AFET VE ACİL DURUM YÖNETİM BAŞKANLIĞI AFAD. www.afad.gov.tr/afet-istatistikleri. [a.yer 09 Haziran 2025]. 2023 Yılı Doğa Kaynaklı Afet İstatistikleri. Erişim adresi: www.afad.gov.tr/afet-istatistikleri
2. Gursoy Turan S. Afetlerde Kaynak Yönetimi. İçinde: Afetler ve Halk Sağlığı. Hipokrat Yayınevi; 2023.
3. Akdur R. Afetlere Karşı Sağlık Hizmeti Senaryoları Yazma "Deprem Örneği". İçinde: Afet Tıbbı. Ankara; 2007.
4. Afet ve Acil Yönetim Başkanlığı. AFAD ve Tarihçesi [İnternet]. [a.yer 09 Haziran 2025]. Erişim adresi: www.afad.gov.tr/afad-hakkinda
5. AFAD. Türkiye Afet Müdahale Planı. T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı; 2021.
6. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı RG. İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik [İnternet]. 2021 Eki. Report No.: 31615. Erişim adresi: www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2021/10/20211001-20.htm
7. İstanbul AFAD istanbul V. Sağlık Kuruluşları İçin Afet ve Acil Durum Planlama Rehberi. İstanbul: İstanbul Sismik Riskin Azaltılması ve Acil Durum Hazırlık Projesi; 2023.
8. Hafezalkotob A, Fardi K, Aickelin U, Chaharbaghi S, Akbarzadeh Khorshidi H. A cooperative robust human resource allocation problem for healthcare systems for disaster management. Comput Ind Eng. Ağustos 2022;170:108283.
9. Resmi Gazete. Hastane Afet ve Acil Durum Planları Uygulama Yönetmeliği. Sağlık Bakanlığı; 2020.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hastane Afet ve Acil Durum Hazırlama Kılavuzu (Sürüm 2). 2021.
11. Demir BM, Ercan S, Aktan M, Öztaşkın H. Türkiye'de Afet Yönetiminin 100 Yılı: Mevzuat, Planlama, Kurumsal Yapılanma ve İşleyiş. Afet ve Risk Derg. 10 Nisan 2025;8(1):127-47.
12. T.C. İçişleri Bakanlığı A ve ADYB. İRAP İl Afet Risk Azaltma Planı Hazırlama Kılavuzu. 2020.
13. AFAD TCİBAVADYB. Türkiye Afet Risk Azaltma Planı TARAP. 2021.
14. AFAD, T.C. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI AFET VE ACİL DURUM YÖNETİM BAŞKANLIĞI. 06 ŞUBAT 2023 PAZARCIK-ELBİSTAN KAHRAMANMARAŞ (Mw: 7.7 – Mw: 7.6) DEPREMLERİ RAPORU. 2023 Haz.
15. T.C. Strateji ve Bütçe Başkanlığı. 2023 KAHRAMANMARAŞ VE HATAY DEPREMLERİ RAPORU. 2023 Mar.
16. WHO. WHO Operational Review of Türkiye's approach to noncommunicable diseases during the emergency response to the 2023 earthquakes. 2025. Report No.: WHO/EURO:2025-10439-50211-75653.
17. Başpınar A, Güntürkün M. Afet Sonrası Gönüllülük: 2023 Yılı Değerlendirmesi. İçinde: Türkiye İnsani Çalışmalar Yıllığı 2023. İstanbul: Kızılay Kültür Sanat Yayınları, 2024.

İnsan Kaynaklı Afetler

Berna Bilgin Şahin

Afetler doğal afetler ve teknolojik afetler olmak üzere ikiye ayrılır. Teknolojik afetler, insan faaliyetleri veya doğal afetler etkisiyle ortaya çıkan; endüstriyel, maden, ulaşım, nükleer, radyolojik kazalar ile deniz kirliliğine neden olan kazalar, büyük yangınlar, biyolojik olaylar, kritik altyapı ve siber tehditler gibi can kaybına, hastalıklara, sosyal, ekonomik ve çevresel bozulmalara yol açabilen afet veya acil durumları ifade eder.[1] **Tablo 1** - EM-DAT tarafından 2018-2025 yılları arasında kaydedilen teknolojik afetleri göstermektedir.[3]

İnsan kaynaklı afetlerle de insanların doğrudan eylemlerinden veya ihmallerinden kaynaklanan afetlerdir. Kendi içinde, nükleer, biyolojik, kimyasal, taşımacılık,

Tablo 1. Türkiye'de meydana gelen teknolojik afetler (2018-2025)

Afet Alt Grubu	Afet Türü	Olay Adı	Yer	Yıl	Toplam Ölüm	Toplam Etkilenen
Ulaşım	Kara	-	Eskişehir	2018	11	46
Ulaşım	Kara	-	Iğdır	2018	17	36
Ulaşım	Kara	Göçmenler	İzmir-Aydın arası	2018	22	13
Ulaşım	Su	Göçmenler	İzmir yakınları	2018	12	-
Çeşitli Kaza	Çökme	Bina	İstanbul	2019	10	13
Ulaşım	Kara	Göçmenler	Van	2019	17	50
Ulaşım	Su	Göçmenler	Çeşme yakınları	2020	11	-
Ulaşım	Hava	Boeing 737	İstanbul	2020	1	177
Ulaşım	Su	Göçmenler	Van Gölü	2020	50	-
Çeşitli Kaza	Genel Kaza	Zehirlenme	-	2020	44	30
Çeşitli Kaza	Yangın (Diğer)	Hastane	Gaziantep	2020	10	-
Ulaşım	Hava	Askeri helikopter	Bingöl–Tatvan arası	2021	11	-
Ulaşım	Kara	Göçmenler	Van ili	2021	12	26
Ulaşım	Kara	-	Gaziantep	2022	15	31
Ulaşım	Kara	-	Derik (Mardin)	2022	19	26
Endüstriyel Kaza	Patlama (Endüstriyel)	Maden ocağı	Amasra	2022	41	28
Çeşitli Kaza	Yangın (Diğer)	Diskotek	İstanbul	2024	29	1
Ulaşım	Kara	-	Mersin	2024	10	40
Endüstriyel Kaza	Patlama (Endüstriyel)	Mühimmat fabrikası	Balıkesir	2024	12	5
Çeşitli Kaza	Yangın (Diğer)	Otel	Bolu	2025	78	-

Kaynak: EM-DAT (The International Disasters Database

endüstriyel, aşırı kalabalık, göçmenler ve yerinden edilenler ile yangınlar olarak sınıflandırılır.[2] Teknolojik afetler insan faaliyetleriyle bağlantılıdır ama doğrudan kasıtlı olmayan, genellikle teknik arıza, ihmal veya kaza sonucu olanlara bu ad verilir. İnsan kaynaklı afetler daha çok toplumsal/politik dinamiklerle ilişkiliyken, teknolojik afetler endüstriyel ve teknolojik süreçlerin güvenliğiyle ilgilidir. Özetle, tüm teknolojik afetler insan kaynaklıdır ama her insan kaynaklı afet teknolojik değildir.

1. Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Kazalar

KBRN kısaltması, Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer kavramlarının baş harflerinden üretilmiştir. Söz konusu maddelerin kasıtlı veya kazara çevreye yayılması sonucunda ortaya çıkan ve insan sağlığı ile ekosistem üzerinde ciddi tehdit oluşturan durumları tanımlar. Günümüzde KBRN temelli silahların yol açabileceği tehlikeler ve riskler giderek artış göstermektedir. Bunun yanı sıra, endüstriyel üretim süreçlerinde, sağlık hizmetlerinde, laboratuvar uygulamalarında ve bilimsel araştırmalarda ürün veya ara ürün olarak kullanılan KBRN maddelerinin kaza sonucu çevreye yayılma olasılığı da dikkate alınması gereken bir durumdur.[4]

Türkiye'de 2020-2025 yılları arasında doğrudan büyük nükleer, biyolojik veya kimyasal (KBRN) kazalar kayıtlara geçmemiştir. Ancak AFAD ve Sağlık Bakanlığı koordinasyonu ile bunlarla ilgili tatbikatlar ve hazırlık çalışmaları yapılmıştır.[5-8] Sağlık personeli arasında KBRN farkındalığının ve hazırlığının düşük olduğu bilimsel araştırmalarda gösterilmiştir.[9,10] Organize Sanayi Bölgeleri (OSB) ve kimyasal üretim tesisleri, halk ve çevre sağlığı açısından potansiyel risk alanları olarak kabul edilmektedir; Zira meslek örgütleri, bu tür tesislerin OSB'lere toplanmasının ve etkin şekilde denetlenmesinin önemine dikkat çekmektedir.[11] Ayrıca, Türkiye'nin sınır komşularında yaşanabilecek biyolojik tehditler (özellikle salgın ve göç hareketliliği) doğrudan Türkiye'yi de etkileme potansiyeline sahiptir; yapılan risk değerlendirmelerinde, sınır yakınlığının sadece doğal değil, insan kaynaklı tehditleri de artırdığı öne sürülmüştür.[12]

Nükleer alanda, Akkuyu Nükleer Güç Santrali (NGS) projesi kapsamında, radyasyon güvenliği, depo yönetimi ve depremden kaynaklı tehlikeler tartışmaya açılmıştır; eleştirel görüşler, güvenlik risklerinin hiçbir zaman tamamen sıfırlanamaması ve bu projelerin çevresel-sağlık etkilerinin detaylı değerlendirilmesi gerektiği yönündedir.[13]

Türkiye'de son beş yılda büyük bir KBRN kazası olmamış olsa da, bu tür tehditler halk sağlığı için ciddi risk oluşturmaktadır. Ankara'da 2024'te düzenlenen Uluslararası KBRN Kongresi; toksik endüstriyel kimyasallar, sahipsiz radyoaktif kaynaklar, kirli bomba, nükleer santral kazaları gibi başlıklardaki politika, teknoloji ve olay inceleme oturumlarını bir araya getirmiştir.[14]

2. Taşımacılık Kazaları

Taşımacılık genel olarak karayolu, denizyolu, demiryolu ve havayolu taşımacılığı olarak sınıflandırılır. Ölüm ve kaza oranı en düşük olan havayolu, sonra da demiryoludur. Bunları otobüs ve otomobil izlemektedir.[15] Türkiye'de 2020–2025 yılları arasında birçok önemli ulaşım kazası meydana gelmiş, bunlar toplumsal ve halk sağlığı açısından ciddi sonuçlar doğurmuştur.

Çeşme açıklarında göçmenleri taşıyan bir teknenin 2020 yılında batması sonucu 11 kişi (8'i çocuk) ve aynı yıl Van Gölü'nde göçmenleri taşıyan bir teknenin batması sonucu 60 kişi yaşamını yitirmiştir. Bu olaylar göçmen sağlığı ve insani krizlerin boyutunu ortaya koymuştur.[16,17] Aynı yıl İstanbul Sabiha Gökçen Havalimanı'nda Pegasus'a ait bir Boeing 737'nin pistten çıkmasıyla 3 kişi ölmüş, 179 kişi yaralanmış; olay havacılık güvenliği ve acil sağlık müdahalesinin önemini gündeme taşımıştır.[18]

Tatvan'da 2021 yılında bir askeri helikopterin düşmesiyle 11 asker hayatını kaybetmiş, aynı yıl Van'da göçmenleri taşıyan minibüsün devrilmesi sonucu 12 ölü, 26 yaralı kaydedilmiştir.[19,20] Gaziantep'te otoyolda 2022' yılında meydana gelen zincirleme kazada, müdahale eden ekiplere otobüs çarpmasıyla 15 kişi yaşamını yitirmiş, 31 kişi yaralanmıştır.[21] Aynı yıl Mardin'in Derik ilçesinde bir tankerin fren arızası sonucu kalabalığa dalmasıyla 19 ölü ve 26 yaralı meydana gelmiştir.[22]

Mersin'de 2024'te bir yolcu otobüsünün devrilmesi 10 kişinin ölümüne, 40 kişinin yaralanmasına yol açmıştır.[23] Türkiye'de 2025 yılının İlk 6 ayında 313.868 trafik kazası meydana gelmiş, bunlarda 1.125 kişi hayatını kaybetmiş ve 184.831 kişi yaralanmıştır.[24]

Bu kazaların nedenleri arasında denetimsizlik, aşırı yolcu yükü, teknik arızalar, sürücü yorgunluğu, hava koşulları ve altyapı yetersizlikleri öne çıkarken; halk sağlığı açısından kayıpların büyüklüğü, travmalar, göçmen ve çocuk ölümleri, acil müdahale kapasitesinin sınanması, cenaze ve kimliklendirme süreçleri ile psikososyal etkiler dikkat çekmektedir. Bu olaylar, trafik

ve ulaşım güvenliğinin artırılması, göçmen sağlığı politikalarının güçlendirilmesi, acil sağlık hizmetlerinin kapasitesinin geliştirilmesi ve toplumsal farkındalığın artırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

3. Endüstriyel Kazalar

Endüstriyel kazalar, tehlikeli maddelerin bir yerden bir yere taşınması, maddenin işlenmesi ve bu maddelerin depolanması sırasında kontrolsüz gelişmelerden kaynaklanan büyük emisyon, yangın veya patlama olaylarıdır.

Bunlar, kaza anında veya sonrasında ciddi tehlikelere yol açarak çevre ve insan sağlığı için risk oluştururlar.[25] Endüstriyel kazalar "teknolojik afetler" kategorisinde yer almakta ve kimyasal sızıntılar, çökmeler, patlamalar, yangınlar, gaz sızıntıları, zehirlenmeler ve radyasyon kaynaklı afet tiplerini içermektedir.[26]

Türkiye'de tehlikeli maddeleri içeren büyük kaza risklerinin kontrolüne yönelik ilk çalışma 2010 yılında, "Büyük Endüstriyel Kazaların Kontrolü Hakkında Yönetmelik"[27] olmuş daha sonra 2013'te "Büyük Endüstriyel Kazaların Önlenmesi ve Etkilerinin Azaltılması Hakkında Yönetmelik" yürürlüğe girmiş ve 2019 yılında güncellenmiştir[28]. Bu yönetmelik, Türkiye'de Büyük Endüstriyel Kaza Risklerinin Azaltılması (BEKRA) Mevzuatı olarak bilinmektedir. BEKRA mevzuatı, işletmelere, kamu kurumlarına ve yerel idarelere farklı sorumluluklar getirmiştir. Buna göre kuruluşlar alt seviye, üst seviye ve kapsam dışı olarak üçe ayrılmaktadır. Bu sınıflama üretilen veya kullanılan tehlikeli kimyasal maddelerin bulunduğu kuruluşta yıl içinde depolanabilecekleri en yüksek miktara göre yapılmıştır.[29] Mevzuatta belirtilen her bir maddeye alt ve üst seviye kuruluşlar için sınırlandırıcı eşik değerler mevcuttur.

Türkiye'de 2020–2025 yılları arasında çeşitli endüstriyel kazalar meydana gelmiştir. Bu kazalar arasında havai fişek fabrikası, maden ocakları, mühimmat fabrikaları, rafineri patlamaları ve gıda sanayisinde toz patlamaları dikkat çekmektedir. **Tablo 2**'te öne çıkan başlıca endüstriyel kazalar özetlenmiştir. Bu kazalar, Türkiye'de sanayi kaynaklı olayların hem akut hem de uzun vadeli halk sağlığı risklerini göstermektedir. Özellikle patlayıcı madde üretimi, madencilik ve rafineri sektörleri önemli risk alanları olarak öne çıkmaktadır. Yaşanan kazalar sadece ölüm ve yaralanmalara yol açmakla kalmamış, aynı zamanda çevresel etkiler, toksisite sorunları ve toplumda psikososyal travmalar yaratmıştır.

4. Aşırı Kalabalıktan Meydana Gelen Kazalar

Kalabalık güvenliği, halk sağlığı açısından ciddi bir öneme sahiptir. Çok yoğun kalabalıklarda, özellikle m^2 başına 5–6 kişi üstü yoğunluklarda, "crowd crush" (kalabalık baskısı) sonucu boğulmalar ve ezilmeler meydana gelebilir.[30] Bu ortamlar bulaşıcı hastalık yayılımını hızlandırır ve psikososyal travma riskini artırır.[31]

Türkiye'de aşırı kalabalıkta meydana gelen en önemli olaylardan birisi 1967 yılında Kayseri'de futbol maçı sonrası meydana gelmiş ve 43 kişinin ölümü ile sonuçlanmıştır.[32] Türkiye'de 2020–2025 yılları arasında "aşırı kalabalık" doğrudan kaza nedeni olarak rapor edilmemiştir. Bununla birlikte, özellikle tarım işçilerini taşıyan servis araçları, göçmen taşımacılığı ve toplu ulaşımda standartların dışında kapasite kullanımı bu dönemde öne çıkan riskler arasındadır. Örneğin, tarım bölgelerinde sıkça görülen traktör römorkları ile işçi taşınması veya servis araçlarının kapasitesinin üzerinde yolcu alması, ölüm ve yaralanmalara yol açmıştır. Göçmen teknelerinde yaşanan facialarda da, botların

Tablo 2. 2018-2025 Yılları arasında Türkiye'de görülen önemli endüstriyel kazalar

Yıl	Yer (Şehir / İlçe)	Kaza Türü / Mekân	Ölümler	Yaralılar / Etkilenenler
2018	Tekirdağ/Saray	Otomobil camı üreten fabrikada kimyasal madde sızıntısı	-	38
2019	İstanbul/ Tuzla	Kimyasal Fabrika Yangını ve Patlama	-	5
2020	Sakarya / Hendek	Havai fişek fabrikası patlaması	~7	~127
2022	Bartın / Amasra	Maden ocağı patlaması	41	28
2023	Ankara / Elmadağ	Roket ve patlayıcı madde fabrikası	5	–
2023	Kocaeli / Derince	TMO silosu patlaması (tahıl tozu)	–	12
2024	Balıkesir / Karesi	Mühimmat fabrikası patlaması	11	5
2024	Kocaeli / İzmit	Tüpraş rafineri patlaması	–	12
2024	Sakarya / Hendek	Oba Makarna fabrikasında patlama	1	30

kapasitesinin çok üzerinde insan alınması, ölümcül sonuçlara neden olmuştur.

Resmî raporlarda kazaların nedeni genellikle "trafik kazası", "tekne batması" veya "göçmen faciası" olarak yer alsa da, aşırı kalabalık doğrudan belirleyici risk faktörü olarak dikkat çekmektedir. Halk sağlığı bakış açısıyla bu durum, güvenlik kültürü, denetim eksikliği ve sosyal determinanların bir birleşimi olarak değerlendirilmelidir.

5. Göçmenler ve Yerinden Edilenler

Geçtiğimiz yüzyılda dünya genelinde artan çatışma ortamı, etnik ve inanç temelli şiddet olayları, insan hakları ihlalleri ve ekonomik krizler göç eden ve sığınma arayan insan sayısının artmasına sebep olmuştur Göçler arasında en trajik olanı şüphesiz mülteci göçleri olmuştur. Savaş iç çatışma gibi insan kaynaklı ortaya çıkan bu durumlar korkuya dayalı bir kaçış şeklinde gerçekleştiği için, sosyal ve psikolojik olumsuzluklar, sağlık problemleri ve afet yönetimi açısından da önemli problemleri beraberinde getirmektedir.[33]

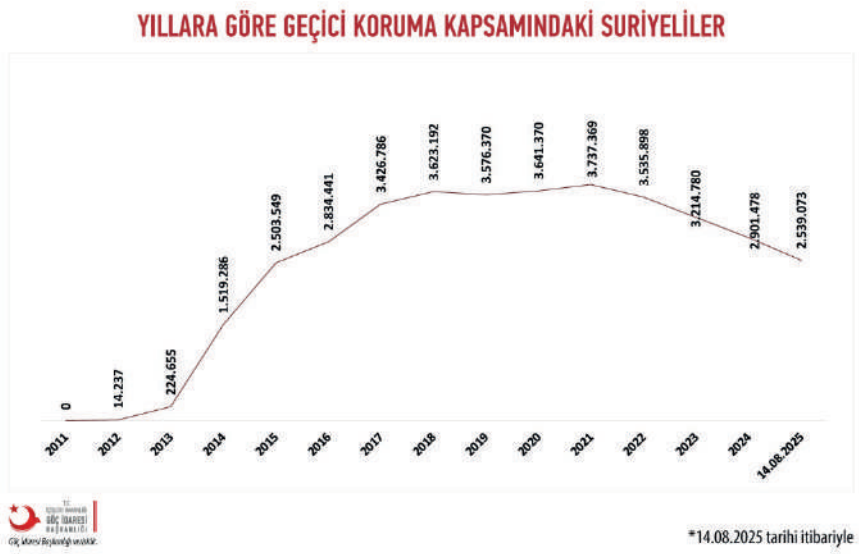
Dünyada yaklaşık bir milyar göçmen bulunmaktadır ve bunlardan 281 milyonu, uluslararası göç sebebiyle dünyaya geldikleri ülkelerde değil de farklı ülkelerde yaşamaktadır.[34]

Türkiye, 2020–2025 döneminde hem geçici koruma statüsündeki Suriyeliler hem de diğer göçmen gruplar bakımından dünya genelinde en büyük ev sahibi ülkeler arasında yer aldı. 2025 itibarıyla yaklaşık 2,9 milyon Suriyeli kayıtlı olarak geçici koruma statüsünden yararlanırken, 75.000'i ikamet izniyle, 238.000'i ise Türk vatandaşlığına geçmiş bulunmaktadır.[35] Yıllara göre geçici koruma altındaki Suriyelilerin sayısı **Şekil 1**'de gösterilmiştir. 2020 yılında resmi olarak yaklaşık 122.300[36], 2025'in ikinci çeyreğinde ise 36.630 düzensiz göçmen yakalanmıştır[37]. 2024'te, sınır kontrolleri sayesinde 104.000 kişinin Türkiye'ye geçişi engellenmiştir.[38] Türkiye ekonomisinin etkisi, enflasyon ve işsizlik gibi sosyal meseleler, göçmen karşıtı söylemleri ve hareketleri artırmıştır. Kayseri ve diğer şehirlerde 2024 yılında Suriyeli sığınmacılara karşı toplu şiddet olayları yaşanmıştır; bu olaylarda en az bir kişi ölmüş, 120 kişi yaralanmış ve 474 kişi gözaltına alınmıştır.[39]

Yayınlanan raporlar doğrultusunda ülkemizde bulunan mültecilerin büyük bir kısmı kadın ve çocuklardan oluşmaktadır. Kadın sağlığı hizmetleri, üreme sağlığı hizmetleri, özellikle çocuklar için bağışıklama hizmetlerinin aksatılmaması gerekmektedir.[32]

6. Yangınlar

Yangınlar orman ve kırsal alan yangınları ve yapı yangınları olarak iki kategoride değerlendirilir. Orman yangınları doğal yaşama ve yaban hayvanlarına öldürücü etkide bulundukları gibi, yaşam alanlarının tahrip olmasına ve göçlere de sebep olmaktadır. Ayrıca yangın sonrası bu alanlara başka türlerin gelmesi de yaban hayatı açısından istenmeyen bir durumdur. Orman yangınları sadece orman alanlarına zarar vermekle kalmayıp, orman ürünleri üretimini etkilemekte



Şekil 1. Yıllara Göre Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyeliler

Kaynak:T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı

aynı zamanda erozyon, kütle kaybı, su kaynaklarının bozulması, hava kirliliği, çölleşme, sel, heyelan, çığ gibi felaketlere neden olarak ekolojik dengeyi etkilemektedir. Orman yangınları hava kalitesini olumsuz yönde etkileyerek atmosferde zehirli gazlar ve dumanların yayılmasına neden olurken bu yayılmanın sonucunda karbon salınımı artışına bağlı olarak küresel iklim sistemleri etkilenmektedir.[40]

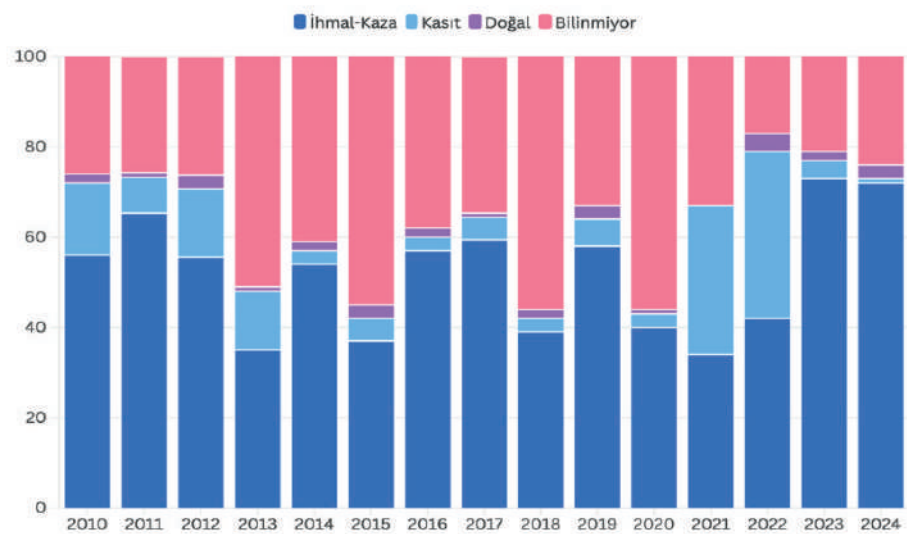
Türkiye'de 2020–2025 döneminde hem orman yangınları hem de yapı yangınları geniş çaplı can kayıplarına, yaralanmalara ve sosyoekonomik zararlara yol açmıştır. Özellikle 2021 yılında Antalya ve Muğla'da çıkan yangınlar ülke tarihinin en büyük orman yangınları arasında yer almış; 2024'te Diyarbakır Çınar'daki yangın köyleri etkileyerek 12 can almış; yine Nisan 2024'te İstanbul'da bir gece kulübünün tadilatı esnasında çıkan yangında 29 kişi hayatını kaybetmiştir. Yargı sürecinde tadilatın kaçak yapıldığı, tek kapı, yanıcı-parlayıcı malzeme kullanımı ve yetersiz kaçış/algılama önlemleri gibi ihmaller zinciri tartışılmıştır.[41] İzmir'deki 2025 yılı yangınları 50.000 kişinin tahliyesine sebep olmuştur. Aynı yıl Eskişehir Seyitgazi'de görevli kurtarma ekiplerinden 10 kişi yangında yaşamını yitirirken, Ocak 2025'te Bolu Kartalkaya'da bir otel yangını 78 can kaybı ile sonuçlanmıştır (**Tablo 3**).

Yangın sebeplerine baktığımızda istatistiklerde dört ana başlık bulunuyor: kasıt, ihmal-kaza, doğal (yıldırım ve şimşek), sebebi bilinmeyen. Yangın sebeplerinde açık ara insan faktörü öne çıkıyor. Kasıt ve ihmal her sene neredeyse yanan alanların %60'ından fazlasına neden oluyor (şekil 2).[42] Yangınların halk sağlığına etkileri çok boyutludur. Yanık yaralanmaları, dumana bağlı solunum yolu hastalıkları ve toplu ölümler ön plandadır. Yangınlardan kurtulan bireylerde travma sonrası stres bozukluğu ve toplumsal yas süreçleri sık görülür. Orman yangınlarının yaydığı yoğun duman ve partiküller, hava kirliliğini artırarak kronik solunum ve kardiyovasküler hastalık riskini yükseltir. On binlerce kişinin tahliye edilmesi, barınma, temiz su ve hijyen sorunları doğurarak halk sağlığı için yeni riskler

Tablo 3. Türkiye'de Büyük Yangınlar (2018*–2025)

Yıl	Lokasyon	Yangın Türü	Etki / Sonuçlar
2021	Antalya – Muğla	Orman Yangınları	9 ölü, binlerce tahliye, büyük orman kaybı
2022	Marmaris – Datça	Orman Yangınları	3 530 kişi tahliye, çok sayıda ev etkilendi
2024	Diyarbakır	Orman Yangını	12 ölü, 78 yaralı, yüzlerce hayvan kaybı
2025	İzmir	Orman Yangınları	50 000 tahliye, havalimanı kapatıldı
2025	Eskişehir (Seyitgazi)	Orman Yangını	10 kurtarma personeli öldü, 14 yaralı
2025	Bolu – Kartalkaya	Yapı (Otel)	78 ölü, 51 yaralı, güvenlik sistemleri sorgulandı

*2018-2019-2020 yıllarında kayıtlara geçen büyük yangın olayı olmamıştır.



Şekil 2. Türkiye'deki Orman Yangınlarının Sebepleri

Kaynak: Greenpeace Türkiye | Yeşil Barış Akdeniz Derneği 2025

yaratır. Müdahale sırasında görev yapan ekiplerin güvenliği kritik olup, Seyitgazi'deki kayıplar bu kırılganlığı göstermiştir.[43,44]

7. Sonuç ve Öneriler

Türkiye'deki 2020–2025 arasında insan kaynaklı afetler; öngörülebilir ve önlenebilir risklerin birikimiyle ağır sonuçlara yol açmıştır. Endüstriyel kaza risklerinin azaltılması ile ilgili mevzuat (BEKRA) kapsamında risk değerlendirme çalışmaları titizlikle yapılmalı ve mevzuata uygun aralıklarla tekrarlanmalıdır.

Tüm kaza/afet olasılıklarına karşı önleyici halk sağlığı yaklaşımı; hazırlık, eğitim, erken uyarı, risk iletişimi ve sağlık altyapısının güçlendirilmesi, benimsenmeli ve uygulanmalıdır. Sağlık çalışanları, aile hekimleri ve acil servis ekiplerine KBRN müdahale eğitimi verilmeli; ulusal düzeyde kimyasal sızıntı, biyolojik tehdit ve radyasyon için dijital bildirim sistemi kurulmalıdır.

Kriz anında topluma şeffaf, anlaşılabilir ve doğru bilgiler verilmelidir. Bunu güçlendirmek üzere KBRN tehditlerinin halk sağlığı boyutu üzerine epidemiyolojik araştırmalar artırılmalıdır. Yaşanacak paniklerin önlenmesi ve olaylarla sakin bir biçimde baş etme toplumda güven sağlanmasına/verilmesine bağlıdır. Gerekli tüm hastanelerde dekontaminasyon üniteleri, izolasyon odaları ve kişisel koruyucu ekipman bulundurulmalıdır.

Endüstriyel kazaların ulusal ölçekte şeffaf biçimde raporlandığı EM-DAT benzeri merkezi bir veri tabanı bulunmamaktadır, tüm insan kaynaklı afetleri şeffaf raporlayan kamuya açık bir sistem kurulmalıdır.

AFAD, Çevre Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı arasında ortak bir risk yönetim merkezi oluşturulmalı, tek elden koordinasyon sağlanmalıdır. Kimyasal/gaz sızıntılarında halkın hızlı bilgilendirilmesi için erken uyarı sistemleri mevcut değildir, SMS tabanlı uyarı sistemleri geliştirilebilir. İş güvenliği kültürünün güçlendirilmesi için düzenli tahliye tatbikatları yapılmalı, işçilere yönelik zorunlu kimyasal güvenlik eğitimleri verilmeli ve kağıt üzerinde yapılan risk değerlendirmeleri yerine yerinde bağımsız denetimler yapılmalıdır.

Endüstriyel tesislerde proses güvenliği ve bakım/temizlik disiplininin (özellikle toz ve gaz patlamaları için) tavizsiz uygulanması; madenlerde gaz izleme-havalandırma ve acil tahliye protokollerinin güçlendirilmesi; kalabalık kullanım binalarında pasif/aktif yangın güvenliği kombinasyonunun eksiksiz sağlanması acil önceliklerdir. KBRN alanında kurumsal çerçeve ve farkındalık artmış olsa da, toksik endüstriyel kimyasallar ve saha uygulaması arasında "tatbikat–denetim–raporlama" hattının daha da kuvvetlendirilmesi gerekmektedir. Tüm bu adımlar, şeffaf kaza incelemeleri ve öğrenen sistem yaklaşımıyla desteklendiğinde, can kayıpları ve sosyoekonomik etkiler anlamlı biçimde azaltılabilir.

KAYNAKLAR

1. AFAD. 2014-2023 Büyük Endüstriyel Kazalar Yol Haritası Belgesi. 2014 . Erişim adresi: https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/3907/xfiles/endustriyel_kazalar_son.pdf. Erişim tarihi: 05.09.2025
2. T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı - İnsan Kaynaklı Afetler. Erişim adresi: https://www.afad.gov.tr/afadem/insan-kaynakli-afetler. Erişim tarihi: 05.09.2025
3. EM-DAT Inclusion Criteria.Erişim adresi: https://doc.emdat.be/docs/protocols/entry-criteria/. Erişim tarihi: 05.09.2025
4. AFAD T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı. KBRN Tehditlerine Hazır mısın?. Erişim adresi: file:///C:/Users/user/Downloads/kbrn_tehtitlere_hazirmisin_burosur_tr.pdf. Erişim tarihi: 05.09.2025
5. KBRN (Kimyasal Biyolojik Radyolojik Nükleer) Tehdidi İçeren Patlayıcı Madde Olaylarına Müdahale Kursu. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-10/kbrn-kimyasal-biyolojik-radyolojik-nukleer-tehdidi-iceren-patlayici-madde-olaylarina-mudahale-kursu.html. Erişim tarihi: 05.09.2025
6. T.C. İçişleri Bakanlığı - Diyarbakır Havalimanı'nda KBRN'e Olaylarına Yönelik Tatbikat Yapıldı. Erişim adresi: https://www.icisleri.gov.tr/diyarbakir-havalimaninda-kbrne-olaylarina-yonelik-tatbikat-yapildi?utm_source. Erişim tarihi: 05.09.2025
7. Gaziantep'te KBRN Tatbikatı Yapıldı. Erişim adresi: https://gaziantepism.saglik.gov.tr/TR-325602/gaziantepte-kbrn-tatbikati-yapildi.html?utm. Erişim tarihi: 05.09.2025
8. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde KBRN Saha ve Masabaşı Tatbikatı Nefes Kesti. Erişim adresi: https://hastaneler.erciyes.edu.tr/tr/haber-detay/eru-hastanelerinde-kbrn-saha-ve-masabasi-tatbikati-nefes-kesti/7d5cf280-c81f-49e1-ad17-fe82f52b8a02?utm. Erişim tarihi: 05.09.2025
9. DemiRalp N. Türkiye'de Hemşirelerin Kimyasal, Biyolojik, Radyasyon ve Nükleer (KBRN) Olaylara Yönelik Bilgi, Tutum ve Farkındalıkları: Sistematik Derleme. Hastane Öncesi Derg. 04 Mayıs 2023;8(1):137-58.
10. Eyison RK, Pakdemirli A, Aydin E, Sayin Ozturk A, Kiliç Z, Demirbag B, vd. Evaluation of the Medical Chemical, Biological, Radiological, and Nuclear Awareness Level of Emergency Healthcare Professionals Serving on Different Centres. J Basic Clin Health Sci 2020; 4:174-179. https://doi.org/10.30621/jbachs.2020.1037

11. TMMOB Kimya Mühendisleri Odası. Endüstriyel Kazalar ve Patlamalar 2017 Raporu. Erişim adresi: https://tesis.org.tr/assets/view/userfile/End%C3%BCstriyel%20yang%C4%B1nlar%20ve%20patlamalar.pdf. Erişim tarihi: 05.09.2025
12. Oran FÇ. İnform risk endeksine göre Türkiye ve komşularının incelenmesi. Balıkesir Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg. 2022;25(47):205-20.
13. Akkuyu Nükleer Santralını Engelleyemezsek Yaşanabilecek Felaketlerin Müsebbibi Olacağımız Kesin, Sürdürülebilirlik Hakkında Her Şey. Erişim adresi: https://www.ekoiq.com/akkuyu-nukleer-santralini-engelleyemezsek-yasanabilecek-felaketlerin-musebbibi-olacagimiz-kesin/. Erişim tarihi: 05.09.2025
14. III. Uluslararası KBRN Kongresi Kongresi UK. Erişim adresi: https://cbrn2024.afad.gov.tr/tr/. Erişim tarihi: 05.09.2025
15. Dünya'da ve Türkiye'de DemirYolu Kazaları Nedeniyle Meydana Gelen Ölüm Oranlarının Karşılaştırılması. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/516756. Erişim tarihi: 05.09.2025
16. 11 dead as migrant boat sinks off western Turkey. Erişim adresi: https://www.aa.com.tr/en/turkey/11-dead-as-migrant-boat-sinks-off-western-turkey/1699958. Erişim tarihi: 05.09.2025
17. Euronews. Van Gölü'nde batan teknede yaşamını yitirenlerin sayısı 60'a yükseldi. Yayınlanma Tarihi 18/07/2020. Erişim adresi: https://tr.euronews.com/2020/07/20/van-golu-nde-batan-teknede-50-kisinin-cans-z-bedenine-ulas-ld. Erişim tarihi: 05.09.2025
18. Wikipedia. Pegasus Airlines Flight 2193. Erişim adresi: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Pegasus_Airlines_Flight_2193&oldid=1296360846. Erişim tarihi: 05.09.2025
19. 2021 Turkish Air Force Eurocopter AS532 Cougar crash. Içinde: Wikipedia. Erişim adresi: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=2021_Turkish_Air_Force_Eurocopter_AS532_Cougar_crash&oldid=1279578467. Erişim tarihi: 06.09.2025
20. Van'da göçmenleri taşıyan minibüs kaza yaptı: BBC News Türkçe. Erişim adresi: https://www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-57795275. Erişim tarihi: 06.09.2025
21. Gaziantep'te meydana gelen trafik kazasında 2 ölü, 10 yaralı. Anadolu Ajansı. Erişim adresi: https://www.aa.com.tr/tr/pg/foto-galeri/gaziantepte-zincirleme-trafik-kazasi. Erişim tarihi: 06.09.2025
22. BBC News Türkçe, Mardin'de freni patlayan tır kalabalığa daldı: 20 ölü, 26 yaralı. Erişim adresi: https://www.bbc.com/turkce/articles/cjr8j27yeejo. Erişim tarihi: 06.09.2025
23. Mersin'de 9 kişinin öldüğü otobüs kazasında yaralananlar yaşadıklarını anlattı. Anadolu Ajansı. Erişim adresi: https://www.aa.com.tr/tr/gundem/mersinde-9-kisinin-oldugu-otobus-kazasinda-yaralananlar-yasadiklarini-anlatti/3109991. Erişim tarihi: 06.09.2025
24. Traffic accidents claim over 1,100 lives in Türkiye in first half of 2025 - Ilke News Agency. Erişim adresi: https://ilkha.com/english/latest/traffic-accidents-claim-over-1100-lives-in-turkiye-in-first-half-of-2025-466342. Erişim tarihi: 06.09.2025
25. International Labour Office. Prevention of Major Industrial Accidents. first published. Geneva; 1991. 90 s.
26. Classification | EM-DAT. Erişim adresi: https://www.emdat.be/classification. Erişim tarihi: 06.09.2025
27. Büyük Endüstriyel Kazaların Kontrolü Hakkında Yönetmelik. 2010. Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/08/20100818-5.htm. Erişim tarihi: 06.09.2025
28. Büyük Endüstriyel Kazaların Önlenmesi ve Etkilerinin Azaltılması Hakkında Yönetmelik. Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190302-1.htm. Erişim tarihi: 06.09.2025
29. Seveso Felaketi ve BEKRA – İşte Sağlık Dergisi, 2013. Erişim adresi: http://www.istesaglikdergisi.com.tr/index.php/2016/11/06/seveso-felaketi-ve-bekra/. Erişim tarihi: 06.09.2025
30. Crowd collapses and crushes. Içinde: Wikipedia. Erişim adresi: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Crowd_collapses_and_crushes&oldid=1298589042. Erişim tarihi: 06.09.2025
31. Aitsi-Selmi A, Murray V, Heymann D, McCloskey B, Azhar EI, Petersen E, vd. Reducing risks to health and wellbeing at mass gatherings: the role of the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction. Int J Infect Dis. Haziran 2016;47:101-4.
32. Bilgili Aykut N, Cengiz Özyurt B. Türkiye Sağlık Raporu 2020. Içinde: Türkiye Sağlık Raporu 2020 [Internet]. Hipokrat; 2020 [a.yer 25 Ağustos 2025]. s. 1360. Erişim adresi: https://www.halksagligiokulu.org/Kitap/DownloadEBook/a35b8034-2993-460e-9d1c-816b46a-3e5b2
33. Nur SA, Taşan P. Mülteci Krizi ve Afet Yönetimi. İçinde: Mülteci Krizi ve Afet Yönetimi, 2021. Erişim adresi: file:///C:/Users/HP/Downloads/MU_LTECI_KRI_ZI_VE_AFET_YONETIMI%20(1).pdf. Erişim tarihi: 06.09.2025
34. WHO, Refugee and migrant health - Global. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/refugee-and-migrant-health. Erişim tarihi: 06.09.2025
35. Syrians in Turkey. Içinde: Wikipedia. Erişim adresi: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Syrians_in_Turkey&oldid=1305394500. Erişim tarihi: 06.09.2025
36. ICMPD Turkey. Irregular Migration. International Centre for Migration Policy Development; 2021 Oca s. 6. Erişim adresi: https://www.icmpd.org/file/download/50571/file/January020210Policy0Brief0-0Turkey0Policy0Brief00-Irregular0Migration.pdf. Erişim tarihi: 06.09.2025
37. Overview of Migrant Situation-Quarterly Report. Global Data Institute Displacement Tracking Matrix; 2025. Erişim adresi: file:///C:/Users/HP/Downloads/TUR_Q2_quarterly-Apr-May-Jun-25.pdf. Erişim tarihi: 06.09.2025
38. Overview of main changes since the previous report update. Asylum Information Database | European Council on Refugees and Exiles. Erişim adresi: https://asylumineurope.org/reports/country/turkiye/overview-main-changes-previous-report-update/. Erişim tarihi: 06.09.2025
39. 2024 anti-refugee riots in Turkey. Içinde: Wikipedia. Erişim adresi: https://en.wikipedia.or-

g/w/index.php?title=2024_antirefugee_riots_in_Turkey&oldid=1284715868. Erişim tarihi: 06.09.2025

40. Calda B, An N, Turp MT, Kurnaz L. İklim Değişikliğinin Akdeniz Havzasındaki Orman Yangınlarına Etkisi. Int J Adv Eng Pure Sci. 31 Mart 2020;32(1):15-32.
41. Beşiktaş'ta 29 kişinin öldüğü gece kulübü yangınına ilişkin 22 sanığın yargılanmasına devam edildi, Anadolu Ajansı. Erişim adresi: https://www.aa.com.tr/tr/gundem/besiktasta-29-kisinin-oldugu-gece-kulubu-yanginina-iliskin-22-sanigin-yargilanmasina-devam-edildi/3530595. Erişim tarihi: 06.09.2025
42. Türkiye'deki ormancılık istatistikleri ne anlatıyor? Greenpeace Türkiye. Erişim adresi: https://www.greenpeace.org/turkey/blog/turkiyedeki-ormancilik-istatistikleri-ne-anlatiyor/. Erişim tarihi: 06.09.2025
43. Vuorio A, Budowle B, Raal F, Kovanen PT. Wildfire smoke exposure and cardiovascular disease—should statins be recommended to prevent cardiovascular events? Front Cardiovasc Med. 14 Eylül 2023;10:1259162.
44. Heanoy EZ, Brown NR. Impact of Natural Disasters on Mental Health: Evidence and Implications. Healthcare. 10 Eylül 2024;12(18):1812.

Hidrolojik ve Klimatolojik Afetler

Arda Borlu

Türkiye coğrafi ve iklim koşullarından dolayı hidrolojik (sel, taşkın, düşük akış) ve klimatolojik (kuraklık, sıcaklık dalgalanmaları, aşırı sıcaklar) afetler açısından riskli bir ülke iken son yıllarda, iklim değişikliğinin etkisiyle bu risk daha da artmaktadır.[1]

EM-DAT veri tabanında, 2020-2025 arasında Türkiye'deki doğal kaynaklı afetlerin yaklaşık %57.6'sı hidrolojik ve klimatolojik afetlerdir ve kayıtlarına geçen hidrolojik ve klimatolojik afetlerin türlerine ve yıllara göre dağılımı **Tablo 1**'de verilmiştir.[2]

AYDES (Afet Yönetim ve Karar Destek Sistemi – AFAD), Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından geliştirilen dijital bir platformdur. AYDES kayıtlarına göre 2020-2025 ilk dokuz ayında Türkiye'de gerçekleşen hidrolojik ve klimatolojik afetlerin yıllara göre tüm doğal afetler içindeki yüzdeleri **Tablo 2**'de verilmiştir.[3]

2024 AYDES verilerine göre, olay türleri arasında en çok meydana gelen 5.321 olay (% 43.8) ile orman yangınları olmuştur.

AFAD Verilerine Göre 2020-2024 Yılları Arasında Türkiye'de Gerçekleşen Hidrolojik ve Klimatolojik Afetlerin Yıllara Göre Dağılımı **Tablo 3**'de verilmiştir.[4]

Meteoroloji Genel Müdürlüğü kaynaklarına göre; Türkiye'de 2020 yılında en fazla görülen hidrolojik ve klimatolojik afet türü şiddetli yağış/seldir. Bu yıl içerisinde toplam 297 adet şiddetli yağış/sel afeti rapor edilmiştir. İkinci sırada ise 262 olay ile fırtına afeti

Tablo 1. Türkiye için 2000–2025 EM-DAT kayıtlarına geçen hidrolojik ve klimatolojik afetlerin türlerine ve yıllara göre dağılımı

AFET TÜRÜ	YIL					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025*
Çığ	1					
Sel/Su Taşkını	1	3	1	3	1	
Fırtına	1			3		
Orman Yangını		1 (ÇM**)			1(ÇM)	1(ÇM)
Aşırı Hava Olayı						1 (aşırı soğuk)

* 28.09.2025 tarihi itibariyle **Çok Merkezli

Tablo 2. 2020-2025 ilk dokuz ayında Türkiye'de gerçekleşen hidrolojik ve klimatolojik afetlerin yıllara göre tüm doğal afetler içindeki yüzdeleri

AFET TÜRÜ	YIL					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025*
Fırtına	%1.9	%3.7	-	-	%0.9	-
Sel/Su Taşkını	%19.6	%4.5	%4.9	%6.2	%3.3	%1.4
Orman Yangını	%8.8	%4.4	%3.1	%15.8	%43.8	%36.7
Aşırı Kar/Tipi	-	-	%2.5	-	-	-

*ilk 9 ayın verileri dahil edilmiştir

Tablo 3. AFAD Verilerine Göre 2020-2024 Yılları arasında Türkiye'de gerçekleşen hidrolojik ve klimatolojik afetlerin yıllara göre dağılımı

AFET TÜRÜ	YIL									
	2020		2021		2022**		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Çığ/ Aşırı Kar Tipi	11	1.22	VERİ YOK		18	0..08	93	2	VERİ YOK	
Sel /Su Baskını*	177	19.56			450	1.96	2028	39		
Orman Yangını	-	-			-	-	1711	32		
Diğer***	270	29.81			451	1.96	-	-		
GENEL TOPLAM	905				22.982		5233			

*Sel /Su Baskını: AYDES' ten elde edilen Sel/Taşkın/Su Baskını, Şiddetli/Ani Yağış,Çay/Nehir Taşkını, Aşırı Yağış ve Yüzey Sellenmesi/ Drenaj Seli/Şehir Seli verilerinden oluşturulmuştur

**2022 yılı doğal afetlerinin %91.61ini deprem oluşturmaktadır

***Diğer: AYDES' ten elde edilen Fırtına, Dolu, Aşırı Kış Koşulları, v.b. verilerinden oluşturulmuştur.

yer almaktadır. Aynı yıl 223 dolu afeti meydana gelmiş olup, görülen afetler içerisinde üçüncü sırada yer almaktadır. Kar afeti ise tüm yıl içinde toplam 52 kez görülmüş olup klimatolojik karakterli doğa kaynaklı afetlerin %5'ini oluşturmuştur.[5]

Meteoroloji Genel Müdürlüğü kaynaklarına göre; Türkiye'de 2021 yılında en fazla görülen hidrolojik ve klimatolojik afet türü fırtına olup yıl boyunca 393 olay rapor edilmiştir. Bunu 283 olayla şiddetli yağış/sel izlemiş; her iki afet türü de ülkenin geniş bir bölümünde yayılım göstermiştir. Aynı yıl 130 adet dolu olayı kaydedilmiş ve sıklık bakımından üçüncü sırada yer almıştır. Kar kaynaklı afetler ise 70 olayla toplam hidrolojik ve klimatolojik karakterli afetlerin %6,8'ini oluşturmuştur. Genel dağılım, fırtınanın %38,4, şiddetli yağış/selin %27,6 ve dolunun %12,7 paya sahip olduğunu göstermektedir.[6]

Türkiye'de 2023 yılında en fazla görülen hidrolojik ve klimatolojik afet türü, şiddetli yağış/sel olayıdır. 2023 yılı içerisinde toplam 565 adet şiddetli yağış/sel afeti rapor edilmiştir. İkinci sırada ise, 342 olay ile fırtına yer almaktadır. Aynı yıl 241 dolu afeti meydana gelmiş olup, şiddetli yağış/sel ve fırtına afetinden sonra üçüncü sırada yer almaktadır.[7]

Türkiye'de 2024 yılında gerçekleşen hidrolojik ve klimatolojik afetlerin toplam sayısı 1.257'dir. Zarar verme düzeyi açısından olayların dağılımı; %35 ile şiddetli yağış ve sel başta olmak üzere, sırasıyla %20 fırtına, %18 dolu, %9 kar, %8 yıldırım düşmesi, %3 heyelan, %2 hortum ve %2 don olayları şeklindedir. Çığ, orman yangını, sis ve kum fırtınası gibi diğer hidrolojik ve klimatolojik afetlerin toplam içindeki payı %1 veya daha az düzeydedir.[8]

MGM Verilerine Göre 2020-2024 Yılları Arasında Yıllara Göre Türkiye Sıcaklık Değerleri **Tablo 4**'de verilmiştir.[9]

2024 yılı Türkiye ortalama sıcaklığı 15.6 °C ile 1991–2020 ortalaması olan 13.9 °C'nin 1.7°C üzerinde gerçekleşerek son 54 yılın rekorunu kırmıştır. MGM Verilerine Göre 2020-2024 Yılları Arasında Yıllara Göre Türkiye Yağış Durumu **Tablo 5**'de verilmiştir.[9]

MGM verilerine göre 2020-2024 Yılları Arasında Türkiye'de yıllara göre aşırı hava olay Durumu **Tablo 6**'da verilmiştir.[9]

Tablo 4. 2020-2024 yılları arasında yıllara göre Türkiye sıcaklık değerleri

Yıllar	SICAKLIK			
	Ortalama sıcaklık	En yüksek Sıcaklık	En Düşük Sıcaklık	1991-2020 ortalaması (13.9°C) ile karşılaştırma
2020	14.9°C	47.3°C (Şırnak)	-40.0°C (Ardahan)	1.0°C üzerinde
2021	14.9°C	49.1°C (Şırnak)	-34.5°C (Ağrı)	1.0°C üzerinde
2022	14.5°C	47.9°C (Şırnak)	-34.4°C (Van)	0.6 °C üzerinde
2023	15.1°C	49.5°C (Eskişehir)	-31.3°C (Erzurum)	1.2 °C üzerinde
2024	15.6 °C	47.8°C (Şanlıurfa)	-31.3°C (Ardahan)	1.7°C üzerinde

Tablo 5. 2020-2024 yılları arasında yıllara göre Türkiye yağış durumu

YIL	YAĞIŞ	
	Ortalama yağış (mm)	(1981-2010) ortalaması (574 mm) ile karşılaştırma
2020	500	%13 altında
2021	524.8	%9 altında
2022	503.8	% 12.1 altında
2023	641.5	%11.9 üstünde
2024	537,2	%6,3 altında

Tablo 6. 2020-2024 Yılları arasında Türkiye'de yıllara göre aşırı hava olayları

YIL	Aşırı Hava Olayları		
	Sayı	En fazla yaşanan aşırı hava olayı	Yaşanan Can Kaybı/yaralanma
2020*	984	Şiddetli yağış/sel	16/36
2021*	1024	Fırtına/hortum	100/228
2022*	1030	Şiddetli Yağış/Sel	21/54
2023*	1018	Şiddetli Yağış/Sel	25/62
2024**	1257	Şiddetli Yağış/Sel	Veri yok

Tablo 7. 2020-2024 Yılları arasında yıllara göre orman yangınları durumu

ORMAN YANGINLARI	YILLAR					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025*
Olay içindeki oranı(%)	8.8	4.4	3.1	15.8	43.8	36.7
Sayı	3399	2793	2160	2579	3797	Veri yok
Yanan Alan (Hektar)	20.971	139.503	12.799	15.520	27.485	Veri yok

** 28.09.2025 tarihi itibariyle*

MGM ve AFAD verilerine göre 2020-2024 Yılları arasında yıllara göre orman yangınları durumu **Tablo 7**'de verilmiştir.[3,9]

Asit yağmurları, atmosferdeki kükürt dioksit (SO_2) ve azot oksitlerin (NO_2) su buharı ile reaksiyona girerek sülfürik asit ve nitrik asit oluşturması sonucu meydana gelen bir çevre sorunudur. Normal yağmur suyunun pH değeri yaklaşık 5,6 iken, pH değerinin bu seviyenin altına düşmesi asit yağmuru olarak tanımlanır.[11] Meteoroloji Genel Müdürlüğü'nün Türkiye geneline yayılmış istasyonlarından topladığı yağış kimyası verileri, bu dönemde asit yağmurlarının özellikle sanayileşmenin ve kentleşmenin yoğun olduğu bölgelerde devam eden bir sorun olduğunu göstermektedir. Ülkenin farklı coğrafi bölgeleri arasında asitlik seviyeleri açısından belirgin farklılıklar bulunmaktadır. MGM verilerine göre Türkiye'deki bazı istasyonlara ait yağmur suyu pH değerleri **Tablo 8**'de verilmiştir.[10]

Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de iklim değişikliğinden kaynaklanan ve aşırı hava olayları sonucunda sıklığı gittikçe artan taşkın/seller depremlerden sonra en büyük ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Dolayısı ile 2020–2025 döneminde hidrolojik ve klimatolojik afetlerin sıklığı ve şiddeti belirgin biçimde artmıştır.

Sel ve taşkınlar 2020–2025 arasında her yıl tekrar ederek diğer afetler içinde öne çıkmış, can kayıpları ve büyük ekonomik kayıplara yol açmıştır.

Antalya ve Muğla başta olmak üzere 2021'de yaşanan büyük orman yangınları, Cumhuriyet tarihinin en geniş alanlı yangınlar arasında yer almıştır. AYDES verilerine göre 2024 yılına gelindiğinde, orman yangınları tüm afetlerin yaklaşık %44'ünü oluşturmuş, 5.000'in üzerinde olay kaydedilmiştir. Bu oran, yangınların son beş yılda ne kadar ciddi bir tehlike haline geldiğini açıkça göstermektedir.

2024'te toplam 1.257 aşırı hava olayı kaydedilmiş ve bu rakam uzun dönem ortalamalarının oldukça üzerinde

Tablo 8. Türkiye'deki bazı istasyonlara ait yağmur suyu ph değerleri (2025 yaz ayları ve uzun yıllar ortalamaları)

İstasyon	Uzun yıllar ortalaması (pH)	Haziran 2025	Temmuz 2025	Ağustos 2025
Amasra	4,67	5,26	5,19	5,33
Antalya	5,57	6,09	6,38	5,71
Balıkesir	5,31	6,92	5,94	6,59
Çatalca	4,91	5,82	5,38	6,83
İzmir	5,53	5,81	5,55	5,29
Marmaris	4,88	5,71	6,08	6,14
Hatay	5,46	6,27	6,42	6,67
Trabzon	5,63	5,8	5,9	5,57
Yatağan	5,78	-	6,86	6,76
Çamkoru	5,4	4,06	4,36	6,39
Denizli	5,64	6,18	6,52	6,96
Diyarbakır	5,63	-	6,37	6,18

gerçekleşmiştir. Ortalama sıcaklıklar 2024'te 15,6°C'ye ulaşarak son 54 yılın en yüksek seviyesine çıkmıştır.

Son beş yıllık veriler, Türkiye'nin iklim değişikliğinin etkilerini çok yoğun biçimde yaşamaya başladığını ortaya koymaktadır.

Asit yağmurları, sanayileşmiş ve yoğun nüfuslu bölgelerde daha yoğun olmak üzere Türkiye'de önemli bir çevresel problemdir.

Öneriler:

1. Sel/taşkın yönetimi, riskli bölgelerde yapılaşmanın sınırlandırılması ve doğal taşkın alanlarının korunması ile güçlendirilmelidir.
2. Orman yangınlarıyla mücadelede, insansız hava araçları, erken algılama sistemleri ve yangına dayanıklı yerleşim planlamaları öncelik kazanmalıdır.
3. Aşırı hava olaylarına uyum, bölgesel iklim senaryolarına dayalı risk haritaları ile desteklenmeli; afet erken uyarı sistemleri daha yaygın hale getirilmelidir.
4. Kurumsal iş birliği ve halkın katılımı, hem afetlere hazırlık hem de iklim değişikliğine uyum stratejilerinde merkezî bir rol oynamalıdır.
5. Asit yağmuru sorununun çözümü, emisyon kontrolü ve temiz enerjiye geçişi gerektirmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye İklim Değişikliği Uyum Stratejisi ve Eylem Planı (2024-2030) 2023 erişim tarihi: 27.09.2025]; Available from: https://iklim.gov.tr/uyum-dairesi-baskanligi/turkiye-iklim-degisikligi-uyum-stratejisi-ve-eylem-plani-2023-2030-i-d-327.
2. EM-DAT. 2025 erişim tarihi: 28.09.2025]; Available from: https://www.emdat.be.
3. AYDES. 2025 erişim tarihi: 30.09.2025]; Available from: https://www.afad.gov.tr/aydes.
4. AFAD. 2025 erişim tarihi: 29.09.2025]; Available from: https://www.afad.gov.tr/afet-istatistikleri.
5. 2020 yılı meterolojik afetler değerlendirmesi. 2020 erişim tarihi: 20.09.2025]; Available from: www.mgm.gov.tr/FILES/genel/raporlar/2020MeteorolojikAfetlerDegerlendirmesi.pdf.
6. 2021 Yılı Meterolojik Afetler Değerlendirmesi. 2022 erişim tarihi: 25.09.2025]; Available from: https://www.mgm.gov.tr/files/genel/raporlar/afetlerraporu2021.pdf.
7. 2023 Yılı Meterolojik Afetler Değerlendirmesi. 2023 erişim tarihi: 25.09.2025]; Available from: https://www.mgm.gov.tr/FILES/genel/raporlar/2023-metafet-raporu.pdf.
8. 2024 Yıllık İklim Raporu. 2024; erişim tarihi:25.09.2025] Available from: https://mgm.gov.tr/FILES/iklim/yillik-iklim/2024-iklim-raporu.pdf
9. İklim Raporları 2025; Available from: https://www.mgm.gov.tr/iklim/iklim-raporlari.aspx.
10. Asit Yağmurları Bülteni 2025; erişim tarihi:29.09.2025]; Available from: www.mgm.gov.tr/arastirma/hava-kirliligi-ve-asit-yagmurlari.aspx.
11. SN, S.J.P., Atmospheric Chemistry and Physics: From Air Pollution to Climate Change. 3 ed. 2016: John Wiley & Sons.

Jeolojik Kaynaklı Afetler

Recep Akdur

1. Giriş

The International Disaster Database (EM-DAT), Jeolojik afet olarak; deprem, kitle hareketi ve volkanik etkinlikleri kayıt altına almaktadır.[1] Türkiye'de son beş yılda volkanik etkinlik yaşanmadı. Kitle hareketi ile heyelan arasında tanım farklılıkları var ise de heyelanlar da bir tür kitle hareketi kabul edildiğinde; Sinop, Bartın ve Artvin'in Arhavi ilçesinde aşırı yağışla birlikte heyelanlar yaşanmıştır. Bunlardan 7 Aralık 2024 Artvin'in Arhavi ilçesindeki heyelanda dört kişinin hayatını kaybettiği bilinmektedir. Bunun dışında doğrudan heyelana bağlı ölüm olayı da yaşanmamıştır.

Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda, 2020-2025 döneminde jeolojik afet olarak yalnızca depremlerden söz edilebilir. Bunlardan ikisi, 24 Ocak 2020'de, Elâzığ ve Malatya'yı etkileyerek 41 kişinin ölümüne 1607 kişinin yaralanmasına neden olan 6,8 Mw büyüklüğündeki deprem ile 30 Ekim 2020'de yaşanan Ege denizi merkezli İzmir'i özellikle Seferihisar'ı etkileyerek 117 kişinin ölümüne 1034 kişinin yaralanmasına neden olan 6,6 Mw büyüklüğündeki depremdir.

Bu iki deprem bir yana bırakıldığında; döneme damgasını vuran afet niteliğindeki depremler 6 Şubat 2023'te başlayarak izleyen günlerde devam eden, en etkili ikisi 7,8 Mw ve 7,6 Mw büyüklüğünde olan Kahramanmaraş merkezli depremlerdir. On bir ili etkileyen bu depremlerde resmi rakamlara göre 53.537 kişi yaşamını kaybetmiş, 107.213 kişi ise kayıtlara geçecek şekilde yaralanmıştır. Dolayısı ile özelde jeolojik afetler açısından genelde afet açısından ele alınan dönem değerlendirildiğinde; konu Kahramanmaraş merkezli depremler ile bu dönemde afet yönetimlerinin deprem bağlamında yaptıkları ile sınırlı kalmaktadır.

2. Bulgular

Türkiye, aktif tektonik fay hatlarının etkisiyle sürekli sismik tehdit altında olan bir bölgededir. Avrasya, Afrika ve Arabistan levhaları arasında sıkışmış olan, Anadolu levhası üzerinde yer almaktadır. Arabistan levhası Anadolu levhasını kuzeye doğru itmekte, Afrika levhası ise kuzeye doğru yaklaşmaktadır, sonuçta Anadolu levhası batıya doğru itilerek/ilerleyerek sürekli hareket etmektedir. Bu sıkışma ve hareket, deprem enerjisi birikimine, faylar boyunca kırılmalarla sarsıntılara/depremlere yol açmaktadır.[2,3] Bu sarsıntılar başlıca üç ana tektonik kuşak üzerinde yoğunlaşıyor.

Kuzey Anadolu Fay Hattı (KAF): Anadolu Levhası ile Avrasya Levhası arasındaki sınırdan oluşan bu fay, doğrultu atımlı olup, dünyanın en aktif ve önemli faylarından biridir. Doğuda Karlıova'dan başlayıp Marmara Denizi'ni geçerek Saros Körfezi ve Kuzey Ege Denizine kadar uzanır.

Doğu Anadolu Fay Hattı (DAF): Anadolu Levhası ile Arabistan Levhası arasındaki sınırdan oluşan bu fay da doğrultu atımlıdır. Antakya'dan başlayıp Karlıova civarında KAF ile birleşir.

Batı Anadolu Genişleme Kuşağı (Ege Graben Sistemi-EGS): Anadolu Levhasının batıya doğru hareketine bağlı olarak hızla genişlemesi ile oluşan çok sayıda ve eğim atımlı faydan oluşmaktadır.

Bu tektonik yapıdan dolayı Türkiye genelinde 1900'ün başı ile 31 Aralık 2024 tarihleri arasında, 3,0 ile 7,9 büyüklük aralığında toplam 60.000'den fazla deprem meydana geldiği rapor edilmiştir. En sık görülen ($3{,}0 \leq M \leq 3{,}9$) aralığındakiler her gün ve onlarca gerçekleşirken, $7{,}0 \leq M \leq 7{,}9$ büyüklüğünde ve yıkıcı olan depremler ise yaklaşık her 6,25 yılda bir meydana gelmektedir.[4] Bu veriler, Türkiye'nin aktif tektonik fay

hatlarının etkisi altında sürekli bir sismik tehdit içinde yaşadığını göstermektedir.

Açık kaynaklardan özellikle, AFAD ve Kandilli Rasathanesi'nden kamuoyuna yapılan açıklamalarından elde edilen bilgilere göre, 2018-2025 yılları arasında özellikle de 2023 Kahramanmaraş depremlerinden sonra büyük bir artışla binlerce yer sarsıntısı yaşanmış ve yaşanmaktadır. AFAD'ın bildirdiğine göre; gözlem istasyonlarınca senede ortalama 22.000 adet deprem kaydedilmektedir. Her sene ortalama, büyüklüğü 6,0'ın üzerinde olan bir deprem, 5,0 ile 6,0 arasında 25 deprem, 4,0 ile 5,0 arasında 200 deprem meydana gelmektedir.[5]

Ele alınan dönemde Türkiye'de meydana gelen 5 Mw ve daha büyük olan depremler aşağıda **Tablo 1**' de görülmektedir. Tablodan da görüleceği gibi, 6 Şubat 2023 tarihinde dokuz saat ara ile yaşanan; Pazarcık (Saat 04.17'de 7,8 Mv) ve Elbistan (Saat 13,24'de 7,6 Mw) merkezli iki deprem tüm ölçekleri ile afet (katasrof) niteliğindedir. Bu afetten, fiilen etkilenen/yıkıma uğrayan 11 il, 62 ilce ve 10 bin 190 köyde yaklaşık 14 milyon nüfus ile birlikte tüm Türkiye etkilenmiştir.[6] Bu nedenle de söz konusu dönemin afet bağlamındaki gündemi bu depremlerden ibarettir.

Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı Deprem Raporu'nda[2] bildirilen konut hasarları ile TÜİK'in 2022 için verdiği hane sayılarına ek olarak etkilenen illerin deprem merkezine olan uzaklıkları aşağıda **Tablo 2**'de görülmektedir. Bu Tablodan görüleceği üzere ÇŞİDB tarafından hazırlanan 6 Mart 2023 tarihli Hasar Tespit Raporuna göre 11 ilde toplam 518.009 konut ağır, 131.577 orta 1.279.727 konut ise az hasarlı olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca ağır hasarlı, acil yıkılacak veya yıkık kategorisinde 14.314 ahır ve 94.217 ticarethane belirlenmiştir.[7]

Hasarlı konut verileri: ÇİSDİP'den aktaran Strateji ve Bütçe Başkanlığı Raporu[7]

Depremlerin büyüklüğü *(**Moment Magnitude Scale**'in/ Mw / Moment Büyüklüğü Ölçeği)* ile şiddeti *(**Modified Mercalli Intensity Scale**/ MMI/ Mercalli Şiddet Ölçeği)* ile ölçülür. Bu iki ölçü arasındaki en net fark, büyüklüğü çok yüksek olan bir depremin (örneğin büyüklüğü 9,0 Mw olan 2011 Japonya depreminin) can kaybı açısından, büyüklüğü daha düşük olan bir başka depremden (örneğin büyüklüğü 7,0 Mw olan 2010 Haiti depremi) daha az yıkıcı olabilmesidir. Aynı büyüklükteki depremlerin şiddetleri/ sonuçları arasındaki fark depremin meydana geldiği coğrafi konum, nüfus yoğunluğu, özellikle ***binaların ve diğer yapıların dayanıklılığı*** ve erken uyarı sistemleri ile arama kurtarma çalışmalarının etkililiğinden ileri gelir.

Aşağıdaki **Tablo 3**'ten de görüleceği üzere; 11.03.2011 Tarihli Japonya depreminde açığa çıkan 1.1 Gigaton TNT'ye eşdeğer enerji, 12.01.2010 tarihli Haiti depreminde açığa çıkan 263 kiloton TNT 'ye eşdeğer enerjinin 4182,5 katı kadardır. Buna karşılık Japonya'da

Tablo 1. Türkiye'de 2018-2025 yılları arasındaki 5,0 Mw ve daha büyük depremler

Tarih	Merkez Üs ve Etkilenen Başlıca Bölgeler	Büyüklük Mw	Ölü Sayısı (Yaklaşık)	Yaralı Sayısı (Yaklaşık)
24.04.2018	Adıyaman	5,2	0	-
08.08.2019	Denizli	5,8	0	-
26.09.2019	Marmara Denizi	5,7	1	-
24.01.2020	Elazığ-Sivrice ve Malatya	6,7	41	**1607**
14.06.2020	Bingöl	5,9	1	100+
25.06.2020	Van	5,4	0	-
30.10.2020	Ege Denizi -Seferihisar	7,0	117	**1034**
06.02.2023	Kahramanmaraş-Pazarcık	7,8	**53.537** (İkisi birlikte)	**Binlerce kişi** (İkisi birlikte)
06.02.2023	Kahramanmaraş-Elbistan	7,6		
20.02.2023	Hatay-Defne/Samandağ ve	6,3	6+	-
27.02.2023	Malatya -Yeşilyurt	5,2	2	-
16.10.2024	Elazığ ve Malatya	6,0	0	-
23.04.2025	Marmara Denizi	6,2	1	359
10.08.2025	Balıkesir-Bigadiç,	6,1	1	-
27.08.2025	Balıkesir-Sındırgı	6,1	-	-

Açık kaynaklardan derlenmiştir.

Tablo 2.İl Bazında Hasar Tespit Raporu(Konut Sayıları)

	Hane Sayısı (TÜİK 2022)	HASAR				Deprem Merkezine Uzaklık (Km)	
		Ağır		Orta	Az		
		Haneye Oran (%)	Sayı	Sayı	Sayı	Pazarcık	Elbistan
Adana	770000	0,38	2952	11768	71072	180	170
Adıyaman	185000	30,41	56256	18715	72729	80	100
Diyarbakır	390000	2,21	8602	11209	113223	200	250
Elazığ	180000	5,64	10156	1522	31151	240	140
Gaziantep	640000	4,55	29155	20251	236497	30	130
Kah.Maraş	340000	29,21	99326	17887	161137	40	105
Malatya	235000	30,43	71519	12801	107765	170	70
Hatay	480000	44,85	215255	25957	189317	140	200
Kilis	52000	48,36	25145	1303	27969	70	170
Osmaniye	180000	8,95	16111	4122	69466	100	170
Şanlıurfa	510000	12,08	6163	6041	199401	150	210
Toplam	3962000	13.07	518009	131577	1279727		

22312 ölüm meydana gelmiş olup, etkilenen nüfusta ölüm oranı yaklaşık binde 5'dir. Buna karşılık Haiti'de 316000 kişi yaşamını kaybetmiş olup etkilenen nüfusta ölüm oranı yaklaşık yüzde 9'dur. Bu iki ülke arasındaki farkı yaratan en önemli etkenin ***depreme dayanıklı yapılar*** sistemi olduğuna kuşku yoktur.

Türkiye'de 06.02.2023 tarihindeki 7,8'Mw'li ilk depremde açığa çıkan 6.0 Megaton TNT'ye eşdeğer enerji, 12.01.2010 Haiti depreminde açığa çıkan 263 kiloton TNT"ye eşdeğer enerjinin yaklaşık 22,81 katıdır. Türkiye'de etkilenen nüfus Haiti'nin üç misli kadar olup 14.000.000, yaşamını kaybeden kişi ise 53537'dir. Etkilenen nüfusta ölüm oranı yaklaşık %042 olmuştur. Haiti'de ise 3.500.000 etkilenen nüfusta 316000 kişi hayatını kaybetmiş ve etkilenen nüfusta ölüm oranı yaklaşık %9'dur. Başka bir anlatımla Haiti'deki etkilenen nüfustaki ölüm oranı yaklaşık 22,5 kat daha fazladır.

Japonya'daki 11.03.2011tarihli depremde açığa çıkan 1.1 Gigaton TNT eşdeğer enerji, Türkiye de açığa çıkan 6.0 Megaton TNT'ye eşdeğer enerjinin yaklaşık olarak 183.33 katıdır.

Japonya'da bu depremden etkilenen nüfusta ölüm oranı binde 5 iken Türkiye'de yaklaşık binde 4'tür.

Türkiye'de afet yönetiminden birinci derecede sorumlu T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı'dır (AFAD). Afet yönetiminin dört temel işlevine karşılık gelen ve koordinasyonu AFAD'ca yürütülen merkezi planlar yapılmıştır. Bunlar: Türkiye Afet Risk Azaltma Planı (TARAP), Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP), Türkiye Afet Sonrası İyileştirme

Tablo 3. Dünyanın farklı bölgelerinde ve farklı büyüklükteki bazı depremlerde açığa çıkan kuramsal enerji ve neden olduğu ölüm ve yaralanmalar

Tarih -Yer	Mw	Açığa Çıkan Enerji		ÖLÜM		YARALI	Etkilenen Nüfus
		Joule	TNT	Sayı	%		
12.01.2010 **Haiti**	7,0	$1.1x10^{15}$	263 Kt	316.000	9,03	300.000	3.500.000
11.03.2011 **Japonya**	9,0	$4.5x10^{18}$	1.1 Gt	22312	0.54	6.242	4.143.000
06.02.2023 **Türkiye**	7,8	$2.5x10^{16}$	6.0 Mt	53537	0.38	107.204	14.000.000
	7,6	$1.6 x10^{16}$	3.77 Mt				
29.07. 2025 **Kamçatka**	8.8	$1.4x10^{18}$	335 Mt	1	-	25	250.000

Planı (TASİP)'dir. Başta İl Afet Risk Azaltma Planları (İRAP) olmak üzere, bunların her birinin illere ve kurumlara/konulara (HAP, URAP) özgü uzantıları da vardır. Ayrıca Ulusal Deprem Araştırma Programı(U-DAP) adında başka bir program da yürütülmektedir.

AFAD tarafından, 2019-2021 yılları arasında hazırlanan TARAP ya da illerdeki İRAP'lar açısından durum değerlendirildiğinde; İl Afet Risk Azaltma Planlarında yapılan tespitler ve öngörülerde, net sayısal değerlendirmeler yapılmasında önemli eksiklikler olmasına rağmen, kentlerdeki yerleşimlerin büyük bir kısmının gelişmeye elverişli olmayan zeminlerde olduğu ve bu alanlardaki eski/ zayıf yapı stokunun yenilenmesi gerektiğinin altı çizilmiştir.[8]

Depremin meydana geldiği 11 ildeki mevcut yapı stoku değerlendirildiğinde; yapılaşmanın oldukça eski ve güncel mevzuata aykırı olduğu, zemin koşullarının uygun olmadığı alanlarda yerleşimlerin bulunduğu saptanmaktadır. Genel olarak bazı illerin yapı stoklarının mevcut durumunun deprem öncesinde de bilindiği, yapılması gerekenlerin amaç, hedef ve eylem tablolarında yer aldığı, ancak deprem meydana gelmeden önce uygulamaya geçirilemediği bildirilmiştir.[9]

Bazı illerin senaryolarda sonradan yaşanan depreme çok yakın tahminlerde de bulunulmuştur. Örneğin; Kilis ve Gaziantep'in hazırlamış olduğu İRAP senaryolarında Kahramanmaraş'ın Pazarcık ilçesinde meydana gelebilecek bir deprem senaryosu kurgulanmış ve hasar tahminleri de yapılmıştır.[9] Ancak, kentsel dönüşüm yapılmadığı gibi, müdahale (kriz yönetimi) için de senaryolara paralel ya da senaryoların gerektirdiği örgütlenme ve örgütsel kapasitenin yaratılmadığı bilinmektedir.

Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) açısından bir değerlendirme yapıldığında ise: bu plana rağmen kriz yönetimi sırasında büyük bir koordinasyon karmaşası yaşandığı, bunun en önemli nedeni olarak merkez ya da il düzeyindeki yönetimlerin eğitimli/nitelikli personel ve yöneticilere sahip olmaması olduğu tartışılmaktadır. Müdahale çalışmalarına katılan paydaşlara/ gönüllülere merkezi yönetimlerce iletişim ve koordinasyon konusunda yeterince yardımcı olunmadığı rapor edilmektedir.[10] Merkezi yönetim ve planlamalar avantaj yaratması gerekirken tam tersine dezavantaja dönüşmüş, birçok hizmetin yürütülmesinde paydaşların etkinliğinin ve etkililiğinin azalmasına neden olmuştur. Yerelde yeterli müdahale, arama kurtarma, hasar tespit ve ilk yardım konularında hizmet verebilecek teknik personel ve uzmanın olmaması özellikle müdahale ve hasar tespiti konusunda sorunlar yaşanmasına neden olmuş ve olmaktadır.[2]

3. Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de, 17 Ağustos 1999 Marmara/Gölcük deneyiminden sonra, başta afet yönetimine bütünsel yaklaşım olmak üzere, kamu örgütlenmesi ve yasal düzenlemeler açısından oldukça önemli gelişmeler sağlanmıştır. 17 Haziran 2009 yılında kurulan Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı'ndan (AFAD) sonra, bu bağlamdaki devlet örgütlenmesi açısından oldukça iyi bir düzeye gelinmiştir. Ancak örgütün günlük siyasal müdahalelerin altında olması, özerk/bilimsel bir tutumla yönetilmemesi ve yönetimine afet alanında uzman/ liyakatli kişilerin egemen olmaması örgütün etkinliği ve etkililiği önündeki en önemli sorundur. Bunun mutlaka çözülmesi gerekir.

Merkezi devlet örgütlenmesinin en azından gereksinimlere yanıt verebilecek bir yapıya/beklentiye kavuşmuş olmasına karşın, toplumsal örgütlenmeler (apartman, sokak, toplu yaşam alanları, mahalle, kent) yok denecek düzeydedir. Bir yandan bu eksiklik hızla giderilirken öte yandan da toplum eğitim ve tatbikatlarının bu örgütlenmeler üzerine oturtulması gelecek afetlerle başetmek için son derece önemlidir.

Kahramanmaraş depremleri. Marmara/Gölcük depreminden sonra yeniden düzenlenen inşaat yasalarına rağmen, sıkı bir denetimin yapılmadığının dirençsiz binalar yapılmaya (risk biriktirmeye) devam edildiğinin, açık bir kanıtıdır.

Kahramanmaraş Pazarcık'ta 06.02.2023 tarihinde Saat 04.17'de başlayan depremler; Elbistan, Nurdağı, İslahiye ve ile devam eden bir deprem fırtınası niteliğinde olup, tüm ölçüleri açısından, dünyanın en büyük depremleri arasındadır.[3,6,11,14] Depremin başlangıcından 14 Mart 2023 dek, 7 Büyük Deprem 16.976 artçı deprem yaşanmıştır.[6,3] Bu nedenle müdahale çalışmalarında bazı eksiklik ve aksakların yaşanması olağan karşılanabilir. Ancak daha önce yaşanan deneylere, merkezi planlara rağmen, başta kurumların/ paydaşların koordinasyonsuzluğu olmak üzere; arama kurtarma hizmetleri, afetzedelerin temel gereksinimlerin karşılanması, hijyenik koşulları uygun geçici yerleşime geçilmesi gibi birçok hizmette ciddi gecikmeler ve eksiklikler yaşanmıştır.

Kâğıt üzerinde oldukça iyi gibi görünen senaryo ve müdahale planları, ***alternatifli/çok seçenekli olması*** nedeniyle öngörülen büyüklüklerin üzerindeki olaylar ile karşılaşınca adeta geçersiz hale gelmesi, ***se-***

naryoların gerektirdiği örgütlenme ve kapasitelerin yaratılmaması en önemli iki sorundur. Tüm afetlerde özellikle de depremlerde altın saatler olarak adlandırılan ilk saatlerin başarılı kullanımı tamamen yerel hatta ailesel örgütlenme ve kapasiteye bağlıdır. Kahramanmaraş deneyimi yerel örgütlenme özellikle de halkın bilinçlendirilmesi ve örgütlenmesinin yok düzeyinde olduğunu göstermiştir. Arama kurtarma ve acil müdahalede ciddi yetersizlikler yaşanmıştır. Özellikle izolasyon evresi çalışmaları çok yetersizdir. Bu çalışmaların toplumsal örgütlenmeler (apartman, sokak, mahalle, köy, kasaba, kent) üzerinden yürütülmesine bir an önce geçilmelidir.

Türkiye'de son yıllarda inşaat sektörü ekseninde ilerletilmeye çalışılması ve bunu teşvik eden finansal araçların yaygınlaştırılması siyasal bir tercih olarak öne çıktı. Pek çok alanda olduğu gibi inşaat sektörü ve onun etkilediği sektörlerle ilgili bürokraside ve ilişkili toplumsal aktörlerin ekolojisinde bilim ve akıldan uzaklaşmayı egemen hale getirmiştir. Rasyonelliğin ikinci plana itildiği bu ortam, kısa vadeli bireysel veya grup çıkarlarını gözeten değer sistemini yaygınlaştırdı veya normalleştirdi.[12] Mühendislik hizmeti almamış, sağlıksız ve güvensiz yapı stokunun, imar affı, imar barışı gibi uygulamalar ile yasallaştırılmasına kesinlikle son verilmelidir. Yeniden yapılanma sürecinde doğal eşikler esas alınmalı, kültür varlıkları hariç uygunsuz alanlarda yapılaşmalara asla izin verilmemelidir.

Kriz dönemi ve afetlere müdahalede kritik iki hizmet grubu olan geçici yerleşimler ve sağlık hizmetlerinde büyük sıkıntılar yaşanmıştır. Geçici yerleşimde kullanılan çadır, konteyner v.b. araçların sayısal ve niteliksel yetersizlikleri bir yana, var olanlar için yer seçimi ve kurulma düzeninde yapılan yanlışlıklar ile temel gereksinimleri karşılayabilme özelliklerinden yoksun olmaları ciddi ikincil sıkıntıların yaşanmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinin aksamasının/yetersiz kalmasının en önemli nedeni etkilenen bölgedeki hastane ve diğer sağlık yapılarının hasarlanarak hizmet göremez hale gelmiş olmasıdır. Bu durum 1999'dan sonra hatta 2015'en sonra yapılan hastaneleri bile işlevsiz hale getirmiştir.

Deprem özelinde, Marmara ve Kahramanmaraş Depremleri sonrasında risk yönetimi veya sessiz dönem çalışmalarının önemi kavranmış gibi gözükmektedir. Ancak bu bağlamdaki en önemli müdahale olan kentsel dönüşüm çalışmaları çok yavaş ilerlemekte öte yandan da özellikle afet plan ve senaryo çalışmaları hem nicelik hem de nitelik olarak yetersiz kalmaktadır.

Tüm bu aksaklıkların giderilebilmesi ve burada veya aşka metinlerdeki önerilerin başarılabilmesi, bir daha Kahramanmaraş benzeri acılarının yaşanmaması için özelde depremlere genelde ise afetlere "mistik/kader merkezli yaklaşım ve algı" sorunu çözülmelidir. Çünkü bu algı biçimi hem felsefi hem kavramsallaştırma hem de etkili önlemler alma açısından sorunu çözümsüz, en azından uzun/belirsiz bir zamana yayılmış/ertelenmiş hale getirmektedir. Afetin "özünde insani ve toplumsal bir olgu olduğu, çözümün de yine insani ve toplumsal girişimlerden geçtiği"; "depremlerin değil ama depreme bağlı afetlerin yok edilebileceği" düşüncesinde toplumsal uzlaşma ve bilinç sağlanması" çözüm için en önemli adımlardan biridir. Bu bağlamda örgün, yangın ve algın öğretimde bu konuya gereken yer ve önemin arttırılmasına gereksinim vardır. Toplumun dolayısı ile de yönetimlerin bilinçli hale getirilmesi özellikle risk ve risk algısı konusunda bilinçlendirilmesi *"tüm afetlerin bu arada da deprem afetlerinin ihmale bağlı ve yapay olduğunun kabulü"* çözümüm/çözümlerin anahtarı niteliğindedir.

KAYNAKLAR

1. The International Disaster Database (EM-DAT), https://www.emdat.be/, (erişim tarihi: 20.10.2025).
2. TMMOB.: 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremleri Raporu, (birinci ve ikinci bölüm)
3. Kandilli Rasathanesi ve Deprem Araştırma Enstitüsü, 6 Şubat 2023 Mw 7.7 Gaziantep, 6 Şubat 2023 Mw 7.6 Kahramanmaraş, 20 Şubat 2023 Mw 7.6 Kahramanmaraş Ön Değerlendirme Raporu
4. Boğaziçi Üniversitesi Kandilli Rasathanesi ve Deprem Araştırma Enstitüsü, 2024 Yılı Türkiye ve Yakın Çevresi Deprem - Patlatma Analiz Raporu
5. T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı 06 Şubat 2023 Pazarcık-Elbistan Kahramanmaraş (Mw: 7,7 – Mw: 7,6) Depremleri Raporu
6. T.C. Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı 6 Şubat 2023 Kahraman Maraş Depremleri Asrın Felaketi
7. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı 2023 Kahramanmaraş ve Hatay Depremleri Raporu
8. İTÜ 6 Şubat 2023 Depremleri Ön İnceleme Raporu, Şubat 2023
9. Kılıç M. Kahramanmaraş Depremlerinin Etkilediği 10 İlin İl Risk Azaltma Planlarındaki Yapı Stoğu Durumlarının İncelenmesi ve Deprem Sonrası Durum ile Karşılaştırılması Acil Yardım ve Afet Bilimi, Volume 3, Number 2, 2023.
10. Çağırtekin C.: 1999 Marmara Depremleri ile 2023 Kahramanmaraş Depremlerinin Acil Müdahale Çalışmalarının Karşılaştırılması/İdarecinin Sesi Dergisi 223. sayı Ocak - Şubat 2025
11. TC İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı 06 Şubat 2023 Pazarcık (Kahramanmaraş) Mw

7,7 Elbistan (Kahramanmaraş) Mw 7,6 Depremlerine İlişkin Ön Değerlendirme Raporu

12. Geçgin E.: Kahramanmaraş depremine toplumsal katmanlarla ve toplumsal ekolojilerle bakmak (içinde; editör: Kasapoğlu M.A.: afet ve toplum insan-doğa ilişkisi, birinci baskı töz yayınları, Mart 2023.
13. Boğaziçi Üniversitesi Kandilli Rasathanesi ve Deprem Araştırma Enstitüsü, Bölgesel Deprem-Tsunami İzleme ve Değerlendirme Merkezi, 10 Ağustos 2025 Alakır-Sındırgı (Balıkesir) M6.1 Depremi Ön Değerlendirme Raporu, Sayfa 8.
14. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı Kahramanmaraş ve Hatay Depremleri Yeniden İmar ve Gelişme Raporu, Ankara 2024

6 Şubat 2023 Depremleri Sonrasında HASUDER Çalışmaları

Derya Çamur

Türkiye'de 6 Şubat 2023 tarihinde dokuz saat arayla Kahramanmaraş ili merkezli 7,7 M_w ve 7,6 M_w büyüklüklerinde iki deprem yaşanmıştır.[1,2] Bu depremlerde 11 il etkilenmiş, büyük yıkım ve resmi rakamlara göre 53 bin 537 ölüm meydana gelmiştir.[3] Bu depremler ülke olarak depreme hazırlıklı olmadığımız gerçeğiyle bir kez daha yüzleşmemize neden olmuştur. Kamu kurumlarının pek çoğunun böyle bir afete hazırlıklı olmadığı, AFAD ve Kızılay gibi bu acil duruma hazır olması ve hemen müdahale etmesi gereken kuruluşların müdahalede yetersiz kaldığı gözlenmiştir. Hatay'da, Adıyaman'da, Kahramanmaraş'da, Malatya ve Gaziantep'in birçok ilçesinde Sağlık Bakanlığı hastaneleri yıkılmış ya da kullanılamaz duruma gelmiştir. Aile hekimliği sistemi çalışamaz duruma gelmiştir.[4]

Bir tıpta uzmanlık derneği olan Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) depremin ilk gününden itibaren deprem bölgesinde çalışan halk sağlığı uzmanlarını desteklemeye ve toplum sağlığını iyileştirmeye yönelik çalışmalar yürütmüştür. HASUDER'in bazı çalışmaları asıl olarak halk sağlığı uzmanlarına (HSU), bazı çalışmaları topluma yönelik olsa da aslında yapılan tüm çalışmalar sonuçta toplum yararına sonuçlar yaratmıştır. Örneğin HSU'ların gereksinimleri dikkate alınarak hazırlanan DEPREM internet sayfasındaki içerikler toplumun bilgilendirilmesi amacına da hizmet etmiştir.

HASUDER tarafından yürütülen çalışmaları kabaca iki grupta toplamak mümkündür:

1. Halk Sağlığı Uzmanlarına (HSU) yönelik çalışmalar
2. Topluma yönelik çalışmalar

1. Halk Sağlığı Uzmanlarına Yönelik Çalışmalar

Depremin ilk günü bölgede çalışan halk sağlığı uzmanları, akademisyenleri ve araştırma görevlilerine ulaşılarak durumları hakkında bilgi alınmıştır. Hatay'da bir araştırma görevlisinin yaşamını yitirdiği öğrenilmiştir.

Yine ilk gün halk sağlığı uzmanlarına duyuru yapılarak, bölgede görev yapan ve depremzede olan halk sağlığı uzmanlarının yanında ya da onların yerine görev yapmak üzere bir gönüllü listesi oluşturulmuştur. Bu liste resmi yazı ve telefon ile Sağlık Bakanlığı'na iletilmiştir. Çok sayıda üyemizin bu listede yer alması HSU'ların afet koşullarında aktif çalışma hevesinin göstergesi olmuştur.

Bölgede görev yapan halk sağlığı uzmanlarının ihtiyaç duydukları konularda danışabilecekleri bir WhatApps grubu kurulmuştur: HSU Dayanışma Grubu. Bu gruba bölgede görev yapmayan pek çok halk sağlığı uzmanı ve akademisyen dahil olmuş ya da davet edilmiştir. Böylece hızlı işleyen bir iletişim ağı oluşturulmuştur. Bu grup travmatik bir dönemde önemli bir dayanışma aracı olarak rol oynamıştır.

Deprem sonrası akut dönemde hızlı biçimde bilgiye ve aynı zamanda deneyime erişim ihtiyacı doğmuştur. HASUDER tarafından özellikle bölgede görev yapan halk sağlığı uzmanlarını bilgi ve deneyim açısından desteklemek üzere çalışmalar yapılmıştır.

Bu amaçla HASUDER internet sayfasında DEPREM başlıklı bir sayfa oluşturulmuş, bu sayfa için hızlı ve yoğun bir içerik üretimi yapılmıştır.[5] HASUDER internet sitesi, dolayısıyla DEPREM sayfası da tüm toplumun erişimine açıktır. Dolayısıyla hem halk sağlığı uzmanları hem de tüm toplum kesimleri bu bilgilere ulaşabilmiştir. DEPREM sayfasına içerik üretimi için HASUDER Afet ve Acil Durumlar Çalışma Grubu'nun koordinasyonunda HASUDER çalışma grupları görev almıştır. Bilgi notları hazırlanmış, uluslararası kuruluşların konuyla ilgili metinlerinin çevirisi yapılmıştır.

Gönüllü üyelerden bir çekirdek ekip oluşturularak bu metinler temel alınarak infografikler hazırlanmıştır.

Periyodik olarak ayda iki kez yapılan HASUDER WEBİNER programları bu dönmede yeniden yapılandırılmıştır. HASUDER'in YouTube kanalı olan @KanalHASUDER üzerinden yaklaşık bir ay boyunca tematik WEBİNER'ler (13 WEBİNER) düzenlenmiştir. Bu webinerlere ait kayıtlara @KanalHASUDER'den ve HASUDER internet sayfasından erişilebilmektedir.[5]

Yine @KanalHASUDER'de yayımlanmak üzere 11 farklı konuda, alanında uzman bir konuşmacı ile soru-cevap formatında "Gündem Deprem Programı" videoları hazırlanmıştır:

- Depremin Ardından HASUDER Çalışmaları
- Deprem ve Kadın Sağlığı
- Deprem ve Anne Sütü
- Deprem ve Güvenli Su
- Deprem ve İnfodemi
- Deprem ve Bağışıklama
- Depremlerde Gıda Güvenliği
- Afet Durumlarında Hızlı Değerlendirme Yöntemleri
- Yeti Kaybı Olan Bireyler ve Afetler
- Deprem ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
- Deprem ve COVID-19

"Gündem Deprem Programı" videolarına @KanalHASUDER ve HASUDER internet sayfasından erişilebilmektedir.[5]

HASUDER Halk Sağlığı Okulu bünyesinde rutin olarak online eğitimler düzenlenmektedir. Depremden önce başlatılan "Afet ve Acil Durumlarında Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitimi" deprem sonrası dönemde de aktif olarak kullanılmıştır. İlerleyen süreçte "Deprem Sonrası Halk Sağlığı Hizmetleri Eğitimi" hazırlanmış ve Halk Sağlığı Okulu online eğitimleri arasına eklenmiştir.[6]

Deprem sonrası geç dönemde halk sağlığı uzmanlarının deprem bölgesindeki sağlık hizmetlerini yerinde görüp değerlendirmesi amacıyla 5-9 Mayıs 2025 tarihleri arasında "Depremlerde Halk Sağlığı Uzmanlarının Görevleri" temasıyla Hatay, Kahramanmaraş, Adıyaman ve Gaziantep illerini ve ilçelerini kapsayan Gezici Eğitim Semineri (GES) düzenlenmiştir. Bu GES HASUDER tarafından düzenlenen 6. GES olma özelliğini taşımaktadır. On altı halk sağlığı uzmanı ve araştırma görevlisinin katıldığı Gezici Eğitim Semineri'nde üç eğitimci görev almıştır. GES programında kurum ve kuruluşlar ziyaretleri yapılmış, il ve ilçe sağlık yöneticileri, kurum yönetici ve çalışanları ile görüşmeler yapılmış, otobüste ve akşam saatlerinde günün değerlendirilmesi ve tartışma oturumları yürütülmüştür. GES kapsamında ırasında aşağıdaki kurumlar ziyaret edilmiştir:

- İl Sağlık Müdürlükleri ve Halk Sağlığı Başkanlıkları (Hatay, Kahramanmaraş, Adıyaman ve Gaziantep)
- İlçe Sağlık Müdürlükleri (Arsuz, Islahiye, Nurdağı, Dulkadiroğlu, Pazarcık, Besni)
- Sağlıklı Hayat Merkezleri ve KETEM birimleri (İskenderun, Dulkadiroğlu, Adıyaman)
- Aile Sağlığı Merkezleri (Nurdağı, Adıyaman)
- Göçmen Sağlığı ve Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezleri (Adıyaman, Gaziantep)
- Devlet Hastaneleri (Nurdağı)
- Kızılay Toplumsal Hizmet Merkezi (Nurdağı)
- Konteyner kentler (Hatay, Nurdağı, Kahramanmaraş, Adıyaman)

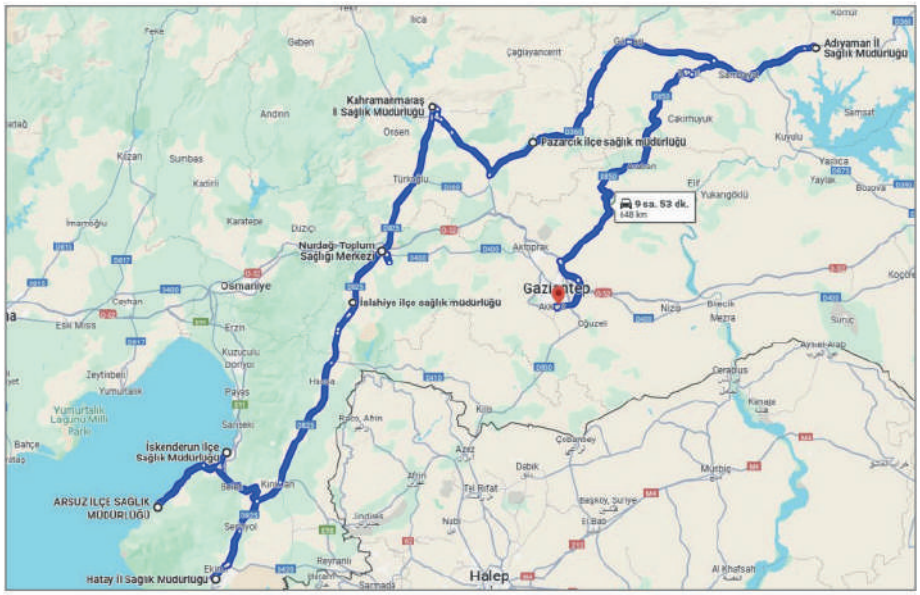
Eğitim sonunda HASUDER GES-2025 Raporu hazırlanmıştır. Rapora HASUDER internet sayfasından erişilebilmektedir.[7]

2. Topluma Yönelik Çalışmalar

Depremin hemen ardından topluma, halk sağlığı profesyonellerine ve karar vericilere yönelik hazırlanan basın açıklamaları kamuoyu ile paylaşılmıştır.[8]

HASUDER tarafından oluşturulan ekipler tarafından deprem bölgesine saha ziyaretleri gerçekleştirilmiş, yapılan değerlendirmeleri içeren saha raporları hazırlanmış ve yayımlanmıştır. Bu raporlar halk sağlığı profesyonellerine ve karar vericilere yönelik içeriktedir. Raporlara HASUDER internet sitesinden ulaşılabilmektedir:

- *Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 6 Şubat Depremleri Hatay İli Saha Raporu:* HASUDER'in ilk değerlendirme raporu depremden sonra ilk hafta Hatay ili için hazırlanmıştır.[9]
- *Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 6 Şubat 2023 Depremleri İkinci Ay Saha Raporu:* 2023 Nisan ayında hazırlanmıştır.[10]
- *Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 6 Şubat 2023 Depremleri Üçüncü Saha Raporu:* 2023 Mayıs ayı içerisinde hazırlanmış ve yayımlanmıştır.[11]



Şekil 1. HASUDER GES-2025 rotası.



Gezi başlangıcı grup fotoğrafı, Hatay Boğaziçi Otel, 4 Mayıs 2025



GES Kapanış Fotoğrafı, Gaziantep, 9 Mayıs 2025

Bu üç HASUDER raporu kamuoyunda ilgiyle karşılanmıştır. Kadın Emeğini Değerlendirme Vakfı (KEDV) tarafından, deprem illerinde yürüteceği çalışmalara dayanak oluşturması amacıyla, deprem bölgesinde halk sağlığı hizmetlerinin durumu konusunda HASUDER tarafından bir rapor hazırlanması talep edilmiştir. Bunun üzerine üyelerimizden oluşturulan bir ekip tarafından Haziran 2023'te Gaziantep, Kahramanmaraş ve Hatay İllerinde "Deprem Sonrasında Halk Sağlığı Hizmetlerinin Durumu Raporu" hazırlanarak KEDV'e sunulmuştur.

Depremden hemen sonra, Mart 2023'te, içme kullanma suyunda koliform tayini yapan bir laboratuvar cihazını bağışlamak için uygun bir kurum arayan üretici firmanın HASUDER'e ulaşması sonrasında, en doğru adresin yerel yönetim olacağı düşünülerek firma ile Hatay Su ve Kanalizasyon İdaresi'nin (HATSU) temas kurmasına aracılık edilmiştir. Firma tarafından bağışlanan cihaz halen HATSU'da içme kullanma suyu kalitesi izleminde kullanılmaktadır.

Antakya Defne Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nin hizmet sunumunda ihtiyacı olan bazı tıbbi malzemelerin HASUDER tarafından Direct Relief desteğiyle yürütülen proje bütçesinden alımı yapılmış ve hastaneye bağışlanmıştır.

Hatay İlçe Sağlık Müdürlüklerinin sağlık eğitiminde kullanmak üzere ihtiyacı olan broşürlerin basımı Direct Relief proje bütçesinden yapılmıştır.

Hatay'da birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması çalışmaları sırasında 2024 yılı Temmuz ayında İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yeni ataması yapılan aile hekimlerine yönelik düzenlenen iki uyum eğitim programı Direct Relief proje bütçesinden desteklenmiştir. Ayrıca iki halk sağlığı öğretim üyesi bu eğitimlerde eğitici olarak görev almıştır. Böylece Hatay'da kamu tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması çalışmalarına HASUDER tarafından önemli bir katkı sağlanmıştır.

Hatay'da yürütülen çalışmalar HASUDER'in görünürlük ve bilinirliğini artırmıştır. Kızılay tarafından afet sonrası dönemde kronik hastalıkların yönetimi ve kadın sağlığı/üreme sağlığı konularında bölgede görev yapan personeline yönelik bir eğitim düzenlenmesi talep edilmiştir. HASUDER Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Üreme Sağlığı Çalışma Grubu ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çalışma Grubu'ndan eğitimciler tarafından 28-30 Nisan 2025 tarihlerinde Gaziantep'te "Afet Sonrası Kronik Hastalıkların Yönetimi ve Üreme Sağlığı Eğitimi" düzenlenmiştir.

HASUDER -UNFPA işbirliği ile 5-6 Haziran 2024'te İskenderun'da deprem illerinde hizmet sunan sivil toplum kuruluşlarındaki sağlık personeline yönelik "Üreme Sağlığı Eğitimi"; 7 Haziran 2024'te de "Afetlerde Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda İş Birlikleri: Uluslararası Kuruluşlar, Sivil Toplum ve Kamu Sempozyumu" düzenlenmiştir.

Sempozyumda, 6 Şubat 2023 depremleri sonrasında deprem illerinde, özellikle Hatay'da sahada cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) başta olmak üzere sağlık ve koruma alanlarında hizmet sunan sivil toplum kuruluşları (STK) ve kamu paydaşlarının bir araya geldiği bir platformda deneyimlerin paylaşılması, yapılanların, zorlukların ve yapılamayanların ortaya konulması ve bundan sonra yaşanabilecek afetlere hazırlıklı olma durumunun sağlanabilmesi için iş birliği ortamı oluşturulması amaçlanmıştır. Ayrıca sahada birlikte çalışan çeşitli meslek grubu temsilcileri, akademisyenler, kamu kuruluşu, STK ve uluslararası kuruluş temsilcileri bir araya gelmiş, deprem bölgesinde bir yılı aşkın süredir yapılan çalışmaların görünür hale gelmesi sağlanmıştır. Sempozyuma Sivil Toplum Kuruluşları (HASUDER, SGDD-ASAM, SENED, TAPV, SGYD, Hatay Tabip Odası), Uluslararası Kuruluşlar (UNFPA, PRM, IOM) ve Kamu Kurum ve Kuruluşları (Hatay İl Sağlık Müdürlüğü, Hatay Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, Hatay İlçe Sağlık Müdürlükleri, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Diğer deprem illerinde il ve ilçe sağlık müdürlükleri temsilcileri, Akademisyenler) temsilcileri katılmıştır. Hazırlanan Sempozyum Kitabı ve Sonuç Bildirgesine HASUDER internet sayfasından ulaşılabilmektedir.[12]

HASUDER Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmet Birimleri, Hatay

Bir tıpta uzmanlık derneği olan HASUDER'in depremden sonra akut dönemde, yıkımın en fazla olduğu Hatay ilinde cinsel sağlık üreme sağlığı alanında başlattığı ve yaklaşık iki yıl süren çalışmaların ayrı bir başlık altında sunulması uygun olacaktır.

Hizmet sunum alanının kadın sağlığı/üreme sağlığı olarak seçilmesinde iki neden belirleyici olmuştur. Bunlardan ilki afet sonrası dönemde cinsel sağlık üreme sağlığı (CİSÜS) hizmetlerinin geri planda kaldığının, bu alanda karşılanamayan hizmet açığının olduğunun bilinmesidir.[13-21] Oysaki insani kriz ve afetlerde mahremiyet alanlarının daralması ya da kaybolması, sağlık hizmetlerine erişimde güçlükler ve sağlık kurumlarının kapasitesinde azalma gibi nedenlerle CSÜS hizmetleri daha önemli hale gelmektedir.[22-24] Afetlerde CSÜS hizmetlerine talep azalmadığı gibi, cinsel yolla

bulaşan hastalıklar ve HIV bulaşma riski, güvenli olmayan düşükler ve doğumlar, toplumsal cinsiyete dayalı şiddet riski, kadın ve kız çocuklarının savunmasızlığı artmaktadır.[25] CSÜS hizmetlerinin yeterince sunulamaması; anne ve çocuk ölümlerinde artışa, istenmeyen gebeliklere, isteyerek düşüklere ya da istenmeyen çocuklara neden olur.[26,27] Bu nedenle afetlerde CSÜS hizmetlerinin planlanması, koordinasyonu, sunulması ve hizmetlere erişimin sağlanması öncelikli ve önemlidir. [28] Afet durumlarında CSÜS hizmetlerini sunmak üzere, Birleşmiş Milletler IAWG tarafından geliştirilen The Minimum Initial Service Package for Sexual and Reproductive Health in Crisis Situations (MISP) önerilmekte ve afet sonrası ilk günlerden itibaren müdahale ve iyileşme süreci boyunca MISP'in her insani müdahale ile entegre edilmesine vurgu yapılmaktadır.[28,29] Öte yandan Türkiye'de son dönemde, özellikle ücretsiz aile planlaması hizmetleri konusunda kamunun kendini geri çekmesi, bu nedenle 2013 yılında %6 olan karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının 2018 yılında %12'e çıkmış olması, afet sonrası dönemde de üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin öncelikli olmayacağını düşündürmüştür.[30]

Tüm bu bilgiler ışığında HASUDER deprem sonrası dönemde kadın sağlığı alanında bir hizmet açığı olacağını öngörmüş, bir saha uygulama projesi geliştirerek çok kısa sürede, 15 Mart 2023'te Hatay'da bu alanda hizmet sunumuna başlamıştır. Bu saha uygulama projesi HASUDER'in topluma doğrudan hizmet sunduğu ilk çalışma olması bakımından çok özel ve önemlidir. Bu proje uluslararası ve yerel işbirlikleri ile hayata geçirilmiştir. Hatay'da kadın sağlığı/üreme sağlığı hizmeti sunmak üzere International Planned Parenthood Federation (IPPF) (15 Mart-15 Haziran 2023), Direct Relief (15 Haziran 2023-28 Şubat 2025) ve UNFPA'in (1 Ağustos 2023-28 Şubat 2025) maddi desteği, Hatay Büyükşehir Belediyesi ve Hatay İl Sağlık Müdürlüğü işbirliği ile 15 Mart 2023'te ilk HASUDER Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi kurulmuş, 1 Ağustos 2023'te birim sayısı ikiye çıkarılmıştır. Sabit birimler iki ayrı geçici barınma alanında konteynerda açılmıştır. Her iki hizmet biriminde de sabit hizmet yanı sıra mobil hizmet sunumu da gerçekleştirilmiştir. Yerelde eşgüdüm ve koordinasyonun sağlanabilmesi için Valilikten izin alınmış; Hatay Büyükşehir Belediyesi ve Hatay İl Sağlık Müdürlüğü ile İşbirliği Protokolleri imzalanmıştır.

Depremin hemen ardından IPPF'e sunulan projenin kabul edilmesiyle üç aylık bütçe sağlanmış ve 15 Mart 2023'te ilk "HASUDER Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmet Birimi" bir konteyner kentte hizmete başlamıştır. Proje faaliyetleri için Hatay Büyükşehir Belediyesi ile İşbirliği Protokolü imzalanmıştır. Açılan birimde HASUDER üyesi gönüllü halk sağlığı akademisyenleri, uzmanları ve araştırma görevlileri hizmet sunmuştur. Hizmet ağırlıklı olarak sabit birimde verilmiş, belediyeden araç temin edilebildiği durumlarda sınırlı mobil hizmet sağlanmıştır. Ancak kadınların hizmet birimine ulaşmasının akut dönem koşulları (yıkım, toplu taşıma olmaması, özel araçların zarar görmesi, aile bireylerinin kaybı, çocukları bırakacak kişi olmaması, ekonomik olanaksızlıklar vb) nedeniyle sınırlı kaldığı, hizmetin yaygınlaşabilmesi için mobil hizmet sunumuna ihtiyaç olduğu fark edilmiştir. Hizmet sunulan konteyner, görev yapan personelin barınma ve yeme-içme ihtiyaçları belediye tarafından sağlanmıştır. IPPF desteği 15 Haziran 2023'te sonlanmıştır. Birimde kadınlara sağlık eğitimi verilmiş, genitoüriner enfeksiyonların tanı tedavisi için ilaç sağlanmış, aile planlaması (AP) danışmanlığı verilmiş ve AP yöntemleri sağlanmıştır.

Proje devam ederken kadın sağlığı/üreme sağlığı alanındaki hizmet ihtiyacının üç ay sonunda da devam edeceği ve hizmete erişim açısından mobil hizmetin bir zorunluluk olduğu görülmüştür. Bunun üzerine mevcut hizmet sunum projesine uluslararası yardım kuruluşu Direct Relief'e hizmet sunumunu bir yıla tamamlamak üzere proje önerisi sunulmuştur. Direct Relief üst düzey yöneticisi ve Türkiye temsilcisi tarafından HASUDER ofisinde yapılan toplantıda IPFF desteğiyle yapılanlar ve bundan sonra yapılması planlanan çalışmalar yüz yüze anlatılmış ve projenin kabul edilmesi üzerine 15 Haziran 2023'ten itibaren proje Direct Relief desteğiyle "HASUDER Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmet Birimi" hizmet sunmaya devam etmiştir.

HASUDER'in sahada yaptığı çalışmaların dikkat çekmesi, aynı zamanda Implemantation Partner (Uygulayıcı Ortaklık) sözleşmemiz olması nedeniyle UNFPA ile de temasa geçilmiştir. Verilen proje önerisinin kabul edilmesiyle ikinci "HASUDER Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmet Birimi" açılmıştır. Bu iki birim, kent iki bölgeye ayrılarak konumlandırılmış ve hizmet bölgeleri belirlenmiştir.

Her birim için ücretli istihdam edilen ve dört kişiden oluşan bir ekip kurulmuştur. Böylece hizmet gönüllü doktorlarla değil, kurulan ekiple sunulmaya başlanmıştır. Ekiplerde bir doktor, iki hemşire/ebe ve şoför bulunmaktadır. Kadınlara üreme sağlığı alanında hizmet sunulacağı için şoför dışındaki personelin kadın olması özellikle tercih edilmiştir. Hatay ilinde Suriyeli göçmen nüfus yoğun olarak bulunmaktadır. Birimlerde etnik köken ayrımı yapılmaksızın hizmet sunulmuştur. Birimlerdeki tüm personel ileri düzeyde Arapça bildiği için dil bariyeri sorunu yaşanmamıştır.



HASUDER Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi-1, Hatay, Mart 2023 (IPPF Projesi)



HASUDER Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi-1, Hatay, Haziran 2023 (Direct Relief Projesi)

Personelin Sağlık Bakanlığı, UNFPA ve HASUDER tarafından düzenlenen yüz yüze ve online eğitimlerine katılmaları ve tamamlamaları sağlanmıştır.

Direct Relief projesinde birime panelvan araç satın alınmış, UNFPA projesinde ise benzer bir araç kiralanmıştır. Hizmet araçlarını iç düzeni hasta doktor görüşmesine uygun olarak tasarlanmıştır. Böylelikle hizmet ağırlıklı olarak mobil nitelik kazanmıştır. İki birimde toplum tabanlı, sabit ve mobil kadın sağlığı/ üreme sağlığı hizmet sunumu yapılmıştır.



HASUDER Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi-2, Hatay, Ağustos 2023 (UNFPA Projesi)



HASUDER Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi 1 ve 2 Ekipleri, Hatay

Birimlerde hafta içi beş gün hizmet sunulmuş, haftanın dört günü mobil hizmet planlanmış, bir gün sabit birimde haftanın değerlendirilmesi ve gelecek haftanın planlaması yapılmıştır. Mobil hizmete doktor ve dönüşümlü olarak bir hemşire/ebe çıkmış, diğer hemşire birimde görev yapmıştır. Mobil ziyaretler iki amaçla yapılmıştır. Birincisi tanıtım ve hizmet planlama amacı ile yapılan kısa ziyaretler, ikincisi hizmet ziyaretleridir. Tanıtım ziyaretlerinde genellikle geçici yerleşim biriminin sorumlusu, aile hekimi, muhtar ya da "önder kadın" olarak adlandırılan kişilerle temas kurularak hizmetin içeriği tanıtılmış, kabul edilirse bir planlama yapılarak hizmet amaçlı ikinci ziyaret gerçekleştirilmiştir. Ekipler sorumlu oldukları bölgelerde bulunan

konteynır kentlere, çadırkentlere, düzensiz çadır yerleşkelerine ve mahalle/köylere düzenli mobil hizmet sunulmuştur. Köylere mobil hizmet planlamasında muhtarlarla iletişim konusunda belediye, il merkezindeki mobil hizmet planlamasında İlçe Sağlık Müdürlüklerinden destek alınmıştır. Hizmet amaçlı ziyaretlerde 30-40 kadının yer aldığı eğitimler yapılmış, daha sonra kadınlarla tek tek görüşülmüş, gerekirse ilaç tedavisi, aile planlaması hizmeti ve malzemesi, hijyen malzemeleri verilmiştir.

Her ekip jinekolojik muayene masası, tansiyon aleti, bebek ve erişkin tartıları, enfeksiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar, gebelik testleri, aile planlaması malzemeleri, eğitimlerde kullanılmak üzere bilgisayar, barkovizyon, sunum perdesi, mobil telefon gibi donanımlara sahiptir.

Birimlerde depremzede kadınlara yönelik aile planlaması danışmanlığı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında eğitimler, erken tanı ve tedavi hizmetleri sunulmuştur.[31-33] Proje süresince tüm hizmetler ve malzemeler (ilaç, aile planlaması malzemesi, hijyen malzemesi, iç çamaşırı vb) faydalanıcılara ücretsiz olarak sağlanmıştır.

HASUDER tarafından bir yıl sonunda kamusal sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanacağı ve HASUDER'e ihtiyaç kalmayacağı düşüncesiyle bir yıl süreli bir hizmet sunumu planlanmıştır. Ancak bir yılın sonunda ihtiyacın devam etmesi nedeniyle Direct Relief ve UNFPA ile yapılan projelerin süreleri birkaç kez uzatılarak yaklaşık iki yıl hizmet sunumuna devam edilmiştir. Tüm hizmet süresince İl/İlçe Sağlık Müdürlükleri, tıp fakültesi hastanesi, devlet hastanesi, AFAD, bölgedeki diğer STK'lar, geçici barınma yerlerindeki yöneticiler ve sağlık birimleri ile iletişim içinde çalışılmıştır. HASUDER üyesi halk sağlığı akademisyenleri tarafından ekiplere danışmanlık yapılmıştır.

İlk üç ay koşulların zorluğu ve uygunsuzluğu gibi nedenlerle kayıtlar düzenli olmadığından (bu dönmede mobil hizmetin çok sınırlı olması sabit birimde hizmet alanların sayısının da az olmasına neden olmuştur) bu dönem hariç tutularak 15 Haziran 2023-28 Şubat 2025 dönemine ait veriler **Tablo 1**'de sunulmuştur.

HASUDER tarafından yapılan bu çalışmalar Halk sağlığı kongrelerinde bildiri olarak sunulmuş, dergilerde makale olarak da yayımlanmıştır.[31-35]

Hatay ilinde 6 Şubat 2023 depremleri sonrasında HASUDER tarafından kadın sağlığı/üreme sağlığı alanında yürütülen bu hizmet sunum projesi, uluslararası ve yerel işbirlikleri ile hayata geçirilen, çok sektörlü, toplum tabanlı ve mobil hizmet ağırlıklı bir modelin son derece iyi bir örneği olmuştur. Sunulan kadın sağlığı/üreme sağlığı hizmetlerinin (hizmet alanlar ve hizmet sunanlar açısından) değerlendirilmesi amacıyla niceliksel ve niteliksel yöntemlerin birlikte kullanıldığı bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırma ile deprem sonrası dönemde HASUDER tarafından Hatay'da sunulan hizmetler dokümante edilerek literatüre kazandırılmıştır.

Tablo 1. HASUDER Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri, Hatay (15 Haziran 2023-28 Şubat 2025)

Özellik	Sayı	Yüzde[1]
Yaş		
Ort±SS=38.0?12.9, Ortanca=36.0, Min-Max=15-98		
Uyruk		
Türkiye Cumhuriyeti	12 224	80.2
Suriyeli göçmenler	2 246	14.7
Diğer ülkelerden gelen göçmenler	775	5.1
Hizmet alınan yer		
Mobil hizmet	13 152	83.0
Sabit birim	2 689	17.0
Sağlık eğitimi verilen kadın	15 841	100.0
Hastaneye sevk edilen kadın	633	3.9
Sunulan sağlık hizmetleri		
Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tedavisi	2 997	18.9
İdrar yolu enfeksiyonlarının tedavisi	980	6.1
Gebe izlemi	818	5.2
Gebelik testi	264	1.7
Verilen aile planlaması malzemesi		
Kondom	3 884	24.5
Oral kontraseptif	1 152	7.3
RİA	404	2.6
Enjektabl kontraseptif	109	0.7
Ertesi gün hapı	23	0.2
Verilen hijyen malzemesi		
Pamuk iç çamaşırı	11 410	72.0
Hijyenik ped	3 485	22.0
Maternity kit	738	4.7
Dignity kit	574	3.6

[1] Yaş için 12 317, uyruk için 15 245, diğerleri için 15 841 başvuru sayısı üzerinden % hesaplanmıştır.

KAYNAKLAR

1. AFAD. (2023) 06 Şubat 2023 Kahramanmaraş (Pazarcık ve Elbistan) Depremleri Saha Çalışmaları Ön Değerlendirme Raporu. https://deprem.afad.gov.tr/assets/pdf/Arazi_Onrapor_28022023_surum1_revize.pdf (Erişim: 10 Haziran 2025).
2. UNDRR. Why earthquakes still matter. (2025). https://www.undrr.org/news/why-earthquakes-still-matter (Erişim: 17 Ağustos 2025).
3. T.C. İç İşleri Bakanlığı (2024). https://www.icisleri.gov.tr/turkiyenin-birlik-ve-dayanisma-gucu-depremle-sinandi-asrin-felaketi-asrin-dayanismasina-donustu8 (Erişim: 3 Ağustos 2025).
4. Kılıç B. Deprem ve Getirdikleri. HASUDER Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni-SoSa, 2023 Kış, sayı:5, s:4-7.
5. HASUDER. https://www.hasuder.org.tr/deprem
6. Halk Sağlığı Okulu. https://www.halksagligiokulu.org.tr/
7. HASUDER. https://icerik.hasuder.org.tr/uploads/ContentFiles/2025-10-14-11-29-49-601614.pdf
8. HASUDER. https://www.hasuder.org.tr/deprem/dokumanlar-basin-aciklamalari-hasuder-cat
9. HASUDER. https://icerik.hasuder.org.tr/uploads/hasuder.org/09712969-50f6-4ba0-9b92-85b6973e46c7.pdf
10. https://icerik.hasuder.org.tr/uploads/hasuder.org/951a-293e-414d-419f-8fd5-f4ac2124df0f.pdf
11. https://icerik.hasuder.org.tr/uploads/hasuder.org/dd-4062c4-e08c-465d-92c0-8a34ca95bb74.pdf
12. Sempozyum Sonuç Bildirgesi. Afetlerde Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda İş Birlikleri: Uluslararası Kuruluşlar, Sivil Toplum ve Kamu Sempozyumu Kitabı. HASUDER-UNFPA, 7 Haziran 2024. sf. 92-94. https://icerik.hasuder.org.tr/uploads/hasuder.org/fa8f6003-91e0-4119-a3cd-14b6fdf7d2c8.pdf
13. Loewen S, Pinchoff J, Ngo TD, Hindin MJ. The impact of natural disasters and epidemics on sexual and reproductive health in low- and middle- income countries: A narrative synthesis. Int J Gynecol Obstet. (2022) 157:11–18. doi: 10.1002/ijgo.13768
14. Strid P, Snead MC, Galang RR. Fertility and contraception among women of reproductive age following a disaster: a scoping review. Reproductive Health. (2022) 19,147. https://doi.org/10.1186/s12978-022-01436-4
15. Behrman JA, Weitzman A. Effects of the 2010 Haiti Earthquake on Women's Reproductive Health. Stud Fam Plann. (2016) 47(1):3-17. doi: 10.1111/j.1728-4465.2016.00045.x. Epub 2016 Mar 8.
16. Rajabi E, Hamidreza Khankeh HR, Ranjbar M, Mousavi M, Norouzi M, Farokhi, M. Evaluation of women's reproductive health status after the 2017 earthquake in Kermanshah, Iran. Health in Emergencies and Disasters Quarterly. (2022) 7(4):183-192. http://dx.doi.org/10.32598/hdq.7.4.271.2
17. Warren E, Post N, Hossain M, Blanchet K, Roberts B. Systematic review of the evidence on the effectiveness of sexual and reproductive health interventions in humanitarian crises. BMJ Open. (2015) 5(12):e008226. doi:10.1136/ bmjopen-2015-008226
18. Swatzyna RJ, Pillai VK. The effects of disaster on women's reproductive health in developing countries. Glob J Health Sci. (2013) 15;5(4):106-13. doi: 10.5539/gjhs.v5n4p106.
19. Sohrabizadeh S, Jahangiri K, Khani Jazani R. Reproductive health in the recent disasters of Iran: a management perspective. BMC Public Health. (2018) 21;18(1):389. doi: 10.1186/s12889-018-5311-2.
20. Ali M, Bhatti MA, Kuroiwa C. Challenges in access to and utilization of reproductive health care in Pakistan. J Ayub Med Coll Abbottabad. (2008) 20(4):3-7.
21. Anwar J, Mpofu E, Matthews LR, Shadoul AF, Brock KE. Reproductive health and access to healthcare facilities: risk factors for depression and anxiety in women with an earthquake experience. BMC Public Health. (2011)30;11:523. doi: 10.1186/1471-2458-11-523.
22. Safajou F, Nahidi F, Ahmadi F. Reproductive health challenges during a flood: A qualitative study. Nurs Open. (2024) 11(1):e2044. doi: 10.1002/nop2.2044.
23. Singh NS, Aryasinghe S, Smith J, Khosla R, Say L, Blanchet K. A long way to go: a systematic review to assess the utilisation of sexual and reproductive health services during humanitarian crises. BMJ Glob Health. (2018) 3;3(2):e000682. doi: 10.1136/bmjgh-2017-000682.
24. Warren E, Post N, Hossain M, Blanchet K, Roberts B. Systematic review of the evidence on the effectiveness of sexual and reproductive health interventions in humanitarian crises. BMJ Open. (2015) 18;5(12):e008226. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008226.
25. IPPF. (2020) MISP Readiness Assessment. Assessing Readiness to Provide the Minimum Initial Service Package (MISP) for Sexual and Reproductive Health in Emergencies. 2020 Version for field testing. https://www.fp2030.org/app/uploads/2023/07/MISP_readiness_assessment.pdf [Accessed June 17, 2025].
26. Kalanlar B. Afetlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı. Turkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics. 2018;4(1):54-60 https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-afetlerde-cinsel-saglik-ve-ureme-sagligi-81225.html [Accessed June 7, 2025].
27. UNFPA. (2025) Reproductive Health for Communities in Crisis UNFPA Emergency Response. ISBN 0-89714-619-0 E/10,000/2001 https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/crisis_eng.pdf [Accessed June 1, 2025].
28. IAGW. (2022) Expanding access to sexual and reproductive health in crises. https://iawg.net/ [Accessed May 10, 2025].
29. UNFPA. (2025) Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations. https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MISP-Reference-English.pdf [Accessed June 3, 2025].
30. Hacettepe Unıversity (2019) Turkey Demographic and Health Survey 2018. https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TDHS2018_mainReport_compressed.pdf#page=101.12 [Accessed July 13, 2025].
31. İnandı T, Savaş N, Gülüm E, Emir N, Kuh M, Çamur D, Erbaydar T, Kılıç B. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Saha Uygulaması (HASUDER- HBB- UNFPA). 7. Uluslararası

25. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. HASUDER. 14-17 Aralık 2023.
32. Savaş N, İnandı T, Önder L, Güzey Z, Reyhanoğulları A, Çamur D, Erbaydar T, Kılıç B. Hatay'da Afet Sonrası Direct Relief ve HASUDER İşbirliğiyle Yapılan Üreme Sağlığı Hizmetleri Uygulaması. 7. Uluslararası 25. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. HASUDER. 14-17 Aralık 2023.
33. İnandı T. Halk Sağlığı Uzmanları Derneğinin Hatay Üreme Salığı Hizmetleri Deneyimi. Afetlerde Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda İş Birlikleri: Uluslararası Kuruluşlar, Sivil Toplum ve Kamu Sempozyumu Kitabı. HASUDER-UNFPA, 7 Haziran 2024. sf: 60-67.
34. Kılıç B, Çamur D, Savaş N, İnandı T. Hatay Deprem Bölgesinde HASUDER'in Saha Uygulamaları ve Deneyimi: Üreme Sağlığı Hizmet Sunumu. 8. Uluslararası 26. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. HASUDER. 5-7 Aralık 2024.
35. Savaş N, Günay T, İnandı T, Yıldız F, Erkoyun E, Çamur D, Erbaydar T, Abacıgil F, Okyay P, Kılıç B. Halk Sağlığı Uzmanları Derneğinin Hatay'da Afet Sonrası Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Saha Uygulaması. Halk Sağlığı Araştırma ve Uygulamaları Dergisi 2023; 1(1): 88-93. doi: 10.5281/zenodo.10432027

Türkiye'de Afetler Alanında Geleceğe Yönelik Değerlendirme

Recep Akdur

Dünyada doğal tetikleyicilere bağlı kırım ve yıkımlarda seller birinci sırada yer almaktadır. Türkiye'de ise, tarih boyunca olduğu gibi günümüzde de deprem en önemli ve öncelikli afet nedeni olmaya devam etmektedir. Özellikle son beş yıl ele alındığında 6 Şubat 2023 tarihinde yaşanan Kahramanmaraş merkezli depremler, tüm diğer olgu ve olayları gölgede bırakacak niteliktedir. Depremlerin kırım ve yıkımlarının önlenmesi, yok edilmesi Türkiye'nin önünde duran en önemli sorunlardan biri olmaya devam etmektedir.

Afet gündemine her zaman depremler egemen olmakla birlikte Türkiye'de tüm diğer afetler de görülmektedir. İklim değişikliğine bağlı olarak, sıklığı gittikçe artan bir biçimde yaşanan taşkın ve seller depremlerden sonra en çok ekonomik kayıplara neden olan afet nedenlerindendir. Ele alınan 2020-2025 yılları arasında, yaşanan taşkın ve sellerin sıklığının önceki dönemlere göre belirgin olarak arttığı dikkati çekmektedir.

İklim değişikliği ile ilintili diğer bir olay olan orman yangınları, son yıllarda hem sayı hem de olumsuz etkileri açısından belirgin bir artış göstermiş olup, Afet Yönetimi ve Karar Destek Sistemi (AYDES)'in kayıtladığı olaylar içinde 2023'te %15,8, 2024 de ise %43,8'lik orana sahiptir. Benzer şekilde aşırı sıcaklar da üzerinde dikkatle durulmayı gerektirmektedir.

Doğal tetikleyicilerin neden olduğu afetlerin yanında, düzensiz, denetimsiz sanayileşme ve kentleşmenin bir sonucu olarak endüstriyel kazalar ile insan etkinliklerine bağlı kazalar sonunda oluşan afetler artma eğilimi gösteren diğer olaylardandır.

Türkiye'de, 2009 yılına dek, afetle mücadeleyi başka bir anlatımla afet işleri merkezi hükümet düzeyinde; Başbakanlığa bağlı Kriz Yönetim Merkezi, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı'na bağlı Afet İşleri Genel Müdürlüğü ile İçişleri Bakanlığı'na bağlı Sivil Savunma Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmekteydi. 29 Mayıs 2009 tarihinde kabul edilen, 5902 Sayılı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun ile Başbakanlığa bağlı, ***Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD)*** kurularak, hem hizmetler tek elde toplanmış hem de doğrudan Başbakanlığa bağlanarak, paydaş kuruluşların başka bir anlatım ile bakanlıkların koordinasyonu için olumlu bir adım atılmıştır.

Bu koordinasyonu etkili kılmak üzere; ilgili bakanlardan oluşan *Afet ve Acil Durum Yüksek Kurulu (AADYK)*, ilgili bakanlıkların müsteşarlarından oluşan *Afet ve Acil Durum Koordinasyon Kurulu (AADKK)* ve merkezi bir *Deprem Danışma Kurulu (DDK)* kurularak; hazırlanan planların etkin ve etkili kullanımı amaçlanmıştır. Yerel düzeyde ise, İl Afet ve Acil Durum Müdürlükleri ve İl Afet ve Acil Durum Koordinasyon Kurulları kurularak merkezi örgütlenme tüm yurda yayılmaya çalışılmıştır.

Bu örgütsel gelişmeye koşut olarak afet yönetiminde de ***Bütünleşik Afet Yönetimi*** *anlayışına* geçilmiş, ***Ulusal Deprem Stratejisi ve Eylem Planı (UDSEP)*** 18 Ağustos 2011 Tarih ve 28029 sayılı Resmî Gazetede, ***Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP)*** 03 Ocak 2014 Tarihli ve 28871 Sayılı Resmî Gazetede, **Türkiye Afet Risk Azaltma Planı (TARAP)** 08 Temmuz 2022 Tarih ve 31890 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe sokulmuştur.

Örgütlenme ve yönetim anlayışı açısından 2009-2018 yılları arasında bu olumlu gelişmeler kaydedilirken; 15 Temmuz 2018 tarihinde yayımlanan 4 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD), Başbakanlık'tan alınarak İçişleri Bakanlığı'na bağlanmıştır. Afet yönetiminin merkezi hükümet hiyerarşisindeki bu olumsuz yer değişikliği, Afet ve Acil Durum Yüksek Kurulu (AADYK), Afet ve Acil Durum Koordinasyon Kurulu (AADKK) gibi diğer örgütsel yapılara da yansımıştır.

Ulusal Deprem Stratejisi ve Eylem Planı (UDSEP). Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP), Türkiye Afet Risk Azaltma Planı (TARAP) bu alandaki gelişmeler ve yaşananlar da göz önünde bulundurularak sürekli güncellenmektedir. Bunların pratikteki uygulamalarını düzenleyen, ***Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği***, gözden geçirilip güncellenerek 24 Şubat 2022 tarih ve 31760 sayılı Resmî Gazete 'de yayımlanmış ve yürürlüğe sokulmuştur.

Bu bulgular ışığında; özellikle de deprem özelinde Marmara depreminde yaşananlardan sonra; afet yönetiminin tek elde toplanması, bütünleşik yönetim anlayışı ile plan ve programlar yapılması, yasal düzenlemeler getirilmesi ve bunların sürekli güncellenmeye çalışılması olumlu gelişmelerdir. Ancak tüm bunlara rağmen Kahramanmaraş depremlerine müdahalede başarının tartışılması onun da ötesinde başarılı olduğunu söyleme şansımızın düşük olmasının nedenleri büyük oranda yönetsel ve giderilebilecek sorunlardır. Bu bağlamda:

1. Bütünleşik afet Yönetimine geçilmesi, Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP), Türkiye Afet Risk Azaltma Planı (TARAP) gibi merkezi planların yapılması bir avantaj yaratması gerekirken tam tersine; yaygın bir alanı etkileyen Kahramanmaraş depremleri sırasında yetki ve sorumluluğun ağırlıklı olarak merkezi yönetimin kontrolünde olması birçok aksamaya neden olmuştur. Yaşanan deneyimler ışığında TAMP'ın bu aşırı merkeziyetçi yapısı gözden geçirilerek, yerel idarelerin etkin ve etkili olmasını sağlayacak güncellemeler yapılmalıdır.
2. AFAD'ın bir koordinasyon birimi olduğu unutulmadan, yetki ve sorumluluklarının insan gücü ve donanın kapasitesiyle uyumlu ve orantılı bir hale getirilmesi etkili bir koordinasyonu sağlamasına yardımcı olabilir. Aksine bugünkü gibi tüm kuruluşların işine müdahale eden ve de o işleri üstlenmeye çalışan yapının AFAD'ın başarısızlığı kaçınılmazdır.
3. Başta AFAD olmak üzere, afetle ilgili tüm kamu kurum ve kuruluşlarındaki personelin bilgi ve deneyimlerinin yeterliliği tartışmalıdır. Bu gelişmeyi sağlamak üzere, güncel deyişle özellikle idari kademedeki personelin liyakati sağlanmalıdır.
4. Tüm afetlerde, özellikle de depremlerde esas olan sessiz dönemde; ***risklerin saptanması, risklerin arttırılmaması ve risklerin azaltması*** diye özetlenen iş ve işlemlerdir. Bu işlerde ise yerel yönetimler ve merkezi idarenin il, ilçe temsilcilerinin büyük bir önemi vardır. Deprem ile diğer tehlike ve tehditlerine karşı imar / inşaat süreçlerindeki denetimi sağlamak üzere çıkarılmış olan yasal düzenlemeler büyük oranda yeterlidir. Ancak, bunların öngördüğü denetimler yerel yönetimlerce yapılmamakta/ yapılamamakta ve süreç denetimsiz kalmaktadır.
5. Risklerin azaltılmasının en kestirme yolu kentsel dönüşümdür, Yeterince miktar ve hızda yapıldığı söylenemez. Arttırılması, hızlanması ve nitelikli hale getirilmesi gerekir.
6. Tüm afetlerin yönetiminde özellikle de deprem kriz yönetiminde halkın örgütlülüğü, hazırlığı ve konu hakkındaki farkındalığı çok yetersizdir. Afet örgütlenmeleri adeta halkın dışındadır. Halk bir an önce işin içine sokulmalıdır.

Hızlı bir iklim değişikliği yaşayan Türkiye'de, hidroklimatolojik afetler, sık sık yaşanan depremlerin gölgesinde kalsa da gittikçe önemi artan doğal nedenli afet gurubundandır. TSR-25' in afet bölümünde hidroklimatolojik afetleri kaleme alan, A. Borlu, bu afet türleri için şu önerilerde bulunmuştur:

1. Sel/taşkın yönetimi, riskli bölgelerde yapılaşmanın sınırlandırılması ve doğal taşkın alanlarının korunması ile güçlendirilmelidir.
2. Orman yangınlarıyla mücadelede, insansız hava araçları, erken algılama sistemleri ve yangına dayanıklı yerleşim planlamaları öncelik kazanmalıdır.
3. Aşırı hava olaylarına uyum, bölgesel iklim senaryolarına dayalı risk haritaları ile desteklenmeli; afet erken uyarı sistemleri daha yaygın hale getirilmelidir.
4. Kurumsal iş birliği ve halkın katılımı, hem afetlere hazırlık hem de iklim değişikliğine uyum stratejilerinde merkezî bir rol oynamalıdır.
5. Asit yağmuru sorununun çözümü, emisyon kontrolü ve temiz enerjiye geçişi gerektirmektedir.

Bölümümüzdeki endüstriyel ve insani kazalar başlığını kaleme alan B. B. Şahin;

1. Büyük Endüstriyel Kazaların Önlenmesi ve Etkilerinin Azaltılması Hakkında Yönetmelik (BEKRA)'in gereklerinin titizlikle yerine getirilmesi halinde endüstriyel kazlarda oldukça önemli azaltılacaktır.
2. Endüstriyel tesislerde süreç güvenliği ve bakım/ temizlik disiplininin (özellikle toz ve gaz patlamaları için) tavizsiz uygulanması; madenlerde gaz izleme-havalandırma ve acil tahliye protokollerinin güçlendirilmesi; kalabalık kullanımlı binalarında

pasif/aktif yangın güvenliği kombinasyonunun eksiksiz sağlanması acil önceliklerdir.

3. Sağlık çalışanları, aile hekimleri ve acil servis ekiplerine KBRN müdahale eğitimi verilmeli; ulusal düzeyde kimyasal sızıntı, biyolojik tehdit ve radyasyon için dijital bildirim sistemi kurulmalıdır.
4. Endüstriyel kazaların ulusal ölçekte şeffaf biçimde raporlandığı EM-DAT benzeri merkezi bir veri tabanı bulunmamaktadır, tüm insan kaynaklı afetleri şeffaf raporlayan kamuya açık bir sistem kurulmalıdır. Kriz anında topluma şeffaf, anlaşılabilir ve doğru bilgiler verilmelidir
5. AFAD, Çevre Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı arasında ortak bir risk yönetim merkezi oluşturulmalı, tek elden koordinasyon sağlanmalıdır.

2020-2025 dönemi toplu olarak değerlendirildiğinde, TSR-2025'in afet bölümünde Sağlık Sektörünün Hazırlılığı konusunu kaleme alan, Selen Güray TURAN'IN tespitlerinden de görüleceği üzere; son yıllarda afet yönetiminde en önemli paydaşlardan olan merkezi ve yerel kamu örgütlenmesinin geliştiği, gerekli yasal düzenlemelerin yapıldığı, başta sağlık sektörü olmak üzere birçok sektörün geçmişteki on yıllara göre müdahale kapasitesinin ve donanımının arttığı söylenebilir.

Geçmişte olduğu gibi günümüzde de, afetlere karşı dirençli toplum yaratılamamasının en önemli nedeni / sorun yasaların varlığına ve yeterliliğine karşın; depremler ve diğer doğal nedenli afetler için imar / inşaat süreçlerinde etkili bir denetim yapılmamasıdır. Diğer bir sorun da özellikle yönetim ya da idari mevkilerde bulunan personelin bilgi ve beceri yetersizliğidir. Bu sorun bir yönetim sorunu yumağına dönmekte ve müdahalenin başarının önündeki en büyük engeli oluşturmaktadır.

Benzer sorunlar endüstriyel ve insan yapımı afetler için de hem endüstriyel tasarın ve inşaatlarda hem de insan etkinliklerinde etkin ve etkili bir denetim yapılmamasıdır.

Hem kentsel dönüşümde hem de müdahale örgütlenmesinde halkın sürece dahil edilmemesi (bina, sokak ve mahalle/köy örgütlenmesinin sağlanamaması afetlere karşı başarısızlığın, afete dirençli toplum yaratamamanın en önemli bir diğer nedenini oluşturmaktadır.

BÖLÜM 12

GÖÇ VE GÖÇMEN SAĞLIĞI

Bölüm Editörü: *A. Ferdane Oğuzöncül*

Sunuş

A. Ferdane Oğuzöncül

Göç, insanlık tarihi kadar eski bir olgu olmakla birlikte, **21. yüzyılda kazandığı hız, yoğunluk ve karmaşıklık** ile ulusal ve uluslararası düzeyde çok katmanlı krizlerin hem nedeni hem de sonucu hâline gelmiştir. **Savaşlar, iklim değişikliği, siyasi baskılar, iç çatışmalar ve ekonomik eşitsizlikler** gibi dinamikler, zorunlu göç hareketlerinin temelini oluşturmakta; bu hareketlilik yalnızca demografik değil, aynı zamanda **sosyal, kültürel, ekonomik ve yapısal dönüşümler** yaratmaktadır.

Türkiye, özellikle son on yılda, Suriye krizinin ardından en fazla göç alan ülkelerden biri hâline gelerek göç yönetimi, uyum politikaları ve göçmen sağlığı hizmetlerinde önemli bir sınavdan geçmektedir.

Göçmen bireylerin sosyal yaşama, eğitim sistemine ve iş gücüne katılımları kadar, **sağlık hizmetlerine adil ve sürdürülebilir erişimleri**, modern sosyal devletin temel yükümlülüklerinden biridir. Sağlık, yalnızca biyolojik bir ihtiyaç değil; aynı zamanda bireyin yaşadığı çevreyle kurduğu ilişkinin, sosyal kapsayıcılığın ve insan onuruna saygının bir göstergesidir. Bu nedenle, **göçmen sağlığına yönelik politika ve uygulamaların** geliştirilmesi, sadece göçmenlerin değil, aynı zamanda **toplumun bütününün sağlığı ve refahı açısından da kritik bir öneme sahiptir.**

Bu raporda, **Türkiye'deki göçmen bireylerin göç politikalarıyla ilişkili mevcut durumları**, başta **üreme sağlığı hizmetlerine erişim**, **çalışma hayatındaki konumları ve çalışan sağlığı hizmetleri**, **bulaşıcı ve kronik hastalıkların kontrolü**, **çocuk ve ergen sağlığı**, **psikososyal destek ve ruh sağlığı** ile **şiddete maruziyet** gibi çok yönlü sağlık başlıkları çerçevesinde incelenmiştir. Özellikle **2020 yılından itibaren** elde edilen güncel veriler ışığında yapılan değerlendirmeler, pandemi gibi küresel krizlerin göçmen sağlığı üzerindeki etkilerine de odaklanmaktadır.

Rapor, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin daha kapsayıcı, etkili ve insan haklarına dayalı şekilde yeniden yapılandırılabilmesi amacıyla, **geleceğe yönelik yapısal ve sürdürülebilir çözüm önerilerine** de yer vermektedir.

Raporun, ülkemizde göçmen sağlığı alanında yürütülen bilimsel çalışmalara ışık tutması ve kalıcı çözümlere zemin hazırlaması umuduyla; bilgi, deneyim ve katkılarıyla sürece değer katan tüm yazarlara teşekkür ederim.

Sağlık bir haktır — ve bu hak, sınır tanımamalıdır.

Ülkemizde Göç Politikaları, Mevzuat ve Göçmene Duyarlı Sağlık Hizmetleri

A. Ferdane Oğuzöncül

1. Giriş

Türkiye, son yıllarda bölgesel çatışmaların ve küresel göç dinamiklerinin etkisiyle yoğun bir göç baskısı altında kalmıştır. Özellikle 2011 sonrası Suriye iç savaşı ile başlayan zorunlu kitlesel göç hareketi, Türkiye'yi dünyada en fazla sığınmacıya ev sahipliği yapan ülke konumuna taşımıştır. 2020 sonrası dönemde ise göç yönetimi, pandemi süreci, artan kayıt dışı göç ve geri dönüş politikaları çerçevesinde daha karmaşık hâle gelmiştir.

Bu bölümde Türkiye'nin göç politikaları, göç mevzuatı, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi ve ilgili uygulamalar sistematik olarak incelenmekte; 2020 sonrası gelişmelere, sayısal verilere ve politika analizlerine odaklanılmaktadır.

2. Türkiye'de Göç Politikalarının ve Mevzuatın Analizi

2.1. Türkiye'nin Kısa Göç Tarihi

Osmanlı İmparatorluğu döneminde yürütülen iskân politikaları, özellikle Balkanlar ve Kafkasya'dan gelen Müslüman göçmenlerin Anadolu'ya yerleştirilmesine dayanmıştır. Cumhuriyet'in ilk yıllarında ise göç politikaları, etnik temelli nüfus mühendisliğiyle şekillenmiş; 1934 tarihli İskân Kanunu, yalnızca Türk kültürüne bağlı grupların yerleştirilmesini öngörmüştür.[1]

Bütün uygulamalarıyla 2006 yılına kadar etkin olan bu yasal düzenleme bir yandan "Türk soyundan olan ve Türk kültürüne bağlı olanların" Türkiye'ye göçmen ya da mülteci olarak gelmelerinin önünü açıp kolaylaştırmayı amaçlarken, diğer yandan da bu tanıma uymayanların göçmen ya da mülteci olarak Türkiye'ye gelişlerini önlemeyi hedeflemiştir.[2]

Öte yandan bu dönemde modern Türkiye tarihinde ilk kez binlerce Türk vatandaşı özellikle Avrupa ülkeleri olmak üzere göçmen işçiler olarak başka ülkelere gitmeye başlamıştır.[3]

1950-1980 döneminde Türkiye, dışarıya göç vermeye devam etmiştir. Göç alma daha büyük risk taşıdığından ve yönetimi daha zor olduğundan, göç verme politikaları ağırlıkta olmuştur. 1950 yılının ortalarında yürürlüğe giren **5682 sayılı Pasaport Kanunu** ile **5683 sayılı Yabancıların Türkiye'de İkamet ve Seyahatleri Hakkında Kanun**'dan söz etmek gerekmektedir. Bu düzenlemelerle göçmenlerin Türkiye'ye girişi, sahip olduğu haklar ve Türkiye'den çıkışı detaylandırılmıştır.[1]

Soğuk Savaş dönemi, küreselleşmenin hız kazanması ve Avrupa Birliği üyelik süreci gibi gelişmeler hem ulusal hem uluslararası bağlamda göç dinamiklerini değiştirerek Türkiye'ye yönelen göçmen ve sığınmacı profillerinde belirgin dönüşümler yaratmıştır. Bu süreçte Türkiye, yalnızca göç veren veya alan bir ülke değil, aynı zamanda başka ülkelere geçmek isteyen bireyler için bir **transit geçiş ülkesi** konumuna gelmiştir.[2]

Bu dönemde yakın coğrafyalarda ortaya çıkan çatışma ve yoksulluğa bağlı olarak düzensiz göçmenlerin Türkiye'ye yönelmesi, bu göç biçimine yönelik süreci kolaylaştıracak etkin bir politikanın olmayışı; hukuki, kurumsal ve fiziki yetersizlikler düzensiz göçmenlerle ilgili birçok sorunun ortaya çıkmasına neden olmuştur.[1]

2.2. AB Uyum Süreci (2000–2011)

Avrupa Birliği ile yürütülen müzakere süreci, Türkiye'nin göç mevzuatında reformlar yapmasını zorunlu kılmıştır. Bu dönemde ilk kez **Ulusal İltica ve Göç Strateji Belgesi** hazırlanmış; insan hakları temelli ve

kurumsallaşmış bir göç yönetimi hedeflenmiştir.[4] 1934 tarihli İskân Kanunu'nun yerini alan 2006 tarihli Yeni İskân Kanunu; göçmeni şöyle tanımlamıştır: "Türk soyundan ve Türk kültürüne bağlı olup, yerleşmek amacıyla tek başına veya toplu halde Türkiye'ye gelip bu Kanun gereği kabul olunanlardır" (Madde 3/d).[2]

2000'li yıllarla birlikte Türkiye'ye yönelen düzensiz göç, insan ticareti ve insan kaçakçılığı gibi konuların uluslararası boyutta gündem olması birtakım yasal düzenlemelerin yapılmasını teşvik etmiştir.[5] Bu kapsamda 2000'li yıllardan sonra Türkiye'de birçok yasal düzenleme gerçekleşmiştir. Bu yasal düzenlemeler üzerinde Türkiye'nin Avrupa Birliği üyelik süreci kapsamında ortaya çıkan 2003 tarihli "**Katılım Ortaklığı Belgesi**" ve 2005 tarihli "**İltica ve Göç Alanındaki Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Ulusal Eylem Planı**" metinleri etkili olmuştur.[6]

2.3. Suriye Krizi ve 2011 Sonrası Dönem

2011'de başlayan Suriye iç savaşı sonrası Türkiye, "açık kapı politikası" uygulamış ve milyonlarca sığınmacıya geçici koruma sağlamıştır. Bu dönemde en önemli gelişme, **6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu'nun (YUKK)** 2013'te yürürlüğe girmesi ve **Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'**nün kurulmasıdır.[7] Bu Kanun, göç alanında geliştirilecek politikalara temel oluşturacak bir yere sahip olmuştur. YUKK ile geçici koruma, can güvenliği tehdit altında bulunanların geri gönderilmemesi, zorunlu kitlesel halde gelenlerin temel ihtiyaçlarının karşılanması gibi pek çok konu yasal düzenleme kapsamına alınmıştır.[8]

Geçici Koruma Yönetmeliği ise 2014'te çıkarılmış ve Suriyeli göçmenlerin temel hizmetlere erişimi yasal zemine oturtulmuştur. "Geçici koruma"; ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak veya bu kitlesel akın döneminde bireysel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen ve uluslararası koruma talebi bireysel olarak değerlendirmeye alınamayan yabancılara sağlanan korumayı ifade etmektedir.[9]

2.4. 2020 Sonrası: Yeni Yaklaşımlar

Covid-19 salgınının hemen öncesinde, Türkiye'nin öne çıkan gündemi, Avrupa'ya gitmek isteyen yabancı uyruklu göçmenler için 28 Şubat 2020 tarihi itibariyle sınır kapılarının açılması ve Türkiye-Yunanistan sınırında toplanan yaklaşık 13.000 göçmenin içinde bulunduğu sorunlu durum olmuştur.[10] Salgının Türkiye'de görülmesiyle birlikte, Pazarkule Sınır Kapısı'nda bekleyen göçmenlere yönelik olarak termal kamera ile ateş ölçümleri yapılmış; bekleme alanları düzenli biçimde dezenfekte edilmiş ve bazı kişiler karantina merkezlerine sevk edilmiştir.[11]

29 Ekim 2021 tarihli ve 31643 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan kararname ile Göç İdaresi Genel Müdürlüğün statüsü Başkanlık olarak değiştirilmiştir.[12]

2020 sonrası göç politikalarının temel ekseni, kamuoyundaki toplumsal baskı çerçevesinde yeniden şekillenmiştir. "Kalıcılık" yerine "gönüllü geri dönüş" politikaları öne çıkarılmıştır.[13] Türkiye'nin göç yönetimi politikaları çerçevesinde Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR), Uluslararası Göç Örgütü (IOM), Avrupa Birliği (AB) ve UNICEF gibi uluslararası kuruluşlarla yürütülen iş birlikleri hem kapsam hem derinlik açısından genişletilmiştir.[14]

3. Göçmene Duyarlı Sağlık Hizmetleri

Göç, yalnızca demografik değil; aynı zamanda sağlık, eğitim, istihdam ve sosyal hizmet sistemlerini doğrudan etkileyen çok yönlü bir süreçtir. Türkiye, son on yılda özellikle Suriye krizi sonrası artan zorunlu göç hareketiyle, milyonlarca göçmenin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamakla karşı karşıya kalmıştır. Bu bağlamda geliştirilen "göçmene duyarlı sağlık hizmetleri", hem hizmet sunumunun içeriğini hem de sağlık sisteminin yapısını yeniden şekillendirmiştir.[15]

3.1. Hukuki ve Kurumsal Temel

Göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanma hakları, 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (YUKK) ile Geçici Koruma Yönetmeliği çerçevesinde tanımlanmıştır. Geçici koruma altındaki bireyler, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilmektedir.[16]

Türkiye'de göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi yalnızca Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunda olmayıp, Göç İdaresi Başkanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile yerel yönetimler de önemli roller üstlenmektedir. Bu çok paydaşlı yapı içerisinde, özellikle uluslararası kuruluşların (IOM, UNHCR, UNICEF) teknik ve mali katkılarıyla geliştirilen sağlık hizmeti uygulamaları hem ulusal düzeyde hem de yerel düzeyde hayata geçirilmektedir.[17,18]

3.2. Göçmen Sağlığı Merkezleri (GSM)

2015 yılından itibaren kurulan **Göçmen Sağlığı Merkezleri** (GSM), Türkiye'nin göçmene duyarlı sağlık hizmeti alanındaki özgün modellerinden biridir. GSM'ler, Türkiye'deki toplum sağlığı sisteminin bir parçası olarak faaliyet göstererek sağladığı koruyucu

hekimlik hizmetleri ile hastaneler üzerindeki yükü hafifletmeyi amaçlamıştır. Bu merkezlerin temel amacı, göçmenlerin dil ve kültür bariyerleriyle karşılaşmadan sağlık hizmeti alabilmelerini sağlamaktır.[19]

GSM'lerde Verilen Başlıca Hizmetler:

- Birinci basamak sağlık hizmetleri
- Çocukluk çağı aşılamaları
- Gebelik ve doğum öncesi izlem
- Bulaşıcı hastalıkların tespiti ve takibi
- Psikososyal destek ve ruh sağlığı danışmanlığı
- Sağlık okuryazarlığı eğitimi

2023 yılı itibarıyla Türkiye genelinde 181 Göçmen Sağlığı Merkezi aktif olarak hizmet vermektedir. Bu merkezlerde yaklaşık 4.000 sağlık personeli görev yapmakta, bu personelin bir bölümü Suriyeli sağlık çalışanlarından oluşmaktadır.[20]

4. Karşılaşılan Sorunlar ve Engeller

Göçmene duyarlı hizmet anlayışı geliştirilmiş olsa da göçmenlerin sağlık sistemine etkin ve eşit erişimi bazı yapısal ve işlevsel sorunlar nedeniyle sınırlı kalmaktadır:

4.1. Dil ve İletişim Sorunları

Birçok göçmen, özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında Türkçe bilmediği için sağlık personeliyle etkili iletişim kuramamaktadır. Tercüman desteği, genellikle yalnızca GSM'lerde sağlanmaktadır.[21]

4.2. Yasal Statü Belirsizliği

Geçici koruma kapsamında olmayan veya kayıt dışı durumda bulunan göçmenler, çoğu zaman hiçbir kamu sağlık hizmetine erişememektedir. Kayıt dışı göçmenler, acil sağlık durumları dışında sistemin dışında kalmaktadır.[22]

4.3. Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Eksikliği

Zorunlu göç travması, savaş ve kayıplar göçmenlerde ciddi psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Ancak hem personel yetersizliği hem de dil engeli nedeniyle bu hizmetler oldukça sınırlıdır. 2022 yılı verilerine göre, GSM'lerde verilen ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma oranı %8'in altındadır.[23]

4.4. Pandemi Dönemi: Eşitsizliklerin Derinleşmesi

Covid-19 pandemisi, göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasında yaşanan eşitsizlikleri daha da belirgin hale getirmiştir. Özellikle 2020'nin ilk yarısında göçmenler, bilgiye ulaşmakta, test ve tedavi hizmetlerine erişmekte büyük zorluklar yaşamıştır. Sağlık Bakanlığı, 2021 itibarıyla çok dilli bilgilendirme materyalleri, mobil sağlık ekipleri ve aşı erişim planları geliştirerek bu eşitsizlikleri azaltmaya çalışmıştır.[19]

Öneriler:

- GSM'ler yaygınlaştırılmalı, sağlık personeli artırılmalı
- Sağlık personeline kültürlerarası iletişim, mülteci hakları ve travma bilgili bakım konularında hizmet içi eğitim verilmelidir.
- Profesyonel tıbbi tercüman istihdamı yapılmalı
- Göçmen ruh sağlığı merkezleri oluşturulmalı
- Kayıtsız göçmenler için asgari sağlık paketi tanımlanmalı
- Veri tabanı sistemleri (e-nabız) çok dilli ve erişilebilir hâle getirilmelidir
- Göçmenlerin yaş, cinsiyet, bölgesel dağılım, sağlık sorunları ve sağlık hizmeti kullanımına ilişkin düzenli veri toplanmalı ve kamuya açık şekilde raporlanmalıdır.

5. Sonuç

Türkiye, 2020 sonrası dönemde göç yönetiminde hukuki ve kurumsal kapasitesini güçlendirmiştir. Ancak özellikle sağlık hizmetlerine erişim konusunda **altyapı yetersizlikleri, dil engelleri, statü farklılıkları ve psikososyal destek eksiklikleri** gibi ciddi sorunlar devam etmektedir.

Göçmen sağlığı politikaları yalnızca insani değil; aynı zamanda kamu sağlığı, toplumsal uyum ve güvenlik politikalarının da bir parçasıdır. Bu nedenle göçmenlere yönelik sağlık hizmetleri, **veri temelli, çok aktörlü, insan hakları odaklı ve sürdürülebilir** bir yaklaşımla yürütülmelidir.

KAYNAKLAR

1. ORSAM. Küresel göç ve Avrupa Birliği ile Türkiye'nin göç politikalarının gelişimi https://www.orsam.org.tr/tr/kuresel-goc-ve-avrupa-birligi-ile-turkiyenin-gocpolitikalarinin-gelisimi/
2. Taşkın D, Özkoçak V. Türkiye göç yönetiminin insan hakları bağlamında uluslararası göç hukuku ve Türkiye'nin göç mevzuatı arasındaki ilişki analizi. *Soc Ment Res Think J.* 2024;9(76):4947-56.
3. İçduygu A. From Nation-building to Globalization: An Account of the Past and Present in Recent Urban Studies in Turkey. Int J Urban Reg Res. 2004;28(4):941–7.

4. İzmir Barosu. Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu değerlendirme raporu https://www.izmirbarosu.org.tr/Upload/files/haberler/yabancilar_ve_uluslararasi_koruma_kanunu.pdf
5. Erdoğan MM, Kaya A. Türkiye'nin göç tarihi: 14. yüzyıldan 21. yüzyıla Türkiye'ye göçler. 1st ed. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2015.
6. Aslan E. Türkiye'de Göç Yönetimi: Süreçler, Aktörler ve Politikalar. In: Uluslararası Göç ve Türkiye. Ankara: Nobel Bilimsel Eserler; 2021. p. 1–30.
7. Göç İdaresi Başkanlığı. Kurumsal yapı ve görevler https://www.goc.gov.tr
8. İnce C. Uluslararası Göç Bağlamında Türkiye'deki Suriyeli Göçmenlerin Mekânsal Yoğunlaşması İKSAD Publishing House; 2018 https://www.academia.edu/37850138
9. Topal AH. Geçici Koruma Yönetmeliği ve Türkiye'deki Suriyelilerin Hukuki Statüsü. *İnsan ve Mülteci Hukuku Dergisi*. 2015;2(1):5–22. https://dergipark.org.tr/tr/pub/imuhfd/issue/54306/736960
10. Turan A. Türkiye'de Kovid-19 ile mücadele: politikalar ve aktörler. *Ulus Yönetim Akad Derg*. 2020;1(3):1–25.
11. Enab Baladi. "Coronavirus" and Greek border guards end issue of asylum seekers stuck at Turkey-Greece border 2020 Apr 4 https://english.enabbaladi.net
12. Göç İdaresi Başkanlığı. Başkanlığın görevleri https://www.goc.gov.tr/baskanligin-gorevleri
13. Bimay M, Jomma F. Misafirlikten Gönüllü Geri Dönüşe Suriyeliler: Zorunlu Göç Serüveninde Sona Doğru mu? *Giresun Üni İİBF Derg*. 2024;10(2):234–59. doi:10.46849/guiibd.1478913
14. UNHCR. Türkiye'de 2021 Faaliyet Raporu https://www.unhcr.org/tr/media/unhcr-turkiye-2021-operational-highlights-tr-pdf
15. Yılmaz V. Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Türkiye Örneği. *Toplum ve Hekim*. 2020;35(1):34–41.
16. T.C. Resmî Gazete. Geçici Koruma Yönetmeliği https://www.resmigazete.gov.tr
17. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü [HSGM]. Göçmen Sağlığı Merkezi Rehberi https://hsgm.saglik.gov.tr
18. Kaya F, Bayraktar M. The Role of Local Governments in Increasing the Integration and Welfare of Syrians Under Temporary Protection Status: Adana Case. Sosyoekonomi. 2023;31(1):87–103. https://dergipark.org.tr/tr/pub/sosyoekonomi/issue/79020/3134340
19. World Health Organization (WHO). COVID-19 and Refugees in Türkiye: Technical Support Report https://data.unhcr.org/en/documents/download/94270
20. Sağlık Bakanlığı. Göçmen Sağlığı Merkezleri Faaliyet Raporu https://www.saglik.gov.tr
21. Erdoğan, M. M. (2021). *Suriyeliler Barometresi 2021: Uyum İçinde Birlikte Yaşam*. İstanbul: Orion Kitabevi.
22. UNHCR. Health Access for Refugees in Türkiye https://www.unhcr.org/tr
23. WHO. Mental Health and Psychosocial Needs of Refugees in Türkiye https://www.who.int

Göçmenlerde Üreme Sağlığı Hizmetleri

Filiz Abacıgil

1. Giriş

Ülkemize pek çok farklı ülkeden göçmen olarak gelen yabancılar olmakla birlikte, en fazla nüfusu Suriyeli göçmenler oluşturmaktadır. Göç İdaresi Başkanlığınca (GİB) belirtildiği üzere, 2025 yılı geçici koruma kapsamında bulunan Suriyeli nüfusu 2.539 073'dür.[1] Bu nüfusun %48,3'ünü kadınlar oluşturmaktadır. Kadınların %49,5'i 18-64 yaş arasındadır. Düzensiz göçmenler 91964'tür. Düzensiz göçmenlerin büyük çoğunluğu Afganistan ve Suriye uyrukludur.[2]

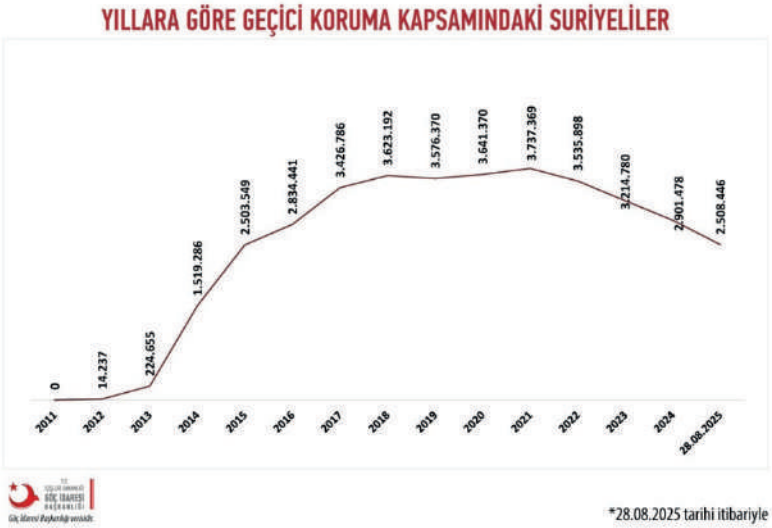
2011 yılında Suriye savaşı sonrasında başlayan yoğun Suriyeli göçü dalgası, geri dönüş sürecinin başlaması ile 2021 yılından itibaren azalmaya başlamıştır.

Kadınlar olarak bakıldığında, 2025 yılı GİB'nın verilerine göre, ülkemizde 1.211.752 Suriyeli göçmen kadın olup, 600.709'u 18-64 yaş arasındadır. Bu durum göçmen sağlığı ilgili konularda, kadın sağlığı ile ilgili hizmetlerin önemini koruduğunu göstermektedir.[1]

Yasal düzenlemelere bağlı olarak göçmen nüfusla ilgili farklı tanımlamalar (mülteci, sığınmacı vb) olmakla birlikte, Türkiye Sağlık Raporunun (TRS) bu bölümünde "göçmen" terminolojisi kullanılmıştır.

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen faktörler; maddi yetersizlikler, düşük sosyoekonomik düzey, ayrımcılık ve sosyal dışlanma, dil ve kültürel faktörler, sağlık güvencesizliği, yasal statü farklılıkları, göç olan bölgedeki sağlık kuruluşlarının ve nitelikli sağlık çalışanlarının sayıca yetersizliği, göç ve sağlık politikaları ile ilgili yetersizlikler olarak sıralanabilir.[3]

Göçten en fazla etkilenen gruplar kadınlar ve çocuklardır. Etnik ve kültürel özellikler, cinsiyetler arası eşitsizlikler, geleneksel yaşam kalıpları ve dini faktörler kadınların göç sürecinde daha fazla olumsuzluklar



Grafik 1. Yıllar İçerisinde Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Dağılımı[1]

yaşamasına sebep olmaktadır. Bu ve benzeri durumlar kadınların sağlık hizmetlerine ulaşımını engelleyebilmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlar nedeniyle, adolesan gebelikler, karşılanmayan aile planlaması gereksinimleri, istenmeyen gebelikler, maternal hastalık ve ölümler, doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinde yetersizlikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, sağlıksız koşullardaki doğumlar ve düşükler, toplumsal cinsiyete dayalı şiddet gibi üreme sağlığı problemleri görülebilmektedir.[4,5]

Pek çok dokümanda ifade edilen bu sorunlar halizırda önemini korumaktadır.

TSR'unun bu bölümünde cinsel sağlık üreme sağlığı ile ilişkili göstergeler 2020 yılı öncesi verileri ile 2020 yılı ve sonrası dönemi içerecek şekilde karşılaştırmalı olarak bölümler halinde sunulmuştur. 2020 yılı sonrasına ait tüm göçmen nüfusu temsil eder nitelikte verilere ulaşılamadığından, bu konuda yapılmış çalışmalardan elde edilen bulgular çerçevesinde karşılaştırmalar yapılmaya çalışılmıştır. Ayrıca bu dönemde yapılan çalışmaların çoğunluğunun niteliksel tipte ve küçük örnek gruplarında yapıldığı görülmektedir.

2. Türkiye'de Göçmen Kadınlarda Sık Karşılaşılan Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı (CSÜS) Problemleri

2.1. İlk Evlilik ve Gebelik Yaşı

İlk evlilik yaşı, adolesan gebelikler ve sonrasında yaşanabilecek komplikasyonlar (anne, bebek ölümleri, eklempsi, preeklempsi, prematürite vb) nedeniyle hem anne hem çocuk sağlığını etkileyen önemli bir parametredir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 raporuna göre Suriyeli göçmen kadınlarda ortalama evlenme yaşı 19,3 olup, 15-19 yaş grubu kadınların %39'unun çocuk sahibi ya da ilk çocuklarına gebe olarak bildirilmiştir.[6] Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin 2019 yılında Göçmen Sağlığı Merkezlerine başvuran Suriyeli kadınlar üzerinde yaptığı araştırmasında (WGSS projesi), Suriyeli göçmen kadınların %58,6'sının 18 yaşından daha küçük yaşta evlendiği tespit edilmiştir.[7]

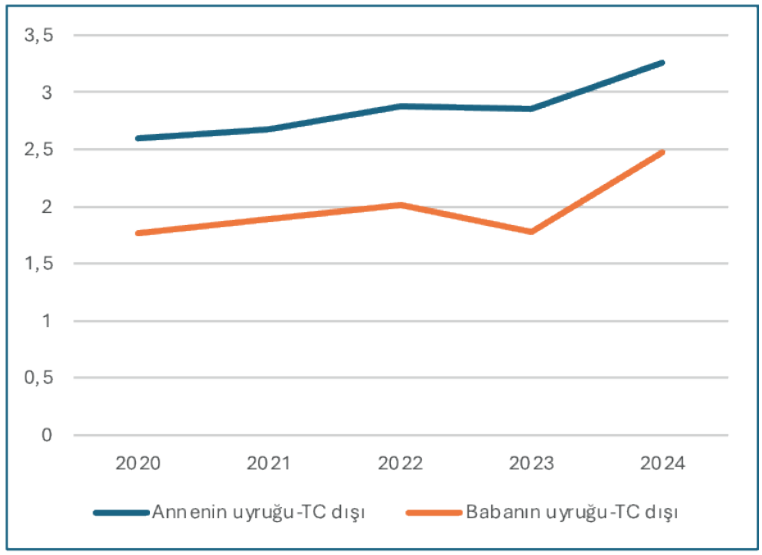
2020 yılı sonrası yapılan çalışmalara bakıldığında da benzer davranış örüntüsünün devam ettiği görülmektedir. 2021 yılında Samsun ilinde göçmen sağlığı merkezine başvuran kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, kadınların %58,9'unun ilk evliliklerini 13-18 yaş arasında yaptığı, ilk gebelik yaşı ortancasının 19 (13-34) olduğu, %42,1'inin ilk gebeliklerini 13-18 yaş aralığında gerçekleştirdiği tespit edilmiştir. Ortanca gebe kalma sayısı 3 (1-10), yaşayan çocuk sayısı ortancası 3 (0-7) olup, %39,7'sinin daha önce düşük yaptığı bildirilmiştir.[8] 2021 yılında Ankara'da yapılan başka bir çalışmada, ilk evlilik yaş ortancası 17 (12-45), kadınların %20,9'unun 18 yaş altında evlendiği, %29,8'inde akraba evliliği olduğu, ortanca gebelik sayısı 4 (1-21) olarak saptanmıştır.[9]

Çocuk yaşta erken ve zorla evliliklerin Suriyeliler için olağan olduğu, gebelik sayıların 3-5 aralığında, ilk gebeliklerinin genelde ergenlik döneminde olduğu, kendiliğinden ve isteyerek düşüğün yaygın olduğu Türkiye Aile planlaması Vakfı'nın (TAVP) Türkiye'de Cinsel Sağlık Üreme sağlığı (CSÜS) durum analizi raporunda da (2021) bildirilmiştir.[10]

Daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda da benzer durumlar karşımıza çıkmaktadır. 2024 yılında Adana'da yapılan bir çalışmada kadınların çoğunluğu görücü usulü ile evlendiğini, evlilik kararında ailenin etkisi olduğunu, cinselliği zorunluluk olarak gördüğünü, çocuk sayısı konusunda planlama yapmadığını, çok çocuk sahibi olabileceğini, isteyerek düşüğü kabul etmediğini, dil sorunu nedeni ile üreme sağlığı hizmetlerine ulaşamadığını ve sağlık personelince ayrımcılığa uğradığını ifade etmiştir.[11]

Pek çok çalışma 2020 sonrası dönemde de Suriyeli göçmen kadınların geleneksel yapılarını koruduğunu göstermektedir. İlk evlilik ve gebelik yaşı düşük, gebelik ve doğum sayıları yüksektir. Kadınların cinsellik ve üreme hakları konusunda karar verme özgürlüklerinin olmadığı, din-aile baskısı altında bulundukları görülmektedir [11]. Gelenek ve göreneklerin, düşük sosyoekonomik koşulların, savaş sürecinin erken yaş evliliklerini etkilediği belirtilmekle birlikte, evlenme kararlarında ailelerin etkisi olduğu ve "günaha girilmesini önleme düşünceleri" ile ailelerin erken yaş evliliklerini desteklediği belirtilmektedir.[12]

Türkiye'de 2020-2024 yılları arasında gerçekleşen doğumlara bakıldığında, doğumların %2,26 ile %3,26'sının yabancı uyruklu kadınlarca gerçekleştiği, yıllar içerisinde doğum sayıları azalmış olsa da toplam doğumlar içerisindeki oranın artma eğiliminde olduğu görülmektedir. Yabancı uyruklu erkekler için de benzer durum olmakla birlikte, kadınlar ile erkekler arası fark, yabancı uyruklu kadınların Türk vatandaşı erkeklerle evlilikleri neticesinde gerçekleşmiş olabilir.[13] Nitekim bazı raporlarda Suriyeli genç kadınların yasal olmayan yollarla Türk erkeklerle ticarete dönüşen evlilik yapmasını sağlayan arabulucular olduğunu bildirmektedir.[14] Grafik 2'de tüm doğumlar içinde yabancı uy-



Grafik 2. Tüm doğumlar içinde yabancı uyruklu kadın ve erkek doğumlarının oranı (2020-2024)

ruklu kadın ve erkek doğumlarının oranı (2020-2024) verilmiştir.

2.2. Doğum Öncesi Bakım, Doğum, Doğum Sonrası Bakım

Anne ve yenidoğan ölümlerinin çoğu, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde meydana gelen komplikasyonlar nedeniyle oluşur. TNSA 2018 verilerine göre Suriyeli göçmen kadınlarda toplam doğurganlık hızı 5,3; kaba doğum hızı binde 42'dir. Kadınların %71,8'inde ilk doğum öncesi bakım (DÖB) izlemi, gebeliğin ilk 14 haftasından sonra gerçekleşmişken, kadınların %7'si hiç, %28,9'u en az dört izlem hizmeti almamıştır. Gebelik sürecinde yeterli DÖB alan kadınlar %55,2 olup, Türkçe konuşabilen Suriyelilerde bu oran daha yüksektir. Kadınların eşlerinin Türkçe konuşabilmesi durumunda da yeterli DÖB alma oranları yüksektir (%61,5). Dil sorunu hizmet kullanımını etkileyen önemli faktörlerden biri olarak görünmektedir. Ayrıca aynı çalışmada canlı doğumların %4'ü evde gerçekleşmiş, yeterli doğum sonrası bakım (DSB) alma durumu ise %87,9 olarak bulunmuştur.[15]

2021 yılında Samsun'da yapılan çalışmada her iki kadından sadece birinin önceki gebeliklerinde herhangi bir sağlık kuruluşunda en az bir kere DÖB aldığını göstermiştir. Kadınların %53,3'ü sağlık kuruluşunda doğum yaptığını, %39,2'si doğum sonrası bakım ve izlemlerinin yapıldığını belirtmiştir. Kadınların %39,7'u düşük yaptığını (%36,5'i isteyerek düşük) belirtmiş, düşük sayısı ortancası 1 (1-6), isteyerek düşük ortancası 1 (1-6) olarak tespit edilmiştir [8]. İsteyerek düşük Suriyeli kadınlarca benimsenmemekle birlikte (günah, sosyal yapının bozulması algısı), ekonomik yetersizlikler nedeniyle geleneksel yöntemlerle düşük yapmaya yönelme, çevrenin öğrenmesinden çekinme nedeniyle düşük için hastanelere başvurmaktan (gizli tutma) kaçınma gibi davranışlarda bulundukları da bildirilmektedir.[16]

Aynı dönemde Ankara'da yapılan bir çalışmada COVID-19 pandemi döneminde kadınların %12,8'inin sağlık personeli olmaksızın evde doğum yaptığı, %21,8'inin düşük yaptığı, pandemi öncesinde %7,0 olan doğum öncesi bakım almama oranının pandemi sonrasında %41,1'e yükseldiği, doğum sonrası takip almama oranının %10,6'dan %45,1'e yükseldiği tespit edilmiştir.[9]

2020 yılı ve sonrasında pandemi nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim sorunları olması nedeniyle kadınların cinsel sağlık üreme sağlığının olumsuz etkilendiği görülmektedir. Ev doğumlarının, düşük deneyimlerinin yüksek olduğu, doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinin yeterli düzeyde olmadığı dikkati çekmektedir. Düşük deneyimlerinin yüksek olması karşılanmamış aile planlaması gereksinimlerine ya da istenmeyen gebelik deneyimlerine bağlanabilir. Benzer bir durum 2023 yılında yaşanan 6 Şubat Kahramanmaraş depremlerinde de gözlemlenmiştir. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) Türkiye depremleri 2. Yıl raporunda depremden etkilenen bölgelerde altyapı sorunlarının devam ettiğini, hastanelerin ve personel sayılarının yeterli olmadığını, ulaşım sorunları olduğunu, güvenli annelik ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimin özellikle göçmenler için sorun olmaya devam ettiği belirtilmiştir. Deprem sonrasında pek çok kurum ve kuruluş tarafından sağlanan finansman desteklerinin

zaman içerisinde zayıflamasının, belirtilen sorunların yada ihtiyaçların tamamlanmasını geciktireceği belirtilmektedir.[17]

3. Aile Planlaması Hizmetleri

TNSA 2018 verilerine göre Suriyeli mülteci kadınlarda gebeliği önleyici yöntemleri bilme durumu %94 iken, yöntem kullanımı %43'dür. Kadınların %24'ü modern yöntemleri, %19'u ise geleneksel yöntemleri (geri çekme) kullanmaktadır. Modern yöntemler arasında rahim içi araç %13 ve doğum kontrol hapı %6 sıklıkla kullanılmaktadır. Suriyeli göçmen kadınların %21'inin karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olduğu tespit edilmiştir.[6]

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimlerini artırmak amacıyla 2016 yılında SIHHAT projesi "Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi projesi" başlatılmıştır. Bu projenin 2020 raporunda, projenin başlamasından itibaren elde edilen kazanımlar; herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullananların oranında artış (2018'de %44,9 iken 2020'de %48,9); karşılanmamış aile planlaması ihtiyacında azalma (2018'de %25,5, 2020'de %13,2), kadın sağlığı konusunda doktora başvurma oranlarında artış (2018'de %62,8 iken 2020'de %73,8), olmuştur. Kadınların ilk aklına gelen aile planlaması yöntemi hormonal yöntemler olmuştur. Aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi kaynakları olarak ilk sırada aile/arkadaş (%58,8) yer alırken, internet %33, hekimler %25 olarak bildirilmiştir.[18]

2021 yılında Samsun ilinde yapılan çalışmada katılımcıların %63,7'si daha önce aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirilmediklerini belirtmiştir. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma durumu %66,1'dir. Geri çekme %29,6, oral kontraseptifler %28,4; kondom %14,8; tüp ligasyonu %4,9; RIA %1,2 bulunmuştur. Aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleri olarak gerek duymama %52,4; gebe kalacağını düşünmeme %38,1, doğum kontrolüne inanmama %11,9 olarak bildirilmiştir [8]. Aynı dönemde Ankara'da yapılan bir çalışmada herhangi zamanda aile planlaması yöntem kullanımı %67,8; RIA (%35,2), oral kontraseptifler (%11,3), kondom (%6), diyafram (%0,7), geleneksel yöntemler %17,4 olarak bulunmuştur. Yan etki korkusu veya eşlerinin onaylamaması nedeniyle %26,4'ü hiç doğum kontrol yöntemi kullanmadığını belirtmiştir. Aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi alma kaynakları ilk olarak hastane (%53,3), ardından göçmen sağlığı merkezleri (%52,1) olup, hiç bilgi almadığını belirtenler %9,5'dir.[9]

Ulusoy A'nın 2023 yılında Sivas ilinde Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran 1331 göçmen kadında yaptığı çalışmasında kadınların sadece 17'sinin RİA yöntemini kullandığı tespit edilmiştir. Kadınların poliklinik başvurularında sıklıkla doğurganlık (gebelik-doğum) ile ilişkili konularda başvuruları olduğu (%60), aile planlaması yöntemleri konusunda hizmet alımlarının sınırlı olduğu saptanmıştır.[19]

Suriyeli göçmen kadınların gebelikten korunma yöntem bilgisi ve uygulama alışkanlığının Suriye'de kullandıkları ile genelde aynı olduğu belirtilmektedir. Aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi ve danışmanlık hizmetlerine ulaşamadıkları için büyük çoğunluğunun geri çekme yöntemini kullandıkları, eşlerinin kondom kullanmak istemedikleri ve yeni yöntemlere açık olmadıkları, modern yöntemler hakkında bilgilerinin yeterli olmadığı saptanmıştır.[10] Ayrıca bazı çalışmalarda kadınların aile planlaması yöntemi kullanmayı yada isteyerek düşüğü günah olarak gördükleri, yan etkiler nedeniyle yöntem kullanmadıkları da bildirilmektedir.[20]

Herhangi bir yöntem kullanımının yıllar içerisinde kısmen de olsa arttığı söylenebilir. Aile planlaması yöntemlerine ilişkin geleneksel yaklaşımlar (inanmama, eşlerin onaylamaması, günah olması gibi) özellikle modern yöntem kullanımını halahazırda olumsuz olarak etkilemektedir. Aile planlaması yöntemleri konusunda güvenilir bilgi kaynaklarından yararlanma yeterli düzeyde değildir. Kadınların bu konuda hizmet arama davranışlarının olmadığı da görülmektedir (bu sebeple başvuruların az olması). Kullanılan modern yöntemler çalışmaların yapıldığı bölge veya gruba göre değişkenlik göstermektedir. SIHHAT projesi çerçevesinde göçmen sağlığı merkezlerinin kurulması ve CSÜS hizmetlerine erişimin kolaylaşması karşılanmamış aile planlaması gereksiniminin (kısmen) azalmasını sağlamış olmakla birlikte, sonrasında gelişen COVID-19 pandemisi kazanımları sekteye uğratmıştır.

4. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Göçmenler, düşük sosyo-ekonomik durum, adolesan gebelikler, artmış cinsel şiddete maruz kalma, gerekli bilgi ve hizmete ulaşamama gibi nedenlerle cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBE) açısından risk altındadırlar.

Sivas ilinde bir hastanenin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınların 2020 ve 2021 yıllarına ait tanılarına bakıldığında vajinal enfeksiyon 2020

yılında %8,8 iken 2021 yılında %16 bildirilmiştir.[19] Aynı dönemde Samsun ilinde yapılan bir çalışmada da kadın hastalıkları ve doğum uzmanınca herhangi bir enfeksiyon tanısı alan kadınlar %29,1; herhangi bir enfeksiyon dışı hastalık tanısı alan kadınlar %15,6; hayatının herhangi bir döneminde cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon tanısı alan kadınlar %9,6 olarak tespit edilmiştir.[8]

Kadınların CYBE'lar konusunda bilgi düzeylerine bakıldığında, SIHHAT projesi 2020 raporunda kadınların ilk akıllarına gelen CYBE'nun %63 oranında HIV/AIDS olduğu belirtilmiştir. Kadınların %99,5'i CBYE tanısı almadıklarını belirtmiş, bu konuda bilgi edindikleri kaynaklar sorulduğunda ilk üç sırada televizyon, internet ve arkadaşlar olarak ifade edilmiştir.[18] TAVP CSÜS durum analizi raporunda da kadınların CYBE hakkında bilgilerinin olmadığı, kondom kullanmadıkları, kondomu eşlerinin istemediği saptanmış olmakla birlikte bazılarında süregelen akıntılarının olduğu belirlenmiştir.[10]

Kadınların CYBE dendiğinde ilk akıllarına gelen enfeksiyon HIV/AIDS'dir. CYBE konusunda yeterli ve güvenilir kaynaklardan bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. CYBE sıklığı %8-%16 düzeylerinde bildirilmiş olup, pandemi dönemi ile enfeksiyon sıklığının arttığı görülmektedir. Bunun nedeni bu dönemde iş kayıpları yüzünden ekonomik durumların kötüleşmesi, sağlık kurumlarına ve aile planlaması hizmetlerine erişimin kısıtlanması (kondom temin edememe) olabilir. Ayrıca cinsel şiddet dahil tüm şiddet türlerinde de pandemi döneminde artış olduğu pek çok raporda yer bulmuştur. Ancak sıklık olarak bakıldığında, dil sorunu, kadınların eşlerini şikayet ettiklerinde sınır dışı edilme korkusu nedeniyle, göçmen kadınların şiddete ne kadar maruz kaldıkları bilinmemektedir.[21]

5. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı, Cinsiyet Temelli Ayrımcılık ve Şiddet

Göçmenlere sağlık hizmeti sunumu, Toplum sağlığı Merkezleri (TSM), güçlendirilmiş/göçmen sağlığı merkezleri (G/GSM), Yabancı Uyruklular Poliklinikleri ve gönüllü sağlık hizmet birimlerince gerçekleştirilmektedir. Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıran etmenlerin başında SIHHAT projeleri çerçevesinde açılan "G/GSM'ler olmuştur. GSM'lerde hizmetlerden yararlanılırken dil engelinin olmaması, göçmen sağlığı ile ilgili eğitimli sağlık çalışanlarınca hizmetlerin verilmesi olumlu uygulamalar olarak belirtilirken, her bölgede olmaması ve birinci basamak hizmetleri dışındaki ihtiyaçlara cevap verememesi olumsuz olan durumlar olarak bildirilmiştir.[22] Güçlendirilmiş göçmen sağlığı merkezlerinde birinci basamak hizmetlerin yanında ikinci basamak hizmetlerin de veriliyor olması olumlu olmakla birlikte, 2017'den itibaren açılan 181 GSM'nin 51'i güçlendirilmiş GSM'dir. Bu zaman zarfında 29 ilde sürdürülen hizmetler çerçevesinde 3937 personel istihdamı sağlanmış, 1.616 549 göçmen verilen hizmetlerden faydalanmış, 1 947 649 muayene gerçekleştirilmiştir.[23] Sürdürülebilirlik açısından, SIHHAT projesi SIHHAT II ve III olarak devam ettirilmiştir.

Güçlendirilmiş GSM'lerin sayıca yetersiz olması nedeniyle göçmenlerin sağlıkla ilişkili konularda kamu kurumlarından da sıklıkla yararlandığı bilinmektedir. İkinci basamak kamu kurumlarında tercüman desteğinin olmaması ya da ücretli olması önemi sorunlardan biridir. [10] Bu nedenle Suriyeli göçmenlerin yoğun olduğu yerlerde dil konusunun sorun olmamasına adına belirtilen kamu kurumlarında gereken düzenlemelerin ve hassasiyetin gösterilmesi önem arz etmektedir.

SIHHAT projesi 2020 ara raporunda yapılan değerlendirmelerde, GSM'lerden memnuniyet %72 olarak belirtilmiş olmakla birlikte katılımcıların %27'si istedikleri halde ulaşamadıkları hizmetler olduğunu belirtmiştir. Hizmete erişim ile ilgili dile getiren sorunlar olarak, GSM'lerin yakın mesafede olmaması ve kayıtlı olunan il dışındaki GSM'lerden hizmet alınamamasıdır. Ayrıca hastanelerde bazı ilaç ücretlerinin karşılanmaması da sorunlar arasında yer almaktadır.[18]

2020 yılı sonrasında yaşanan COVID-19 pandemisi ve 6 Şubat Kahramanmaraş depremleri göçmenleri, diğer bireylere göre daha fazla olumsuz yönde etkilemiştir. Göç Araştırmaları Derneği tarafından İstanbul'da COVID-19 döneminde yapılan bir çalışmada, göçmenlerin, yeterli bilgiye ve yeni düzenlemelere erişim konusunda yaşadıkları sorunlar nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurmamayı tercih ettiklerini saptamıştır. Ayrıca toplumda, salgın hastalıkların yayılması konusunda göçmenleri suçlayan ayrımcı tavırlarla karşı karşıya kalınması nedeniyle göçmenler acil olmadığı sürece hastanelere gitmemişlerdir.[22]

Yine COVID-19 döneminde Relief International tarafından beş ilde (İstanbul, İzmir, Manisa, Gaziantep, Kilis ve Hatay-Reyhanlı) 879 göçmenle gerçekleştirilen ankete göre, katılımcıların %87'si COVID-19 öncesinde sağlık hizmetlerine erişebildiklerini belirtirken, pandemi sonrasında katılımcıların yalnızca %25'i sağlık hizmetlere erişebildiğini bildirmiştir.[24]

Sağlık hizmetlerine erişimde kadınlar ve kız çocukları daha fazla dezavantajlı konumdadır. Sağlık kurumla-

rında, toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılık özellikle üreme sağlığı alanında daha fazla ön plana çıkmaktadır. Göçmen kadınların sağlık kurumlarında fiziksel, cinsel şiddet, cinsiyet temelli ayrımcı yaklaşımlarla (aşırı doğurganlık örüntüsü nedeniyle ayrımcılık içeren söylemler) karşı karşıya kalındığı belirtilmektedir [22]. Konya'da Suriyeli kadınlar üzerinde yapılan niteliksel bir çalışmada toplumsal cinsiyetin Suriyeli kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerinde önemli bir belirleyici olduğu belirtilmiş, yasal statü, ekonomik durum, sosyal dışlanma, dil ve iletişim vb. problemlerinin de hizmete erişimi etkilediği vurgulanmıştır.[25]

Dil ve kültürel engeller, ayrımcı tutumlar nedeniyle göçmen kadınların sağlık kurumlarına başvuruları sıklıkla gebelik ve doğum ile ilişkili nedenlerle sınırlı kalmaktadır. Bu da diğer sağlık sorunların tetkik edilmesini ve tedavisini olumsuz etkileyebilmektedir.[22] Nitekim Samsun ilinde yapılan bir çalışmada kadınların %60,8'i daha önce doğum ve gebelik dışında bir nedenle kadın hastalıkları ve doğum uzmanına hiç gitmediklerini belirtmişlerdir. Rahim ağzı kanseri taraması yaptırmayanların oranı %82,5 bulunmuştur. Ayrıca doğum/gebelik dışı düzenli kontrole gidenlerin oranı %27,3'dür [8]. SIHHAT projesi 2020 raporunda da Suriyeli kadınların %80-90'ının sağlık taramalarını yaptırmadıkları[17], Avrupa Birliği'nin Türkiye'deki mülteci çalışmaları ara değerlendirme raporunda da (2021) kolon, serviks ve meme kanser taramalarında hedeflenen rakamlara ulaşılamadığı belirtilmiştir.[26]

Ayrımcı tutumlar ve kötü muamele sadece Suriyeli kadınlar için değil, diğer göçmen kadınlar için de geçerlidir. 2021-2022 yıllarında İstanbul'daki Afrikalı Göçmen Kadınların Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetlerine Erişimi konusunda yapılan bir çalışmada, CSÜS hizmetlerine erişiminde dil engeli ve iletişim sorunları öncelikli sorunlar olarak ifade edilmiş olup, pahalı sağlık hizmetleri ve sağlık personelinin kötü muamelesi diğer sorunlar olarak belirtilmiştir [27]. Benzer şekilde Malatya'da yapılan bir çalışmada sağlık personelleri ile ilgili olumsuzluklar (yeterince ilgilenilmeme vb.) yaşandığı ortaya konmuştur.[28]

Cinsel ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddet (TCDŞ), önemli bir insan hakları ihlalidir. Kadınların cinsel ve üreme özerkliğini olumsuz etkilemekte, fiziksel ve psikolojik sağlıklarını tehlikeye atmaktadır. Göçmen kız ve erkek çocukları ile kadınlar göç sırasında ve göç edilen yerde bu ve benzeri durumlarla karşı karşıya kalabilirler. Kadın veya çocukların refakatsiz kalmaları, mahremiyeti sağlayamayan kamp planlamaları cinsel ve TCDŞ ihtimalini artırabilir.

Kadın ve Kız Çocukları için Güvenli Alan Projesi verileri, son 12 ayda kadınların %91'inin fiziksel, %81'inin cinsel, %76'sının duygusal, %94'ünün fiziksel ve cinsel; %97'sinin fiziksel, cinsel, duygusal şiddet yaşadığını ortaya koymuştur[7]. Suriyeli kadınların-çoğunluğunun herhangi bir tür şiddet tecrübesi vardır. Kadınlardan şiddet konusunda Suriye ile Türkiye'yi kıyaslamaları istendiğinde Türkiye'de kadın haklarının daha iyi olduğunu, herhangi bir şiddet olayında Türkiye'de daha iyi korunabildiklerini belirtmişlerdir.[10]

Depremler sonrasında UNFPA tarafından ortaya konan değerlendirme raporunda ise, geçici barınma alanlarında yetersiz koruma önlemlerinin güvenlik riskleri yarattığı, aydınlatma yetersizlikleri olduğu, kadına yönelik şiddetle ilgili hizmet sunum mekanizmalarında (kadın sığınma evleri vb.) altyapı hasarı ve personel eksikliği gibi durumlar nedeniyle erişim kısıtlılıkları olduğu bildirilmiştir.[17]

Tablo 1'de 2020 yılı sonrasına ait cinsel sağlık üreme sağlığı konulu bazı araştırmalara ilişkin özet bulgular sunulmuştur.

6. Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Hizmetleri İle İlişkili Projeler

1. SIHHAT Projesi I: Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak amacıyla 2016 yılında başlamıştır. Projenin sürdürülebilirliğini sağlamak için SIHHAT II ve III projeleri devreye girmiştir.
2. SIHHAT 2: "Türkiye'de Göçmen Sağlığı Hizmetlerinin Desteklenmesi Projesi" (SIHHAT 2), 2022-2023 arasında gerçekleştirilmiştir. Proje kapsamında Politika ve Mevzuat Geliştirme Çalıştayı 16-18 Mayıs 2023 tarihinde, Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Çalıştayı 14-15 Haziran 2023 Tarihinde Gerçekleştirilmiştir.
3. Sıhhat III, Türkiye'de Göçmen Sağlığı Hizmetlerinin Desteklenmesi Projesi (SIHHAT III – IPA III/2023/433-160) 2024 yılında başlamıştır.

SIHHAT projeleri, Suriyeli mültecilere CSÜS konusunda danışmanlık, bilgilendirme, bilinçlendirme çalışmaları, cinsel ve TCDŞ'i önlemeye yönelik uygulamalar, üreme hizmeti hizmetleri, ruh sağlığı ve psikososyal destek hizmetleri, bağışıklama hizmetleri, mobil sağlık hizmetleri, kanser tarama hizmetleri ve sağlık okuryazarlığı eğitimlerini gibi olanaklar sağlamıştır. Ancak Suriyeli nüfusun sürekli artışı, ihtiyaçların her zaman tam olarak karşılanamamasına neden olmuştur. GSM'lerin sayısı 2021 yılına kadar mültecilerin ihtiyaçlarını karşılamaya yeterli gelirken, 2022 yılından itiba-

Tablo 1. Cinsel sağlık üreme sağlığı konulu bazı araştırmalara ilişkin özet bulgular (2020 sonrası)

Yazar (yıl) Araştırmanın adı	Araştırma yöntemi, yeri ve örneklemi	Temel bulgular
Idris, R., 2021 İstanbul'daki Afrikalı Göçmen Kadınların Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetlerine Erişimi: Fırsatlar ve Zorluklar[27]	Niteliksel araştırma (veri toplama 2021- 2022) İstanbul N=30	CSÜS hizmetlerine erişimde dil engeli, iletişim sorunları, yüksek maliyetli sağlık hizmetleri ve sağlık personelinin kötü muamelesi
Kıymık D, 2022 Göçmen sağlığı merkezinden hizmet alan kadınların üreme sağlığının değerlendirilmesi[8])	Tanımlayıcı Samsun ili Canik ilçesi Göçmen Sağlığı Merkezi (veri toplama Mart-Ağustos 2021) N=115	İlk evliliklerin sıklıkla 13-18 yaş aralığında (%58,9) yapıldığı, İlk gebelik yaşı ortancasının 19 (13-34) olduğu Düşükler %39,7 Herhangi bir sağlık kuruluşunda gebelik takibi %48 Herhangi bir aile planlaması yöntem kullanımı %66,1 Kadın doğum doktoru tarafından genital yol enfeksiyonu tanısı alma oranı %29,1
Topçu EG et al, 2023 Maternal health experiences on respectful and adequate care of immigrant women: A prospective multicenter study[29]	İstanbul Üçüncü basamak bir kamu hastanesi ve bir özel hastane N=267	Devlet hastanesinde doğumlar (%75) Devlet hastanesinde ebe, hemşire ve kadın doğum uzmanına kolayca ulaşabildiklerini belirtenler (%82) özel hastanede %100 Ortalama kadın doğum uzmanı ziyaret sayısı ve doğum konuları hakkında bilgi düzeyi özel hastanede doğum yapanlarda daha yüksek Türkiye'de doğum yapmayı önereceğini belirtenler %99
Ulusoy A, 2023 Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı Hizmetlerini Kullanımının Değerlendirilmesi[19]	Sivas ili Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniği (veri toplama 2020-2021) N=1331	Kadınların sıklıkla gebelik-doğum ile ilişkili konularda hizmet aldığı, aile planlaması hizmetleri yönünden hizmet alma arayışında olmadığı
Akdöner C, 2024 Türkiye'de yaşayan suriye vatandaşı kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakları: Nitel bir araştırma ve Biyoetik çerçevesinde bir değerlendirme[11]	Niteliksel araştırma Adana N=26 kişi	Ataerkil toplum yapısı özellikleri, Doğurganlık konusunda geleneksel yapı Kadının statüsünün düşük ve CSÜS konusunda söz sahibi olmadığı, CSÜS haklarını bilmediği ve arayış içinde de olmadığı
Öntaş E et al, 2024 Access of Syrian refugee women to reproductive health services in Türkiye during the COVID-19 pandemic[9]	Ankara Veri toplama 2021 N=637	Ortanca ilk evlilik yaşı ise 17 (12-45) Sağlık personeli olmaksızın evde doğum %12,8 Düşük %21,8 DÖB almama oranı pandemi öncesinde %7,0, pandemi sonrasında %41,1 DSB almama pandemi öncesi %10,6, sonrasında %45,1. Hiç doğum kontrol yöntemi kullanmayan %26,4 (yan etki korkusu veya eşlerinin onaylamaması).
Günay GN, 2024 Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Suriyeli Kadınların Sağlık Sorunları ve Sağlık Hizmetlerine Erişimindeki Deneyimleri[25]	Niteliksel araştırma Konya N=19	Sağlık hizmetlerine erişimde toplumsal cinsiyetin önemli olduğunu, kadınların göç sürecinden kaynaklı süreğen, acil ve CSÜS sorunları olduğu (karşılanmamış aile planlaması gereksinimi olduğu, erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kabul etmediği, kadının karar verme özgürlüğünün olmadığı, geri çekme yönteminin tercih edildiği) belirtilmiş, yasal statü, ekonomik, sosyal dışlanma, dil ve iletişim vb. problemlerin sağlık hizmetlerine erişimi etkilediği

Tablo 1. Cinsel sağlık üreme sağlığı konulu bazı araştırmalara ilişkin özet bulgular (2020 sonrası) (devamı)

Yazar (yıl) Araştırmanın adı	Araştırma yöntemi, yeri ve örneklemi	Temel bulgular
Gölçe E, 2024 Türkiye'deki Suriyeli kadınların aile planlamasına yönelik bilgi ve tutumları: Kırıkhan örneği[20]	Niteliksel araştırma Hatay N=40	Kadınların çoğunlukla aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olduğu, ancak yarısından fazlasının yöntem kullanmadığı (sağlıksız ve günah olduğu yönde düşünceler, yanlış bilgilere sahip olma, kalabalık aile yapısını benimseme, eş-aile baskısı, cinsiyet dengesi kurma çabaları) saptanmıştır.
Gümüşoğlu E, 2025 Geçici Koruma Statüsüne Sahip Suriyelilerin Problemleri ve Gelecek Beklentileri: Malatya Örneği[28]	Kesitsel Malatya N=341	Sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili sorunlar, doktorlar ve sağlık personeliyle ilgili bazı olumsuz geri bildirimler (yeterince ilgilenilmediği görüşü %10)
Kaya M, 2025 Engeller ve köprüler: Suriyeli kadınların Türkiye'deki cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine ve göçmen sağlığı merkezlerine erişimi[30]	Niteliksel araştırma Ankara, STK temsilcileri N= 12	Göçmen Sağlık Merkezlerinin olumlu yönleri olarak, dil, konum ve kültürel uyum avantajları, olumsuz yanlar, bürokratik engeller, merkezlerdeki yapısal sorunlar nedeniyle sağlığa erişim güçlükleri Eşitsizlikler ve kesişen kırılganlıkların kadınları olumsuz etkilediği ve sosyal dışlanma mücadelesinin önemli olduğu
Aykal T, 2025 Suriyeli Göçmen Kadınların Doğum Adetleri: Gaziantep İli Örneği[16]	Niteliksel araştırma Gaziantep N=40	Kadının toplumsal statüsünü ve kimliğinin doğurganlığı ile ilişkilendirildiği, çocuk olmadığında eşin evlenebileceği, birden fazla çocuk sahibi olmanın benimsendiği, isteyerek düşük benimsenmemekle birlikte (günah, sosyal yapının bozulması algısı) ekonomik yetersizlikler nedeniyle geleneksel yöntemlerle düşük yapmaya yönelme, çevrenin öğrenmesinden çekinme nedeniyle düşük için hastanelere başvurmaktan (gizli tutma) kaçınma

ren kapasitenin yetersiz kaldığı görülmüştür. Gerek COVID-19 döneminde gerek depremler sonrasında projelerin faaliyetlerinde gecikmeler yaşanmıştır. Depremler sonrasında GSM'lerin yarıya yakınının hasar gördüğü belirtilmektedir. Bu nedenle projelerin sürdürülebilirliği ve etkilerinin ne olduğu ile ilgili belirsizlikler olduğu ifade edilmektedir.

Kadın ve Kız Çocukları için Güvenli Alan Projesi, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) ortaklığında, Avrupa Sivil Koruma ve İnsani Yardım Genel Müdürlüğü (ECHO) finansal desteği çerçevesinde, Suriyeli ve diğer ülkelerden gelen mülteci kadınlar ile kız çocuklarına yönelik güvenli alanlar oluşturmayı hedeflemektedir. Projeye Mart 2015'te Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜKSAM) koordinatörlüğünde Ankara'da başlanmıştır. Halen Türkiye genelinde 35 adet Kadın Sağlığı Danışma Merkezi ile hizmet verilmektedir.[7]

Genç Mülteciler için Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı: İyi Uygulamalar ve Çıkarılan Dersler projesi Almanya Federal Sağlık Eğitimi Merkezi, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı ve Novi Sad İnsani Yardım Merkezi (Sırbistan) iş birliğiyle gerçekleştirilen Erasmus+ Küçük Ölçekli Fon desteği projesidir. Proje kapsamında Genç Mülteciler İçin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı ve Hakları Uygulama Örnekleri ve Öğrenilenler yayını çıkarılmıştır. Cinsel Şiddet, Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet, Doğum ve Sonrası Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS), Çocuk Yaşta Erken ve Zorla Evlilikler, Mülteciler için CSÜS ve Cinsel Sağlık Eğitimi gibi konunun farklı boyutları incelenmektedir.[31]

Depremden Etkilenen İllerde Kadın ve Kız Çocuklarının Üreme Sağlığı Hizmetlerine Erişiminin Artırılması Projesi/SGDD-ASAM. Hatay ve Adıyaman gibi krizden etkilenen bölgelerdeki mülteci kadınların, kız çocuklarının ve diğer kırılgan grupların cinsel sağlık, üreme sağlığı, koruma ve psikososyal ihtiyaçlarını karşılamak üzere planlanmıştır. Sağlık arabulucuları ve tercüman desteği ile dil ve kültür engellerinin ortadan kalkması, hizmetlerden yararlanma oranının artması sağlanmıştır.[31]

Çocuk Dostu Alanlar ve Kız Çocukları ile Kadınların Güçlendirilmesi / Mülteciler ve Sığınmacılar Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği (Türkiye).[31]

7. Sonuç ve Öneriler

2020 sonrasında Suriyeli göçmenlerle ilgili pek çok tez çalışması ya da araştırma yapılmasına karşın, tüm

Suriyeli nüfusu temsil eder nitelikte kapsamlı çalışma yoktur. Çalışmaların çoğu niteliksel tipte, küçük gruplar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalar daha derinlemesine bilgi toplanmasına olanak sağlayabilir. Ancak ulaşılamayan göçmen kadınların özellikleri ve sorunları yansıtılamamış olabilir.

Göçmenlerin (çoğunlukla da Suriyeli göçmenlerin) sağlık hizmetlerine erişimde dil ve kültürel sorunlar yaşadıkları, sağlık personeli tarafından ayrımcı tutumlarla karşı karşıya kaldıkları, toplumsal cinsiyet rollerinin özellikle doğurganlık ile ilgili konularda belirleyici olduğu ve doğurganlık örüntülerinin değişmediği görülmüştür. G/GSM'lerin açılması hizmete erişimi olumlu etkilemiştir. Ancak halazırda özellikle aile planlaması yöntemleri konusunda nitelikli bilgi yetersizlikleri söz konusu olup, yöntem kullanımı (özellikle modern yöntem) istenilen düzeyde değildir. Doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinde yetersizlikler söz konusu olup, pandemi, deprem gibi hizmetlerin kesintiye uğradığı dönemlerde göçmenleri daha fazla olumsuz yönde etkilemiştir. G/GSM'lerin her ilde olmaması ve kayıt dışı bireylerin yararlanamaması halen sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Gebelik ve doğum dışındaki hizmetlerden yararlanma düşük seviyedir. Kültüre ve cinsiyete duyarlı hizmet sunumu gerekmektedir. Projeler çerçevesinde olumlu ilerlemeler yaşanmıştır ancak tüm yararlanıcıların ihtiyaçlarını karşılayabildiği söylenemez. Benzer tespitler TC. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı'nca yayınlanan 12. Kalkınma Planı özel ihtisas komisyonu raporlarında da belirtilmiştir. Göçmen kadın ve kız çocuklarının sağlık hizmetlerine erişimlerinde sorunların devam ettiği CSÜS konularında kapsamlı eğitim materyallerinin yeterli olmadığı, sağlık çalışanlarının kapasitesinin ihtiyaçları karşılayamadığı, aile planlamasında karşılanamayan gereksinimin yüksek olduğu ve yüksek doğurganlık oranlarının en temel sorunlar olduğu, GSM'lerinin sürdürülebilirliği için yeni kaynaklara ihtiyaç olduğu, bu birimlerin Sağlık Bakanlığına entegre edilmesi için çalışmalar yapılması gerektiği vurgulanmıştır.[32]

Göçmen kadın nüfusu ve ihtiyaçları göz önüne alındığında halen karşılanamayan pek çok gereksinimleri olduğu görülmektedir. Kadınların CSÜS dahil olmak üzere sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmetlere erişimde kapsayıcılığın artırılması, kültüre ve cinsiyete duyarlı hizmet sunumu için sağlık insan gücü kapasitesinin artırılması, dil sorununun aşılması, cinsiyete dayalı ayrımcılığın ortadan kaldırılması, kapsamlı veri toplama sistemleri geliştirilmesi, CSÜS hizmetleri için kaynak yaratılması ve projelerin geliştirilerek sürdürülebilirliğinin sağlanması önemlidir.

KAYNAKLAR

1. TC. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı. Geçici Koruma. https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638
2. TC. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı. Düzensiz Göç. https://www.goc.gov.tr/duzensiz-goc-istatistikler.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı. *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Eğitim Rehberi*. (2020).
4. Özlem, A. & Enes Gökler, M. Göçmen Kadınlarda Üreme Sağlığı. *Med Res Rep* **4**, 57–64 (2021).
5. Bükecik, E., Şahin, S., Abay, H., Kaplan, S. & Arıöz Düzgün, A. Mülteci Kadınlar ve Üreme Sağlığı: Sağlık Hizmetlerine Ulaşmalarını Etkileyen Faktörler, Engeller ve Çözüm Öneriler. *SDÜ Sağlık Bilim. Derg.* **10**, 460–464 (2019).
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. *2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK* http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf (2019).
7. Özvarış, Ş. B., Kaptanoğlu, İ. Y., Konşuk Ünlü, H. & Erdost, T. *Kadın Sağlığı Danışma Merkezlerine Başvuran Suriyeli Kadınların Üreme Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Temelli Şiddet Hizmetlerine İlişkin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırma Raporu*. (2019).
8. Duman Kıymık, İ. Göçmen sağlığı merkezinden hizmet alan kadınların üreme sağlığının değerlendirilmesi. (On Dokuz Mayıs Üniversitesi, 2022).
9. Öntaş, E., Doğan, B. G., Özvarış, Ş. B. & Kutluk, T. Access of Syrian refugee women to reproductive health services in Türkiye during the COVID-19 pandemic. *East. Mediterr. Heal. J.* **30**, 521–531 (2024).
10. Türmen, T. (Ed. . & Akın, A. (Ed. . *Türkiye'de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi Raporu*. (2021).
11. Akdöner, C. Türkiye'de yaşayan suriye vatandaşı kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakları: Nitel bir araştırma ve biyoetik çerçevesinde bir değerlendirme. (Çukurova Üniversitesi, 2024).
12. Almohammad, A. Erken evlilik Türkyedeki Suriyeli mülteciler için nedenleri ve etkileri (Diyarbakır da Suriyeli mülteci kadın örnekleminde bir saha çalışması). (Mardin Artuklu Üniversitesi, 2023).
13. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Doğum İstatistikleri, 2023. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Birth-Statistics-2023-53708 (2023).
14. MAZLUMDER. *Kamp Dışında Yaşayan Suriyeli Kadın Sığınmacılar Raporu*. http://mazlumder.org/webimage/MAZLUMDER KAMP DIŞINDA YAŞAYAN KADIN SIĞINMACILAR RAPORU(9).pdf (2014).
15. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. *2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması*. (2021).
16. Aykal, T. Suriyeli göçmen kadınların doğum adetleri: Gaziantep ili örneği. (Gaziantep Üniversitesi, 2025).
17. UNFPA Türkiye. Durum Raporu: Türkiye Depremleri, 2 yıl sonra. https://turkiye.unfpa.org/tr/publications/Durum-Raporu-Turkiye-Depremleri-2-yil-sonra (2025).

18. Yüncüler, B. (koordinatör). *Final Report Surveys for Health Care Needs Analysis of Syrian Population under Temporary Protection (SIHHAT/2018/SER/NEG/04)*. (2020).
19. Ulusoy, A. Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı Hizmetlerini Kullanımının Değerlendirilmesi. (Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, 2023).
20. Gökçe, E. Türkiye'deki Suriyeli Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Bilgi ve Tutumları: Kırıkhan Örneği. (Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, 2024).
21. HASUDER. COVID-19 Göçmenler ve Mültecilerle İlgili Durum. *Halk Sağlığı Uzmanları Derneği* https://korona.hasuder.org.tr/pandemi-surecinde-gocmenler-ve-multecilerle-ilgili-durum.
22. Danış, D. (koordinatör). *İstanbul'daki Sağlık Hizmetlerine Erişimlerinin Önündeki Engeller ve Kolaylaştırıcılar:Saha Raporu*. (2020).
23. SIHHAT Projesi. SIHHAT-2 Proje Faaliyetleri. https://www.sihhatproject.org/sihhat2_faaliyetler.html.
24. *Impact of the COVID-19 Outbreak on Syrian Refugees in Turkey: Results from Rapid Needs Assessment conducted in Istanbul, Izmir, Manisa,Gaziantep, Kilis and Reyhanli*. https://www.researchgate.net/publication/342348884_The_effects_of_COVID-19_on_Syrian_refugees_in_Turkey (2020).
25. Günay, G. N. Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Suriyeli Kadınların Sağlık Sorunları ve Sağlık Hizmetlerine Erişimindeki Deneyimleri. (Selçuk Üniversitesi).
26. *Strategic Mid-term Evaluation of the Facility for Refugees in Turkey, Final Report, Volume II: Sector Report on Health*. (2021).
27. Iddrıs, R. İstanbul'daki Afrikalı Göçmen Kadınların Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetlerine Erişimi: Fırsatlar ve Zorluklar. (İstanbul Üniversitesi, 2023).
28. Gümüşoğlu, E. Geçici koruma statüsüne sahip suriyelilerin problemleri ve gelecek beklentileri: Malatya örneği. (İnönü Üniversitesi, 2025).
29. Topcu, E. G., Terzioglu, M., Okumus, Z. G., Savkli, A. O. & Demirkiran, C. I. Maternal health experiences on respectful and adequate care of immigrant women: A prospective multicenter study. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 169, 1146–1152 (2025).
30. Kaya, M. Engeller ve Köprüler: Suriyeli Kadınların Türkiye'Deki Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetlerine ve Göçmen Sağlığı Merkezlerine Erişimi. (Ortadoğu Teknik Üniversitesi, 2025).
31. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAPV). *Genç Mülteciler için Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı ve Hakları; Uygulama Örnekleri ve Öğrenilenler*. https://www.tapv.org.tr/wp-content/uploads/2025/09/sexual-and-reproductive-health-and-rights-for-young-refugees-tr-web.pdf (2025).
32. T.C. Cumhurbaşkanlığı, S. ve B. B. *12. Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Rapor Özetleri*. (2025).

Göçmenlerde Bulaşıcı Hastalıklar ve Bağışıklama Hizmetleri

Ferit Kaya

1. Giriş

Tahmini olarak Dünya genelinde her 30 kişiden en az 1'i, toplamda 281 milyon kişi göçmen durumundadır. Avrupa'da ise bu sıklık 1/8'dir. Göçmenler büyük olasılıkla sağlıklıdırlar ancak göç koşulları, göç ettikleri ülkelerdeki farklı yaşam şekilleri ve sağlık hizmetleri gibi temel hizmetlere ulaşmada yaşadıkları güçlükler nedeniyle sağlık tehditleri ile karşı karşıya gelebilmektedir.[1] 2025 yılı itibari ile Dünya genelinde 45,2 milyon insan sığınmacı veya mülteci durumundadır.[2]

Suriye'de 2011 yılında başlayan iç karışıklar büyük bir insani krize dönüşmüştür. Suriye'de yaşayan milyonlarca kişi göç etmek zorunda kalmış ve Dünya genelinde bir mülteci sorunu ortaya çıkmıştır. Türkiye Suriye krizinde göçmenlere yönelik açık kapı politikası uygulamıştır. 2025 itibari ile yerinden edilen ve diğer ülkelere kayıtlı olan 4 milyonun üstünde Suriyeli göçmen bulunmaktadır. Kayıtlı göçmenlerin yaklaşık 2,5 milyonu (%60) Türkiye'de bulunmaktadır.[3] Göçmenlere yönelik Türkiye'de ilk sağlık hizmeti 29 Nisan 2011 yılında Hatay ilimizde başlamıştır.[4]

Göçler bulaşıcı hastalıklar açısından göç edilen ülkelerde endişelere yol açmaktadır.[6] Bir toplumdan diğer bir topluma bulaşıcı hastalıkların taşınmasında rol oynamaktadır.[7]

Tüberküloz (Tbc) Avrupa bölgesinde en sık görülen mülteci kaynaklı bulaşıcı hastalık olarak tespit edilmiştir.[8] 2011 Suriye krizinin başlaması ile Tbc vakalarında artış görülmüştür. Hatay ilinde 2010 yılında %24,3 olan Tbc sıklığı 2013 yılında %33,5'e çıkmıştır.



Şekil 1. Yıllara göre Türkiye'ye gelen göçmen sayısı.[5]

Tüberküloz hastalığının tedavisinin başarı oranı doğrudan gözetimli tedavi uygulananlarda daha yüksektir. Suriyeli göçmenlerin tedaviden ayrılma sıklığı ve bulaş oranları göçle gelen Suriyelilerde daha yüksek seyretmektedir.[9] Tbc hastası olan Suriyelilerin %30,3'ü sağaltım tamamlamadan tedaviyi bırakmıştır.[9] 2020 yılında Türkiye'de Verem savaş Dispanserlerine (VSD) kayıtlı toplam tüberkülozlu hasta sayısı 8.925'tir. Bu hastaların %15,9'unu (1420 olgu) yabancı ülke doğumlu hastalar oluşturmuştur.[10]

Türkiye'de yıllar içinde Tbc insidansında kademeli bir düşüş olsa da Dünya Sağlık Örgütü'nün hedeflediği oranın altında kalmıştır.[11] Türkiye'de 2005 yılında yüz binde 33 olan Tbc insidansı 2023 yılında yüz binde 13'e kadar kademeli olarak düşmüştür. 2011 yılında yaşanan göçmen krizinde dahi Türkiye'deki bu düşüş devam etmiştir.[11]

Tbc sıklığının yüksek olduğu ülkelerden göç eden göçmenlerin uygunsuz göç şartlar, ülkelerindeki yüksek oranlardaki bulaşıcı hastalıklar ve fakirlik gibi çeşitli nedenlerden dolayı Tbc'ye yakalanma oranları daha yüksektir.[12] Göçmenlerin sağlıksız ve kalabalık konutlardaki yaşamları ve yaşamak zorunda kaldıkları kötü çevresel faktörler sağlıklarını olumsuz etkilemektedir.[13] Türkiye'de yapılan çalışmada Türkiye doğumlularda tedavi başarı oranı yüksek (%85,9) iken tedaviyi terk edenlerin oranı düşüktü (%3,2). Yabancı ülke doğumlularda tedaviyi başarı ile tamamlama oranı (%74,3) ve tedaviyi terk etme oranı %12,1 idi. Yabancı doğumlularda Türkiye doğumlulara göre hem tedaviyi başarı ile tamamlama oranı düşük hem de tedaviyi terk etme oranı yüksektir[13]. Bu durum tüm göç alan ülkelerde olduğu gibi Türkiye için de olumsuz etkilere yol açmaktadır. Sahra altı ülkelerden Avrupa'ya olan göçmenlerde tüberküloz oranı yaklaşık %14 olarak bulunmuştur.[14]

Göçmenler ve mülteciler arasında yapılan bir çalışmada HCV'nin ve HBV'nin en sık Suriye'nin de içinde bulunduğu Doğu Akdeniz ülkelerinden gelen göçmenlerde olduğu tespit edilmiştir. Göçmenler yerel halka bazı hastalıkların yayılmasına neden olabilecekleri gibi kendileri de göç ettikleri ülkelerde çeşitli hastalıklara daha duyarlı bir grup haline gelebilirler.[15] Göçmenler üzerinde Londra' da yapılan çalışmada en az bir bulaşıcılık hastalık taşıyanların sıklığı %18 olarak bulunmuştur.[16] Tayland'da 2016 ile 2019 yılları arasında yapılan bir çalışmada göçmen sayısı ile ülkedeki bulaşıcı hastalık bildiriminin arttığı görülmüştür. Fransa'da yapılan bir çalışmada göçmenlerin %12,9'unda en az bir bulaşıcı hastalık olduğu tespit edilmiştir. Bu göçmenler arasında HBV, HCV ve HIV taşıyan hastaların yarısından fazlası göç ettikleri ülkede teşhis almıştır.[17]

Tablo 1. Yıllara göre Türkiye'de Tbc vaka sayıları.[18]

Yıllar	TV Vatandaşı	Yabancı Uyruklu
2019	9,820	1,427
2020	7,423	1,407
2021	7,635	1,412
2022	8,211	1,512
2023	8,187	1,221

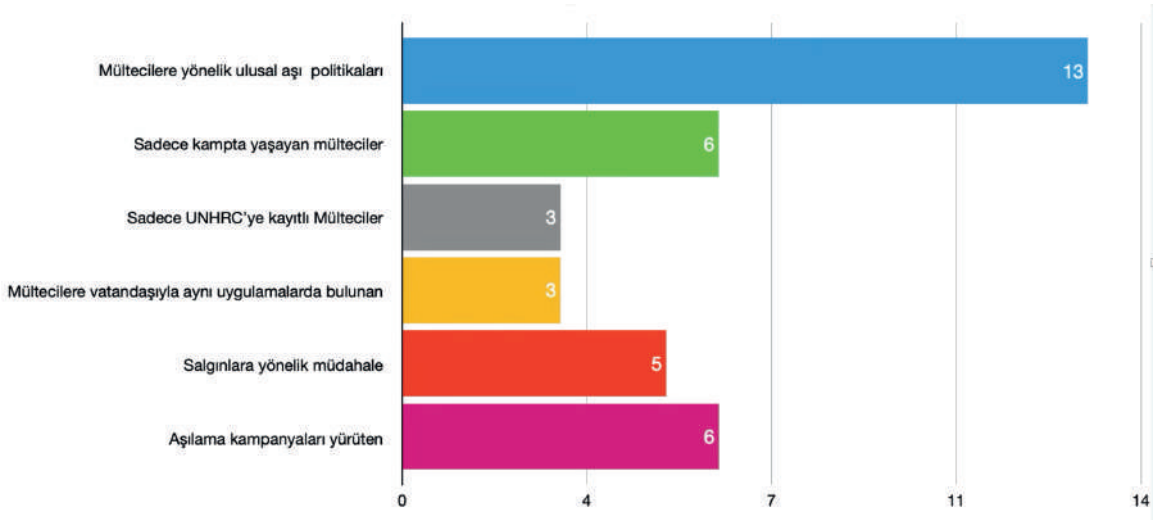
2. Bağışıklama

Göçmenlerin geldiği ülkeler bağışıklama hizmetleri dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu ülkelerden gelmektedir. Türkiye en çok mülteci kabul eden 20 tane orta gelirli ülkeden biridir.[19] Yoğun şekilde mülteci kabul eden ülkeler bağışıklama hizmetlerinde farklı politikalar izlemektedir. Irak, İran gibi bazı ülkeler sadece kamplarda yaşayan mültecileri aşılama programına alırken Türkiye, Lübnan ve Pakistan gibi bazı ülkeler ise ülke çapında bağışıklama politikaları uygulamaktadırlar.[19]

Toplumsal sağlığın korunmasında sürü bağışıklığı önemli bir yer tutmaktadır. Göç dışında ev sahibi halk ne kadar yüksek oranda aşılanmışsa hastalıkların yayılması engellenmiş olacaktır. Dünya Sağlık Örgütü kızamık, kızamıkçık ve çocuk felci gibi bulaşıcı hastalıklara karşı sürveyans çalışmalarının güçlendirilmesini, toplumsal taramaların arttırılmasını ve mülteciler gibi riskli grupları normal toplumsal bağışıklama programlarına dahil edilmesini önermektedir. Kızamık, kızamıkçık ve çocuk felci aşılarının 6 yaş altındaki aşılanmamış çocuklara uygulanması konusunda da öneride bulunmaktadır.[20]

1000 kişi başına en fazla göçmen barındıran ilk 20 düşük ve orta gelirli ülkenin göçmenlere yönelik aşı uygulamaları **Şekil 2**'de görülmektedir. Türkiye'nin de içinde bulunduğu 13 ülke göçmenlere aşı politikaları geliştirmiştir. Türkiye aynı zamanda aşı kampanyası yürüten 6 ülke arasında bulunmaktadır.[19]

Türkiye'de 2025 yılı itibari ile 2.448.886 geçici koruma statüsünde bulunan Suriyeli bulunmaktadır. Suriyeliler arasında 338,712 çocuk (0-4 yaş arası) bulunmaktadır. Ayriyeten 9009 kişi uluslararası koruma başvurusunda bulunmuştur. Uluslararası koruma statüsüne başvuran kişilerin en sık geldiği ilk üç ülke Afganistan- Irak ve İran'dır.[21] Türkiye'de 2025 yılında toplam 11,400 düzensiz göçmen yakalanmıştır. Bu kişilerin gelmiş oldukları ilk 3 ülke sırası ile Afganistan-Suriye ve Türkmenistan'dır.[21]



Şekil 2. En çok göçmen barındıran 20 düşük ve orta gelirli ülkenin göçmenlere yönelik aşı politikaları.[19]

Küresel düzeyde aşılama programlarının devam ettirilmesi gerekmektedir. Sağlığın korunması için mülteciler ulusal sağlık sistemine entegre edilmesi UNHRC tarafından önerilmektedir. Çocuklara aşı uygulanma oranları artsa da hala bağışıklama düzeyleri istenilen düzeye gelmemiştir. 2024 yılında UNHRC ye bildirimde bulunan ülkelerin %36'sı kızamık aşısını hedef grubun %95'ten fazlasına uygulamıştır. Bu uygulama aşı oranını bir yılda %29 arttırmıştır. Bu artışın devamlılığı fon desteğinin devamlılığına bağlıdır. Aşılama hizmetlerinde desteklerin global düzeyde azalması bulaşıcı hastalıkların artmasına yol açacaktır.[22]

DSÖ göçmenlerin aşılanmalarıyla ilgili değerlendirmeleri aşağıdaki gibidir:[23]

- Hiçbir ayrım yapılmaksızın tüm göçmenlerin aşılara erişiminin sağlanması.
- Aşılama politikalarının rutin aşılamaya ve aşılama kampanyalarına ve pandemi müdahale programlarına dahil edilmesi sağlanmalıdır.
- COVID-19 pandemisi sırasında geliştirilen kapsayıcı politikalara düzensiz göçmenleri hedefleyen politikalar da dahil ederek kalıcı olmasını sağlamak.
- Aşı uygulamalarına toplum katılımının sağlanması.
- Kişiye özel uygulama mekanizmaları geliştirmek.
- Aşı konusunda sağlık okuryazarlığını arttırarak aşı tereddütünü ortadan kaldırmak ve olası yanlış bilgilerin önüne geçmek.
- Birincil sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve eşitlik hedeflerine ulaşmak için aşılama ve diğer sağlık programları arasındaki entegrasyonu iyileştirmek.
- Yaşam boyu hareketli nüfuslara telafi aşılaması sağlamak için sağlık sistemlerini güçlendirmek ve bu faaliyetler için yeterli kaynakları sağlamak.
- Aşılara ulaşabilirliği kolaylaştırmak.
- Göç boyunca kişilerin taşıyacağı aşı ve sağlık kartlarını uygulamaya koymak.
- Hasta-sağlık hizmeti sağlayıcılarını göçmen gruplara yönelik eğitmek.
- Mülteci ve göçmen nüfuslarında aşılama hizmetlerindeki veri toplama yöntemlerini güçlendirmek.
- Aşılama ile ilgili tüm verileri içeren bilgi sistemleri oluşturmak veya geliştirmek;
- Yetersiz aşılama ve aşı tereddüdünün nedenlerini ortaya çıkarmak.

KAYNAKLAR

1. The health of refugees and migrants in the WHO European Region. https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region (2025).
2. Refugee Data Finder - Key Indicators. https://www.unhcr.org/refugee-statistics.
3. UNHRC. Situation Syria regional refugee response. https://data.unhcr.org/en/situations/syria?
4. Küçük, A. Türkiye'de göç ve sağlık politikaları analizi: 'sıhhat projesi' örneği. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* **20**, 473–495 (2020).

5. TÜİK - Veri Portalı. https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=n%C3%BCfus.
6. Khyatti, M. *et al.* Infectious diseases in North Africa and North African immigrants to Europe. *Eur J Public Health* **24**, 47–56 (2014).
7. Barnett, E. D. & Walker, P. F. Role of Immigrants and Migrants in Emerging Infectious Diseases. *Medical Clinics of North America* **92**, 1447–1458 (2008).
8. Taha, H., Durham, J. & Reid, S. Communicable Diseases Prevalence among Refugees and Asylum Seekers: Systematic Review and Meta-Analysis. *Infect Dis Rep* **15**, 188–203 (2023).
9. Doğru, S. & Döner, P. Frequency and outcomes of new patients with pulmonary tuberculosis in Hatay province after Syrian civil war. *Indian Journal of Tuberculosis* **64**, 83–88 (2017).
10. *T.C. Sağlık Bakanlığı 2021 Faaliyet Raporu*. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/42666/0/2021-faaliyet-raporupdf.pdf (2021).
11. Yigci, D. *et al.* Tuberculosis in Turkiye: Epidemiological insights and recommendations for progress. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* https://doi.org/10.1007/S10096-025-05201-W (2025) doi:10.1007/S10096-025-05201-W.
12. KIRAN, P. *et al.* Temporal Trend Analysis of Tuberculosis in Turkey Between 2005 and 2019. *Mediterranean Journal of Infection Microbes and Antimicrobials* **12**, (2023).
13. Kılıçaslan, Z. Göçmenlerde akciğer sağlığı ve tüberküloz. *Toraks Bülteni* 56–59 (2019).
14. Prestileo, T. *et al.* Tuberculosis among Migrant Populations in Sicily: A Field Report. *J Trop Med* **2021**, 7856347 (2021).
15. Barnett, E. D. & Walker, P. F. Role of Immigrants and Migrants in Emerging Infectious Diseases. *Med Clin North Am* **92**, 1447 (2008).
16. Nyiri, P. & Eling, J. A specialist clinic for destitute asylum seekers and refugees in London. *The British Journal of General Practice* **62**, 599 (2012).
17. Vignier, N. *et al.* Burden of infectious diseases among undocumented migrants in France: Results of the Premiers Pas survey. *Front Public Health* **10**, (2022).
18. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023*. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf (2025)
19. Elharake, J. A., Omer, S. B. & Schwartz, J. L. Country immunization policies for refugees across 20 low-middle income and 20 high-income countries. *Vaccine* **40**, 6017–6022 (2022).
20. Provision of immunization services to refugees Guidance for host countries in the context of mass population movement from Ukraine. http://apps.who.int/bookorders (2022).
21. T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı- İstatistikler. https://www.goc.gov.tr/istatistikler
22. UNHCR, 2024 yılında mülteci sağlığı alanında kaydedilen ilerlemenin fon kesintileri nedeniyle risk altında olduğu konusunda uyarıyor | UNHCR. https://www.unhcr.org/news/press-releases/progress-made-refugee-health-2024-risk-funding-cuts-unhcr-warns
23. Ensuring the integration of refugees and migrants in immunization policies, planning and service delivere globally.

Göçmenlerde Kronik Hastalıkların Kontrolü Hizmetleri

Pınar Soylar, Gülsen Güneş

1. Giriş

Türkiye, jeopolitik konumu nedeniyle tarihin her döneminde göç hareketlerinin yoğun olarak yaşandığı ülkeler arasında yer almıştır. Uluslararası düzeyde en büyük mülteci nüfusunu barındıran ülke olarak öne çıkmaktadır. Uluslararası Göç Örgütü'nün (International Organization for Migration – IOM) Türkiye ofisine göre, Türkiye'de ikamet eden göçmen ve mültecilerin sayısı yaklaşık 3,9 milyon, bunların %90'ına yakını Suriyeli'dir.[1] Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin (UNHCR) Suriye durumu veri portalında 31 Temmuz 2025 itibarıyla Türkiye'de kayıtlı Suriyeli sayısı 2.578.480 olarak belirtilmiştir. Nüfusun yaklaşık olarak %24'ü 18-59 yaş arası erkeklerden, %22'si 18-59 yaş arası kadınlardan oluşmaktadır.[2] İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı'nın Ağustos 2025 verilerine göre ise Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin sayısı 2.555.560 olup illere göre dağılımına baktığımızda İstanbul, Gaziantep ve Şanlıurfa ilk üç sırada yer almaktadır.[3] Nüfusun büyüklüğü ve demografik özellikleri göç sürecinin sağlık üzerine etkilerini anlamak için kritik öneme sahiptir.

2. Göç Süreci ve Kronik Hastalık Risk Faktörleri

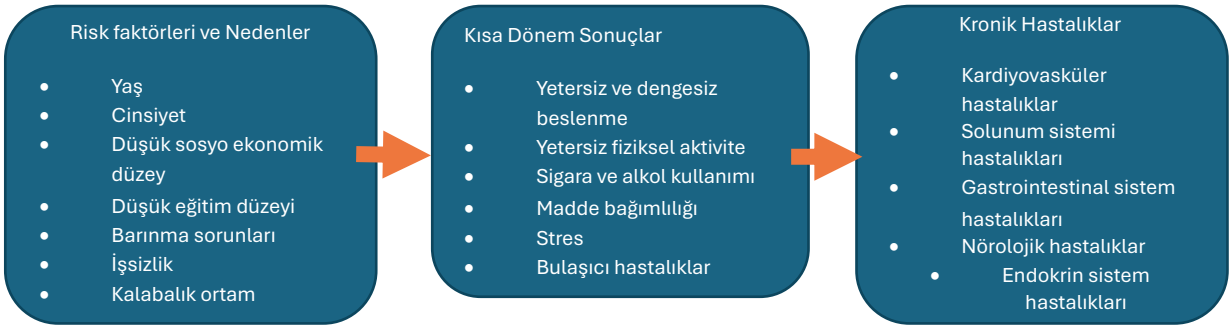
Göç süreci, sağlık sorunları açısından değerlendirildiğinde kronik hastalık risk faktörlerinin artışını ve gelişimini etkilemektedir. Göçmenlerin bu süreçte karşı karşıya kaldığı olumsuz yaşam koşulları, beslenme ve hijyen koşullarının kötü olması, sağlık hizmetlerine sınırlı erişim gibi nedenlerle kronik hastalıklar daha sık görülmektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanmada yaşanan güçlükler göçmenlerde görülebilecek kronik hastalıkların erken tanı ve teşhisini de geciktirmektedir.[4-9] Göç etmek, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeyleri gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluşumunu ve devamlılığını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu süreçte bireylerde maddi kaynakların kısıtlılığı ve düşük eğitim düzeyi, karbonhidrat ağırlıklı beslenmenin artmasına ve fiziksel aktivitenin azalmasına yol açmaktadır. Ekonomik yetersizlikler, göçmenleri daha ucuz besinlere yönlendirerek meyve ve sebze tüketiminin azalmasına neden olmaktadır. Sağlıksız beslenme alışkanlıkları ise diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların ortaya çıkması için uygun bir zemin hazırlamaktadır.[4,6-12]

Tablo 1. Geçici Koruma Kapsamında Bulunan Suriyelilerin Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı

GEÇİCİ KORUMA KAPSAMINDA BULUNAN SURİYELİLERİN YAŞ VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI

YAŞ	ERKEK	KADIN	TOPLAM
TOPLAM	1.331.995	1.246.485	2.578.480
0-4	186.615	174.545	361.160
5-17	456.819	431.815	888.634
18-64	670.102	617.066	1.287.168
65+	18.459	23.059	41.518

Kaynak: İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı[3]



Şekil 1. Göç Süreci ve Kronik Hastalık İlişkisi[4]

Göç süreci, bireylerde kronik hastalık riskini artıran pek çok etkeni beraberinde getirmektedir. Yaşın ileri veya çok küçük olması, kadın olmak, düşük sosyoekonomik ve eğitim düzeyi, barınma ve istihdam güçlükleri ile kalabalık koşullarda yaşamak bu riskleri artıran başlıca faktörlerdir. Bu koşullar; yetersiz beslenme, fiziksel aktivite eksikliği, tütün ve alkol kullanımı, madde bağımlılığı ve stres gibi sorunlara yol açmakta, tüm bu unsurlar da kronik hastalıkların gelişimine zemin hazırlamaktadır.[4, 13]

UNHCR (Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği)'nin Temmuz 2025 Pazar Analizi bulgularına göre, Türkiye'de göçmen hanelerin beslenme alışkanlıklarının ekonomik koşullar nedeniyle önemli ölçüde değiştiğini ortaya koymaktadır. Enflasyon ve tedarik kısıtları, gıda çeşitliliğini azaltarak haneleri ekmek, pirinç ve bulgur gibi karbonhidrat ağırlıklı, düşük maliyetli besinlere yöneltmiş; kırmızı et, taze meyve-sebze ve süt ürünleri tüketimi sınırlanmıştır. Protein ihtiyacı çoğunlukla tavuk ve yumurta gibi daha ucuz kaynaklardan karşılanmakta, bu da beslenme çeşitliliğinin daralmasına yol açmaktadır. Artan fiyatlar ve düşen alım gücü, besleyici gıdalara erişimi kısıtlayarak uzun vadede diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon gibi kronik hastalık risklerini artırabilecek bir tablo oluşturmaktadır.[2]

Göçmenlerde sigara kullanım alışkanlıklarının yüksek olduğu da belirtilmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre göçmenlerin %14.8'i geçmişte ve/veya şuan sigara kullanmaktadır. Tütün kullanan bireylerde kalp hastalığı tanısı alma olasılığı 2,13 kat daha yüksek olduğu raporlanmıştır.[6] Bir araştırmada Suriyeli mültecilerin %34,0'ünün güncel olarak herhangi bir tütün ürünü kullandığı bildirilmiştir. Cinsiyet dağılımı incelendiğinde, erkek katılımcıların %55,0'i tütün kullanmaya devam ettiğini ifade ederken, kadın mültecilerde bu oran %11,8 olarak saptanmıştır.[11]

Kronik hastalıkların risk faktörleri açısından baktığımızda araştırmaya katılan göçmenlerin büyük çoğunluğu (%99,1) alkol tüketmemektedir. En düşük fiziksel aktivite seviyeleri, her iki cinsiyette de 60-69 yaş grubundadır. Katılımcıların meyve veya sebze yedikleri haftalık ortalama gün sayısının 3,1; Katılımcıların yalnızca küçük bir bölümü yemeklerden önce veya yerken her zaman (%2,8) ya da sıklıkla (%11,2) tuz eklemektedir. Benzer şekilde, evde yemek hazırlarken tuz, tuzlu baharat veya tuzlu sos ekleyenlerin oranı her zaman %2,6, sıklıkla %10,8 olarak bulunmuştur. Yüksek tuz içeren işlenmiş gıdaların tüketimi ise daha düşüktür; bu gıdaları her zaman tüketenler %1,8, sıklıkla tüketenler %9,7 oranındadır. Bu üç olumsuz tuz tüketim alışkanlığını her zaman benimseyenlerin oranı 60-69 yaş grubunda daha yüksektir.[11]

Yetersiz beslenme ve düşük fiziksel aktivite oranları, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar da dahil olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimine katkıda bulunan obeziteye yol açabilir. Araştırmalar, mültecilerin ve göçmenlerin obez veya aşırı kilolu olma olasılıklarının doğası gereği daha yüksek olmadığını, ancak ev sahibi ülkeye ve kültüre uyum sağladıkça olumsuz yaşam tarzı faktörlerinin gelişebileceğini ve bunun da daha az sağlıklı bir yaşam tarzına yol açabileceğini göstermektedir.[14]

2018 TNSA Suriyeli Göçmen Örneklemi'nde 15–49 yaş kadınların %60'ı fazla kilolu ya da şişmandır (BMI ≥25). Bu oran 15–19 yaş grubunda %31 iken, kırk ve kırk dokuz yaş grubunda %92'ye çıkmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça obezite azalmakta; eğitimi olmayanlarda %70, lise ve üzeri eğitim alanlarda %49'dur [15]. Birçok araştırma, göçmen bireylerin göç ettikleri ülkede yaşamaya başladıktan sonra, başlangıçta normal kiloda olanların zaman içerisinde obezite geliştirme risklerinin arttığını ortaya koymuştur.[16-18]

3. Göçmenlerde Kronik Hastalıklar

Göçün beraberinde getirdiği güçlükler kronik hastalıkların gelişimini tetikleyebilmekte, aynı zamanda var olan kronik hastalıkların daha ağır seyretmesine ve yüksek morbidite ile mortaliteye yol açabilmektedir. Bu durum özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerden gelen mülteci ve göçmenler için geçerlidir; çünkü bu gruplarda sağlıksız beslenme alışkanlıkları, görece düşük düzeyde fiziksel aktivite ve yüksek tütün kullanımı daha yaygındır ve bu faktörler birçok kronik sağlık sorununa zemin hazırlamaktadır. Ancak diğer bazı çalışmalar, mülteci ve göçmenlerde kronik hastalıkların sıklığının, ev sahibi ülke genel nüfusuna kıyasla daha düşük olduğunu bildirmektedir. Diğer çalışmalar, mültecilerin ve göçmenlerin aslında ev sahibi ülkenin genel nüfusundan daha sağlıklı olabileceğini öne sürmektedir. Ancak, bu sağlıklı göçmen etkisi zamanla ortadan kalkma eğilimindedir ve hastalık ve ölüm oranları ev sahibi nüfusunkine benzer seviyelere ulaşacak şekilde değişmektedir.[14,19,20]

Dünya Sağlık Örgütü koordinasyonunda Türkiye'de geçici koruma altındaki Suriyeli mültecilerin sağlık durumu, sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlıkla ilişkili risk faktörlerini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada toplam 4.188 kişi ile yüz yüze görüşme yapılmıştır. Örneklem, Suriye'den gelen nüfusun yoğun olduğu illerden tesadüfi tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Altmış ve altmış dokuz yaş aralığındaki kadınlar %16,2 ile en yüksek kronik hastalık prevalansına sahiptir ve bu oran aynı yaştaki erkeklerin oranının (%7,2) iki katından fazladır. En yaygın kronik hastalık hipertansiyon (%3,7) olup, bunu psikiyatrik bozukluklar (%2,8), astım (%2,6), diyabet (%2,6) ve kalp hastalıkları (%2,5) izlemektedir. Hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalıklarının prevalansı yaşla birlikte anlamlı şekilde artmaktadır; en yaşlı katılımcılar arasında kadınlarda en yaygın durumlar diyabet (%42,8) ve hipertansiyon (%35,9) iken, erkeklerde en yaygın hastalık kalp hastalıklarıdır (%29,1). Psikiyatrik bozuklukların en yüksek oranı 60–69 yaş aralığındaki erkeklerde (%7,4), astımın en yüksek oranı ise aynı yaş grubundaki kadınlarda (%5,6) görülmektedir. Tüm katılımcılar arasında, 18–29 yaş grubunda en yaygın görülen durum psikiyatrik bozukluklar, 30–59 yaş grubunda hipertansiyon ve 60–69 yaş grubunda diyabettir (**Şekil 2**).[11]

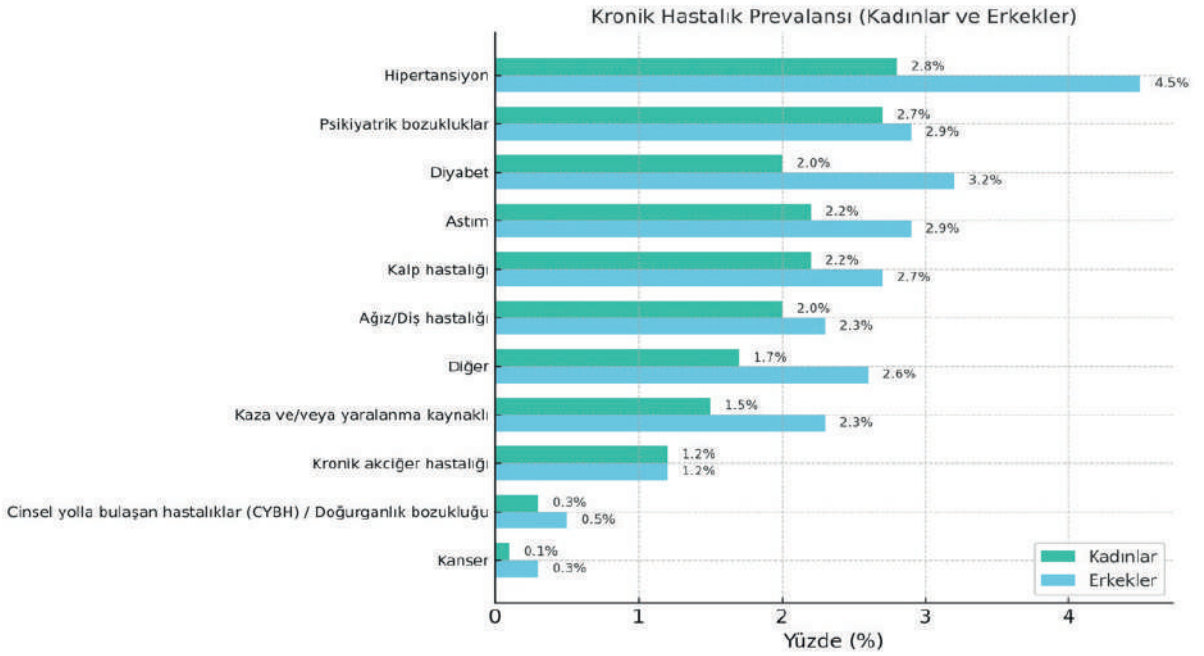
Şanlıurfa'da yaşayan 18 yaş üzeri 617 Suriyeli mülteciyle yürüttükleri çalışmada, tüm yaş grupları içinde en az bir kronik hastalığa sahip olma oranı %15,2 olarak bulunmuştur. En sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon (%4,7), kronik solunum yolu hastalıkları (%2,4) ve diyabet (%2,3) olup, prevalans yaşla birlikte artmış; altmış yaş ve üzerindekilerde bu oran %53,3'e ulaşmıştır. Kronik hastalığı olanların büyük çoğunluğu sağlık hizmetini devlet hastanelerinden alırken (%76,5), birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı oldukça düşük (%2,4) bulunmuştur.[12]

İnsülin kullanım oranları kadın ve erkeklerde benzer bulunmuştur. Yüksek kan şekeri tanısı alan 18–69 yaş grubundaki erkeklerin %29,1'i, kadınların ise %26,7'si insülin kullandığını bildirmiştir. Son 12 ayda hipertansiyon tanısı oranı erkeklerde %6,3, kadınlarda %3,0'dır. Bu oran erkeklerde 45–59 yaşta %16,6'ya, 60–69 yaşta %34,7'ye yükselirken; kadınlarda aynı yaş gruplarında sırasıyla %9,0 ve %8,0 olarak saptanmıştır.[21]

Kadınlarda hipertansiyon tanısı alma olasılığı erkeklere göre 1,8 kat daha yüksektir.[21] Genel nüfus ve göçmen erkeklerle kıyaslandığında, göçmen kadınların sağlık göstergelerinin daha olumsuz olduğu görülmektedir. Bu dezavantaj, yalnızca kronik hastalıklar açısından değil, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyinde de kendini göstermektedir. Nitekim kadın göçmenlerin kanser tarama programlarına katılım oranları daha düşüktür.[22] Kasım 2020 itibarıyla Geçici Koruma altındaki Suriyelilere toplam 420.000 kanser tarama hizmeti sunulmuştur.[11]

Tarama Hizmetleri ve Sağlık Okuryazarlığı: Tarama hizmetleri konusunda farkındalık ve bu hizmetlerden yararlanma oranları göçmen gruplarında oldukça düşüktür. Kadınların yalnızca %4,3'ü serviks kanseri taramasından haberdardır ve bunların sadece %27,1'i bu taramayı yaptırmıştır. Benzer şekilde, kadınların yalnızca %4,8 'i mamografi taramasını bilmekte ve bu grubun yalnızca %23,0 'ü taramadan geçmiştir. Altmış ve altmış dokuz yaş aralığındaki kadın göçmenlerin Pap smear ve mamografi taramasından haberdar olmadıkları saptanmıştır. Erkek katılımcılarda %7,0'ı prostat taramasını bilmekte ve bu grubun %18,7'si tarama yaptırmıştır.

Genel olarak katılımcıların yarısından fazlasının "hasta eğitimi materyalini okuma ve anlama" (%51,0), "hasta hak ve sorumlulukları formunu okuma ve anlama" (%52,1) veya "ilaç şişesindeki doz ve kullanım talimatlarını anlama ve ayırt etme" (%52,0) eylemlerini hiçbir zaman yerine getiremediklerini bildirdiğini göstermektedir. Katılımcıların %39,0 ile %49,8'i ise sağlık okuryazarlığına ilişkin kalan altı maddenin hiçbirini yerine getiremediğini belirtmiştir. Her bir ifade için, kadınlarda "hiçbir zaman yapamıyorum" diyenlerin oranı erkeklere kıyasla daha yüksektir. Bu oran yaşla birlikte artmakta, 60–69 yaş aralığındaki katılımcılar



Şekil 2. Göçmenlerde cinsiyete göre kronik hastalıklar ve rahatsızlıklar[11]

söz konusu eylemleri hiç yerine getiremediğini en fazla bildiren grup olmaktadır.[21]

4. Göçmenlere Sunulan Sağlık Hizmetleri

Avrupa Birliği ile Türkiye Cumhuriyeti arasında 2015 yılında başlatılan iş birliği kapsamında, Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda yürütülen SIHHAT Projesi, göç ve sağlık alanında geliştirilen önemli bir girişimdir. Proje, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini ve bu hizmetlerin kalitesini artırmayı amaçlamakta; bu kapsamda Göçmen Sağlığı Merkezlerinin yaygınlaştırılması, tıbbi donanım desteği sağlanması, sağlık personeli istihdamı ile aşı ve vitamin temini gibi faaliyetler yürütmektedir. Ağustos 2025 verilerine göre, proje kapsamında 29 ilde toplam 177 Göçmen Sağlığı Merkezi hizmet vermekte, yaklaşık 4.000 personel görev yapmakta ve 1,5 milyondan fazla hastaya sağlık hizmeti sunulmuş durumdadır. Göçmen Sağlığı Merkezlerinin kurulduğu/desteklendiği 29 hedef il ile Türkiye'de yaşayan Geçici Koruma altındaki Suriyeli nüfusun %96,20'sine ulaşılabilmektedir.[5,23,24]

Türkiye'de Suriyeli göçmenlere sunulan sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşeni, Göçmen Sağlığı Merkezleridir. Bu merkezler, yoğun göçmen nüfusunun bulunduğu bölgelerde kurulmuş olup, hizmetlerin merkezileştirilmesi ve etkin biçimde koordine edilmesi amacıyla yapılandırılmıştır. Göçmen Sağlığı Merkezlerinde (GSM); genel sağlık muayeneleri, aşılama, acil bakım, kronik hastalık yönetimi, psikolojik danışmanlık ve destek gibi çok çeşitli hizmetler sunulmaktadır. Her bir merkezde, ortalama 4.000 kişiye hizmet verecek kapasitede bir hekim ile destek personelinden oluşan göçmen sağlığı birimleri yer almaktadır. Bu birimler, Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimleri Yönetmeliği kapsamında Toplum Sağlığı Merkezi Bağlı Birimleri olarak tanımlanmıştır. Ayrıca, bu merkezlerde Suriyeli sağlık çalışanları da görev almaktadır. Göçmen nüfusunun 20 binin üzerinde olduğu ve tam donanımlı bir kamu hastanesine erişimin kısıtlı olduğu yerleşimlerde ise Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezleri oluşturulmuştur. Bu merkezlerde birinci basamak hizmetlerin yanı sıra kadın doğum, iç hastalıkları, ağız ve diş sağlığı, çocuk sağlığı ile psikososyal destek hizmetleri de verilmektedir. Kurulan/desteklenen GSM'lerden 48'i Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezleridir.[5,25]

25 Mart 2015 tarihli *"Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslara Ait Yönerge"* doğrultusunda yürütülmekte olan, kayıtlı ve geçici koruma kimlik numarası verilmiş Suriyeliler, göçmen sağlığı merkezleri ile diğer birinci basamak birimlerinden acil, koruyucu, temel ve gerekli tedavi edici hizmetlerden Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında ücretsiz yararlanabilmektedir. Sağlık Bakanlığı hastanelerine doğrudan başvuru yapılabilirken, üniversite ve özel hastanelere yalnızca acil, yoğun bakım, yanık ve kanser tedavileri için sevk ile gidilebilmektedir. Kimlik almamış olanlar için yalnızca acil sağlık, bağışıklama ve

bulaşıcı hastalıklarla mücadele hizmetleri sunulmaktadır. 2018'den itibaren sağlık giderleri Göç İdaresi Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan götürü bedel protokolleri kapsamında karşılanmakta, işlemler SUT hükümlerine göre yürütülmekte ve 2020'den bu yana MEDULA sistemi üzerinden faturalandırılmaktadır; SUT'ta bedeli olmayan işlemler ise ücretli hasta statüsünde değerlendirilmektedir.[23] Sunulan sağlık hizmetleri çeşitlilik ve kapsam açısından önemli olmakla birlikte, Suriyeli göçmenlerin sağlıkla ilgili ek risk faktörlerine maruz kalmaya devam ettiği gerçeği göz ardı edilmemelidir.

Göçmenlerin Sağlık Hizmetinden Yararlanma Durumu: Tedavi ve ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalıkların etkin yönetimi için sağlık hizmetlerine başvuru sıklığı kritik öneme sahiptir; bu nedenle sağlık hizmetlerini kullanım sayısı, hastalık yönetiminde önemli bir gösterge olarak değerlendirilmelidir. Araştırmaya katılanların sağlık hizmeti almak için başvurdukları sağlık kurumları: En sık ziyaret edilen kurumlar hastaneler (%66,9) ve eczanelerdir (%47,4). Katılımcıların genelinde %31,6'sı aile sağlığı merkezlerini kullanmaktadır; bu oran kadınlarda (%34,5) erkeklere (%28,3) göre daha yüksektir. Tüm katılımcılar arasında %15,6'sı acil servisleri, %14,5'i göçmen sağlık merkezlerini ve %7,3'ü ayakta tedavi hizmetlerini kullandığını belirtmiştir. Araştırma grubunun yarısından fazlası (%51,2) hiç uzmanlık gerektiren sağlık hizmetlerine başvurmamıştır ve bu oran yaş arttıkça azalmaktadır. Kadınların (%52,3) erkeklere (%15,7) kıyasla geleneksel şifacılara daha fazla başvurduğu görülmüştür.[11] Elazığ Toplum Sağlığı Merkezi Yabancı Uyruklular Polikliniği'ne bir yılda toplam 920 muayene amaçlı başvuru olmuştur. Kişi başına düşen ortalama poliklinik başvurusu sayısının 1.28 olduğu saptanmıştır.[26]

5. Göçmenlerde Kronik Hastalık Yönetimi İçin Sonuç ve Öneriler

Kronik hastalıkların yönetimi; bakım sürekliliğinin sağlanamaması, erişim güçlükleri, verimsiz tedavi, hasta güvenliği sorunları ve koordinasyon eksikliği gibi zorluklar nedeniyle oldukça karmaşık bir süreçtir. Hem mültecilerde hem de ev sahibi ülke nüfuslarında kronik hastalıkların yüksek prevalansı, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin sunulmasında, ilaçlara erişimde, bakımın sürekliliğinde ve maliyetlerin karşılanmasında ek engeller oluşturmaktadır.[20, 27] Yapılan bir derleme çalışması, mülteci ve göçmenlerin kronik hastalık yükü yüksek olmasına rağmen sağlık hizmetlerini düşük oranda kullandığını göstermiştir. Bu durum; sağlık hizmeti sağlayıcılarının kültürel açıdan uygun bakım sunma konusundaki bilgi eksiklikleri, iletişim sorunları ve göçmenlerin sağlık sistemlerinin işleyişini yeterince bilmemesi ile açıklanabilir. Ayrıca ayrımcılık veya saygısızlık görme kaygısı, sağlık hizmetlerine başvuruda önemli bir engel oluşturmaktadır. Bu noktada, iki dilli toplum sağlığı profesyonelleri tarafından yürütülen sağlık müdahaleleri ve sağlık çalışanlarına yönelik kültürel duyarlılık eğitimleri, iletişim engellerini azaltmada etkili olmuş; kronik sağlık sorunlarının öz-yeterlilik ve öz-yönetiminde en büyük iyileştirmelere yol açtığı gösterilmiştir.[27] Politika düzeyinde de göçmenlerde risk faktörlerinin azaltılması öncelikli görülmektedir. Nitekim 12. Kalkınma Planı (2024–2028) Suriyeli göçmenlerde yüksek düzeyde gözlenen tütün bağımlılığına dikkat çekmekte ve azaltmaya yönelik faaliyetlerin önemini vurgulamaktadır.[28] Bununla birlikte göçmenlerin sağlık kayıtlarının düzenli tutulması, sağlık sorunlarının erken tespitine yönelik taramaların yapılması ve hizmetlere erişimlerinin iyileştirilmesi için dört temel konu öne çıkmaktadır. Bunlar sırasıyla iletişimin güçlendirilmesi, sunulan hizmetlerin göçmenlerin sağlık gereksinimlerine uygun olması, hizmetlerin ve göçmen sağlığının düzenli izlenmesi ve değerlendirilmesi ve son olarak göçmen topluluklarının güçlendirilmesi şeklindedir. Son olarak, belli başlı kronik hastalıklar açısından riskli gruplara yönelik tarama programlarının hizmetlere entegre edilmesi, rutin muayene ve izlem uygulamalarının yaygınlaştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. International Organization for Migration. Türkiye'de Göç [Internet]. 2025 [cited 8 Ağustos 2025]. Available from: https://turkiye.iom.int/tr/turkiyede-goc
2. United Nations High Commissioner for Refugees. Turkey Refugee Situation [Internet]. 2025 [cited 8 Ağustos 2025]. Available from: https://data.unhcr.org/en/situations/syria/location/1139
3. T.C. İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı. Geçici Koruma [Internet]. 2025 [cited 11 Ağustos 2025]. Available from: https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638
4. Deniz A, Yıldırım Y. Göçün Başka Bir Boyutu: Kronik Hastalıklar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi.* 2018;27(3):261-73.
5. Aktuna G. Erişkin Suriyeli göçmenlerde belirsizlik ölçeği geliştirilmesi ve belirsizlik ile sağlık düzeyleri ilişkisinin değerlendirilmesi [Doktora Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2024.
6. Balcilar M, Gulcan C. Factors Associated with Self-Reported Chronic Diseases of Syrian Refugees in Turkey. *Ann Glob Health.* 2022;88(1):62.

7. Atak M. Göçmen gruplarında halk sağlığı sorunları ve yönetimi. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi* (SD). 2016;40(Sonbahar):24-5.
8. Atak M. Göçmen gruplarında halk sağlığı sorunları ve yönetimi. In: YD U, editor. *Göç ve Sağlık, Sağlık Politikaları*. Sağlık Politikaları 1. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi; 2018.
9. Bayram D. Göçmenler ve Sağlık. I*nternational Journal of Human Mobility*. 2022;2(2):298-313.
10. Aydoğan SM, S Türkiye'ye Gelen Dış Göç ve Sağlığa Etkileri. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi* 2017;2(2):37-45.
11. Mipatini D, Balci M, Dembech M, Ergüder T, Ursu P. Survey on the health status, services utilization and determinants of health of the Syrian refugee population in Turkey. Ankara, Turkey: World Health Organization (WHO); 2019.
12. Altiparmak YD, Akman M. Şanlıurfa'da Yaşayan Suriyeli Mültecilerde Kronik Hastalık Prevalansı ve Sağlık Hizmetinden Yararlanma Durumu. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2023;17(1):150-6.
13. Ataş Balcı L, Alptekin H, Alkan M. Suriyeli Sığınmacılarda Kronik Hastalık ve Fiziksel Sağlıkla İlgili Problemlerin Belirlenmesi. *HÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2016;3(1):146-56.
14. Delavari M, Swinburn B, Mellor D, Renzaho A. Acculturation and obesity among migrant populations in high income countries – a systematic review. BMC Public Health. 2013(13).
15. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Suriyeli Göçmen Örneklemi Temel Bulgular, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [Internet]. 2019 [cited Available from: https://openaccess.hacettepe.edu.tr/xmlui/handle/11655/23355
16. Amstutz D, Gonçalves D, Hudelson P, Stringhini S, Durieux-Paillard S, Rolet S. Nutritional Status and Obstacles to Healthy Eating Among Refugees in Geneva. *J Immigr Minor Health*. 2020;22(6):1126-34.
17. Belau MH, Bassil M, Laukamp A, Kraemer A. Body mass index and associated factors among refugees living in North Rhine-Westphalia, Germany: a cross-sectional study. *BMC Nutr*. 2021;7(1):54.
18. Goulão B, Santos O, Carmo I. The impact of migration on body weight: a review. *Cad Saude Publica*. 2015;31(2):229-45.
19. Anikeeva O, Bi P, Hiller J, Ryan O, Roder D, Soo Han G. Trends in migrant mortality rates in Australia 1981–2007: a focus on the national health priority areas other than cancer. *Ethn Health*. 2014;1(1):29-48.
20. World Health Organization HaMP. Common health needs of refugees and migrants: literature review [Internet]. 2021 [cited Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240033108
21. Balcılar M. Türkiye'deki Suriyeli Mültecilerin Sağlık Durumu Araştırması: Türkiye'de Yaşayan Suriyeli Mültecilerde Bulaşıcı Olmayan Hastalık Risk Faktörleri Sıklığı. Ankara, Turkey; 2016.
22. Debesay J, Nortvedt L, Langhammer B. Social Inequalities and Health among Older Immigrant Women in the Nordic Countries: An Integrative Review. *SAGE Open Nurs*. 2022;8:23779608221084962.
23. Küçük A. Türkiye'de Göç ve Sağlık Politikaları Analizi: "Sıhhat Projesi" Örneği. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2020;20(47):473-96.
24. Sıhhat Project. Sıhhat Project [Internet]. 2025 [cited 5 Ağustos 2025]. Available from: https://www.sihhatproject.org/
25. T.C. Sağlık Bakanlığı HSGM, Başkanlığı GSD. Göçmen Sağlığı Merkezi [Internet]. 2025 [cited 8 Ağustos 2025]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/gsm.html
26. Üner SO, P, editor. Türkiye Sağlık Raporu. Ankara: Hipokrat Yayınevi; 2020.
27. Henderson S, Kendall E, See L. The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: a systematic literature review. *Health Soc Care Community*. 2011;19(3):225-49.
28. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. On İkinci Kalkınma Planı (2024–2028) [Internet]. 2023 [cited Available from: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_11122023.pdf

Göçmenlerde Çalışan Sağlığı Hizmetleri

Arda Borlu

Türkiye, son yıllarda yoğun göç alan bir ülke konumuna gelmiştir. Bu durum, sağlık sistemi üzerinde önemli etkiler yaratmakla birlikte, özellikle çalışan göçmen nüfusun sağlık sorunları ve hizmetlere erişimi konusunda özel bir çalışma gerektirmektedir. Çalışma izni alan yabancı sayılarının yıllara göre dağılımına bakıldığında da Türkiye'de yıllar içinde yabancı çalışan sayının arttığını **Tablo 1**'de gösterilmiştir.[1]

Türkiye'de çalışan göçmenler, genellikle kayıt dışı, güvencesiz ve düşük ücretli işlerde istihdam edilmektedir.[2-4] Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın raporlarına göre, Türkiye'deki göçmen iş gücü belirli sektörlerde yoğunlaşmıştır. Bu raporlar, çalışan göçmenlerin önemli bir kısmının imalat, inşaat, toptan ve perakende ticaret ile tarım sektörlerinde istihdam edildiğini göstermektedir.[1] İmalat sanayisinde özellikle tekstil, hazır giyim, ayakkabı ve mobilya üretimi gibi emek-yoğun alanlarda; inşaat sektöründe ise genellikle vasıfsız işlerde çalışmaktadırlar. Tarım sektöründe mevsimlik işçilik, hizmetler sektöründe ise lokanta, otel ve küçük esnaf işletmeleri göçmenler için yaygın çalışma alanlarıdır. Bu sektörlerin ortak özelliği, genellikle düşük ücretli, sosyal güvencesi zayıf ve mesleki risklerin yüksek olduğu iş kollarını barındırmasıdır.

Bu durum, onların hem genel sağlık hizmetlerine hem de iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerine erişimini önemli ölçüde kısıtlamaktadır. Aslında geçici koruma ve uluslararası koruma statüsü altındaki göçmenler, Türkiye'de genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir.[5] Ancak yapılan kapsamlı çalışmalar, dil bariyeri, sağlık okuryazarlığı düşüklüğü, randevu sistemindeki zorluklar ve algılanan ayrımcılık gibi faktörlerin hizmetlere erişimde önemli engeller oluşturmaya devam ettiğini göstermektedir.[6,7] Uslu, Aygün, Onaran ve Koç (2025) tarafından yürütülen çalışma, 2015–2023 yılları arasında Türkiye'de yaşayan göçmenlerin sağlık hizmetine erişim sürecinde karşılaştıkları sorunları belirlemek ve bu sorunların önem derecesini değerlendirmek amacıyla Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP) yöntemiyle gerçekleştirilmiş olup; elde edilen bulgular, en kritik engellerin sosyo-ekonomik koşullar, hukuki kısıtlar ve iletişim güçlükleri olduğunu ortaya koymuştur.[8] Akyıldız, Ekmekçi ve Başlıgil (2020) tarafından yapılan çalışma, 2007–2019 yılları arasında yayımlanmış ulusal ve uluslararası araştırmaları analiz ederek göçmen işçilerin küresel ölçekte iş sağlığı ve güvenliği koşullarını, sağlık hizmetlerine erişim sorunlarını ve maruz kaldıkları mesleki riskleri kapsam belirleme yöntemiyle incelemiş; elde edilen bulgular, bu grupların karşılaştıkları olumsuz İSG fak-

Tablo 1. Yıllara ve cinsiyete göre yabancılara verilen çalışma izni dağılımları

Yıl	Çalışma izni sayısı				
	Kadın		Erkek		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	
2019	50.690	34.9	94.542	65.1	146.232
2020	41.853	33.9	81.721	66.1	123.574
2021	48.371	28.8	119.732	71.2	168.103
2022	57.829	27.2	154.853	72.8	212.682
2023	66.299	27.6	173.536	72.4	239.835

törlerinin iyileştirilebilmesi ve sağlık hizmetlerine adil erişimin sağlanabilmesi için bütüncül, kanıta dayalı ve küresel düzeyde ortak politikaların geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur.[8]

Türkiye'de göçmen nüfusta çalışan sağlığı hizmetlerinin etkinliği; kayıt dışı istihdam, dil bariyerleri, işyeri düzeyinde yetersiz İSG uygulamaları ve hak arama mekanizmalarına sınırlı erişim gibi etmenler nedeniyle belirgin biçimde zayıflamaktadır. Tekstil ve hazır giyim gibi göçmen emeğinin yoğun olduğu sektörlerde uzun çalışma saatleri, düşük ücret ve iş güvenliği eksikleri sağlık hizmetlerine başvuru davranışını da olumsuz etkilerken, işçi destek merkezleri ve hak farkındalığı programları gibi sahaya dönük müdahalelerin, danışmanlık ve yönlendirme yoluyla hem koruyucu hizmetlere erişimi hem de işyerine İSG kültürünün yansımasını geliştirebildiği bildirilmektedir.[9]

Göçmen nüfusun sağlık hizmetlerine erişimini güçlendirmek amacıyla hayata geçirilen en kapsamlı proje, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen ve Avrupa Birliği tarafından finanse edilen "Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi" (SIHHAT) olmuştur.[10,11] 2020 yılında ikinci fazı başlayan SIHHAT Projesi kapsamında, göçmen nüfusun yoğun olduğu illerde Göçmen Sağlığı Merkezleri (GSM) kurulmuş, ruh sağlığı, dil desteği ve laboratuvar hizmetleri genişletilmiştir. Bu merkezler, Suriyeli doktor ve hemşirelerin de istihdam edilmesiyle dil ve kültür bariyerini aşarak birinci basamak sağlık hizmeti, psiko-sosyal destek, üreme sağlığı ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi alanlarda milyonlarca kişiye hizmet sunmuştur. SIHHAT Projesi, göçmenlere yönelik sağlık hizmeti sunum modelinin temel taşı haline gelmiştir. SIHHAT Projesi, doğrudan bir iş sağlığı ve güvenliği programı içermemekle birlikte, çalışan sağlığına önemli dolaylı katkılar sunmaktadır. Projenin temel odağı, çalışan ayrımı yapmaksızın tüm sığınmacı nüfusun genel sağlığını korumaktır. Bu kapsamda GSM'ler, işle ilgili yaralanma veya hastalıklarda, anadilde hizmet vererek doğru teşhisi kolaylaştıran, ilk müdahaleyi yapan ve gerektiğinde hastanelere sevk görevini üstlenen kritik bir başvuru noktası işlevi görmektedir. Bununla birlikte, 6331 sayılı kanun uyarınca işe giriş muayenesi ve periyodik sağlık kontrolü gibi yasal İSG hizmetlerini sunma sorumluluğunun işverene ait olduğu, SIHHAT Projesi'nin bu yükümlülüğü ikame etmediği unutulmamalıdır.[12]

Genel olarak bakıldığında, Türkiye'de göçmen işçilerin sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin güçlü bir kayıt sisteminin olmadığını görmekteyiz. Dolayısıyla kayıtlı çalışan göçmen işçilerin dahi yaşadıkları iş kazaları veya maruz kaldıkları meslek hastalıkları gibi temel verilerine dahi kamusal resmi kaynaklardan ulaşılamamıştır. İSİG (İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği) Meclisi verilerine göre 2020'de 101 (48'i Suriyeli, 28'i Afganistanlı), 2021'de 94 (42'si Suriyeli, 17'si Afganistanlı), 2022'de 90 (yaklaşık üçte ikisi Suriyeli ve Afganistanlı), 2023'te 106 (42'si Suriyeli, 18'i Afganistanlı) ve 2024'te en az 94 (%66'sı; 49'u Suriyeli, 13'ü Afganistanlı) mülteci/göçmen işçi hayatını kaybetmiştir.[13] Konu ile ilgili veri kaynakları daha çok proje çalışmalarına dayanmaktadır. Doğrudan iş sağlığına odaklanan projeler de sınırlı olmakla birlikte, sağlık altyapısını güçlendiren (SIHHAT-2) projesinin yanı sıra kayıtlı işgücü piyasasına erişim, dil desteği, psikososyal destek, hak farkındalığı, işyeri uyum eğitimi ve denetim kapasitesinin güçlendirilmesi aracılığıyla göçmenlerin hem sağlık hem de güvenlik yönünden daha korunaklı koşullarda çalışabilmesine zemin hazırlayan bazı projeler yürütülmüştür.[14,15]

Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de çalışan göçmenler ağırlıkla imalat (özellikle tekstil/hazır giyim/ayakkabı/mobilya), inşaat, tarım ve hizmetler gibi risk profili yüksek, düşük ücretli ve güvencesiz sektörlerde yoğunlaşmaktadır. Dil bariyeri, kayıt dışılık, hak/sistem bilgisi eksikliği ve işyerlerinde yetersiz İSG uygulamaları, çalışan sağlığı hizmetlerine erişimi ve zamanında başvuruyu zayıflatmaktadır. SIHHAT/SIHHAT-2 ile kurulan GSM'ler genel sağlık hizmetlerine erişimi artırsa da 6331 sayılı Kanun kapsamındaki İSG sorumluluğu işverendedir; SIHHAT bu yükümlülüğü ikame etmez. İSİG Meclisi verileri, 2020–2024 arasında her yıl yaklaşık 90–106 göçmen işçinin iş kazalarında yaşamını yitirdiğini; kayıpların önemli bölümünün Suriyeli ve Afganistanlı işçilerde yoğunlaştığını göstermektedir. Veri eksikliği önemli bir sınırlılıktır: kazalar ve meslek hastalıklarında uyruklara göre resmi kayıtların tutulmaması ve eksik bildirim, gerçek yükün olduğundan düşük görünmesine yol açmaktadır.

Bu kısıtlılıklar göz önüne alındığında yapılabilecek önerileri şu şekilde sıralayabiliriz:

1. **Politika ve Yönetim Düzeyinde Öneriler:**
    - Kayıt Dışı İstihdamla Mücadele: Çalışma izinlerine erişimin kolaylaştırılması ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı denetimlerinin etkinliğinin artırılması elzemdir.

- Sağlık Politikalarına Entegrasyon: SIHHAT Projesi ile elde edilen kazanımların sürdürülebilir hale getirilmesi ve GSM modelinin ulusal sağlık sistemine tam entegrasyonu sağlanmalıdır. Göçmen işçilerin yoğun olduğu sektörlere yönelik özel İSG politikaları geliştirilmelidir.
- Veri Toplama ve İzleme: Göçmen işçilerin iş kazaları ve meslek hastalıklarına ilişkin düzenli veri toplanmalı, bu veriler politikalara yön vermelidir.

2. Sağlık Hizmet Sunumu Düzeyinde Öneriler:

- Dil ve Kültürel Engellerin Aşılması: GSM'lerdeki çift dilli sağlık personeli ve sağlık aracısı modeli, hastaneler de dahil olmak üzere sağlık sisteminin geneline yaygınlaştırılmalıdır.
- Birinci Basamağın Güçlendirilmesi: GSM'lerin ve Aile Sağlığı Merkezleri'nin, çalışan göçmenlere yönelik proaktif koruyucu sağlık hizmetleri sunması teşvik edilmelidir. Mobil sağlık birimleri aracılığıyla tarım ve inşaat gibi sektörlerde çalışan göçmenlere yerinde sağlık hizmeti sunulmalıdır.
- Ruh Sağlığı Hizmetlerine Erişim: Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, göçmenlerin kültürel hassasiyetleri göz önünde bulundurularak güçlendirilmelidir.

3. Eğitim ve Farkındalık Düzeyinde Öneriler:

- İSG Eğitimleri: Göçmen işçilere yönelik, kendi dillerinde ve çalıştıkları sektöre özgü riskleri anlatan İSG eğitimleri geliştirilmelidir.
- Haklar Konusunda Bilgilendirme: Göçmen işçilere, Türkiye'deki sağlık ve sosyal güvenlik hakları konusunda düzenli bilgilendirme yapılmalıdır.
- Sağlık Profesyonellerinin Eğitimi: Sağlık çalışanlarına, göçmenlere kültürel duyarlılıkla yaklaşım konusunda sürekli mesleki gelişim eğitimleri verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. CSGB. Yabancıların çalışma izinleri. 2025 erişim tarihi: 30.09.2025; erişim adresi: https://www.csgb.gov.tr/%C4%B1statistikler/calisma-hayati-%C4%B1statistikleri/resmi-%C4%B1statistik-programi/yabancilarin-calisma-izinleri.
2. A., G., Formal Effects of Informal Labor: Evidence from Syrian Refugees in Turkey. *World Development*, 2023.
3. Demirci M, K.M., Kamak R., The Labor Market Integration of Syrian Refugees in Turkey. *World Development,* 2023. **162**.
4. Esen O, O.B., The Impact of Syrian Refugees on the Turkish Economy: Regional Labour Market Effects. *Social Sciences,* 2017. **6**.
5. Başkanlığı, G.İ. Uluslararası Koruma Kapsamındaki Yabancıların Genel Sağlık Sigortaları Hakkında. 2023 erişim tarihi: 27.09.2025]; erişim adresi: https://www.goc.gov.tr/uluslararasi-koruma-kapsamindaki-yabancilarin-genel-saglik-sigortalari-hakkinda.
6. Genç HD, E.Z., Migrants' access to healthcare services: evidence from fieldwork in Turkey. New Perspectives on Turkey, 2024. **71**: p. 165-185.
7. Barış M, S.G., Önder O, Ethical challenges in accessing and providing healthcare for Syrian refugees in Türkiye. *Bioethics,* 2025. **39(1)**: p. 49-57.
8. Uslu, F., Aygün, O., Onaran, E., Koç, Z., Göçmenlerin sağlık hizmetine erişiminde engellerin belirlenmesi: Analitik Hiyerarşi Prosesi yaklaşımı. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi,* 2025. **27**(2): p. 45-48.
9. Akyıldız C, E.İ., Başlıgil H., Göçmen İşçilerin İSG Faktörlerinin İncelenmesi, Sonuçlar Üzerinde Tartışma ve Öneriler: Kapsam Belirleme Derlemesi. *Gazi Mühendislik Bilimleri Dergisi.* 6(2): p. 145-159.
10. Commission, E. Facility for Refugees in Turkey: Improving the health status of the Syrian population under temporary protection and related services provided by Turkish authorities (SIHHAT). 2021 erişim tarihi: 20.09.2025]; erişim adresi: https://enlargement.ec.europa.eu/document/download/c28a7d9a-a326-4fa5-ba02-8362dc911e80_en.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı, SIHHAT-2 Projesi: Türkiye'de Göçmen Sağlığı Hizmetlerinin Desteklenmesi. 2024 erişim tarihi: 20.09.2025]; erişim adresi: https://saglik.gov.tr/TR,95423/sihhat-ii-projesi.html.
12. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı,. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. 2012 [erişim tarihi: 30.06.2025; erişim adresi: https://www.csgb.gov.tr/Media/fldk2co0/6331_isgkanunu_tr.pdf.
13. İSİGM Raporları. 2024 erişim tarihi: 30.09.2025]; erişim adresi: https://www.isigmeclisi.org/.
14. (ILO)., I.L.O. Promoting Decent Work for Syrians under Temporary Protection and Turkish Citizens – Midterm evaluation 2021 erişim tarihi:29.09.2025]; erişim adresi: https://www.ilo.org/publications/promoting-decent-work-syrians-under-temporary-protection-and-turkish
15. EE, K., Türkiye'de tekstil sanayisinin sosyal taraflarının mülteci işçilerin istihdamına bakışı *Çalışma ve Toplum.* 2018, 2018. **65**: p. 93-118.

Göçmenlerde Çocuk Sağlığı Hizmetleri

Ufuk Acar

1. Kapsam ve Yöntem

Bu alt bölüm, 2020-2025 döneminde Türkiye'de göçmen çocuklara yönelik sunulan koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin mevcut durumunu özetler. Sunum, idari kayıtlar, resmî istatistikler ile ulusal/uluslararası çalışmalar ve raporlar temelinde bir durum değerlendirmesidir. Pandemi ve 6 Şubat 2023 depremleri gibi hizmet sunumunu etkileyen gelişmeler bağlama alınmıştır.

2. Nüfus Dinamikleri ve Hizmet Altyapısı (2020-2025)

Türkiye'de geçici koruma altındaki Suriyeliler (GKAS) arasında çocuk nüfusu büyüklüğünü gösteren resmi paylaşımlar, 2020 sonu ile 2025 ortası arasında çocuk sayısında azalma olduğunu göstermektedir. Yaş gruplarına göre çocuk nüfusu sayıları **Tablo 1**'de özetlenmiştir.[1,2]

31 Aralık 2023 itibarıyla faaliyet gösteren hizmet birimlerinin dağılımı **Tablo 2**'de özetlenmiştir.[3]

3. Hizmet Alanları

3.1. Bağışıklama ve Bulaşıcı Hastalıklar

Aşılama ve rutin izlem hizmetleri, göçmen çocuklarda öncelikli koruyucu hizmet alanıdır. 2023 yılında GSM'leri aracılığıyla aşı türüne göre uygulanan aşı doz sayıları **Tablo 3**'te sunulmuştur. Ağustos 2023 sonu itibarıyla yıllık toplam 1.192.522 doz aşı; 2014–2023 yılları arası kümülatif toplam 11.587.143 doz aşı uygulanmıştır.[3]

Tablo 1. GKAS çocuk nüfusu: 2020 ve 2025 karşılaştırması

Yaş grubu	Aralık 2020	Mayıs 2025
0–4	519.778	398.248
5–9	532.577	—
10–14	401.847	—
15–18	276.856	—
5–17 (toplam)	1.211.280	941.422

Kaynak: GİB verileri temelinde Mülteciler Derneği paylaşımları (Aralık 2020; Mayıs 2025).

Tablo 2. Göç sağlığı hizmet altyapısı (Türkiye, 2023 sonu)

Birim türü	Sayı
Göçmen Sağlığı Merkezi (GSM)	143
Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezi (GGSM)	43
Göçmen Sağlığı Birimi (GSB)	860
Göçmen Sağlığı Eğitim Merkezi (GSEM)	7
Yabancı Uyruklular Polikliniği (YUP)	98

Kaynak: HSGM 2023 Birim Faaliyet Raporu (31.12.2023).

Tablo 3. Göçmen Sağlığı Merkezlerinde uygulanan aşı dozları (2023)

Aşı	Doz sayısı
BCG	68.351
DaBT-İPA-Hib	319.975
Konjuge Pnömokok (KPA)	237.908
Hepatit B (HBV)	167.982
Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK)	139.304
Suçiçeği	84.285
Hepatit A (HAV)	147.833
Erişkin Tetanoz-Difteri (Td)	26.884

Kaynak: HSGM 2023 Birim Faaliyet Raporu.

Ülke genelinde bağışıklama kapsayıcılığı, COVID-19 pandemisi sırasında yaşanan düşüşten sonra 2022-2023'te toparlanmıştır. WHO/UNICEF Estimates of National Immunization Coverage (WUENIC) tahminlerine göre DaBT3 (DTP3) kapsayıcılığı 2019'da %99 iken 2021'de %95'e gerilemiş, 2022 ve 2023'te %99'a yükselmiştir. KKK1 (MCV1) 2019'da %97, 2023'te %95; KKK2 (MCV2) 2019'da %88, 2023'te %94'tür.[4]

2024 yılında DSÖ/UNICEF, Avrupa Bölgesi'nde kızamık vakalarının son 25 yılın en yüksek düzeyine ulaştığını bildirmiştir; bu durum göçmen çocuklar dâhil aşısız/eksik aşılı gruplarda salgın riskini artırmaktadır. Türkiye'de bebek/çocuk aşılarının kimliksiz bebeklerde dahi uygulanmaya devam ettiğine dair saha gözlemleri AIDA/ECRE tarafından 2024 yılında kaydedilmiştir.[5,6]

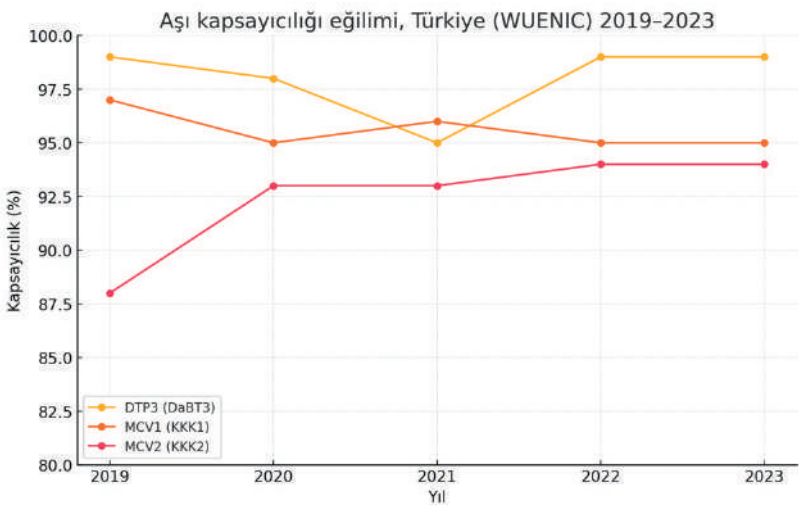
İstanbul/Sultangazi'de 2023 sonunda GSM'lerde yürütülen bir çalışmada Suriyeli ebeveynlerde aşı tereddüdü düzeyi %10,6 olarak saptanmıştır; anne eğitim düzeyi arttıkça tereddüt azalmaktadır. Bölgesel kızamık artışları ve İstanbul'da 2021–2023 arasında bildirilen olguların büyük ölçüde aşısız çocuklarda görülmesi, göçmen çocuklara yönelik hedeflenmiş çağrı/geri çağrı ve okul temelli yakalama stratejilerinin önemine işaret eder.[7,8]

HSGM kayıtlarına göre 01.01.2012–31.12.2023 arasında Suriye doğumlu 1.645 tüberküloz hastası tespit edilmiştir. Akut flask paralizi (AFP) sürveyansı ve çevresel poliovirüs izlemleri düzenli sürdürülmekte, kızamık açısından ise bölgesel salgın eğilimlerine karşı hassasiyet korunmaktadır.[3]

3.2. Doğum, Perinatal ve Neonatal Hizmetler

İstanbul'da 2018–2023 dönemini kapsayan büyük seride 26.364 doğumun adolesan düzeyi, Türklerde %4,69 (1.051/22.403), mültecilerde %18,7 (742/3.961) olarak bildirilmiştir. Mülteci adolesanlarda düşük doğum ağırlığı düzeyi %7,3 (54/742), Türk adolesanlarda %4,5 (47/1.051); sezaryen ile doğum Türk adolesanlarda %18,0, mülteci adolesanlarda %12,7; maternal anemi mültecilerde %33,6, Türklerde %23,8'dir. Yenidoğan yoğun bakıma kabul düzeyleri benzer (mülteci %8,9; Türk %9,6); ölü doğum düzeyi ise düşüktür (mülteci %0,4; Türk %0,7).[9]

Üçüncü basamak bir merkezde (2019–2022) neonatal yoğun bakımda izlenen 254 yenidoğanın %50'si mülteciydi (127/254). İnfant mortalite her iki grupta da %3,1'dir. ABO uyuşmazlığına bağlı hemolitik sarılık



Şekil 1. Aşı kapsayıcılığı eğilimi (Türkiye, 2019–2023; WUENIC).

Kaynak: WHO/UNICEF WUENIC ülke profili (2024).

Tablo 4. İstanbul'da perinatal/yenidoğan sonuçları (Haziran–Aralık 2020, karşılaştırmalı)

Gösterge	Türk (Yüzde)	Suriyeli mülteci (Yüzde)
≥4 doğum öncesi izlem	62,3	31,0
Adölesan gebelik	4,3	16,8
Düşük doğum ağırlığı (<2500 g)	7,9	9,5
5. dk Apgar <7	4,0	5,6
Ölü doğum	1,0	3,0

Kaynak: Aktoz ve ark., 2023

ve mamaya erken başlama mülteci bebeklerde daha yüksektir; eksik perinatal bakım mülteci olma ile güçlü ilişkidedir (yaklaşık OR=7,23; p<0,001).[10]

Pandeminin erken döneminde (Haziran–Aralık 2020; n=606) yapılan karşılaştırmada mülteci gebelerde adolesan gebelik ve yetersiz antenatal tarama daha sık; buna karşın düşük doğum ağırlığı, 5. dakika Apgar<7 ve perinatal mortalite gibi primer yenidoğan çıktılarında anlamlı fark saptanmamıştır (**Tablo 4**).[11]

3.3. Beslenme, Büyüme ve Gelişme

Mardin'de 0–60 ay Suriyeli çocuklar ve yerel akranlarıyla yürütülen 2021 tarihli saha çalışmasında, Suriyeli çocuklarda son bir yılda en az bir ishal atağı düzeyi %36,0 ve en az bir alt/üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü %46,8 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada büyüme göstergelerinde WHO-Z skorlarına göre boy-yaşa uygunlukta normal aralıkta olanların düzeyi %74,3, kilo-boya uygunlukta %89,3, BKİ-yaşa uygunlukta %79,3 olarak raporlanmıştır. Malnutrisyon ile anne eğitimi, hane geliri ve gıdaya erişim arasında anlamlı ilişkiler gösterilmiştir (**Tablo 5**).[12]

3.4. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

2019–2022 döneminde yürütülüp 2023'te yayımlanan ulusal kesitsel bir araştırmada, göçmen çocukların son bir yılda diş hekimine gitmeme düzeyi %71,9; 12 aydan uzun süredir gitmeme düzeyi %82,8; diş tedavisine erişimde güçlük ise %62,6 olarak bildirilmiştir. Ağız-diş hijyen ürünlerine erişimde güçlük yok diyenlerin düzeyi %68,4'tür.[13]

Bu araştırma, göçmen çocuklarda son 1 yılda diş hekimi ziyareti düzeylerinin düşük; tedaviye erişim güçlüklerinin yüksek olduğunu bildirilmiştir. Birinci basamakla entegre koruyucu programlar önerilmektedir.[13]

3.5. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hizmetleri

Marmara Üniversitesi Mülteci Çocuk Ruh Sağlığı Birimi'nde pandemi öncesi (Mart 2019–Şubat 2020) aylık ortalama 19,7 olan mülteci başvurusu, pandemi döneminde (Mart 2020–Şubat 2021) 10,5'e düşmüştür. Pandemide dışa yönelim bozuklukları için başvurular artarken, içe yönelim bozukluklarında azalma saptanmıştır.[14] Bu durum, hizmete erişimde pandemi kaynaklı engelleri ve olası ertelenmiş ihtiyaçları düşündürmektedir.

3.6. Hastane Hizmet Kullanımı

HSGM 2023 verilerine göre göçmenlere sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamı; poliklinik ve yatış işlemlerinin yanı sıra ameliyatlar, doğumlar ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri (ASH) müdahalelerini içermektedir. 2023 yılı içinde göçmen kadınlarda doğum sayısı 92.468 olarak kaydedilmiştir (Kasım 2023 itibarıyla) (**Tablo 6**).[3]

Aksaray'da 2021 yılında yapılan bir çalışmada 58.668 çocuk acil başvurusunun 7.778'i mülteci çocuklara aittir. Mültecilerde gündüz başvuru düzeyi %53,3; yeşil triyaja başvuru düzeyi %50,6; görüntüleme hizmeti

Tablo 5. Mardin'de Suriyeli çocuklarda beslenme ve hastalık öyküsü (2021)

Gösterge (Suriyeli 0–60 ay)	Yüzde
Son 1 yılda ≥1 ishal atağı	36,0
Son 1 yılda ≥1 solunum yolu enfeksiyonu	46,8
Tamamen anne sütü (ilk 6 ay)	95,3
WHO-Z HFA normal aralık	74,3
WHO-Z WFH normal aralık	89,3
WHO-Z BMI-for-age normal aralık	79,3

Kaynak: Değer ve ark., 2024

Tablo 6. Sığınmacılara sunulan sağlık hizmetleri (HSGM, 2023 ve 2011–2023 toplam)

Gösterge	2023 (Genel toplam)	2011–2023 (Genel toplam)
Poliklinik sayısı (Birinci basamak)	9.398.991	55.382.387
Poliklinik sayısı (İkinci/Üçüncü basamak)	8.059.499	75.437.947
Poliklinik sayısı (Üniversite/Özel)	395.691	3.082.792
Poliklinik Toplam	17.854.180	133.903.126
Yatan hasta (İk./Üç.)	290.547	3.560.425
Yatan hasta (Üniv./Özel)	35.828	280.569
Yatan hasta Toplam	326.375	3.840.994
Ameliyat (İk./Üç.)	227.204	3.157.323
Ameliyat (Üniv./Özel)	21.853	145.369
Ameliyat Toplam	249.057	3.302.692
Doğum (İk./Üç.)	75.318	883.704
Doğum (Üniv./Özel)	17.150	72.966
Doğum Toplam	92.468	956.670
112 ASH – Sınırdan alınan	3.233	65.861
112 ASH – Ülke içinde müdahale edilen	207.623	1.342.148
112 ASH Toplam	210.856	1.408.009

Kaynak: HSGM 2023 Birim Faaliyet Raporu, Tablo 22 (*Kasım 2023 verileridir).

Tablo 7. Aksaray'da çocuk acil başvurularında temel göstergeler (2021)

Gösterge	Türk çocuklar	Göçmen çocuklar
Toplam acil başvuru (2021)	50.890	7.778
Ortalama yaş (ay)	63,3	40,0
Triyaj—Yeşil	%35,1	%50,6
Triyaj—Sarı	%64,2	%49,0
Triyaj—Kırmızı	%0,7	%0,37
Görüntüleme (MR/BT/USG)	%8,09	%5,30
Yatan hasta kabulü	%2,93	%1,88
YBÜ kabulü	%0,95	%0,63
Acilde exitus	%0,00	%0,01

Kaynak: Kılıçaslan ve ark., 2024

kullanımı %5,3; taburculuk %97,37; servise yatış %1,88; YBÜ'ne yatış %0,63; acilde exitus %0,013 (1/7.778) olarak bildirilmiştir (Tablo 7).[15]

İstanbul/Sancaktepe'de yapılan retrospektif bir çalışmada, 2021–2022 döneminde 4.383 mülteci çocuk başvurusunun %81,9'u acil, %15,2'si poliklinik, %2,9'u yatış olarak gerçekleşmiştir. Acil başvurularının en sık nedenleri üst solunum yolu enfeksiyonları (%51,5) ve gastrointestinal enfeksiyonlar (%14,4) olup, tüm başvuruların %73,6'sı enfeksiyöz nedenlidir. COVID-19 pozitiflik düzeyi %1,3'tür. Triyajda yeşil-sarı-kırmızı alan başvurularının düzeyleri sırasıyla %57,9; %41,6; %0,5'tir. Başvuruların %97,4'ü taburculuk, %2,1'i servise yatış ve %0,5'i YBÜ'ne yatış olarak sonlanmıştır. Yatan çocuklarda malnütrisyon %17,2; <3 persentil boy uzunluğu ise %16,4 olarak raporlanmıştır.[16]

4. 2020–2025 Dönemi Göçmen Çocuklarda Mortalite Göstergeleri

Türkiye'de bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı 2020–2025 döneminde dalgalanmalar göstermiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'na göre ölüm hızlarının dağılımı Tablo 8'de sunulmuştur.[17-19]

Ulusal resmi istatistiklerde 2020–2025 yılları için göçmen çocuklara özgü bebek/çocuk ölüm hızları ayrı

Tablo 8. Türkiye'de seçilmiş mortalite göstergeleri (TÜİK)

Gösterge	Yıl	Değer
Bebek ölüm hızı (‰)	2021	9.3
Bebek ölüm hızı (‰)	2022	9.2
Bebek ölüm hızı (‰)	2023	10.0
Bebek ölüm hızı (‰)	2024	9.0
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	2022	11.2
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	2023	14.5

Kaynak: TÜİK 'Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri' bültenleri (2022–2024).

kodlanmadığından, bu bölüm hastane-temelli güncel kanıtlarla sınırlıdır. 2020'de İstanbul'da yapılan kesitsel bir çalışmada perinatal mortaliteyi yansıtan ölü doğum düzeyi Suriyeli mültecilerde %3,0, Türk grubunda %1,0 olarak tespit edilmiştir. 2021'de göçmen çocuklar arasında Aksaray il çocuk acil servisine başvuru sırasında mortalite (exitus) %0,01 olarak bildirilmiştir. Bu veriler, klinik düzeyde mortalitenin düşük olduğunu, ancak kayıt ve izlem sistemlerinde göçmen statüsüne göre ayrımın geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.[1,3.]

5. Sağlık Hizmetlerine Erişim, Başvuru Kalıpları ve Uygulamadaki Değişiklikler (2020–2025)

2024 yılında tüm sağlık kurumlarına iletilen 21 Mayıs tarihli bir yazı ile kimliği/pasaportu olmayan kişilerin hastane polislerine bildirilmesi ve İl Göç İdaresi (PDMM) ile koordinasyon kurulması istenmiştir. AIDA/ECRE'ye göre, buna karşın kimliği olmayan bebeklerin rutin aşılarının uygulanmasına devam edilmiştir. Ayrıca göçmenlerin genel sağlık sigortası (GSS) aktivasyon/deaktivasyon uygulamalarında iller arası farklılıkların belirgin olduğu, çocuklar için dahi 2024'te sigorta aktivasyonunun bazı illerde kesintiye uğradığı bildirilmiştir. Dil engeli ve sağlık okuryazarlığı sınırlılıkları, özellikle birinci basamak erişimini etkilemektedir.[6]

İstanbul Sancaktepe'de göçmen çocukların acil, polikliniк ve yatış örüntülerini 1 Haziran 2021–1 Haziran 2022 döneminde inceleyen bir çalışmada, acil servisin sıklıkla ilk başvuru kapısı olarak kullanıldığı ve üst solunum yolu enfeksiyonlarının başlıca başvuru nedeni olduğu raporlanmıştır. Bulgular, dil engeli ve randevu sistemine erişim güçlüklerinin birinci basamak bağlantısını zayıflattığını düşündürmektedir.[16]

6 Şubat 2023 depremleri sonrasında UNICEF ve Sağlık Bakanlığı koordinasyonuyla 1,3 milyonun üzerinde çocuğun bağışıklama hizmetlerine erişimi sağlanmış; soğuk zincir ve aşı tedariki desteklenmiştir.[20]

Tablo 9. Seçilmiş gelişmeler ve sağlık hizmetine yansımaları

Tarih/ Dönem	Gelişme	Hizmete yansıma
2020	COVID-19 pandemisi	Başvuru kalıplarında değişim; aşılamada gecikmeler; MH hizmetlerinde azalma
2021	Pandeminin dalgaları	Acil servislerin ilk temas noktası olarak kullanımı artışı (Aksaray bulguları)
2023 Şubat	Kahramanmaraş depremleri	Aşı tedariki/soğuk zincir desteği; yakalama aşılamaları
2024 Mayıs	Kimliksiz başvuruların PDMM'ye bildirimine dair yazı	Kimliksiz bebeklerde aşıların sürmesi; erişimde idari engeller

6. İzleme-Değerlendirme ve Politika Önerileri (2025–2030)

2020–2025 döneminde göçmen çocuk sağlık hizmetlerinin kapsamı ve erişilebilirliği, özellikle birinci basamak düzeyinde GSM/GGSM/GSB ve YUP altyapısının yaygınlığı sayesinde güçlenmiştir. Aşılama hizmetlerinde niceliksel iyileşme, WUENIC kapsayıcılık eğilimleriyle uyumludur. Bununla birlikte, 2023–2025 döneminde kızamık riskinin bölgesel artışı, kimlik/doğum kaydı olmayan bebeklerde idari süreçler ve GSS aktivasyon uygulamalarındaki değişkenlikler kritik kırılganlık alanları olarak öne çıkmaktadır.[3-6]

Öncelikli Öneriler

- **Kapsayıcı bağışıklama:** GSM/YUP ve mobil ekiplerle sıfır doz çocuklara odaklı yakalama kampanyaları; okula dayalı adolesan aşılamalarının arttırılması,
- **İzlenebilirlik ve şeffaflık:** e-Nabız/HSYS'de göçmen statüsüne göre ayrıştırılmış bebek ve 5 yaş altı ölüm göstergelerinin eklenmesi. Veri şeffaflığının artırılması (GSM düzeyinde düzenli gösterge paylaşımı),
- **Psikososyal destek:** Pandemi ve afet sonrası adolesanlara yönelik mental sağlık ve psikososyal destek programlarının güçlendirilmesi,
- **Dil/okuryazarlık:** İki dilli hasta yönlendirme personelinin sürekliliği ve materyal standardizasyonu.

KAYNAKLAR

1. Mülteciler Derneği. Türkiye'deki Suriyeli Sayısı Mayıs 2025. İstanbul: Mülteciler Derneği; 2025. Available from: https://multeciler.org.tr/turkiyedeki-suriyeli-sayisi/
2. Mülteciler Derneği. Türkiyedeki Suriyeli Sayısı Aralık 2020. İstanbul: Mülteciler Derneği; 2020. Available from: https://multeciler.org.tr/turkiyedeki-suriyeli-sayisi-aralik-2020/
3. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2023 Birim Faaliyet Raporu. Ankara: HSGM; 2024. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/butce-ve-projeler-db/Dokumanlar/bfr2023.pdf
4. World Health Organization; UNICEF. Immunization 2024 Türkiye country profile (WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage – WUENIC). Geneva: WHO; 2024. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/immunization/2024-country-profiles/immunization-2024-tur.pdf
5. UNICEF; WHO/Europe. European Region reports highest number of measles cases in more than 25 years – UNICEF, WHO/Europe. 2025 Mar 13. Available from: https://www.who.int/europe/news/item/13-03-2025-european-region-reports-highest-number-of-measles-cases-in-more-than-25-years---unicef--who-europe
6. AIDA/ECRE. Türkiye: Reception conditions – Health care. Brussels: European Council on Refugees and Exiles; 2025. Available from: https://asylumineurope.org/reports/country/turkiye/reception-conditions/health-care/
7. Koçak EN, Pirdal BZ, Yüce S, Atak M, Koçak Alkan H, Aksoy M, Bayramlar OF. Assessment of childhood vaccination hesitancy among Syrian parents under temporary protection. *BMC Public Health.* 2024;24:20473.
8. Karabey M, Karabulut N, Alaçam S, Gündüz A, Caymaz C, Altuntaş Aydin Ö. Increase in measles cases in a city hospital, Istanbul, Turkey. Cent *Eur J Public Health.* 2024;32(2):125-131. doi:10.21101/cejph.a7981.
9. Arslan O, Giray B, Tuğ N. Comparison of the adolescent pregnancy outcomes between refugees and Turkish citizens. *Turk J Pediatr* 2024; 66: 32-41. https://doi.org/10.24953/turkjped.2023.812
10. Vardar G, Özek E. Perinatal and Neonatal Outcomes of Refugee Infants in a Tertiary Hospital in Turkey. *Cureus* 15(9):e44917 Doi: 10.7759/cureus.44917
11. Aktoz F, Tercan C, Vurgun E, Gelir BD, Polat İ, Yücel B. Evaluation of Perinatal and Neonatal Outcomes of Syrian Refugees Compared to Turkish Population: A Snapshot During the COVID-19 Pandemic. *J Immigr Minor Health*. 2023;25(3):522–528.
12. Değer VB, Çifçi S, Ertem M. The effect of socioeconomic factors on malnutrition in Syrian children aged 0–6 years living in Turkey: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2024 Sep 11;24:2472.
13. Duman C, Uslu FS, Çakmak S, Aytekin ŞI, Apaydın T, Egil E. Accessibility to dental services by immigrant and refugee children residing in Turkey. Int *J Paediatr Dent.* 2023;33(5):423-430. doi:10.1111/ipd.13043
14. Ünver H, Perdahlı Fiş N. An analysis of admissions to a refugee child mental health unit in the context of the COVID-19 pandemic. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2022;27(1):136-144. doi:10.1177/13591045211058337.
15. Kılıçaslan C, Özdemir Kaçer E, Ateş C. Admissions of refugee and Turkish children to emergency departments. Eastern J Med. 2024;29(2):156-161. Available from: https://jag.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdir=ejm&plng=eng&un=EJM-26234
16. Ercan G, Kraft C, Worthington R, Çetin ŞE, Göktaş NT, Bozköylü NE, et al. Demographic and clinical characteristics of refugee children utilizing healthcare services of Türkiye (2021–2022): a single-centre study. Qeios (preprint); 2024 Jan 22.
17. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2022. Ankara: TÜİK; 2023. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679
18. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2023. Ankara: TÜİK; 2024. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709
19. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2024. Ankara: TÜİK; 2025. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2024-54195
20. UNICEF Türkiye. Humanitarian Situation Report No. 18 (01 September–31 October 2023). Ankara: UNICEF; 2023. Available from: https://www.unicef.org/turkiye/media/17656/file/UNICEF%20T%C3%BCrkiye%20Humanitarian%20Situation%20Report%20No.%2018%20-%2001%20September-31%20October%202023.pdf.pdf

Göçmenlerin Ruh Sağlığı ve Şiddet Sorunu

Osman Kurt

1. Giriş

Türkiye, geçici koruma altındaki 3,7 milyon Suriyeli ve uluslararası koruma altındaki 320.000'den fazla mülteci ve sığınmacı ile dünyanın en büyük mülteci nüfusuna ev sahipliği yapmaktadır.[1] Fakat bunun yanında Aralık 2024 tarihinden sonra geri dönüşler oldu ve Temmuz 2025 itibarıyla, Türkiye'de yaklaşık 2,6 milyon geçici koruma sağlanan Suriyeli ve Afganistan, Irak ve İran gibi ülkelerden gelen yaklaşık 193.0002 uluslararası koruma başvuru sahibi ve statü sahibi bulunmaktadır.[2]

Ülkemizdeki göçmenlerin sayıları, sağlık arayışları ve özelde de ruh sağlığı dinamikleri 2020-2025 yılları arasında çeşitli belirleyiciler nedeni ile değişkenlik göstermiştir. Bu dinamikler aşağıdaki gibi listelenebilir:

COVID-19 (2020–2021): Sosyal/ekonomik stresörler ve hizmet kesintileri, Suriyeli sığınmacılarda depresyon, anksiyete ve stres semptomlarını anlamlı biçimde yükseltti COVID-19'un yarattığı stres, ruh sağlığı yükünün en güçlü belirleyicisi oldu.[3]

2023 Depremleri: Travma sonrası belirtiler, yas ve kayıp, yer değiştirme ve barınma/gelir sorunlarıyla birleşti; ruh sağlığı ve psikososyal destek talebi arttı. UNICEF, psikososyal destek (MHPSS) ve psikolojik ilk yardım (PFA) hizmetleri kapsamında **862.273 kişiye** ulaştı.[4] Konteyner kentte yaşayan 529 depremzedeye yönelik çalışmada, dört ay sonrasında ortaya çıkan durum: PTSD, depresyon ve komplike yasın fazla olduğunu ortaya koymuştur.[5]

UNHCR, Türkiye'de **500.000'den fazla kişi**ye psikososyal destek, hukuki danışmanlık ve nakit yardımı gibi koruma faaliyetleri sağladı.[6] Bu göstergeler, travma sonrası ruh sağlığı yükünün oldukça yüksek olduğunu gösteriyor.

Politika/Geri Dönüş Dinamikleri: 8 Aralık 2024 sonrası artan "gönüllü dönüş" akımları, 2025 boyunca geçici koruma kapsamındaki Suriyeli sayısını hızla azalttı. 8 Aralık 2024 tarihi sonrasında toplam 411 bin 649 Suriyeli ülkesine geri dönüş yaptı. 2016 yılından bu yana gönüllü geri dönüş yapan Suriyelilerin sayısı 1 milyon 151 bin 652 kişiye ulaştı. Türkiye'de geçici koruma kapsamında bulunan Suriyeli sayısı 2 milyon 543 bin 711 oldu.[7]

Göçmenlerin ruh sağlığı, 2020–2025 döneminde hem toplumsal krizlerden hem de bireysel yaşantılardan etkilenerek ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak öne çıkmıştır. Bu dönemde akademik araştırmalar ruhsal bozuklukların yüksek prevalansını ortaya koyarken, ulusal ve uluslararası kurum raporları ise hizmete erişimdeki kısıtlılığı ve psikososyal destek faaliyetlerinin kapsamını belgelemektedir.

2. Göçmenlerde Ruh Sağlığı Morbidite Göstergeleri

COVID-19 pandemisi sırasında İstanbul'da yapılan bir çalışmada Suriyeli mültecilerin yarısından fazlası depresyon (**%53**) ve yaklaşık yarısı anksiyete (**%43**) kriterlerini karşılamıştır.[3] 2023 depremlerinden dört ay sonra konteyner kentlerde yaşayan depremzedelerde muhtemel PTSD **%21,4**, depresyon **%15,9** ve komplike yas **%64,7** olarak bildirilmiştir.[5] Türkiye'de Suriyeli mültecilerle yapılan bir çalışmada **TSSB prevalansı %55,5**, **depresyon %33,5** ve **anksiyete %4,5** olarak bulunmuştur. Bulgular, göç öncesi travmaların yanı sıra göç sonrası yaşam zorluklarının da ruh sağlığı sorunlarını artırdığını göstermektedir.[8] Türkiye'de göçmen çocuk ve ergenlerde yapılan araştırmalar, ruh sağlığı sorunlarının önemli bir boyut taşıdığını göstermektedir. İstanbul'da 7–15 yaş grubunda yürütülen bir çalışmada Suriyeli çocuklarda **TSSB prevalansı %24,9**, depresyon **%15,5** bulunmuştur.[9] Yine Sultanbeyli ilçesinde gerçekleştirilen toplum temelli bir araştırmada

ise 8–17 yaş arası Suriyeli çocuklarda **semptomatik TSSB %11,5**, depresyon **%12,5** ve anksiyete **%9,2** olarak saptanmıştır.[10]

Ancak hizmete erişim son derece sınırlıdır; bir çalışmada mültecilerin **%14,8'i** ruh sağlığı hizmetine ihtiyaç duyduğunu belirtirken, yalnızca **%1,4'ü** bu hizmete erişebilmiştir.[11]

Patanè ve ark.'nın 40 çalışma ve 11.053 katılımcıyı kapsayan meta-analizinde mülteci ve sığınmacılarda majör depresyon prevalansı **%32**, travma sonrası stres bozukluğu (PTSD) **%31**, bipolar bozukluk **%5** ve psikoz **%1** olarak saptanmıştır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde depresyon oranı **%47**, yüksek gelirli ülkelerde ise **%28** olarak bulunmuştur. Meta-analize dâhil edilen Türkiye örneklemlerinde ise majör depresyon oranları **%39–71**, PTSD oranları ise **%9–43** aralığında rapor edilmiştir.[12]

Kurt ve ark.'nın 2022 yılında Türkiye'de gerçekleştirdikleri çalışmada, hem Suriyeli hem de Afgan mültecilerde en az bir ruhsal bozukluğa sahip olma oranının oldukça yüksek olduğu gösterilmiştir; bu oran Suriyelilerde **%56,7**, Afganlarda ise **%67,8**'dir. Ayrıca Suriyeli mültecilerde depresyon **%41,1**, anksiyete **%39,6**, PTSD **%41,6**; Afgan mültecilerde ise depresyon **%50,3**, anksiyete **%42,0** ve PTSD **%46,5** olarak bulunmuştur.[13]

3. Göçmenlerde Ruh Sağlığına Bağlı Mortalite Göstergeleri

Türkiye'de göçmen ve mültecilere özgü intihar veya şiddet temelli ölüm verileri resmi istatistiklerde yer almamakla birlikte; adli tıp literatürü, söz konusu vakalarda "doğal olmayan" ölümlerin notable bir pay aldığını göstermektedir. Rize'de 2017–2023 arasında yabancı uyruklu otopsi vakalarının **%7'si intihar**, **%2,3'ü cinayet** olarak sınıflandırılmıştır[14]. Erzurum'daki 2016–2021 adli vakalarda ise ölümlerin **%65,6'sının kaza, intihar veya cinayet** gibi doğal olmayan nedenlerle gerçekleştiği tespit edilmiş; bu grup içinde intihar daha çok 'ası', cinayetler ise ateşli silah kullanımıyla ilişkilendirilmiştir.[15]

Öksüz ve Bayram'ın (2024) nitel çalışmasında 19–45 yaş aralığındaki Afgan, Suriyeli ve İranlı mülteciler arasında 9 intihar girişimi saptanmıştır. Bulgular, özellikle genç yetişkin mültecilerde travma ve sosyal izolasyonla ilişkili intihar riskinin belirgin olduğunu göstermektedir.[16]

4. Göçmenlerde Şiddet

Türkiye'de göçmenler arasında hem aile içi şiddet ve cinsiyete dayalı şiddet hem de toplumsal düzeyde göçmenlere yönelen şiddet önemli halk sağlığı sorunları olarak öne çıkmaktadır.

Türkiye'de aile içi/partner şiddetine dair saha verisi sınırlı olsa da 2020 sonrası eldeki sağlam kaynaklar önemli bulgular sunmaktadır. Örneğin, Hacettepe Üniversitesi HÜKSAM ile UNFPA'nın ortak yürüttüğü bir saha araştırmasında, Suriyeli mülteci kadınların **yaşamları boyunca %60'ı duygusal, %32'si fiziksel ve %19'u cinsel şiddet deneyimi** bildirmiştir; son 12 ay için bu oranlar **duygusal %76, fiziksel %91, cinsel %81** olarak raporlanmıştır.[17] Ayrıca Ankara'da yapılan nitel bir çalışmada, Suriyeli kadınların şiddeti bildirmeyi engelleyen başlıca etkenler: şiddetin ev içi görülmesi, ekonomik bağımlılık ve kurumsal sistemlere güvensizlik olarak belirlenmiştir.[18]

5. Türkiye'de Göçmenlere Yönelik Hizmet Kapasitesi ve Destek

2015 yılında Avrupa Birliği ile T.C. Sağlık Bakanlığı arasında başlatılan SIHHAT Projesi kapsamında, Türkiye'nin göç alan illerinde Göçmen Sağlığı Merkezleri kurulmuş; bu merkezler aracılığıyla göçmenlerin birinci basamak sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması ve ruh sağlığı dahil olmak üzere koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi amaçlanmıştır. Halihazırda Aralık 2024 sonu itibariyle 32 ilimizde, 7'si eğitim merkezi, 44'ü güçlendirilmiş statüde olan 176 GSM bulunmakta ve 795 göçmen sağlığı birimi ile hizmet sunulmaktadır. Özellikle göçmenlerin nüfusunun 15 binin üzerinde olduğu yerlerde de birinci basamak sağlık hizmetlerine ilave olarak dâhiliye, çocuk, kadın-doğum, ağız-diş sağlığı ve psikososyal destek alanlarında sağlık hizmetlerinin sunulduğu güçlendirilmiş GSM'ler kurulmuş ve bu güçlendirilmiş GSM'lerde sunulan ruh sağlığı ve psikososyal destek hizmetleri kapsamında göçmenlerle 37.823 (Mart-Kasım 2024) görüşme gerçekleştirilmiştir. **Tablo 1**'de 2021-2024 yılları arasında göçmen sağlığı hizmeti sunan merkez ve birimlerin yıllara göre dağılımı verilmiştir.[19]

Türkiye'de göçmenlere sunulan ruh sağlığı hizmetlerinde dil engeli önemli bir sorun olup çoğunlukla tercüman desteği kullanılmaktadır. Ancak ruh sağlığı çevirmenliği özel uzmanlık gerektiren bir alan olduğundan, Göçmen Sağlığı Merkezleri ve hastanelerde görev yapan hasta yönlendirme personelinin farkındalık ve yeterliliklerini geliştirmek amacıyla "Ruh Sağlığı Çevirmenliği Eğitim Modülü" hazırlanmıştır. Bu

Tablo 1. Göçmen sağlığı hizmeti sunan merkez ve birimlerin yıllara göre dağılımı (2021–2024)

	GSEM	YUP	GGSM	GSM	GSB
2021	7	103	37	132	792
2022	7	98	42	139	845
2023	7	98	43	143	860
2024	7	94	44	176	795

GSEM: Göçmen Sağlığı Eğitim Merkezi, YUP: Yabancı Uyruklular Polikliniği, GGSM: Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezi, GSM: Göçmen Sağlığı Merkezi, GSB: Göçmen Sağlığı Birimi

kapsamda 2022–2023 yıllarında 75 personel, 2024 yılı Şubat–Mart döneminde ise 150 personel eğitilmiştir.[19]

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığına yönelik kapasitenin artırılması amacıyla "Ruh Sağlığı Hizmetlerini Güçlendirme Programı (RSGÜÇ)" hayata geçirilmiştir. Bu program kapsamında aile hekimlerinin güncel psikiyatrik yaklaşımlar, psikososyal destek uygulamaları ve medikal tedavi yöntemleri konusundaki bilgi ve farkındalıklarının geliştirilmesi hedeflenmiştir. Eğitimlerde Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide* temel alınmış; modülün Türkçe ve Arapça uyarlamaları kullanılmıştır. 2017–Aralık 2024 döneminde yürütülen çalışmalar sonucunda toplam **3559 aile hekimi** ve **591 Suriyeli hekim** bu kapsamda eğitim almıştır.[19, 20]

2020–2025 döneminde Türkiye'de göçmenlere yönelik ruh sağlığı hizmet kapasitesi, ulusal ve uluslararası programlarla önemli ölçüde güçlendirilmiştir. WHO verilerine göre **42.688 bireysel psikososyal destek danışmanlığı** sağlanmış, ayrıca **Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı** DSÖ'nün küresel ve bölgesel stratejileri doğrultusunda yenilenmeye başlanmıştır. Bu süreçte, il düzeyinde yönetişimi destekleyen **yerel yönlendirme komiteleri** için teknik kılavuzlar geliştirilmiş ve bu doğrultuda **500 sağlık çalışanı** eğitilmiştir. Öte yandan, **mhGAP** kapsamında Suriyeli ve Türk hekimler ile ruh sağlığı çalışanlarına yönelik eğitim atölyeleri düzenlenmiş; toplamda **3.400'den fazla sağlık profesyoneli** ruh sağlığı ve psikososyal destek (MHPSS) konularında yetkinlik kazanmıştır.[21]

Avrupa Birliği'nin Türkiye Mülteciler için Mali İmkânı (Facility for Refugees in Turkey – FRT) çerçevesinde yürütülen sağlık projelerinde, ruh sağlığı ve psikososyal destek (MHPSS) hizmetleri Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri aracılığıyla sistematik biçimde sunulmuş; ayrıca iletişim ve erişilebilirliği artırmak amacıyla bazı merkezlerde tercüman ve hasta yönlendirme personeli görevlendirilmiştir. **2020 yılı izleme raporuna göre**, bu kapsamda **574.000'den fazla mülteci** MHPSS hizmetlerinden yararlanmıştır.[22]

KAYNAKLAR

1. UNHCR Türkiye Bilgi Notu, Şubat 2022 [erişim 23 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.unhcr.org/tr/media/unhcr-turkey-factsheet-february-2022-pdf
2. UNHCR. Türkiye 3RP – Suriye Krizine Müdahaleye Yönelik Bölgesel Mülteci ve Dayanıklılık Planı 2025 Güncellemesi. [erişim 21 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://reliefweb.int/report/turkiye/turkiye-3rp-suriye-krizine-mudahaleye-yonelik-bolgesel-multeci-ve-dayaniklilik-plani-2025-guncellemesi
3. Bernardi L, Gotlib IH, Zihnioğlu Ö. Effects of COVID-19-related life changes on mental health in Syrian refugees in Turkey. *BJPsych Open*. 2021;7(5):e174.
4. United Nations Central Emergency Response Fund (CERF). *Türkiye: Rapid Response Earthquake 2023 – CERF allocation report (23-RR-TUR-57543)* [İnternet]. New York: United Nations CERF; 2023 [erişim 23 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://cerf.un.org/sites/default/files/resources/23-RR-TUR-57543_T%C3%BCrkiye_CERF_Report.pdf
5. Ulusoy S, Celik Z, Guleryuz A, Esgibag HC, Yavuz KF. Prevalence and Risk Factors of PTSD, Depression, and Grief Among Survivors of 2023 Türkiye Earthquake. *J Nerv Ment Dis*. 2024 Oct 1;212(10):541-548.
6. UNHCR Türkiye Bilgi Notu, 2024 [erişim 23 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.unhcr.org/tr/node/17
7. T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı, 2024 [erişim 23 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.goc.gov.tr/gonullu-guvenli-onurlu-ve-duzenli-geri-donusler-hiz-kazandi
8. Yilmaz E, Tamam L and Cengisiz C (2024) Post-traumatic stress disorder among longterm resettled Syrian refugees in Turkey: a comprehensive analysis of preand post-migratory factors. Front. *Psychiatry* 15:1352288
9. Erol E, Seçinti DD. Examination of PTSD and Depression Levels and Demographic Data of Syrian Refugee Children during the Pandemic. *Psych*. 2022;4(2):215-25.
10. Scherer N, Hameed S, Acartürk C, Deniz G, Sheikhani A, Volkan S, et al. Prevalence of common mental disorders among Syrian refugee children and adolescents in Sultanbeyli district, Istanbul: results of a population-based survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e192.
11. Kılıç C, Kaya E, Karadağ Ö, Üner S. Barriers to accessing mental health services among Syrian refugees in Ankara. *Turk Psikiyatri Derg*. 2024;35(2):87-94.
12. Patanè M, Ghane S, Karyotaki E, Cuijpers P, Schoonmade L, Tarsitani L, Sijbrandij M (2022). Prevalence of mental

disorders in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. *Global Mental Health* 9, 250–263.

13. Kurt G, Ventevogel P, Ekhtiari M, Ilkkursun Z, Erşahin M, Akbiyik N, Acarturk C. Estimated prevalence rates and risk factors for common mental health problems among Syrian and Afghan refugees in Türkiye. *BJPsych Open*. 2022 Sep 15;8(5):e167.
14. Dalgıç S, Domaç E. Rize Adli Tıp Şube Müdürlüğünde 2017–2023 yılları arasında otopsisi yapılan yabancı uyruklu vakaların değerlendirilmesi. *Adli Tıp Dergisi*. 2025;39(1):10-16.
15. Sancı A, Kök AN, Şener MT. Evaluation of autopsy cases involving foreign nationals at the Erzurum Forensic Medicine Group, 2016–2021. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2025;31(4):350-357.
16. Öksüz M, Bayram A. Türkiye'de Mülteci İntiharları: Nitel Bir Analiz. In: Penbecioğlu SS, Demirkol A, editors. *Dış Göçün Odağında Türkiye Kentleri*. Ankara: İdealkent; 2024. p. 207-230.
17. Hacettepe Üniversitesi HÜKSAM & UNFPA. Kadın Sağlığı Danışma Merkezlerine Başvuran Suriyeli Kadınların Üreme Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Temelli Şiddet Hizmetlerine İlişkin İhtiyaçlarının Belirlenmesi: Araştırma Raporu. [Erişim 23 Ağustos 2025]. Erişim adresi:, https://huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/NicelArastirma_TR.pdf
18. Hassan MKM, Cankurtaran Ö. Barriers to Reporting Intimate Partner Violence (IPV) By Syrian Women Refugees: A Case Study of Syrian Women Refugees in Ankara-Turkey. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2022;33(2):387-405.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2020-2024 Yılları Birim Faaliyet Raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı. [erişim 23 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bfr.html
20. World Health Organization. (2016). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Version 2.0. [erişim 23 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239)
21. World Health Organization. Supporting Turkish mental health policy and service delivery [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [erişim 23 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2020/supporting-turkish-mental-health-policy-and-service-delivery).
22. European Commission. Facility for Refugees in Turkey – *Annual Report 2020*. Brüksel: Avrupa Birliği; 2020 [erişim tarihi 23 Ağustos 2025]. Erişim adresi: https://enlargement.ec.europa.eu/system/files/2021-10/5th%20FMR.pdf

Uluslararası Göç Politikalarının Türkiye'de STK Faaliyetlerine Etkisi

A. Ferdane Oğuzöncül, Ayşe Yüksel

1. Giriş

Göç, insanlık tarihi boyunca devam eden ve aynı zamanda toplumsal gelişmeye de önemli katkısı olan unsurlar arasındadır. Göçün hem çok boyutlu hem de karmaşık bir yapıda olması, bu olgunun yönetimi için farklı aktörlerin devreye girmesine neden olmuştur. Göç yönetiminin aktörleri denildiğinde akla öncelikle yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları (STK) gelmektedir.[1] STK'lar; devlet dışı, kar amacı gütmeyen, gönüllülük esaslı ya da profesyonel yapılarla organize olan, toplumsal fayda odaklı kuruluşlardır.[2]

Göç alanındaki STK'lar, insani yardım, eğitim, barınma ve sağlık hizmetlerinden hak temelli savunuculuğa kadar geniş bir yelpazede faaliyet göstermektedir. Türkiye'deki göç sürecinin karmaşıklığı göz önüne alındığında, STK'lar yalnızca yardım sağlayıcılar değil, aynı zamanda politikaların sahada uygulanabilirliğini destekleyen, sosyal uyumu güçlendiren ve kırılgan gruplarla devlet arasında aracı rolü üstlenen kurumlardır.[2]

Toplumsal sorunların çözüme ulaştırılması konusunda merkezi yönetim tarafından uygulanan politikaların yetersiz kalmasından dolayı sivil toplum kuruluşları önemli görevler üstlenmiştir.[1]

2011 yılı öncesinde Afganistan, Irak, İran ve Somali gibi ülkelerden Avrupa'ya geçiş amacıyla Türkiye'ye gelen göçmenlere yönelik olarak giriş illeri ya da uydu kentlerde belirli hizmetlerin sunulması amacıyla, uluslararası kurumlarla iş birliği içinde hareket eden yapıların etkisiyle Türkiye'de göç alanında sivil toplumun kurumsallaşma sürecine önemli bir zemin hazırlanmıştı.[3] Son yıllarda Türkiye, artan göç hareketliliği ile yalnızca bir geçiş ülkesi değil, aynı zamanda bir hedef ülke hâline gelmiştir. Bu süreç, özellikle 2011 sonrası Suriyeli mültecilerin gelişiyle belirginleşmiş ve Türkiye'yi uluslararası göç yönetiminin merkezlerinden biri hâline getirmiştir.[2]

2. 2020 Öncesi STK Faaliyetlerinin Yapısı

Türkiye'de göçmen odaklı sivil toplum örgütlenmelerine dair çalışmalar incelendiğinde, cumhuriyetin kuruluşundan bu yana görülen göç ve vatandaşlık politikalarına uygun olarak, 2010'lara kadar yayınlanmış olan sınırlı sayıdaki araştırmanın odağında "Türk soylu" göçmenler tarafından kurulmuş dernekler olduğu görülmektedir.[4] 1990'lara kadar büyük oranda Türk soyundan olduğu değerlendirilen göçmenlerin vatandaşlık yoluyla içerildiği görülmekte, başta Balkanlar ve Kafkaslardan olmak üzere farklı coğrafyalardan göç eden bu topluluklar tarafından, sivil toplum alanında hemşerilik temeli üzerinden pek çok örgütlenme ortaya çıkmaktadır.[5]

Geçmişte transit ülke statüsünün ön plana çıktığı Türkiye, bir yandan çalışma ve eğitim gibi farklı nedenlerle gelen göçmenler için bir varış ülkesi haline gelmiş, diğer yandan Suriye'de 2011 yılında başlayan iç savaş sonrasında yaşanan mülteci hareketliliğinin etkisiyle dünya üzerinde en çok mülteci barındıran ülke statüsünde yer almıştır.[5]

Suriyeli vatandaşlar Türkiye'ye girdikten buyana pek çok toplum merakla bu mülteci krizinin sürecini takip etmiş, Türkiye'nin bu süreci nasıl yöneteceği konusunda dikkatlerini Türkiye üzerine çevirmişlerdir. Birçok ülkeden sivil toplum örgütü gerek Suriyelilere maddi destekte bulunmak gerekse bilimsel araştırmalar yapmak amacıyla Türkiye'de çalışmalar yürütmek maksadıyla başvuruda bulunmuşlardır.[6]

Uluslararası STK'ların Türkiye de çalışma yapabilmesi ve mülteci krizine katkıda bulunabilmesi için öncelikle hükümetten çalışma izni almak zorundaydılar. Durum böyle olunca yetkililer 2013 ortalarına kadar oldukça sıkı bir denetim ile uluslararası STK'lardan yalnızca 10 tanesine Türkiye de çalışma yapması konusunda izin vermiştir. 2013'ortalarından itibaren ise devletin Uluslararası STK'ların çalışmaları konusuna karşı tutumunda tedbirci bir yumuşama olduğu gözlemlenmiştir.[7]

Uluslararası sivil toplum örgütlerinin Suriyeli vatandaşları Türkiye'de desteklemelerinin nedenleri çeşitli olmakla birlikte en temelde STK'ların kuruluş amaçları doğrultusunda insani yardımları dünyanın her yerine, ihtiyacı olan ve her milletten vatandaşa ulaştırabilmektir. Bir diğer gerekçe ise Suriyeli vatandaşlar için batı ülkelerinin bir kurtuluş olarak görülmesi ve kaçak yollarla Avrupa'ya geçerken can ve mal kaybına uğramalarının önüne geçmek. Bu gerekçeyle STK'lar Suriyelilerin bulundukları en güvenli bölgeye yani Türkiye'ye yardımlarını ulaştırarak Avrupa'ya dağılmalarının ve bu süreçte yıllarca biriktirdikleri mallarını ve en nihayetinde canlarını kaybetme riskini asgariye indirdiklerini belirtmektedir.[8]

AB'nin "sınırların dışsallaştırılması" stratejisi çerçevesinde Türkiye, bir tampon bölge hâline getirilmiş ve özellikle 2016 yılında imzalanan **AB-Türkiye Geri Kabul Anlaşması** bu süreci kurumsallaştırmıştır. Bu anlaşmayla birlikte Türkiye, yasa dışı yollarla AB ülkelerine geçen göçmenlerin geri kabulünü taahhüt ederken, karşılığında mali destek ve siyasi bazı avantajlar elde etmiştir.[9]

Bu durum, hem devletin hem de STK'ların göç politikalarını uyarlamasına neden olmuş; birçok ulusal ve yerel STK, **AB fonlarıyla desteklenen projeler** yürütmeye başlamıştır.[5]

Aynı zamanda Türkiye'de 2013 yılında çıkarılan Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (YUKK) ile birlikte Göç İdaresi Başkanlığı'nın kurulması, STK'ların yasal tanınırlığını ve iş birliklerini artırmış; ancak faaliyet alanlarını da belirli sınırlara oturtmuştur.[1]

2014 itibariyle geçici koruma statüsü verilen Suriyelilere odaklanacak şekilde öncelikle insani yardım, sonrasında da temel hizmetlerin sunumuna yönelik çalışan yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde kuruluş sayısında birkaç yıl içinde hızlı bir artış yaşanmıştır Bu durumun bir sonucu olarak günümüzde Türkiye üzerine yapılan araştırmaların çoğu, özellikle Suriye krizi sonrası mültecilere güvenlik, insani yardım, sağlık, eğitim ve sosyal yardım gibi temel hizmetlerin sağlanmasında sivil toplumun rolüne odaklanmaktadır.[10,11]

2011–2020 yılları arasında Türkiye'de göç alanında faaliyet gösteren STK'ların göç politikalarının oluşturulmasında doğrudan etkisi sınırlı kalmış; çoğu kuruluş, uluslararası fonlara ve kamu kurumlarıyla iş birliğine bağlı olarak çalışmıştır.[12]

Suriyeli mültecilere yönelik çalışmalar yürüten STK'ların faaliyetlerinin çoğu sosyal sermaye üretimiyle sınırlı kalmaktadır. Bazı durumlarda STK'ların yerel ihtiyaçlar yerine fon sağlayıcı kuruluşların önceliklerine odaklanması etkinlik ve kapsayıcılık tartışmalarını beraberinde getirmektedir.[13]

3. 2020 Sonrası Değişen Dinamikler

3.1. Göç Politikalarında Yapısal Dönüşüm

2020 yılından itibaren, hem COVID-19 pandemisinin etkisi hem de küresel göç akışlarının değişmesiyle birlikte Türkiye'deki göç yönetimi politikalarında **güvenlik temelli** yaklaşımlar belirginleşmiştir. Bu durum, göç alanındaki STK'ların faaliyet biçimlerini doğrudan etkilemiştir. Aynı zamanda FRIT (Facility for Refugees in Turkey) gibi Avrupa Birliği destekli programlar, Türkiye'deki birçok STK'nın faaliyetlerini sürdürmesini ve genişletmesini sağlamıştır. Ancak 2023 sonrası bu fonların daha rekabetçi ve performans odaklı hâle gelmesi, küçük ve yerel STK'ların dışlanma riskini artırmıştır.[14]

3.2. STK'ların Rolünde Niteliksel Dönüşüm

2020 sonrası dönemde STK'lar yalnızca insani yardım sağlamakla kalmayıp, **hak temelli yaklaşımlarla** mülteci bireylerin toplumsal hayata katılımını teşvik eden faaliyetlere yönelmiştir. Eğitim, meslek edindirme, psiko-sosyal destek, kadınların güçlendirilmesi gibi alanlara daha fazla odaklanılmaya başlanmıştır. Ancak bu geçiş, finansman yetersizlikleri, ulusal yasal sınırlılıklar ve politik baskılar nedeniyle çoğu STK için sınırlı ölçüde gerçekleşebilmiştir.[15]

4. Yerel Dinamikler ve STK-Devlet İlişkisi

Türkiye'deki STK'ların çoğu, kamu kurumları ile yaptıkları protokoller aracılığıyla çalışmalarını sürdürmektedir. Bu durum, STK'ların hareket alanını bir yandan artırırken, diğer yandan bağımsızlıklarını sınırlayıcı bir etki yaratabilmektedir. Gölcük (2024), STK'ların politika yapımında değil, yalnızca uygulama alanında aktif olduklarını vurgulamaktadır.[2]

5. Sonuç ve Öneri

2020 sonrası dönemde uluslararası göç politikalarının değişimi, Türkiye'deki STK'ların yapısını ve önceliklerini önemli ölçüde değiştirmiştir. Yardım odaklı çalışmalardan hak temelli faaliyetlere geçiş gözlemlenmiş; sosyal uyum, eğitim ve savunuculuk gibi konular ön plana çıkmıştır. Ancak bu dönüşümün sürdürülebilirliği, uluslararası fonların devamlılığına, kamu-STK iş birliklerinin şeffaflığına ve yasal çerçevenin demokratik niteliğine bağlıdır.

Göçmenlerin yasal statülerini baz almaksızın temel sağlık hizmetlerine ve zorunlu eğitime erişimlerinin önü açılmalıdır. Yerel yönetimlerin göçmenlere yönelik faaliyette bulunabilmeleri ve politikalar geliştirebilmeleri için yasal mevzuatta değişiklikler yapılmalıdır. Belediyeler için genel bütçe gelirlerinden ayrılan pay ilde bulunan kayıtlı göçmenleri de nüfusa dahil ederek nüfusun büyüklüğüyle orantılı olacak şekilde olmalıdır. Belediyeler ile sivil toplum kuruluşları arasında ortak projelerin geliştirilebilmesi için kolaylaştırıcı birtakım düzenlemelere yer verilmelidir. Uluslararası kurumların göçmenler için sağladığı fonlardan yerel yönetimlerin de yararlanması sağlanmalıdır. Ayrıca yerel yönetimler kendi bünyelerinde göçmenler için özel birimler oluşturarak bu bireylerin hizmetlere ulaşımı noktasında kolaylık sağlayabilirler.

KAYNAKLAR

1. Saraçoğlu H. Göç yönetimi politikalarının şekillenmesinde yerel yönetimler ve STK'lar arasındaki iş birliğinin etkisi: Van ili özelinde bir analiz. *Van Yüzüncü Yıl Univ Iktisadi İdari Bilim Derg.* 2023;8(16):170–1852.
2. Gölcük E. The role of civil society organizations in migration administration in Türkiye [Internet]. Ankara: *Ankara University*; 2024. Available from: https://www.researchgate.net/publication/371409203
3. Aktan Küçük D, Demir L, Sevinin E, editors. Suriyeden göçün 10. yılında sivil toplum: Aktörler, süreçler ve önergörüler [Internet]. *Göç Araştırmaları Derneği* (GAR); 2022. GAR Rapor No: 8. Available from: https://gocarastirmalaridernegi.org/wp-content/uploads/Suriyeden-Gocun-10.-Yilinda-Sivil-Toplum.pdf
4. Şenses N. Göçmen odaklı sivil toplum oluşumları: Değişen eylemler ve siyasetler. *Alternatif Politika.* 2020;12(1):50–78.
5. Aksel D, Boşnak B. Sivil toplum ve göç çalışmalarında köprüler kurmak: Türkiye örneği. *İstanbul Ticaret Univ Sos Bilim Derg.* 2022;21(Special Issue):159–182.
6. Öztürk S, Çoltu S. Suriyeli mültecilerin Türkiye ekonomisine etkileri. In: UMTB International Congress on Vocational and Technical Sciences; 2017 Apr 8–12; Batumi, Georgia. p. 240–369.
7. İltica ve Göç Araştırmaları Merkezi (İGAM). Sivil toplum örgütlerinin Türkiye'deki Suriyeli mülteciler için yaptıkları çalışmalar ile ilgili rapor – 2013. Ankara: Sivil Düşün AB Programı; 2014.
8. Mazman İ, İzci L. Ulusal ve uluslararası örgütler tarafından desteklenen Suriyeli göçmenler. *J Inst Econ Dev Soc Res.* 2018;4(9):277–293.
9. Adıgüzel G. Avrupa'daki göç politikalarının tarihsel süreçteki dönüşümü çerçevesinde Avrupa Birliği ile Türkiye arasındaki Geri Kabul Anlaşması'nın konumu. *Selçuk Univ Sos Bil Enst Derg.* 2025;(56):1-18.
10. Boşnak B. Politics of subsidiarity in refugee reception: The case of civil society in Turkey. *J Immigr Refugee Stud.* 2021;19(3):301–315.
11. Sunata U, Tosun S. Assessing the civil society's role in refugee integration in Turkey: NGO-R as a new typology. *J Refugee Stud.* 2019;32(4):683–703.
12. Özçetin B, Öğün E. International migration and the NGOs working in the field of migration in Turkey. *Int Migr.* 2024;62(1):269–284.
13. Zihnioğlu Ö. From social capital to social cohesion: Syrian refugees in Turkey. *J Ethn Migr Stud.* 2022;48(11):2412–2432.
14. European Commission. Facility for Refugees in Turkey (FRIT): Final evaluation report. Brussels: European Commission; 2023.
15. Öztürk NÖ. Irregular migratory movements from Turkey in light of international law. *J Int Migr Stud.* 2022;15(3):122–138.

Göç ve Göçmen Sağlığı Bağlamında Geleceğe Yönelik Değerlendirme

A. Ferdane Oğuzöncül

Göçmen sağlığı, hem bireysel düzeyde yaşam kalitesini doğrudan etkileyen hem de toplumun genel sağlık göstergeleri üzerinde belirleyici rol oynayan kritik bir alandır. Özellikle çok sayıda geçici ve kalıcı göçmenin bulunduğu ülkelerde, bu alanda geliştirilen politikaların niteliği, yalnızca bireysel sağlık değil, sosyal uyum, halk sağlığı ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından da kritik öneme sahiptir

Türkiye, özellikle 2011'den bu yana sağlık sistemini göçmenlerin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde esnetmek ve uyarlamak zorunda kalmıştır. Ancak bu uyum süreci, çoğu zaman geçici çözümler ve proje bazlı uygulamalarla sınırlı kalmış, uzun vadeli bir strateji eksikliği dikkat çekmiştir.

1. Mevcut Durum ve Temel Sorun Alanları

- ***Erişimde Eşitsizlik:*** Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi hâlâ büyük ölçüde yasal statüye, kayıt durumuna, dil yeterliliğine ve ikamet ettikleri bölgeye bağlı olarak değişmektedir. Kırsal alanlarda ya da büyük kentlerin dış mahallelerinde yaşayan göçmenlerin hizmetlere erişim düzeyi oldukça düşüktür.[1]
- ***Çalışan Sağlığı İhmal Ediliyor:*** Kayıt dışı olarak çalışan göçmenlerin büyük bir kısmı, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerine erişememektedir. Bu durum hem bireysel düzeyde mağduriyet yaratmakta hem de iş kazaları ve meslek hastalıkları riskini ciddi biçimde artırmaktadır.[2]
- ***Veri Eksikliği:*** Türkiye'de göçmen sağlığına ilişkin veriler dağınık, sınırlı ve çoğu zaman güncel değildir. Bu da politika üretimini zorlaştırmaktadır.
- ***Kültürel Uyum Sorunları:*** Göçmenlerin sağlık sistemine güven duymaları, çoğunlukla sağlık hizmeti sunan personelin kültürel duyarlılığına, empatik yaklaşımına ve iletişim becerilerine bağlıdır. Dil bariyeri, tanı ve tedavi süreçlerinde ciddi aksamalar yaratabilmektedir.[3]

2. Geleceğe Yönelik Politika Önerileri

- ***Entegre Sağlık Politikaları Geliştirilmeli:*** Göçmen sağlığı hizmetlerinin, **mevcut sağlık sistemine entegre edilmesi** gerekmektedir. Göçmen Sağlığı Merkezleri'nin Toplum Sağlığı Merkezleri ile iş birliği içinde çalışması, kalıcı yapılar kurulması ve ulusal sağlık planlamasına dâhil edilmesi, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artıracaktır.
- ***Çalışan Göçmenlere Yönelik Özel Programlar:*** Göçmen işçilerin iş sağlığı hizmetlerinden yararlanabilmesi için, çok dilli bilgilendirme, mesleki eğitimler, mobil sağlık hizmetleri ve iş yeri denetimlerinin artırılması gereklidir. Ayrıca, iş kazalarının raporlanması ve istatistiklere yansıtılması sağlanmalıdır.
- ***Veri Toplama ve Raporlama Sistemleri Geliştirilmeli:*** Göçmenlerin hastalık profili, sağlık hizmetlerine başvuru oranları, bağışıklık düzeyleri, kronik hastalık yükü gibi temel verilerin dijital sistemlerde düzenli, anonim ve güvenli şekilde toplanması, etkili politika üretiminin önünü açacaktır.
- ***Krizlere Karşı Dayanıklı Sistemler Kurulmalı:*** COVID-19 pandemisi göstermiştir ki, sağlık sistemleri yalnızca günlük işleyişi değil, aynı zamanda kriz anlarında kapsayıcı, dayanıklı ve hızlı uyum sağlayabilen yapılar olmalıdır. Göçmenler gibi kırılgan gruplar için özel eylem planları, psikososyal destek sistemleri ve hukuki güvence mekanizmaları oluşturulmalıdır

- ***Hak Temelli Yaklaşım:*** Göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanması, **yardım odaklı değil; insan haklarına dayalı bir yaklaşım** olarak ele alınmalıdır. Evrensel sağlık hakkı kapsamında, tüm bireylerin yaş, cinsiyet, etnik köken, yasal statü gibi ayrımlara tabi tutulmaksızın hizmete erişimi güvence altına alınmalıdır

3. Sonuç

Türkiye, son yıllarda dünyanın en fazla göçmen barındıran ülkelerinden biri olarak, göçmen sağlığı konusunda tarihsel bir sorumluluk üstlenmiştir. Bu bağlamda geliştirilecek her stratejik adım; yalnızca göçmenlerin değil, ev sahibi toplumun da sağlığını, huzurunu ve dayanıklılığını güçlendirecek nitelikte olmalıdır.

Geleceğin sağlık sistemleri ancak kapsayıcı, kültürel olarak duyarlı, insan haklarına dayalı ve veriye dayalı olduğu ölçüde sürdürülebilir olabilir. Göç olgusu geçici değilse, çözümler de kalıcı olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ergin I, et al. Health services utilization among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. *Int J Health Plann Manage*. 2021.
2. ILO Turkey. Kayıt dışı çalışan göçmenlerin iş sağlığı ve güvenliği raporu. Ankara; 2020
3. Bilecen B, Yurtseven D. Language barrier in healthcare access among Syrian refugees in Turkey. *Soc Sci Med*. 2021.

BÖLÜM 13

ENGELSİZ TOPLUM

Bölüm Editörü: *Hatice Şahin*

Sunuş

Hatice Şahin

HASUDER Türkiye Sağlık Raporu 2025 kapsamındaki Engelsiz Toplum Bölümü son beş yılda Türkiye'de engelli bireylerin sağlık durumunu etkileyen gelişmeleri, planlanan düzenlemeleri, uygulamada gerçekleşenler ile karşılaşılan zorlukları/önerileri ele almıştır. Bölüm sekiz başlıktan oluşmaktadır. Sağlık Hizmetleri ve Rehabilitasyon isimli başlık engelli bireylerin yaşam kalitesinin artırılması, sağlık hizmetlerine eşit erişim ve etkili rehabilitasyon süreçlerinin bütüncül biçimde planlanması konularında son beş yılda yaşananları ele almıştır. Eğitimde Kapsayıcılık isimli başlık eğitimin, engelli bireyin toplumsal, ekonomik ve kültürel yaşamda aktif bir özne haline gelmesinin en güçlü aracı olduğunu vurgulayarak farklılaştırılmış öğretim yöntemleri ve kurumsal destek mekanizmaları konularında son beş yılı ele almıştır. Engelli Bireylerin İstihdam Hakkı isimli başlık; sosyal adaletin ve ekonomik katılımın temel göstergelerinden biri olan istihdam hakkının önemini vurgulayarak engelli bireylerin iş gücü piyasasında karşılaştıkları yapısal ve tutumsal engelleri analiz etmiş, istihdamda fırsat eşitliğini sağlamaya yönelik politika ve uygulamalara odaklanmıştır. Krizler ve Afetlerde Engellilik (Pandemi & Deprem) isimli başlık olağan dışı dönemlerin toplumsal eşitsizlikleri derinleştiren ve kırılgan grupların görünürlüğünü arttıran süreçler olduğunu vurgulayarak sürdürülebilir ve kapsayıcı bir afet yönetimi sisteminin oluşturulmasını önermiş ve son beş yılda yaşanan pandemi ve deprem gibi olağan dışı durumlarda engelli bireylerin karşılaştıkları özgün riskleri ve ihtiyaçları ele almıştır. Dijital Katılım ve Erişilebilirlik isimli başlık; bilgiye, iletişime ve hizmetlere erişimin, toplumsal eşitliğin belirleyici boyutlarından biri haline geldiği günümüzde, engelli bireylerin dijital ortamda karşılaştıkları erişilebilirlik sorunlarını ve bu sorunların sosyal katılım üzerindeki etkilerini incelemiştir. Toplumsal Algı ve Katılım isimli başlık; engelliliğin bireysel bir durumdan ziyade toplumsal bir inşa biçimi olduğunu ortaya koyarak engelli bireylere yönelik tutumların dönüşümünü, farkındalık temelli yaklaşımların etkisini ve katılımcı vatandaşlık kavramına ilişkin son beş yılda yaşananları ele almıştır. Yasal Düzenlemeler ve Haklar isimli başlık; engelli bireylerin insan haklarının korunması, ulusal ve uluslararası düzeyde oluşturulan yasal çerçeveler aracılığıyla güvence altına alınması konusunu vurgulayarak mevcut yasal çerçeveyi ve bu konudaki boşlukları incelemiştir. Engelsiz Toplum Konusunda Geleceğe Yönelik Değerlendirme isimli başlık ise; fiziksel, dijital ve zihinsel engellerin ortadan kaldırıldığı bütüncül bir toplumsal yapının hedeflendiği gelecek vizyonu konusunu ele almıştır.

Bölüm başlıklarının yazımında yazarların karşılaştığı ortak sorun güncel, güvenilir ve tutarlı veriye erişilememesi olmuştur. Dijitalleşmenin hayatımızda ağırlıklı yer aldığı günümüzde ülkemizde engelsiz toplum olma konusunda politika oluşturmada kullanılacak verinin üretilmemesi ve veriye erişilememesi ayrıca ele alınması gereken bir konudur. Yazarlarımız başlıkları ile ilgili son beş yılda yapılanları ve yapılmayanları ele alırken kısıtlı resmi veri yanında bu zaman aralığında yapılan örneklemleri sınırlı bilimsel araştırmalardan, ulusal ve uluslararası raporlarda yazan bilgilerden ve bakanlık web sitelerindeki bilgilerden veri üretmeye çalışmıştır. "Kanıta dayalı" sağlık politikalarının oluşturulmasında güncel ve güvenilir verinin varlığının değeri tartışmaya açık bir konu değildir. Ülkemizde sağlık durumunun analizi ve gelecek vizyonu oluşturmada yazarların veri üretme değil, güvenilir veriyi yorumlama sorumluluğu olmalıdır. Bu nedenle okuyucuların bölüm başlıklarını okurken sorularına yanıt bulamadıkları durumda bu noktayı dikkate almalarını rica ediyorum.

Engelsiz Toplum Bölümü'nün yazımında emek veren tüm yazarlara teşekkür ediyor, okuyucularımıza keyifli okumalar diliyorum.

Sağlık Hizmetleri ve Rehabilitasyon

Filiz Abacıgil

1. Giriş

Engellilik konusu, yıllar içerisinde yeti kayıplarına odaklanan **tıbbi modelden,** engelliliğin toplumsal kısıtlamalardan kaynaklandığını vurgulayan **sosyal modele** ve **insan hakları yaklaşımına evrilmiştir.**[1] Engelli bireyler sağlık, eğitim, istihdam, ulaşım ve bilgi edinme gibi yaşamın birçok alanında hizmetlere erişimde sorunlarla karşılaşmaktadır**.** Türkiye Sağlık Raporunun bu bölümünde 2020 sonrası dönem için engelli bireylerin mevcut durumu, yaşlanma ile birlikte gelişen yeti kayıpları ve engellilik durumu, engelli bireylere sunulan sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon uygulamaları (erken tanı ve erken müdahale programları, engelli sağlık kurulu raporlaması, evde sağlık ve bakım hizmetleri ile rehabilitasyon uygulamaları) ile finansman sorunlarına yer verilmiştir. Pek çok dokümanda belirtildiği üzere ülkemizde tüm engelli bireyleri kapsayıcı, güncel veri bulunmamaktadır. Bu bölümün hazırlanmasında ulaşılabilen resmi kaynaklar ve raporlardan yararlanılmıştır.

2. Engelli Bireyler, Mevcut Durum

Dünya nüfusunun %16'sı (1,3 milyar kişi) herhangi bir tür engellilik yaşamaktadır.[2] Ülkemizde engellilere ilişkin verilere bakıldığında, Türkiye genelinde il bazında dağılımı sunan son araştırma 3 yaş ve üzeri grupta yapılan "2011 Nüfus ve Konut Araştırması" olup, engellilik oranı %6,9 (kadınlarda 7,9; erkeklerde 5,9) olarak tespit edilmiştir. Engellilerle ilgili göstergelerin elde edildiği bir diğer araştırma ise Türkiye Sağlık Araştırması (TSA)'dır. 2008 yılından itibaren 15 yaş ve üzeri yaş grubunda iki yılda bir yapılan bu araştırmada engellilik ve yaşlılıkla ilgili göstergeler elde edilmektedir. 2019 ve 2022 yıllarına ait Türkiye Sağlık Araştırması sonuçları aşağıda yer almaktadır.[3,4]

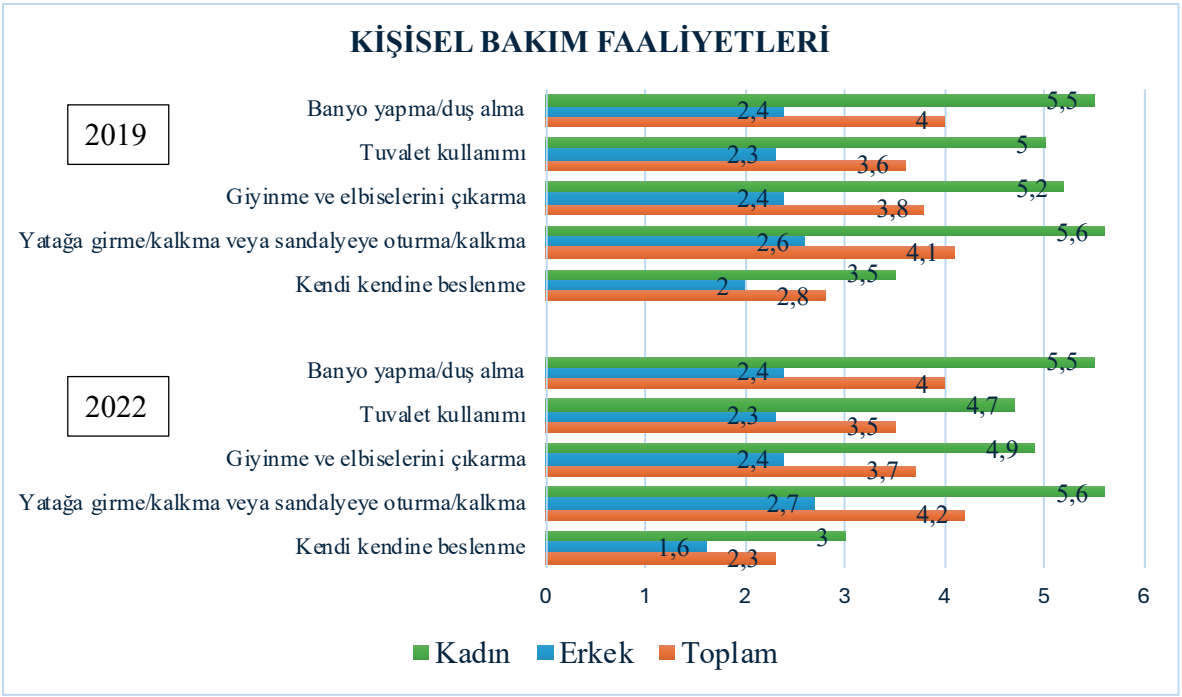
Verilere genel olarak bakıldığında kadınlarda engelliliğin daha yüksek olduğu, 65 yaşından itibaren özellikle yükseldiği, ancak 2019 yılı ile kıyaslandığında 2022 yılında engellilik oranların tüm engel türleri için ve her iki cinsiyette düştüğü dikkati çekmektedir. En son 2022 Türkiye Sağlık Araştırması verilerine ulaşılabildiğinden 2023 yılı 6 Şubat Kahramanmaraş depremlerinin etkisi burada görülememektedir. Yaşlı birey sıklığının giderek artış gösterdiği ülkemizde, bu araştırmaya göre yıllar içerisinde engellilik oranlarındaki azalma beklenen bir durum değildir. Bu durumun engellilerin tespiti ile ilgili yetersizliklerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca her engelli bireyin özel gereksinimleri doğrultusunda bir veri toplama sistemi bulunmamaktadır (örneğin görme engelliler için Braille, işitme engelliler için işaret dili tercümanı desteği ile veri toplama gibi). Bu da güvenilir veriye ulaşmayı engellemektedir. Türkiye Sağlık Araştırmaları ile elde edilen engellilik verilerinin yeterli olmadığı açıktır. **Türkiye genelinde tüm engelli bireylerin tespit edilmesini sağlayan bir veri kayıt sistemi oluşturulmalıdır**.

Engelli birey sayısında beklenen artışı, Küresel Hastalık Yükü çalışmaları da desteklemektedir. 2019 ve 2021 Küresel Hastalık Yükü çalışması sonuçlarına bakıldığında yaşla ilişkili işitme kaybı, depresyon, anksiyete bozuklukları gibi tanılar için engellilikle geçirilen yaşam yıllarının arttığı (YLD) görülmüştür. Benzer şekilde yeti kayıplarına neden olabilen inme, KOAH ve bel ağrısı gibi sağlık sorunlarına bağlı YDL artışı olduğu da görülmektedir.[5,6]

Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, engelli bireylerin kişisel bakım faaliyetlerini gerçekleştirirken zorluk yaşama durumlarının cinsiyete göre dağılımı aşağıda verilmiş olup, 2019 ve 2022 yılları arasında benzer sonuçlar elde edilmiştir. En çok zorluk çekilen

Tablo 1. Yaş Grubu ve Yıllara Göre Engellik İle İlgili Göstergeler

Yaş grubu	2019				2022		
	Toplam	Erkek	Kadın		Toplam	Erkek	Kadın
Görme sorunu olanlar							
15-44	2,1	1,5	2,6		1,8	1,4	2,2
45-54	7,4	6,2	8,6		5,7	4,4	7,1
55-64	9,6	7,5	11,7		8,4	6,3	10,5
65-74	14,6	11,3	17,4		10,8	8,3	13,0
75+	24,1	20,8	26,3		25,1	20,1	28,4
Toplam-	**5,8**	**4,4**	**7,2**		**5,1**	**3,7**	**6,5**
İşitme sorunu olanlar							
15-44	1,4	1,0	1,7		0,7	0,7	0,7
45-54	3,9	3,6	4,2		2,6	2,9	2,3
55-64	5,2	4,8	5,5		3,3	3,5	3,1
65-74	11,9	12,4	11,5		10,0	8,5	11,4
75+	31,5	30,8	32,0		27,8	27,8	27,7
Toplam	**4,4**	**3,8**	**5,0**		**3,4**	**3,1**	**3,7**
Yürüyemeyenler							
15-44	0,8	0,5	1,1		0,9	0,6	1,1
45-54	4,4	2,9	6,0		3,0	2,2	3,7
55-64	8,2	4,3	12,0		6,8	3,7	9,8
65-74	17,1	9,3	23,9		15,4	9,6	20,5
75+	44,7	32,0	53,1		37,3	25,8	45,0
Toplam	**5,5**	**3,1**	**7,9**		**4,9**	**2,9**	**6,8**
Merdiven inip çıkamayanlar							
15-44	1,5	1,0	2,0		1,4	1,0	1,9
45-54	7,5	4,5	10,6		5,1	2,8	7,3
55-64	12,9	6,7	18,9		10,3	4,9	15,5
65-74	24,7	13,6	34,3		18,9	11,3	25,6
75+	50,8	39,0	58,7		43,4	30,9	51,6
Toplam	**7,9**	**4,6**	**11,1**		**6,6**	**3,7**	**9,4**
Yaşıtlarına göre öğrenmede ve hatırlamada zorluk çeken bireylerin cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı							
15-44	2,0	1,1	2,9		1,8	1,3	2,3
45-54	4,5	2,7	6,2		3,2	2,1	4,2
55-64	6,4	3,2	9,5		5,3	3,1	7,4
65-74	14,9	9,0	19,9		10,5	6,7	13,9
75+	34,9	31,0	37,4		29,8	22,2	34,9
Toplam	**5,4**	**3,3**	**7,4**		**4,5**	**2,9**	**6,1**
Genel							
15-44	5,7	3,9	7,6		4,8	3,8	5,9
45-54	17,0	13,2	20,7		12,8	9,8	15,7
55-64	24,5	17,3	31,5		20,0	13,6	26,2
65-74	40,3	29,5	49,7		31,3	23,8	37,9
75+	67,0	62,1	70,3		59,3	49,6	65,8
Toplam	**15,3**	**11,1**	**19,4**		**12,8**	**9,3**	**16,2**



Grafik 1. Kişisel bakım faaliyetlerini gerçekleştirirken zorluk çeken bireylerin cinsiyete göre dağılımı, 2019 ve 2022

alan yatağa girme/kalkma veya sandalyeye oturma/kalkma faaliyetidir. Tüm faaliyet alanlarında kadınlar daha fazla zorluk çektiğini belirtmiştir.[3,4]

Türkiye Yaşlı Profili Araştırması sonuçları ile karşılaştırıldığında, engelli bireylerin kişisel bakım faaliyetlerinde zorluk çekme durumları oldukça düşüktür.[7] Yatağa girme/kalkma veya sandalyeye oturma/kalkma faaliyetinde zorluk yaşama durumu Yaşlı Profili Araştırmasında %20 iken TSA'sında %4,2'dir. Banyo/duş yapmada zorluk yaşama durumu yine aynı şekilde Yaşlı Profili Araştırmasında %22,1 iken, TSA'da %4 olarak belirtilmiştir. Bu durum engelli bireylerin sosyal yaşama katılma ve günlük faaliyetleri gerçekleştirmede yıllar içerisinde edindiği kişisel becerilerden kaynaklanmış olabilir. **Yaşlanma ile birlikte gelişen yeti kayıplarını yönetmede yaşlı bireylerin bu durumlara adaptasyonunu sağlayacak düzenlemelerin önemli olacağı düşünülmektedir** (örneğin görme kaybı geliştikçe ev ortamında buna uyum ile ilgili eğitimler ve düzenlemeler gibi).

Engelli bireyler ile ilgili bir başka veri kaynağı **Ulusal Engelli Veri Sistemidir**. Engelli Sağlık Kurulu Raporlarını (ESKR) esas alan, Ulusal Engelli Veri Sistemine göre ülkemizde bu sistemde kayıtlı ve hayatta olan engelli sayısı; 1.414.643'ü erkek, 1.097.307'si kadın olmak üzere 2.511.950'dir. Ağır engeli olan kişi sayısı 775.012'dir. Bu kayıtlar, ESKR almak için yetkili hastanelere başvurmamış ve hizmet almak için devletle temasa geçmemiş bireyleri kapsamamaktadır.[8]

Tablo 2. Ulusal Engelli Veri Tabanına Göre Engelli Bireyler

	2020	2021	2022	2023
Görme	9,83	9,53	9,53	9,53
İşitme	8,11	7,97	7,97	7,97
Dil- konuşma	1,45	1,49	1,49	1,49
Ortopedik	13,59	13,78	13,78	13,78
Zihinsel	17,27	17,07	17,07	17,07
Ruhsal ve duygusal	7,66	7,57	7,57	7,57
Süregen	1.119.007	40,63	40,63	40,63
Diğer	67,324	1,96	1,96	1,96

Tablo 3. Yaş grubu ve yıllara göre çocuklarda engellilik ile ilgili göstergeler

Yaş grubu	2019			2022		
	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
Görmede zorluk çeken çocukları						
2-6	1,7	1,7	1,6	0,3	0,4	0,1
7-14	2,6	2,3	2,9	1,1	0,9	1,3
Toplam	**2,2**	**2,1**	**2,4**	**0,8**	**0,7**	**0,9**
Duymada zorluk çeken çocuklar						
2-6	1,4	1,5	1,3	0,3	0,2	0,4
7-14	2,3	2,0	2,7	0,5	0,4	0,6
Toplam	**2,0**	**1,8**	**2,1**	**0,4**	**0,3**	**0,5**
Yürümede zorluk çeken çocuklar						
2-6	1,3	1,3	1,3	1,5	1,9	1,1
7-14	1,5	1,6	1,5	1,5	1,7	1,3
Toplam	**1,4**	**1,5**	**1,4**	**1,5**	**1,8**	**1,2**
Öğrenmede zorluk çeken çocuklar						
2-6	1,0	1,1	0,9	1,5	1,7	1,3
7-14	1,7	2,0	1,4	1,5	2,2	0,8
Toplam	**1,5**	**1,7**	**1,2**	**1,5**	**2,0**	**1,0**
Konuşmada zorluk çeken çocuklar						
2-6	1,3	1,5	1,0	1,4	1,3	1,4
7-14	1,0	1,0	1,0	0,8	1,1	0,5
Toplam	**1,1**	**1,2**	**1,0**	**1,0**	**1,2**	**0,9**

2021'den itibaren hastane sağlık kurullarından veri tabanına bilgi akışının sağlanamaması nedeniyle 2021, 2022 ve 2023 verileri aynıdır. Raporlanan veri incelendiğinde, en çok kronik hastalık nedenli ESKR alındığı görülmektedir. Bunu zihinsel ve ortopedik engelli bireyler takip etmektedir. Ulusal Engelliler Veri Tabanı'nda da önemli düzeyde kapsayıcılık ile ilgili sorunlar olduğu görülmektedir.

Bu durumun giderilmesine yönelik Sağlık Bakanlığı 12. Kalkınma Programında veri tabanındaki kapsam eksikliklerinin giderilmesi, veri kalitesinin iyileştirilmesi, uluslararası standartlarla uyumlu, güncel, kapsamlı ve kaliteli engellilik göstergelerinin üretilmesi için çalışmalar yapılmasının hedeflendiği belirtilmiştir.[9]

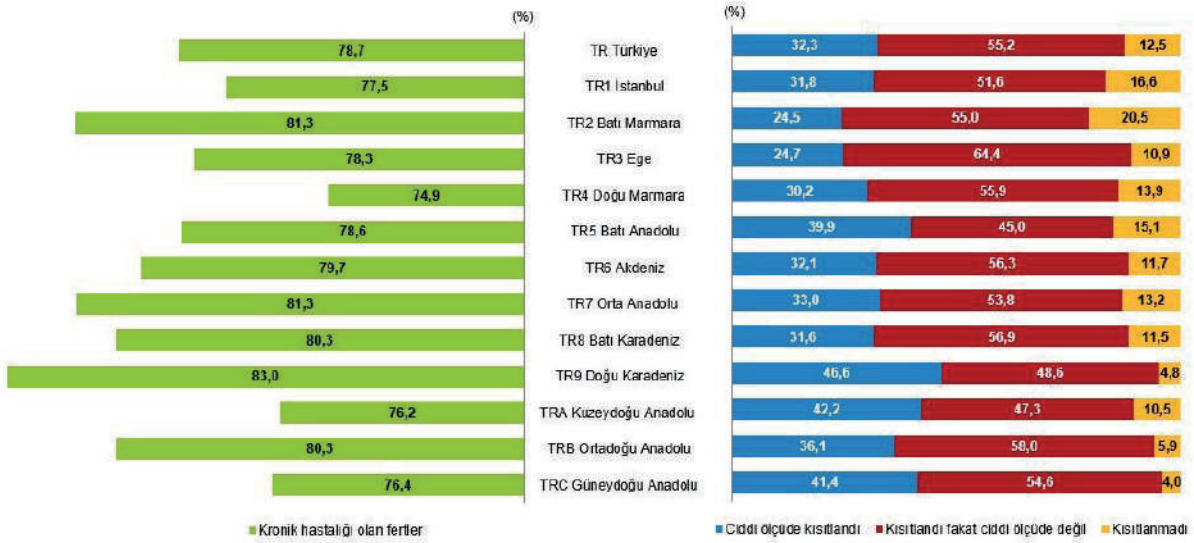
Ayrıca, ulusal engelli veri sistemi oluşturulmasına yönelik; Engelli Bireylere Kimlik Kartı Verilmesine ve Ulusal Engelli Veri Sistemi Oluşturulmasına Dair Yönetmelik (12/05/2023 tarih ve 32188 sayılı RG) yürürlüğe konmuştur.

Çocuklarda engellilikle ilgili göstergelere bakıldığında, 2-14 yaş arası engelli çocuk oranı 2019'da %8,2 iken, 2022 yılında %5,2 olarak belirlenmiştir. Çocukların en çok yürümede ve öğrenmede güçlük çektiği saptanmıştır. Engelli yetişkin yaş grubunda olduğu gibi çocuk yaş grubunda da yıllar içerisinde engelli oranının azaldığı görülmektedir. Bu durumun yetişkinlerde olduğu gibi çocuk yaş grubunda da engelli çocukların tespit edilmesi ile ilgili sorunlardan kaynaklanmaktadır.[3,4]

3. Yaşlanma ve Engellik Durumu

Yirmi birinci yüzyılda en önemli demografik değişimlerden birisi tüm dünyada olduğu gibi nüfusumuzun yaşlanmasıdır. Türkiye İstatistik Kurumu'na (TÜİK) göre 2012 yılında %7,5 olan yaşlı (65 yaş üstü) nüfus oranı 2024 yılında%10,6'a ulaşmıştır. TÜİK projeksiyonlarına göre 2030 yılında yaşlı nüfus oranının %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı tahmin edilmektedir.[10]

Yaşam beklentisinin uzaması ve yaşlı birey sayısının artışı, nörolojik hastalıklar, kalp-damar hastalıkları, diyabet ve kanser gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların giderek artması ile sonuçlanmaktadır. Gerek bulaşıcı olmayan hastalıklar gerek yaşlılık durumları bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin, fiziksel ve kognitif yeterliliklerinin, sosyal uyum ve sosyal hayata aktif



Grafik 2. İBBS 1. Düzeye göre kronik hastalığı olan kişilerin oranı ve günlük faaliyetlerinin kısıtlanma düzeyi, 2023

katılımın kısıtlanmasına ve dolayısı ile engellilik durumu yaşamalarına neden olur.

Yaşlılara yönelik etkin politikaların üretilebilmesi, mevcut durumlarının, sorun ve ihtiyaçlarının tespit edilmesi için *15 Ağustos 2023'te Türkiye Yaşlı Profili Araştırması (TYPA) çalıştayı düzenlenmiş ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB) ve TÜİK iş birliğinde ilk kez Türkiye Yaşlı Profili Araştırması* gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen ve engellilik durumu ile ilişkili bazı veriler aşağıda sunulmuştur.[7] 65 yaş üzeri bireylerde bölgelere göre kronik hastalık sıklığı ve günlük faaliyetlerde kısıtlılık durumu aşağıda verilmiştir.

Kronik hastalığı olan birey sıklığı en yüksek Doğu Karadeniz bölgesinde görülürken, en düşük Doğu Marmara bölgesinde görülmektedir. Günlük faaliyetlerin kısıtlanma düzeyine bakıldığında da benzer şekilde **ciddi düzeyde kısıtlanma durumunun kronik hastalık sıklığının yüksek olduğu Doğu Karadeniz bölgesinden bildirildiği** görülmüştür. Batı Marmara bölgesinde kronik hastalık sıklığı yüksek olmasına karşın, günlük faaliyetlerde kısıtlanma durumu en düşük düzeyde bildirilmiştir. Bu durum kronik hastalık yönetiminin bu bölgede diğer bölgelere daha iyi olmasından kaynaklanmış olabileceği gibi kronik hastalık türü veya sayısı gibi diğer faktörlere de bağlı olabilir.

Türkiye Yaşlı Profili Araştırması sonuçları yaşlı bireylerin günlük öz bakım aktivitelerini yerine getirememe düzeyleri ile engellilik durumları hakkında önemli bilgiler sağlamaktadır. Buna göre yaşlıların öz bakım yetersizliklerinin %13,4 ile %22,1 arasında değiştiği, kadınlarda bu oranın daha yüksek olduğu; engellilik türü bakımından en çok merdiven inip çıkmada sorun yaşandığı (%34,4), yine %27,4'ünde yürüyememe sorunu olduğu tespit edilmiştir. Öz bakım becerilerinden, banyo yapma/duş alma becerisi en yüksek oranda yerine getirilemeyen beceridir.[7,11]

Aynı çalışmada, 50 yaş ve üzeri grupta engellilik durumu nedeniyle sağlık kurulu raporu alan bireyler ile engelli rapor türlerinin yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı verilmiştir.

50 yaş ve üzeri bireylerde engelli sağlık kurulu raporu olan kişiler %7,6'dır. Raporların %73,4'ü kronik hastalık nedenli verilmiştir. Bunu sırasıyla ortopedik, görme, işitme nedenli sorunlar takip etmektedir. Ülkemizde engellilik durumu ve özbakım yetersizlikleri kadınlarda daha yüksek olmasına karşın, engelli sağlık kurulu raporu alma oranı erkeklerde daha yüksektir. Bu durum sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu bakımından toplumsal cinsiyet eşitsizliğini destekler bir bulgudur. Evde bakım desteğine ihtiyaç ve bu desteğin sağlanması durumuna ilişkin veriler **Tablo 6**'da verilmiştir.

50 yaş ve üzeri grupta evde bakım desteğine ihtiyaç gereksinimi %9,9 iken, son 12 ay içinde bakım aldığını belirtenler %1,3'tür. Yaş ile birlikte gereksinim artmakta olup, kadınlarda gereksinim daha fazladır. Bulgular, **bakım gereksiniminin yaklaşık onda birinin karşılandığını göstermektedir. 75 yaş ve üzeri bireylerde bile gereksinimin yaklaşık beşte birinin (%18,9'u) karşılanabildiğini göstermektedir.**[7]

Yaşlılarda yaşam tercihinin ortaya konduğu, 2021 yılında gerçekleştirilen Türkiye Aile Yapısı Araştırma-

Tablo 4. 65 yaş ve üzeri bireylerin cinsiyete göre özbakım aktivitelerini yerine getirememe ile engellilik durumları

	Kadın	Erkek	Toplam
Özbakım aktivitelerini yerine getirememe durumu (%)			
Kendi kendine beslenme	16,3	9,7	13,4
Yatağa girme/kalkma yada sandalyeye oturma/kalkma	25,9	14,0	20,6
Giyinme ve elbiselerini çıkarma	24,3	13,7	19,6
Tuvalet kullanımı	23,2	12,9	18,7
Banyo yapma/duş alma	28,0	14,5	22,1
Engellilik türü (%)			
Görme sorunu olanlar	20,9	14,5	18,1
İşitme sorunu olanlar	19,7	18,6	19,2
Yürüyemeyenler	35,5	17,0	27,4
Merdiven inip çıkamayanlar	44,0	22,2	34,4
Yaşıtlarına göre öğrenmede ve hatırlamada zorluk çekenler	26,9	16,5	22,3

Tablo 5. Yaş grubu, cinsiyet ve engel türüne göre engelli sağlık kurulu raporu olan kişiler, 2023

Yaş grubu	Cinsiyet	ESKR* olanlar	Görme	İşitme	Dil/ Konuşma	Ortopedik	Zihinsel	Ruhsal /duygusal	Kronik hastalıklar
50-64	Erkek	8,0	11,3	10,0	6,3	36,8	9,6	7,9	67,3
	Kadın	5,8	15,2	9,4	5,5	35,3	7,3	6,0	74,1
	Toplam	6,9	12,9	9,8	5,9	36,1	8,6	7,1	70,1
65-74	Erkek	7,6	24,0	12,2	7,8	36,3	5,3	7,4	76,0
	Kadın	7,0	15,6	5,7	6,5	43,4	9,5	5,5	79,8
	Toplam	7,3	19,7	8,9	7,1	39,9	7,5	6,4	78,0
75+	Erkek	11,2	28,0	21,2	11,5	54,2	14,4	9,3	76,4
	Kadın	11,3	26,1	23,3	14,6	61,9	18,1	8,6	77,6
	Toplam	11,3	26,9	22,5	13,4	58,8	16,7	8,8	77,1
Toplam	Erkek	8,3	16,7	12,3	7,5	39,4	9,4	8,0	70,6
	Kadın	7,0	18,1	12,0	8,1	44,2	10,6	6,5	76,4
	Toplam	7,6	17,4	12,1	7,7	41,7	10,0	7,3	73,4

*Engelli Sağlık Kurulu Raporu

Tablo 6. Yaş grubu ve cinsiyete göre evde bakım desteğine ihtiyaç duyan kişiler, 2023

Yaş grubu		Evde bakım desteğine ihtiyacı var	Son 12 ayda evde bakım desteği almış
50-64	Erkek	4,9	0,4
	Kadın	6,8	0,5
	Toplam	5,9	0,5
65-74	Erkek	7,9	0,7
	Kadın	12,9	1,4
	Toplam	10,5	1,1
75+	Erkek	21,5	4,1
	Kadın	30,4	5,8
	Toplam	26,9	5,1
Toplam	Erkek	7,6	0,9
	Kadın	12,0	1,6
	Toplam	9,9	1,3

sında[12], 65 yaş ve üzeri bireylerin kendine bakamayacak kadar yaşlandıklarındaki yaşam tercihini, oğlunun yanında kalma %34, evinde bakım hizmeti alma %31,6, kızının yanında kalma %12 belirtilmişken, huzurevi/bakımevine gitme %10,3 olarak belirtilmiştir. **Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe durumunda bile kendi sosyal ortamlarından ayrılmama yönünde istekleri olduğu** görülmektedir. Bu durumda yaşlıların evde bakım desteği ihtiyacının karşılanması daha da önem kazanmaktadır.

Yaşlıların korunması, desteklenmesi ve sosyal bakım ihtiyaçlarının yaşadıkları ortamlarda sağlanabilmesi için ASPB tarafından Yaşlı Destek Programı (YADES) yürütülmektedir. 2024 yılına dek, YADES kapsamında 42 belediyede 74 farklı proje ile 87.797 hanede 128.491 yaşlı bireye ulaşılmıştır. Bu kapsamda sunulan hizmetlerden bazıları, evde bakım ve destek hizmetleri, gündüz bakım, psiko-sosyal destek hizmetleri, danışmanlık hizmetleridir.[13] Bu program kapsamında sunulan destek hizmetleri projeler çerçevesinde gerçekleştirildiğinden her belediyelerin sunduğu hizmet farklılık gösterebilmekte, kurumlar arası eşgüdüm sağlanamaya bilmektedir.

4. Engelli Bireylere Sunulan Sağlık Hizmetleri

Sağlık, bir insan hakkıdır ve yaşam hakkı ile doğrudan ilgilidir. Engelli bireylerin sağlık hakkına/sağlık hizmetlerine erişimlerinde, fiziksel, ekonomik, bilgi ve yardımcı teknolojilere erişilebilirlik son derece önemlidir. Engellilere, gereksinim duyduğu sağlık hizmetlerinin sağlanmasının yanı sıra, yeti kayıplarının hiç oluşmaması, en az düzeye indirilmesi yada artmasının önlenmesi kapsamındaki hizmetler de sağlanmalıdır. Söz konusu haklar Birleşmiş Milletler (BM) Engellilerin Haklarına ilişkin Sözleşmede yer almaktadır.[14]

4.1.Erken Tanı ve Erken Müdahale

Sağlık Bakanlığı tarafından yenidoğan döneminden itibaren uygulanan çeşitli taramalar ile ileride oluşabilecek engellilik durumlarının önüne geçilmesi sağlanmaktadır. Çocukluk döneminde altı hastalık (fenilketonüri, konjenital hipotiroidi, kistik fibrozis, biyotidinaz eksikliği, konjenital adrenal hiperplazi, SMA) için tarama yapılmaktadır. Bu taramalardan *Konjenital Adrenal Hiperplazisi ile Spinal Müsküler Atrofi (SMA) taramaları 2022 yılında tarama programına eklenerek,* ülke genelinde uygulanmaya başlanmıştır. Bunun dışında, yenidoğan döneminde, okul çağındaki çocuklarda işitme ve görme tarama programları ile Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Tarama Programları yürütülmektedir. Tarama programları ile sağlık sorunlarının erken dönemde tespit edilerek, tedaviye başlanılması ve böylece hastalık gelişiminin, ilerlemesinin yada kalıcı hasar durumlarının önüne geçilmesi amaçlanmaktadır.[15]

Engelli çocuk doğumlarının önlenmesi için, gebelik öncesi ve gebelik döneminde gerekli tedbirlerin alınması Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda yer almakla birlikte, genetik danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması konusunda çabalar yıllar içerisinde artmıştır. Kalıtsal hastalıklara yönelik uygulamalar çerçevesinde *evlilik öncesi Spinal Müsküler Atrofi (SMA) tarama testi yapılmasına 2021 yılı sonu itibariyle başlanmıştır*.

Ayrıca *11 Ağustos 2021 tarihli ve 31565 sayılı Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) değişikliği ile; kalıtsal bir hastalığı olan veya bu hastalık için taşıyıcı olduğu bilinen evli çiftin sağlam çocuk sahibi olmasına yönelik Preimplantasyon Genetik Tanı (PGT) ile birlikte Tüp Bebek Tedavisi* geri ödeme kapsamına alınmıştır. Söz konusu kalıtsal hastalıklar listesi, SUT eklerinde verilmiştir.[16]

Erken tanı programlarının yaygınlaştırılması ve erken müdahale programlarının oluşturulması ile ilgili hedefler *2030 Engelsiz Vizyon Belgesinde*, planlanan eylemler *Engelli Hakları Eylem Planında (2023-2025)* belirtilmiştir[17,18] Ayrıca Sağlık Bakanlığı 12. Kalkınma Planında bu programlarının yaygınlaştırılması, ***gelişim riski taşıyan, engelli ya da üstün yetenekli çocuklar için aile temelli bir ulusal erken müdahale programının geliştirilmesi, ihtiyaç duyulan tıbbi malzemelere erişimlerinin kolaylaştırılmasına yönelik çalışmaların*** yürütülmesinin hedeflendiği belirtilmiştir.[19]

Belirtilen olumlu hedef ve planlamalara karşın, COVID-19 pandemi döneminden itibaren artan aşı kararsızlığı ve karşıtlığı düşüncelerinin etkisi ile çocukluk çağı tarama programlarını red eden aile sayılarında artış olduğu belirtilmektedir (20) Bazı alınan hukuki kararlar da bu durumu ne yazık ki destekler niteliktedir (Örneğin 20 Ağustos 2024'te Kars Aile Mahkemesinin ailenin topuk kanı taramasını red talebinin uygun görülmesi gibi).

Tarama programlarının reddi gibi benzer şekilde aşılama oranlarında da düşüş dikkat çekici boyutlardadır. Türk Tabipler Birliği'nin (TTB) Sağlık Bakanlığı verilerinden yaptığı hesaplamalara göre Türkiye'de çocuklarına aşı yaptırmayan ailelerin sayısı 2014'te 1370 iken, 2016'da bu sayı 11 bini, 2017'de de 23 bini geçerek 2024 yılı itibarıyla 100 bine yaklaştığı belirtilmiştir.[21]

Gerek tarama programları gerek aşılama uygulamaları ileride gelişebilecek kalıcı sekellerin önlenmesi bakımından son derece önemlidir.

Down Sendromu, Otizm ve Diğer Gelişim Bozukluklarının Yaygınlığının Tespiti ile İlgili Bireylerin ve Ailelerinin Sorunlarına yönelik Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporuna göre; özel gereksinimli bireylerin ***erken tanı ve müdahale sürecinde temel sorunların*** *farkındalık konusundaki eksiklikler, birinci basamakta erken tanının yetersizliği, sağlık kuruluşlarına geç başvuru, alan uzmanlarının sayıca yetersizliği, erken müdahale sağlayabilecek merkezlerin yetersizliği ve transdisipliner ekiplerin olmaması gibi sorunlar* olduğu belirtilmiştir. Aynı raporda *riskli gebelik, erken doğum ve yoğun bakım öyküsü olan ve gelişimsel risk taşıması muhtemel çocuklar için erken tanıya, gelişimin izlenmesi ve desteklenmesine yönelik mevcut bebek/çocuk izlemlerinin yeterli olmadığı* dile getirilmiştir. Hastanelerde transdisipliner sağlık ekibinin bir arada yer aldığı ve gelişim takibinin yapıldığı ***"Erken Tanı ve Müdahale Merkezleri"nin*** kurulması gerekliliği vurgulanmıştır.[22.]

Bu konu ile ilişkili olarak, ASHB tarafından, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) desteği ile 18-20 Şubat 2020 tarihleri arasında "*Aile Temelli Ulusal Erken Müdahale Programı Geliştirilmesi Çalıştayı*" yapılmış, *Ulusal Aile Temelli Erken Müdahale Eylem Planı* oluşturulması kararı alınmıştır. Aradan beş yıl gibi bir süre geçmesine rağmen eylem planı yürürlüğe girmemiştir.

Yetişkinlerde erken tanı ve müdahale için yarar sağlayacak olan *Hastalık Yönetimi Platformu (HYP)* geliştirilmiştir. HYP'de kronik hastalıkların erken teşhisi, tedavisi, hastalıkların semptom ve bulgularının kontrol altına alınması, komplikasyonların izlemi ile bireylerin fonksiyon kayıpları yaşamalarının ve engelli hale gelmelerinin önüne geçilmesi sağlanmaktadır. Aile sağlığı merkezleri ve sağlıklı hayat merkezleri tarafından *1 Temmuz 2021'den itibaren* kullanılma açılmıştır. Bu uygulama ile hastaya özel tedavi planı önerileri ile entegre bakım destekleri planlanabilmektedir.[11]

4.2.Sağlık Hizmet Sunumu İle İlgili Düzenlemeler

Türkiye'de engelli bireylere özel gereksinimlerinden dolayı pozitif tedbirlerin uygulandığı bazı sağlık düzenlemeleri bulunmaktadır. Bunlar, engelli ve yaşlı bireylere poliklinik hizmetlerinde öncelik sağlanması, merkezi hekim randevu sistemi (MHRS)'de öncelikli hastalar uygulaması ile randevu önceliği, sağlık kuruluşlarında ihtiyaç halinde refakatçi personel (hostes hizmeti) temin edilmesi, işitme engelli hastalarla iletişimi sağlamak üzere işaret dili bilen personel istihdam edilmesi, ev ile sağlık kurumu arasındaki nakillerin engelli bireylere uygun hasta nakil araçları ile sağlanması, işitme engelli bireylerin acil durumlarda sağlık hizmetlerine ulaşımını sağlamak amacıyla Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) hizmetinin sunulması, telefon veya tabletlere indirilebilen Engelsiz 112 uygulaması vb.dir 23 ***Poliklinik hizmetlerinde öncelik sırasına yönelik*** genelgelerde güncelleme yapılmış olup, *04.12.2024 tarihli ve 261484456 sayılı, 2024/11 numaralı "Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası" hakkında Genelge yürürlüğe konulmuştur.* Buna göre engellilerin, acil vakalardan sonra ikinci sırada öncelik hakkında sahip olduğu belirtilmiştir.[24]

BM Engellilerin Haklarına ilişkin sözleşmenin kabulünden bu yana ülkemizde pek çok olumlu düzenleme gerçekleşmesine karşın yapılan çalışmalar sağlık hizmetlerine erişimde sorunların devam ettiğini göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'in 2010 tarihli "Özürlülerin Sorunları ve Beklentileri Araştırmasında" sağlık kurumlarına ulaşımda sorun yaşama %45,6, sağlık personeli ile iletişim sorunları %53,3, hastane işlerini takipte başka bir kişiye ihtiyaç duyma durumu %69,8 olarak bildirilmiştir.[25] BM Kadın Birimi (UNwomen) tarafından 2023 yılında yürütülen "Türkiye'de engelli kadınların durumu, ihtiyaçları ve öncelikleri, hak temelli bir araştırma" (N=898) bulguları da benzer şekilde engelli kadınların sağlık hizmetlerine erişiminde; erişilebilirlik %47,2; sağlık personelin önyargılı tutumları %14,7 ve yardımcı bir kişi desteğine ihtiyaç duyma %31,4 konularında zorluk yaşadıklarını ortaya koymuştur. Ayrıca her üç kişiden biri ihtiyaç duymasına karşın sağlık hizmetlerinden yararlanamadığı tespit edilmiştir. **Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimleri konusunda sorunlar devam etmektedir.**[26]

Bu minvalde Sağlık Bakanlığı 12. Kalkınma Planında "*yaşlı, engelli ve özel gereksinimi olan bireylerin uygun sağlık hizmetine kolay erişimini sağlamak*", hedefi belirlenmiştir.[19]

4.3.Engelli Sağlık Kurulu Raporlaması

Engelli bireylerin çeşitli hak ve hizmetlerden yararlanabilmesi için engellilik durumlarının ve derecelerinin sağlık kurulu raporları çerçevesinde belirlenmesi gerekmektedir. En son uygulamaya konan yönetmelik, 18 yaş ve üzeri yetişkinler ile çocukların raporlama biçimini değiştirmiş, engelli derecelendirmelerinde farklı bir yaklaşım ortaya koymuştur. Çocuklarda, "Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu (ÇÖZGER) Yönetmeliği" ve yetişkinlerde "Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik (ESKR) Yönetmeliği" 20/02/2019 tarih ve 30692 Sayılı RG ile yürürlüğe girmiştir.[27,28]

Gerek çocuklar gerek yetişkinler için yapılan bu değişiklik, yönetmelik öncesi yapılan derecelendirmeden farklılaşması nedeniyle bazı engelliler için hak kayıplarının yaşanmasına neden olmuştur (örneğin daha önce ağır engelli raporu olan bireylerin kısmi bağımlı raporu alması nedeniyle hak kayıplarına uğraması gibi). Hekimlerin raporlama konusundaki yeterince bilgi sahibi olmamaları da (işaretlenmeyen bölümler, değerlendirmenin doğru yapılmaması gibi), engellilerin ihtiyaç duydukları bazı hizmetlerden mahrum kalması ile sonuçlanmıştır.[29] Hekimlerin konu ile ilgili yetkin ve yeterli olmaları hak kayıpları yaşanmaması adına önemlidir.

BM Engelli Hakları Komitesi 2019 gözlem raporu değerlendirmelerinde de, sağlık kurulu raporlarında tıbbi değerlendirme çerçevesinde (sadece hekim değerlendirmesine göre) raporlama yapıldığı, mevzuat değişikliklerinde engelli bireyleri temsil eden kuruluşlar ile yeterli istişare ortamı oluşturulmadığı, sağlık kurumlarının engelli bireyler için yeterince erişilebilir, elverişli ve uygun maliyetli olmadığı (özellikle özel tedavi, fizik tedavi, muayene ekipmanı ve bilgiye erişimin yetersiz olduğu), toplum temelli sağlık hizmetlerini izleme mekanizmalarının olmadığı, engelli bireylerin bağımsız yaşama haklarından yeterince yararlanamadıkları tespit edilmiş ve bunların düzeltilmesi yönünde tavsiyeler sunulmuştur.[30.]

Bu tespitler doğrultusunda *2030 Engelsiz Vizyon* Belgesinde, sağlık kuruluşları (hastaneler, aile hekimlikleri, diş sağlığı merkezleri, ruh sağlığı merkezleri gibi) ve sağlık hizmetlerinin engellilerin engel durumuna bağlı olarak, fiziksel erişim, uygun araç-gereç, donanım, ilaç, tıbbi malzeme ve cihazlar ile erişilebilir bilgi ve iletişim gibi ihtiyaçlarını karşılayacak hale getirilmesinin hedef olarak belirlendiği görülmektedir.[17] *Engelli Hakları Ulusal Eylem Planında (2023-2025)* da buna yönelik eylemler tanımlanmıştır.[18]

Sağlık Bakanlığı 12. Kalkınma Planı (2024-2028) Engelli Hizmetlerinin Geliştirilmesi Çalışma Grubu Raporunda da, ***engelli bireylerin bağımlılık düzeyinin her engelli birey özelinde bilimsel kriterlerle belirlenmesi gerektiği***, gereksinim duyulan bakım, rehabilitasyon, ekonomik ve sosyal desteklerin buna göre şekillendirilmesinin önemli olduğu belirtilmiştir. Bunun için multidisipliner yöntemlere ihtiyaç olduğuna vurgu yapılmıştır. Ayrıca sağlık kurulu raporlarında sadece tıbbi değerlendirmenin göz önüne alındığı, sosyal boyutun değerlendirilmediği belirtilmiştir [19.] Rapor süreçlerinin uzun sürmesi ve yorucu olması da engelli birey ve ailelerinin önemli sorunlarından biri olarak tanımlanmaktadır.[29]

Sağlık kurulu raporları ile ilgili 2020 sonrasında yapılan düzenlemelerden biri, yatağa bağımlı hastalar için görüntülü görüşme yolu ile ***evde sağlık kurulu raporu düzenlemesi*** uygulaması olup, pilot illerde uygulanmıştır (*23.11.2022 tarihli ve 2608 sayılı "Eve ya da Yatağa Bağımlı Hastaya Sağlık Kurul Raporu Düzenlenmesi")*. Ancak tüm ülke çapında yaygınlaşmamıştır.

Ayrıca engelli bireyleri ilgilendiren konularda yapılacak düzenlemelerde engelli bireylerin katılımını sağlamak adına, *engelli hakları izleme değerlendirme kuruluna, engellilik konusunda ulusal düzeyde temsil gücü yüksek iki konfederasyonun birer temsilcisinin katılması ile ilgili değişiklik 2021/23 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesi (3/12/2021 tarih ve 31678 sayılı RG)* ile yürürlüğe konmuştur.[31]

4.4.Rehabilitasyon ve Habilitasyon Hizmetleri

Türkiye'de engelli hizmetlerinin koordinasyonundan sorumlu kurum Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB) Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (EYHGM) olmakla birlikte, Sağlık Bakanlığı (SB), Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) ile yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarının (dernekler, federasyonlar, konfederasyonlar) da önemli rolü bulunmaktadır. Engelli ve yaşlı bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını tıbbi hizmetler ile rehabilitasyon-habilitasyon hizmetleri oluşturmaktadır.

Rehabilitasyon, engelli ve yaşlı bireyin işlev kaybının önlenmesi, işlev kaybı hızının yavaşlatılması, işlev iyileştirilmesi veya geri kazandırılması, işlev kaybının telafi edilmesi ve mevcut fonksiyonun korunması gibi etkiler sağlar. Rehabilitasyon ve habilitasyon hizmetleri farklı disiplinlerden oluşan bir ekip tarafından verilir. Rehabilitasyon hastalık, yaralanma veya engellilik sonucu kaybedilen veya zarar gören becerilerin, yeteneklerin veya bilginin yeniden kazanılması iken, habilitasyon, engelli bireylerin henüz edinmediği günlük yaşam becerilerini ve işlevlerini edinmelerine, korumalarına veya geliştirmelerine yardımcı olmayı amaçlar.[32]

Rehabilitasyon ve habilitasyon hizmetleri yetişkin için Sağlık Bakanlığı bünyesindeki sağlık birimlerinde ve sınırlı sayıda belediye ünitelerinde, çocuk ve gençlere sunulan hizmetler Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık birimleri ile Milli Eğitim Bakanlığı (MEB)'na bağlı özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde sağlanabilmektedir. Bu durum sunulan hizmetlerin farklı mevzuatlara tabi olmasına neden olmakta, kurumların eşgüdümlü çalışmalarını olumsuz etkileyebilmektedir. **Her engellinin ihtiyaçları farklılık gösterebileceğinden, bireyin durumunun kapsamlı ve disiplinler arası bir yaklaşımla değerlendirilmesi, hizmet sunumunun**

da koordineli bir şekilde yürütülmesi önem arz etmektedir.[29]

Mevcut durumda, görme, işitme-konuşma ve zihinsel engelli bireylerde rehabilitasyon ve habilitasyon hizmetlerinin ağırlıklı olarak eğitim alanı çerçevesinde yürütüldüğü görülmektedir. Bu hizmetler MEB tarafından özel eğitim kurumları yönetmeliği çerçevesinde özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde yürütülmektedir. Ortopedik engel durumlarında ve ruhsal hastalıklarda ise sağlık sektörünün sağladığı rehabilitasyon hizmetleri ön plandadır. Fizik tedavi ve rehabilitasyon hastaneleri, ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri ile toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM) hizmet sağlayan sağlık tesisleridir.[29] Sağlık Bakanlığı 2023 Sağlık İstatistik Yıllığına göre, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi sayısı 18, Psikiyatri Hastanesi 10, Spastik Çocuklar Hastanesi ve Rehabilite Merkezi 1, Ortopedi Travmatoloji Hastanesi 1 olarak belirtilmiştir.[33] Ayrıca 79 ilde 163 TRSM mevcuttur. Rehabilitasyon hizmetleri sunan kamu sağlık kurumu sayıları oldukça azdır. Sağlık insan gücü açısından bakıldığında da sağlık profesyoneli sayılarının yeterli olmadığı veya yeterli istihdam sağlanmadığı görülmektedir. Özellikle kamu kurumlarında görevlendirilen profesyonel sayısı oldukça azdır. Toplumsal Haklar ve Araştırmalar Derneği (TOHAD) raporunda; özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinin sayısı ile çalışan profesyonel sayısının az olduğu ve nitelik açısından çeşitlilik göstermediğine (ergoterapist, dil terapisti gibi farklı uzmanlar) dikkat çekilmiştir.[29.] Yine Sağlık Bakanlığı 12. Kalkınma Planında da, ***bakım ve sağlık hizmeti verecek nitelikli personel yetersizliği*** olduğu belirtilmiştir.

Yıllar içinde engelli bireylere yönelik özelleşmiş uzman personel sayılarında artış olmakla birlikte yeterli olmadığı açıktır. Aşağıda yıllar içerisinde konu ile ilgili uzman sayılarındaki değişim verilmiştir.

Yaşlı ve engelli birey sayısındaki artışla birlikte yaşlı sağlığı alanında hizmet sunumuna katılan personel sayısı güçlendirilmelidir. *Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı'nın (2023-2025) yaşlı bireyler için sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi hedefi çerçevesinde disiplinler arası bir yaklaşımla sağlık insan gücü eksikliklerinin giderilmesi* (geriatri alanında uzman sayısının artırılması ve mecburi hizmet gerekliliğinin yerine getirilmesinde huzurevleri rehabilitasyon merkezleri gibi kurumlara görevlendirmeler yapılabileceği) *eylemleri tanımlanmıştır*. 2023 yılı itibarıyla ülkemizde (Ankara'da 10, Antalya'da 2, Erzurum'da 2, Gaziantep'te 2, Isparta'da 2, İstanbul'da 14, İzmir'de 2, Kayseri'de 2 ve Konya'da 2) toplam 38 Geriatri Bilim Dalı veya Geriatri Kliniği mevcuttur.[11]

Rehabilitasyon ve habilitasyon hizmetlerinden yararlanma düzeyine ilişkin kapsayıcı veriye ulaşılamamakla birlikte, 2023 BM Kadın Biriminin engelli kadınlarla ilgili gerçekleştirdikleri çalışmada, kadınların %41,2'sinin engellilikle ilgili yardımcı cihazlara erişim konusunda zorluk yaşadıklarını (en çok zihinsel engelli bireyler ile psikososyal engelli bireyler olmak üzere) ifade etmektedir. Her zaman yardımcı birine destek ihtiyacı olan engellilerin, yardımcı cihazlara erişim konusunda en çok zorlanan bireyler olduğu da tespit edilmiştir.[26]

4.5.Evde Sağlık Hizmetleridir (ESH)

Evde sağlık hizmeti (ESH), Sağlık Bakanlığı tarafından *2023 yılında yayımlanan "Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelikde*; "Tanısı konulmuş hastalıklar sebebiyle yatağa, cihaza veya eve bağımlı bireylere yaşamını sürdürdüğü mekânda yapılması mümkün olan tıbbi hizmet" olarak tanımlanmıştır[34] Bir önceki yönetmelikte (2015 tarih ve …sayılı) yer alan "… sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde …"[35] ibaresinin, 2023 yılında yürürlüğe giren yönetmelik metninden çıkartıldığı görülmektedir. Bu tanımdan da anlaşılacağı üzerine evde verilen hizmetlerin sağlık hizmeti odaklı verilmesi öngörülmüştür.

Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesisleri bünyesinde kurulan Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri (YAŞAM), ESH kapsamında sunulan hizmetler olarak değerlendirilmektedir. 80 yaş ve üstü yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak, evinde ve yerinde tıbbi bakım ihtiyaçlarını desteklemek, tıbbi izlem yapmak,

Tablo 7. 2020-2023 Yılları Arasında Engelli Bireylere Yönelik Özelleşmiş Uzman Sayısındaki Değişim

	2020-2021	2021-2022	2022-2023
Dil-konuşma terapisti	548	601	653
Ergoterapist	855	931	1006
Fizyoterapist	25098	27205	29285
Fizyoterapist teknikerliği	8914	9826	10728
Odyolog/odyometri teknikerliği	1582	1785	1986

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi

gerektiğinde uzaktan sağlık hizmeti, muayene ve danışmanlık hizmeti vermek gibi hizmetler, bu kapsamdadır. Ayrıca *YAŞAM birimleri ile ilgili 30.03.2023 tarihli ve 2023/5 nolu Genelgede* yaşlı bakım teknikerlerinin yaşlılara yemek yeme, diş fırçalama gibi günlük yaşam aktivitelerine destek olacağı, manevi destek personelinin moral ve motivasyon açısından destekleme görevleri olduğu tanımlanmıştır. Evde sağlık birimlerinin bazı hizmetlerinin, YAŞAM birimlerine aktarıldığı söylenebilir. Ancak gerek yaş sınırlaması olması gerek sayıca yeterli olmaması nedeniyle yeterli sosyal ve psikolojik hizmetin ihtiyaç duyan kişilere sağlayamadığı söylenebilir [36] 2025 itibariyle 54 ilde 180 sağlık tesisinde YAŞAM hizmeti sunulmaktadır. Bunun dışında birinci basamak sağlık hizmetlerini desteklemek amacıyla oluşturulan Sağlıklı Hayat Merkezlerinde (SHM), psiko-sosyal destek danışmanlığı, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve yaşlı sağlığı hizmetleri, fizik aktivite danışmanlığı gibi hizmetler için hekim dışı farklı disiplinlerin görev alması ile (fizyoterapist, psikolog, çocuk gelişimci, sosyal çalışmacı) ile gerçekleştirilmektedir.

4.6.Evde Bakım Hizmetleri

Ülkemizde evde bakımın tanımı ve kapsamı ile ilgili kavram karışıklığı henüz giderilememiştir. Evde bakım; sağlık problemi, kronik ya da terminal hastalığı veya sakatlığı olan bireylere ev ortamında sunulan kısa veya uzun dönemli geniş kapsamlı sağlık ve sosyal hizmetler bütünüdür. İlk yasal doküman, 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik" olup[35], hem sağlık hem bakım hizmetlerinin bir arada sunulacağı belirtilmiştir.

Ülkemizde bakım ihtiyacı ASHB bünyesindeki hizmetlerce yürütülmektedir. Bakım ihtiyacı olan engelli bireyler, evde (ailesi yanında-aile odaklı bakım hizmeti modeli) bakım ya da ASHB'ye bağlı olarak faaliyet gösteren resmi/özel kurumsal bakım hizmetlerinden

Tablo 8. 2020-2024 yılları arasında engelli bakım kuruluş sayıları ile yararlanıcı sayısının değişimi

Engelli bakım kuruluş sayıları	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
Engelli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	104	104	107	106	106
Özel Engelli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	286	294	305	312	322
Engelli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi** (Gündüzlü)	125	129	134	137	137
Umutevi	152	144	149	149	145
Engelli bakılan kişi sayıları	2020	2021	2022	2023	2024
Engelli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	7918	7211	7387	7003	7076
Özel Engelli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	21455	25346	26766	28876	30453
Engelli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Gündüzlü)	768	1233	1622	1703	1929
Umutevi	862	654	654	654	594
Evde bakım yardımı alan kişi sayısı*	535805	530812	560693	56060	-
Yaşlı bakımı kuruluş sayıları	2020	2021	2022	2023	2024
Huzurevi	158	165	169	168	169
Özel Huzurevi	261	263	266	267	272
Yaşlı Yaşamevi	25	8	5	6	4
Gündüzlü Bakım ve Yaşlı Yaşam Merkezi	31	32	38	36	41
Diğer Huzurevi (Diğer bakanlıklar ve yerel yönetimlere bağlı)	23	21	21	22	19
Bakılan kişi sayısı	2020	2021	2022	2023	2024
Huzurevi	12.105	12.686	14.115	14.644	14.701
Özel Huzurevi	10.744	11.558	12.580	13.266	13.310
Yaşlı Yaşamevi	90	25	15	32	14
Gündüzlü Bakım ve Yaşlı Yaşam Merkezi	382	532	538	765	740
Diğer Huzurevi (Diğer bakanlıklar ve yerel yönetimlere bağlı)	2.399	1.731	1.822	1.947	1.903

*Ağır engelli/tam bağımlı olduğu sağlık kurulu raporuyla belgelendirilen, hanede kişi başına düşen geliri net asgari ücret tutarının 2/3'ünden daha az olan ekonomik yoksunluk içerisinde bulunan engelli bireylere verilen yardım

**9 kişilik, müstakil, tek katlı, bahçeli evlerde sunulan ve bireysel ve grup çalışma odaları, iş uğraşı odaları, fizik tedavi salonu gibi birimleri olup, sosyal, sportif, kültürel faaliyetler sunan bakım hizmeti birimi

yararlandırılmaktadır. Engelli bireylerin ailesi yanında evde bakımına öncelik verilmekle birlikte, ailesi yanında bakımı mümkün bulunmayan engelli bireyler için kurumsal bakım ve kurumsal bakım bünyesinde uygulanan alternatif modeller uygulanmaktadır.[13, 19]

Engelli bireylerin ailelerinin yanında, sosyal çevrelerinden ayrılmadan bakımını sağlamak için gündüzlü bakım ve rehabilitasyon uygulamaları, umut evleri modeli, geçici misafir bakım hizmeti uygulaması, evde bakım yardımı uygulaması gibi uygulamalar, engelli bireylerin uzun dönemli yatılı bakım gereksinimlerinin azaltmasını sağlamaktadır. Toplum temelli yürütülen bu hizmetlerle ilgili 2020-2024 yıllarını kapsayan kurumsal kapasite ile ilgili değişim aşağıda verilmiştir.[37]

2020-2024 yılları arasında engellilere yönelik bakım merkezleri açısından dikkat çeken unsur ASPB' a bağlı kuruluş sayılarında çok fazla bir değişiklik olmamasına karşın, özel bakım merkezi kuruluş sayısında ve bakılan kişi sayısındaki artıştır.

Öte yandan, gerek engelliler gerek yaşlılar için gündüzlü bakım merkezleri sayısında da artış yaşanmıştır. Bu durum aile odaklı bakım modelini destekler niteliktedir. Ancak **giderek artan yaşlı ve engelli nüfus düşünüldüğünde gerek toplum temelli gerek kurumsal bakım temelli kuruluş sayıları ve yararlanan kişi sayısı oldukça sınırlıdır.** Ayrıca kurumsal bakımda Sağlık Bakanlığı ve ASHB koordinasyonu önemlidir. Nitekim rutin ve acil sağlık hizmetini karşılayacak şekilde gerekli düzenlemelere (ödemeler ve kapsayıcılık) ihtiyaç olduğu belirtilmektedir.[38]

2020 sonrası bu konuda yapılan düzenlemeler; *engelli ve yaşlı bireylere yönelik gündüz hizmet merkezi rehberlerinin hazırlanması, Yaşlı Bireylere Yönelik Gündüzlü Bakım ve Aktif Yaşam Merkezi yönetmelik taslağının hazırlanması, ASPB ve Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) iş birliğinde aktif yaşam merkezi yönetmeliği üzerine, odak grup toplantısının* gerçekleştirilmesidir.

BM Engelli Hakları Komitesi kurum bakımı yerine engelli bireylerin bağımsız yaşamalarını destekleyen, istedikleri yerde, istedikleri kişi ile yaşama hakkı tanıyan düzenlemeler gerektiğini belirtse de, ülkemizde bu düzenlemelerin yeterli düzeyde olmaması nedeniyle gerek toplum temelli bakım gerek kurumsal bakım hizmetleri güçlendirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.[14] **Toplum temelli bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında ASPB yanı sıra belediyeler ve sivil toplum kuruluşlarının da bu kapsamda sunduğu hizmetleri nitelikli biçimde yürütmesi ve yaygınlaştırması gerektiği belirtilmektedir.**[19]

Sağlık Bakanlığı 12. Kalkınma Planında da bu yaklaşımla, *engellilere ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetlerin niteliğinin ve niceliğinin artırılmasına yönelik evde bakım yardımı, gündüz bakım hizmetleri, umut evleri, yaşlı yaşam evleri gibi hizmetlerin geliştirileceği ve yaygınlaştırılacağı* belirtilmektedir [3.] Ayrıca "*bireylerin bakım ve rehabilitasyon hizmetlerine ilişkin yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları (STK'lar) da dahil olmak üzere ilgili kurumlar arasındaki koordinasyonun güçlendirilmesi*" hedefleri de tanımlanmıştır.[9]

5. Sağlık Finansmanı

Sağlık hizmet sunumunda bir diğer önemli nokta hizmetin finansmanıdır. Ülkemizdeki yasal düzenlemelere bakıldığında bakım ihtiyacının belirlenmesinde **"bakıma muhtaçlık" kriteri ile gelir kriteri** dikkate alınmaktadır. Bu durum, **bireysel gereksinimlere özel planlamanın yetersiz olmasına ve finansman sorunlarına** neden olmaktadır.[1]

Ayrıca **tıbbi malzeme ve cihaz ihtiyaçlarının karşılanmasında tıbbi endikasyon şartı** gerekmektedir. Engellilerin bu konudaki yaptıkları harcama bedellerinin bir kısmı destekleyici belgeler olduğu taktirde Sosyal güvenlik Kurumu (SGK) tarafından geri ödenmektedir. Burada önemli bir sorun malzemeler için piyasa değerinin çok altında bir fiyat belirlenmesi olup, ödeme bedelinin büyük bir kısmının kişinin cebinden karşılanması gerekmektedir. Bunun dışında **sosyal güvencesi olmayan engelli bireyler bu haktan mahrumdur**. Ayrıca engelli bireylerin ihtiyaç duyduğu ancak tıbbi endikasyon olarak tanımlanmamış malzemeler (örneğin görme engelliler için özel navigasyon programları gibi) için de bir ödeme yapılmamaktadır.[29]

Engelli olmak, muayene katılım payından muaf olmayı sağlamamaktadır. Sağlık raporu ile belgelendirilmesi şartıyla; Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) Eki "Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı Alınmayacak Kronik Hastalıklar Listesi" nde (EK-1/A) yer alan kronik hastalıklarda katılım payı istenmemektedir.[39]

Diş tedavileri ile ilgili SUT ödeme kapsamında değişiklikler ve düzenlemeler de (sedasyon uygulamaları ve ödemeler) yıllar içerisinde değişiklik göstermektedir (25.8.2022 tarih ve 31934 sayılı ve 21.04.2024 tarih ve 32524 sayılı düzenlemeler).40

Finansman sorunlarına yönelik çözümler üretebilmek için çalışmalar başlatılmıştır. Uzun süreli bakımı desteklemede güvence sisteminin geliştirilmesinde ***"engelli ve yaşlı bireyler için bakım sigortası çalıştayı"*** *(care*

ınsurance for persons with disabilities and the elderly) 20-21 Ocak 2021'de gerçekleştirilmiştir.[41] *Evde Bakım Yardımı Yönetmeliği 26/05/2023 tarih ve 32202 sayılı RG yürürlüğe konmuştur.*[42]

6. Sonuç ve Öneriler

Tüm değerlendirmeler çerçevesinde ülkemizde engelli bireylere yönelik pek çok yasal ya da yapısal düzenlemeler olduğu görülmektedir. Ayrıca geleceğe yönelikler pek çok hedef belirlenmiştir. Ancak pek çok raporda belirtildiği üzere uygulamada yaşanan sorunlar ve eksiklikler göz ardı edilmemelidir.

- Engelli bireyler ile ilgili en önemli sorun tüm bireyleri kapsayan bir engelli veri tabanının olmamasıdır. Tüm engelli bireyleri içeren, kapsayıcı, güncel ulusal veri sistemi ile uluslararası geçerliliği olan engellilik göstergeleri oluşturulmalıdır.
- Engellilik derecelendirmesinde sorunlar olduğu görülmektedir. Engelli sağlık raporu düzenlemede hekimlerin yeterli yetkinlik kazanmaları için gereken eğitimler verilmeli, raporlamada sosyal boyutun da göz önüne alınması, bunun için disiplinler arası yaklaşımla ilgili uzmanların da sisteme dahil olmaları sağlanmalıdır. Raporlama süreçlerinin engeli bireyler ve aileleri için kolaylaştırıcı olması sağlanmalıdır.
- Engelli sağlık kurulu raporları bakımından cinsiyetler arası eşitsizlikler dikkat çekicidir. Bu durum engelli hakları bağlamında eşitsizlikleri derinleştirmektedir.
- Erken tanı ve erken müdahale konusunda toplumsal farkındalık artırılmalı, bebek/çocuk izlemleri nicelik ve nitelik olarak geliştirilmeli, erken tanı ve erken müdahale merkezleri kurularak yaygınlaştırılmalıdır.
- Tarama programları ile aşı reddi/kararsızlığı durumları ile etkili mücadele stratejileri geliştirilmelidir.
- Farklı mevzuatlara tabi farklı kurumlarca yürütülen hizmetlerin eşgüdüm içerisinde gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır.
- Yaşlılarda kronik hastalık nedenli günlük bakım aktivitelerinde kısıtlanma düzeyi bölgeler arasında farklılık göstermektedir. Kronik hastalık sıklığının yüksek olduğu bölgelerde hastalık tespit, izlem ve erken müdahale çalışmaları güçlendirilmeli, hizmetlere erişim bakımından bölgeler arası eşitsizlik giderilmelidir.
- İhtiyaç duyan yaşlı ve engelli bireyler için evde bakım desteği ihtiyaçları karşılanmalıdır. Yaşlanma ile birlikte gelişen yeti kayıplarını yönetmede, yaşlıların bu durumlara adaptasyonunu sağlayacak düzenlemeler konusunda eğitilmeleri önem kazanmaktadır.
- Evde sağlık hizmetleri, ihtiyaç duyan tüm engellilere ulaşamamaktadır.
- Yardımcı cihazlara erişim konusunda yaşanan zorluklar devam etmektedir. Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinde mali yükleri (cepten ödemeler) azaltılmalıdır. Sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmalarını sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.
- Sağlık Bakanlığı ile diğer kurum ve kuruluşların engelli ve yaşlı sağlığı hizmetlerini yürütmede yeterli birimi yoktur. Hizmet sunan kuruluşlar (yerel yönetimler ve STK'lar da dahil olacak şekilde) ile personel kapasitesi nitelik ve nicelik olarak güçlendirilmelidir.
- Toplum temelli ve kurumsal bakım temelli kuruluş sayısı ve yararlanıcı sayısı oldukça sınırlıdır. Belirtilen kuruluşların sayısı ve kapasitesi güçlendirilmeli, rehabilitasyon hizmetlerinde kurumlar arası koordinasyon sağlanmalıdır.
- Engelli bireylere yönelik özelleşmiş uzman personel sayısı azdır, nitelik açısından çeşitlilik göstermemektedir. Belirtilen ihtiyacın giderilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişim sorunları (ulaşımın kolaylaştırılması, sağlık personelinin önyargılı tutumlarının önlenmesi gibi) giderilmelidir.

KAYNAKLAR

1. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028) Özel İhtisas Komisyonları ve Çalışma Grupları El Kitabı [Internet]. Ankara: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı; 2022 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2025/08/OIK-EL-KITAPCIGI_08122022.pdf
2. WHO. Disability [Internet]. WHO; 2025 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1
3. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması, 2022 [Internet]. TÜİK; 2023 Jun 1 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747

4. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması, 2019 [Internet]. TÜİK; 2020 Jun 4 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019 [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2021 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf
6. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021 [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2023 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316/0/siy2021-turkcepdf.pdf
7. TÜİK. Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023 [Internet]. TÜİK; 2024 Mar 22 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profili-Arastirmasi-2023-53809
8. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni [Internet]. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2023 Apr [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://aile.gov.tr/media/135432/eyhgm_istatistik_bulteni_nisan_23.pdf
9. Sözen H. 2025 Cumhurbaşkanlığı Hükümet Programı Işığında Engelli Bireylerin Durumu: SWOT Analiziyle Stratejik Bir Dönüşüm Değerlendirmesi. İktisadi ve İdari Yaklaşımlar Dergisi. 2025;7(1):1-20. doi: https://doi.org/10.47138/jeaa.1628115
10. TÜİK. Nüfus Projeksiyonları, 2023-2100 [Internet]. TÜİK; 2024 Jul 30 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-Projeksiyonlari-2023-2100-53699
11. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028) Aktif Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu [Internet]. Ankara: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı; 2023 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2025/08/Aktif-Yaslanma-OIK-Raporu_01082025.pdf
12. TÜİK. Türkiye Aile Yapısı Araştırması, 2021 [Internet]. TÜİK; 2022 Apr 1 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=T%C3%BCrkiye-Aile-Yapisi-Arastirmasi-2021-45813
13. TC. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2024 Bilgilendirme Kitapçığı, https://www.aile.gov.tr/media/159360/turkiye-geneli-bilgilendirme-kitapcigi_2024.pdf
14. Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme. 2025; Available from: https://www.aile.gov.tr/eyhgm/engellilerin-haklarina-iliskin-sozlesme/
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Yenidoğan Tarama Programı (NTP) [Internet]. [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/ntp.html
16. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), https://www.sgk.gov.tr/Content/Post/7de3f62d-ea0e-406f-871a-8644f02a7e3c/Tup-Bebek-Tedavisi-2025-03-12-11-34-30
17. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. 2030 Engelsiz Vizyon [Internet]. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2021 Dec [cited 2025 Aug 25]. Available from https://www.aile.gov.tr/media/94718/2030_engelsiz_vizyon_belgesi.pdf
18. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı 2023-2025 [Internet]. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2023 Feb 3[cited 2025 Aug 25]. Available from https://aile.gov.tr/media/133056/engelli_haklari_ulusal_eylem_plani_23-25.pdf
19. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028) Engelli Hizmetlerinin Geliştirilmesi Çalışma Grubu Raporu [Internet]. Ankara: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı; 2023 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2025/08/Engelli-Hizmetlerinin-Gelistirilmesi-CG-Raporu_01082025.pdf
20. Satıl C. Topuk Kanı Taramasını Reddeden Aile Sayısı Artıyor [Internet]. Doğruluk Payı; 2023 Aug 7 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://www.dogrulukpayi.com/bulten/topuk-kani-taramasini-reddeden-aile-sayisi-artiyor
21. Kara Kaşa M. Türkiye'de Aşı Karşıtlığı Artıyor mu? [Internet]. BBC News Türkçe; 2025 Apr 9 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://www.bbc.com/turkce/articles/cx2xppjg9j0o
22. TBMM. Down Sendromu, Otizm ve Diğer Gelişim Bozukluklarının Yaygınlığının Tespiti ile İlgili Bireylerin ve Ailelerinin Sorunlarının Çözümü İçin Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu [Internet]. TBMM; 2020 Mar [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://acikerisim.tbmm.gov.tr/server/api/core/bitstreams/8a2b4c48-7d66-4d80-b7cc-c7746baac63a/content
23. Özürlü Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Genelge [Internet]. Available from: https://www.saglik.gov.tr/TR-11155/201079-sayili-ozurlu-kisilere-yonelik-saglik-hizmetlerinin-sunumuna-iliskin-genelge.html
24. Poliklinik hizmetlerinde öncelik sırası, https://antalyaism.saglik.gov.tr/TR-330868/mevzuat-guncellenmesi-202411-sayili-poliklinik-hizmetlerinde-oncelik-sirasi-genelgesi.html
25. Türkiye İstatistik Kurumu. Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2011 [Internet]. 2011;3. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Ozurlulerin-Sorun-ve-Beklentileri-Arastirmasi-2010-6370
26. Women U. Türkiye'de Engelli Kadınların Durumu, İhtiyaçları ve Öncelikleri: Hak Temelli Bir Araştırma Özeti. Available from: https://eca.unwomen.org/sites/default/files/2024-09/unwomen_turkiye_engellikadinkimdir_reportsummary_turkish_digital_final.pdf
27. ÇÖZGER, Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik [Internet]. Resmi Gazete 30692 ; 2019 Feb 20 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=31274&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
28. ESKR, Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik [Internet]. Resmi Gazete 30692 ; 2019 Feb 20 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://

www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=31275&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5

29. Toplumsal Haklar ve Araştırmalar Derneği. Mevzuattan Uygulamaya Engelli Hakları İzleme Raporu 2020 [Internet]. Ankara: Toplumsal Haklar ve Araştırmalar Derneği; 2021 Jun [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://insanhaklariizleme.org/vt/yayin_view.php?editid1=2364
30. BM Engelli Hakları Komitesi. 2019 Gözlem Raporu [Internet]. BM; 2019 Apr 9 [cited 2025 Aug 25]. Available from https://www.engellilerkonfederasyonu.org.tr/wp-content/uploads/2020/04/BM-Engelli-Haklar%C4%B1-Komitesi-CRPD-Sonu%C3%A7-G%C3%B6zlemleri.pdf
31. Engelli Hakları İzleme ve Değerlendirme Kurulu, 3 Aralık 2021, 31678 sayılı Genelge, https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2021/12/20211203-7.pdf
32. WHO, World Report On Disability, 2011
33. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2025 [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf
34. Evde Sağlık Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik [Internet]. Resmi Gazete 32209 ; 2023 Jun 2 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/06/20230602-1.htm
35. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik [Internet]. Resmi Gazete 25751 ; 2005 Mar 10 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=7542&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
36. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri (YAŞAM) Genelgesi (2023/5) [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2023 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48375/0/saglikli-yas-alma-merkezleri-genelgesipdf.pdf?_tag1=FB5CE19FC633A5D5EE9EF908D78D369525013845
37. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Aylık İstatistik Bülteni Aralık 2024 [Internet]. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2025 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://www.aile.tr/sgbd/istatistik-sayfalari/aylik-istatistik-bulteni
38. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı. Bütünleşik Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri Ulusal Model Önerileri [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024 Nov [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/49684/0/butunlesikevdesaglikbakimhizstd22112024pdf.pdf
39. SGK, https://www.sgk.gov.tr/Content/Post/ec9a0968-1bbf-45c5-ac75-06064e5e4ffc/Katilim-Payi-Alinmayacak-Haller-Saglik-Hizmetleri-ve-Kisiler-2025-03-12-11-17-42
40. Engelsiz kariyer, engellilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma hakları, https://www.engelsizkariyer.com/BILGI-BANKASI/Engelli-Haklari/Engellilerin-Saglik-Hizmetlerinden-Yararlanma-Haklari-113
41. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Engelli ve Yaşlı Bireyler İçin Bakım Sigortası Çalıştayı 20-21 Ocak 2021, çalıştay Raporu, https://www.aile.gov.tr/media/66618/taiex_bakim-calistayi-raporu_2021.pdf
42. Evde Bakım Yardımı Yönetmeliği 26/05/2023 tarih ve 32202 sayılı RG, https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/05/20230526-2.htm

Eğitimde Kapsayıcılık

Selma Metintaş

Engeli olan bireylerin eğitime erişimi, insan hakları belgeleri ve sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin kesişiminde yer alan bir önceliktir.[1,2] Engeli olan bireylerin gerek sosyalleşme ve gerekse de istihdam piyasalarına girmeleri aldıkları eğitim düzeyiyle yakından ilişkilidir. Engeli olan bireylerin mevcut yeti yitimlerinin, alacakları yeterli ve uygun eğitim yoluyla engele dönüşmesinin önlenebileceği bilinmektedir.[3,4]

Avrupa Gündemi 2030'un eğitimle ilgili Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi No:4, 2030 yılına kadar kapsayıcı ve eşitlikçi bir kaliteli eğitimin sağlanmasını ve herkes için yaşam boyu öğrenme fırsatlarının teşvik edilmesini öngörmektedir.[5] Türkiye'de engellilik alanında 2030 yılına kadar ülkenin vizyonunu ve yol haritasını ortaya koymak adına 'Engelsiz Vizyon' belgesi oluşturulmuş, belgenin içerdiği politika alanlarından birisini de 'kapsayıcı eğitim' oluşturmuştur.[6] Kapsayıcı Eğitim, farklılıkları gören ve çeşitliliği destekleyen, her seviyede güçlendirilmiş bir eğitim modelidir. UNICEF engeli olan bireyler için kapsayıcı eğitimi, öğrenmenin gerçekleşebilmesi için özel desteğe ihtiyaç duyan tüm öğrencileri de içerecek bir sistem olarak tanımlamaktadır.[7] Bu açıdan kapsayıcı eğitim "her öğrenci eşit derecede önemlidir" anlayışı çerçevesinde, okulları tüm öğrencilere hizmet verebilecek bir hale getirebilme gayretidir.[8] Kapsayıcı eğitimin özel gereksinimli öğrencilerin sosyal yaşama entegrasyonunda kritik bir öneme sahip olduğu ve dışlanmayı azaltma, motivasyon kazanma ve engelli bireylerin sosyal kapitallerini artırma ve mesleki bilgi edinme gibi doğrudan etkilerinin de bulunduğu bildirilmektedir.[9]

Günümüzde, engeli olan bireylerin eğitimi ile ilgili uygulamaların farklılıklara göre düzenlenmesi ve yapılandırılması tartışılmaz bir gerçektir. Engellilik tanımı geniş bir şemsiye olup, bu şemsiyenin altında yer alan bireylerin bir kısmı formel eğitim içinde kalmalıdırlar. Formel eğitim sisteminin dışında kalan engelliler için ise özel eğitim hizmetleri daha anlamlı olmaktadır. Formel eğitim içinde kalan engeli olan bireyler, meslek edindirme, sosyal ve akademik becerileri en üst düzeye çıkarmanın yolunu gösteren yükseköğretim kurumlarına devam edebilmelidirler.

1. Yükseköğretim Kurumlarında Özel Gereksinimli Bireyler İçin Eğitim Kapsayıcılığı

Ülkemizde engeli olan bireyler için kapsayıcı eğitimde gelinen noktayı değerlendirmede tarafsız değerlendirme raporları olmadığından, mevcut yayımlanan eğitim istatistikleri ve konu ile ilgili yapılan bilimsel çalışmaların sonuçlarından yararlanmak gerekir. Formel eğitim içinde eğitim-öğretimini devam ettiren ve yükseköğrenim kurumlarına devam eden bireylerin sayısı 2014-2015 eğitim-öğretim döneminde 8211 öğrenci iken, 2019 eğitim-öğretim döneminde 47751'ye ulaşmış, %63 oranında sayısal artış göstermiştir (10). Yükseköğretim kurumlarında 2024 yılında 7 milyon kayıtlı öğrencinin yaklaşık 58.000'nin (%0,83) engelli olduğu bildirilmiştir.[11] Ülkemizde yükseköğretim kurumlarına devam eden engeli olan birey sayısının oldukça düşük olduğu görülmektedir. Yükseköğretim kurumlarına devam eden engeli olan öğrenci sayısı 2020 ve 2024 yılları arasında %3 olup, 2014-2019 yılları arasındaki artış hızına göre önemli ölçüde düşüş göstermiştir.[10,11]

Yükseköğretim Kurumu tarafından yayımlanan engelli istatistikleri en son 2020 yılında bildirilmiş, toplam 51647 öğrenciye aittir.[10] Yükseköğrenim kurumlarında engeli olan bireylerin özellikleri **Tablo 1**'de yüzdeliklerle sunulmuştur.

Verilere bakıldığında, Yükseköğretim kurumlarında özel gereksinimli öğrencilerin katılım yüzdesinin %1'den daha düşük olduğu rahatça görülebilir. Mevcut tabloda kadın öğrenci sayısı, erkek sayısının yarısından

Tablo1. Yükseköğretim Kurumlarında engeli olan bireylerin özellikleri-2020

Özellik	Yüzde		Yüzde
Cinsiyet		**Engel durumu**	
Erkek	68,0	Fiziksel engelliler	29,0
Kadın	32,0	Kronik sağlık sorunları	26,1
Düzey		Görme engelliler	16,9
Önlisans	53,8	Diğer	12,3
Lisans	45,7	Psikolojik rahatsızlıklar	7,6
Yükseklisans	0,4	İşitme engelliler	7,3
Doktora	0,1	Zihinsel engelliler	0,2
Tür		Dil ve konuşma bozuklukları	0,2
Açıköğretim	89,0	Geçici yetersizliği olanlar	0,08
Örgün eğitim	7,0	Öğrenme güçlüğü	0,08
Uzaktan eğitim	1,0	Asperger ya da yüksek fonksiyonlu otistik bireyler	0,06
İkinci öğretim	3,0		

azdır. Oysa, genel nüfus içinde kadınlarda engellilik oranı (%7,9) erkeklere (%5,9) göre 1,3 kat daha fazladır.[12] Engeli olan öğrencilerin %90'ı açıköğretim gibi uzaktan eğitim kurumlarına devam etmektedir. Yaklaşık üçte biri fiziksel engellidir. Amerika Birleşik Devletleri Hükümet Sorumluluk Ofisi (*Government Accountability Office -GAO*) tarafından hazırlanan 2024 yılı engellilik raporunda üniversite eğitimine devam eden engelli öğrencilerin 2004'te %11 iken, 2020'de %21'e yükseldiği ve bu artışın özellikle depresyon ve dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu gibi ruh sağlığı temelli tanılardaki artış ile ilişkili olduğunu bildirilmiştir.[13] Bu bağlamda ülkemizde yükseköğretim kurumlarında engellilik konusunda kat edilmesi gereken uzun bir yol olduğu anlaşılmaktadır.

Yükseköğretim kurumlarında özel gereksinimli öğrencilerin sayısında belirgin yetersizliğin yanı sıra, gereksinim türlerine göre akademik eğitim ve kampüs içinde çeşitli sosyal gereksinimlere ulaşımları konusunda problemler yaşadıkları konuyla ilgili yapılan araştırma, tez çalışmalarının sonuçlarında da görülmektedir (14–18). Yükseköğretimde kapsayıcı eğitim, özel gereksinimli öğrencilerin üniversite kampüsleri içindeki tüm eğitim ve eğitim dışı faaliyetlere katılabilmelerini de gerektirir. Engeli olan öğrencilerin yükseköğretim kurumlarındaki sorunları ile ilgili yapılan lokal çeşitli çalışmalarda temelde sorunlar; eğitim-öğretim modellerinin kapsayıcı olmaması, beslenme-barınma sorunları, ekonomik durum yetersizliği, erişebilirlik-ulaşabilirlikte zorluklar, akademik ve idari personelin engellilik konusunda farkındalığının düşük olması, sosyal ve kültürel alanlarda yer alma kısıtlılıkları başlıkları altında bildirilmektedir.[16,18,19]

Üniversitelerde kapsayıcı eğitimi artırmak, erişimi kolaylaştırmak amacıyla üniversitelere 2018 yılından itibaren bayrak ödülleri verilmektedir. Ödüller üç kategoride olup, eğitim erişilebilirliği yeşil bayrak, mekan erişilebilirliği turuncu bayrak ve kültürel faaliyetlerde erişilebilirlik mavi bayrak ile ödüllendirilmektedir. Eğitim, mekan ve kültürel faaliyetlere erişim konusunda rekabet ortamı yaratılarak kapsayıcı eğitim süreci hızlandırılmaya çalışılsa da yetersizlik ödüllere başvuran ve ödül alan üniversite sayılarında da kendisini göstermektedir. Üç bayrak kategorisindeki ödül alan üniversiteler birleştirilip tekilleştirilerek hesaplandığında 2020 yılında mevcut 206 üniversiteden 44'ü (%21,3), 2024 yılında ise 208 üniversite içinde başvuruda bulunan 114 (%54,8) üniversiteden ancak 76'sı (%36,5) ödül alabilmiştir.[11]

2. Özel Eğitim Gereksinimi Olan Bireylerde Eğitim Kapsayıcılığı

Özel eğitim; çoğunluktan farklı ve özel gereksinimli çocuklara sunulan, yetenekleri doğrultusunda kapasitelerinin en üst düzeye çıkmasını sağlayan, yetersizliği engele dönüştürmeyi önleyen, engeli olan bireyi kendine yeterli hale getirerek kaynaşmasını ve bağımsız, üretici bireyler olmasını destekleyecek becerilerle donatan eğitimdir.[20] Bir başka tanıma göre ise özel eğitim; rehberlik, eğitim ve rehabilitasyon etkinliklerinin örüntülenmiş olduğu bir etkileşim biçimidir. Her şeyden önce yetersizliği olan bireylere yapılan amaçlı bir müdahaledir.[21] Thurnbull ve arkadaşlarının belirttiği gibi özel eğitim bireyselleştirilmiş olmalı, özel olarak tasarlanmış öğretim yöntemleri, uyarlamaları, değişiklikleri ve çeşitli ilgili destek hizmetlerini içermelidir.[22]

Özel eğitim hizmetleri, aile katılımını içeren okul öncesinden başlayarak sonraki eğitim dönemlerinde de devam eden, kapsamlı bir süreçtir.[21] Ülkemizde engeli olan ve eğitim almak isteyen bireylerin değerlendirme süreci, tıbbi tanılama ile başlamakta ve eğitsel tanıla-

ma ile devam etmektedir.[21] Eğitsel tanılama Millî Eğitim Bakanlığı'na bağlı Rehberlik Araştırma Merkezleri (RAM) tarafından gerçekleştirilmektedir. RAM'lar, bireylere uygun Bireysel Eğitim Program'larının (BEP) hazırlanması süreçlerinde kritik bir görev üstlenmektedir. BEP, özel gereksinimli bireylerin bireysel ihtiyaçlarına göre planlanan, hedef ve destek hizmetlerini içeren zorunlu bir eğitim planı olup, yasal olarak hazırlanması yönetmelikte belirtilmiştir.[23,24]

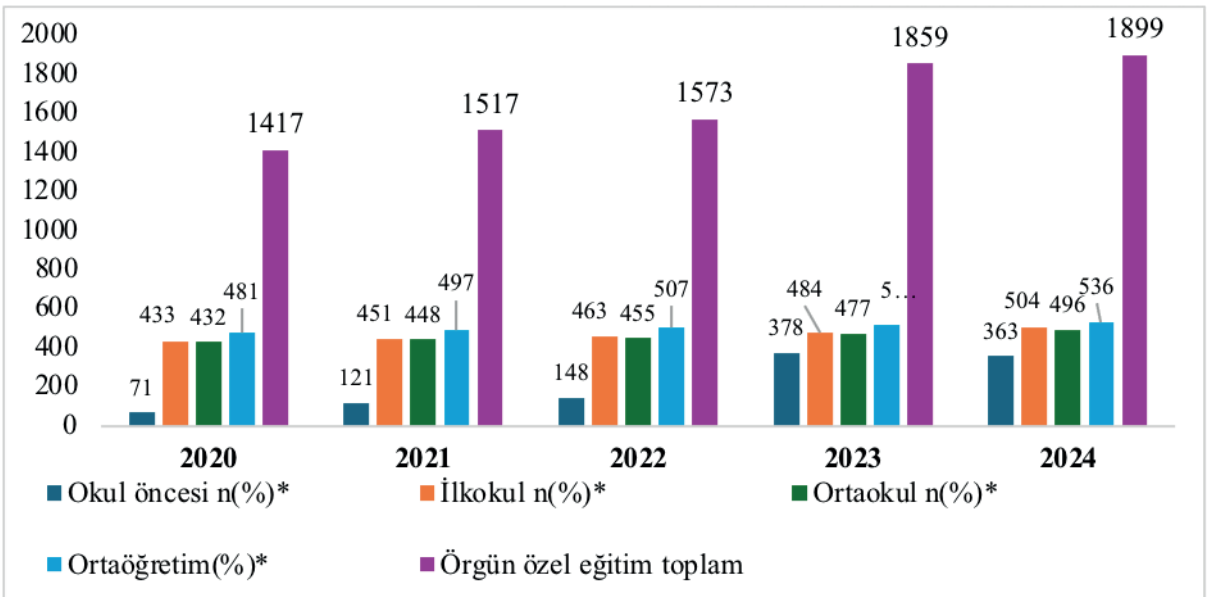
Engellilik ile ilgili veriler Türkiye'de oldukça yetersizdir. Öncelikle Türkiye'de özel eğitim hizmetlerine gereksinimi olan bireylerin sayısı ile ilgili istatistik bilgiye ihtiyaç bulunmaktadır. Bu bilgi eksik olunca yapılan tüm değerlendirmeler yetersiz kalacaktır. Eğitim ile ilgili veriler Milli Eğitim Bakanlığı tarafından verilen hem örgün eğitim hem de özel eğitim örgün eğitim hizmetlerini sayısal ölçekte değerlendiren güncel verilerden oluşmaktadır. Örgün özel eğitim kurum sayılarının 2020-2024 yılları arasında öğretim kademelerine göre dağılımları **Grafik 1**'de sunuldu.[25]

Özel eğitim örgün eğitim kurumları toplamı içinde okul öncesi kurum yüzdesi 2020 yılında %5'ten, 2024 yılında %24'e yükselmiştir. Bu durum muhtemelen 12. beş yıllık kalkınma planı çerçevesinde, engellilere sunulan eğitim hizmetlerinin, mümkün olan en erken yaşta, bütünleştirilmiş ortamlarda, kapsayıcı ve nitelikli bir şekilde verilmesi öngörülmesinin gereği olabilir.[25] Ancak bu artış gerekli midir ya da ihtiyacı ne kadar karşıladığı sorusunun cevabı bilinmemektedir. Beş yıllık süreç içinde kurum sayısının en düşük artış hızı ise %11 ile ortaöğretimde olmuştur. Engellileri geleceğe hazırlayacak, sosyalleşmeleri ve istihdamlarında temel rolü alan ortaöğrenim kurumlarının rolünün ihmal edilmemesi gerekir.

Milli Eğitim Bakanlığı verilerine göre; özel eğitim örgün eğitim ve örgün eğitime ait kurum, öğrenci, öğretmen ve derslik sayılarındaki 2020-2024 yılları arasında değişimler karşılaştırılmalı olarak **Tablo 2**'de sunuldu.[25]

2023-2024 eğitim-öğretim yılı içinde zorunlu eğitim çağında olmasına rağmen örgün eğitim dışında kalan toplam Türk vatandaşı çocuk sayısı 612.814 olup, bir önceki yıla göre %38,4 artmıştır; bu artışın ekonomik kriz gibi yadsınamaz nedenleri olsa da özel eğitime erişemeyen bireylerden de kaynaklanabildiği tahmin edilmektedir.[25–27]

Özel eğitim kurum, öğrenci, öğretmen ve derslik sayılarında 2020 yılına göre 2024 yılında artış olması gerçekte ihtiyacın ne kadar büyük olduğunu göstermektedir. Özel eğitim kurum sayısının örgün eğitim kurumları içindeki %2'lik ve derslik sayısının %1,7'lik temsiliyetinin yetersizliği dikkat çekmektedir. Özel eğitimde öğretmen sayısı ancak, kaynaştırma öğrencileri değerlendirmeden çıkarıldığında yeterli kabul edilebilir. İstatistiklere göre 2024 yılında öğretmen sayısı 20.030, toplam öğrenci sayısı 559.725 olup, bir öğretmene düşen öğrenci sayısı yaklaşık 28, kaynaştırma öğrencileri değerlendirme dışına alındığında ilgili sayı 7'dir (25). Kaynaştırma eğitiminin başarılı olması için destek öğretmenle desteklenmesi gerektiği de unutulmamalıdır.[28]



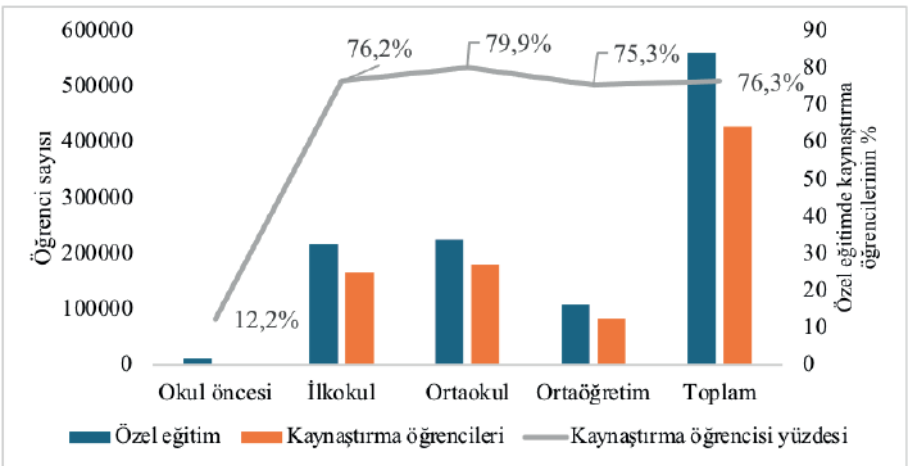
Grafik 1. 2020-2024 yılları arasında özel eğitim örgün eğitim kurumları sayısının öğretim kademelerine göre dağılımı

Tablo 2. Özel eğitim örgün eğitim ve örgün eğitime ait kurum, öğrenci, öğretmen ve derslik sayılarındaki değişimler, 2020-2024

	2020	2021	2022	2023	2024	$\Delta_{(2020\text{-}2024)}$ **
Kurum sayısı						
Özel eğitim örgün eğitim toplam	1417	1517	1573	1859	1899	34,0
Örgün eğitim toplam	68589	67125	70383	75019	75467	10,0
Özel Eğitim/Örgün Eğitim%*	2,1	2,3	2,2	2,5	2,5	
Öğrenci sayısı						
Özel eğitim örgün eğitim toplam	425774	425816	472686	507804	559725	31,5
Örgün eğitim toplam	18241881	18085943	19155571	19904679	18710265	2,6
Özel Eğitim/Örgün Eğitim% *	2,3	2,4	2,5	2,6	3,0	
Öğretmen sayısı						
Özel eğitim örgün eğitim toplam	15321	1 671	18770	19536	20030	30,7
Örgün eğitim toplam	1117686	1112305	1139673	1154383	1168896	4,6
Özel Eğitim/Örgün Eğitim% *	1,4	0,2	1,6	1,7	1,7	
Derslik sayısı						
Özel eğitim örgün eğitim toplam	9610	10729	11177	1 1943	12290	27,9
Örgün eğitim toplam	727347	732381	749454	751569	742829	2,1
Özel Eğitim/Örgün Eğitim%*	1,3	1,5	1,5	1,6	1,7	

*: Özel eğitim örgün eğitim toplamının örgün eğitim toplamına göre yüzdesi, **: $(n_{2024}\text{-}n_{2020})/n_{2020}*100$

Özel eğitimle ilgili yasaların, politikaların ve bilimsel çalışmaların desteklediği kapsayıcı eğitim modelinin pratikteki uygulamalarından birisi kaynaştırma eğitimidir.[2,5,6] Kaynaştırma eğitimi, öğrencilerin bireysel farklılıklarına ve ihtiyaçlarına yanıt vermek için "bir beden herkese uyar" anlayışının dışına çıkmaktır. Bu anlayış çerçevesinde, 1970'li yıllardan itibaren dünyanın gelişmiş ülkelerinde özel gereksinimli öğrenciler için başlatılan, "kaynaştırma uygulamaları" kısa zamanda tüm dünyaya yayılmış, özel eğitim yasalarıyla hayata geçirilmiştir.[28] Ülkemizdeki kaynaştırma eğitimi uygulamaları, örgün eğitim kurumlarında özel gereksinimli çocukların tipik gelişim gösteren çocuklar ile birlikte eğitim ve öğretime devam ettikleri özel eğitim uygulamalarındandır.[21] Kaynaştırma öğrencilerinin özel eğitim örgün eğitim toplamı içindeki yüzdesi 2020 ve 2023 yılları arasında sırasıyla %74,8, %75,1, %75,6, %75,7 değerlerini göstermiştir. Özel eğitim örgün eğitimde 2024 yılında toplam 559.725 öğrencinin 426.990'ını (%76,3) kaynaştırma öğrencisi oluşturmuştur.[25] Kaynaştırma öğrencilerinin 2024 yılında eğitim kademelerine göre dağılımı Grafik 2'te sunuldu. Kay-



Grafik 2. Kaynaştırma öğrencilerinin özel eğitim örgün eğitim kademelerine göre sayı ve yüzdelikleri, 2024.

Tablo 3. Türkiye'de özel eğitimde karşılaşılan sorunlar, 2020-2025

Özel eğitimde karşılaşılan sorunlar
1.Tanılama başarısızlıkları[29–35] 1.1. Erken çocukluk dönemi içinde gelişim bozuklukları tarama programlarının yetersizliği[29,30] 1.2.Özel eğitim ihtiyacını belirlemede yaşanan sorunlar[29–33] - Bazı özel eğitim gereksinimlerinin çocuklar okula gitmeden aileler tarafından anlaşılamaması, - Sınıf öğretmenin iyi bir gözlemci olmaması ve doğru değerlendirme yapamaması, -Değerlendirme ve tanılama yapılamadığı sürece sınıf ve okul ortamında sorunların farklı boyutlara ulaşabilmesi, -Tanılamanın yapılacağı RAM'lara göndermeden önce 'gönderme öncesi' sürecin uygulanmaması, 1.3. Rehberlik ve Araştırma Merkezi'nde standartlaşma ve ölçüt tutarsızlıkları[29–31] - Zekâ testi sonuçları ve tanı kararları arasında sorunlu eşleşmeler olabilmesi; bazı vakalarda aşırı bazılarında ise eksik tanı riskinin oluşabilmesi - IQ-Başarı Tutarsızlığı Modeli (IQ-Achievement Discrepancy Model) 'nin kullanılması - Öğrenme güçlüğü olan öğrencilerin zekâ puanları ve öğretmen, psikiyatrist ve psikolojik danışmanların görüşleri göz önüne alındığında, bütüncül anlamda öğrenme güçlüğü tanısının konulmasında ciddi sorunlar oluşması 1.4. Ailelerin çocukların özel eğitim ihtiyacını kabul etmemesi[34] -Tanı alan çocukların ailelerine kabulleniş döneminde destek programlarının olmaması 1.5. Tanı almada erişim eksiklikleri[35,36] -Bölgesel bazda ya da olağanüstü durumların oluşturduğu erişim kısıtlılığı -Kırılgan gruplarda tanı ve destek süreçlerinin sekteye uğrayabilmesi
2. Bireyselleştirilmiş Eğitim Programları ile ilgili sorunlar[28,31,34,36,37] 2.1. RAM tarafından hazırlanan BEP'lerde ölçme aracına aşırı bağımlılık ve çoklu veri kaynaklarının (öğretmen gözlemi, aile görüşmesi) yeterince bütüncül kullanılmaması 2.2. Öğretmen, okul yöneticisi, aileler tarafından BEP ile ilgili bilgilerini yetersiz olması ve yasal mevzuatın bilinmemesi 2.3. RAM'larda BEP hazırlanma sürecinde fiziki koşulların ve öğrenme ortamlarının uyumsuzluğu 2.4. Öğretmen ve uzman bilgi düzeyindeki boşlukların (örn. disleksi bilgisi) değerlendirme kalitesini etkilemesi 2.4. Öğretmenlerin BEP hazırlama ve uygulama sürecinde ciddi bilgi eksiklikleri yaşamaları 2.5. Öğrenciye verilen MEBSİS-RAM modülü uygulamasının öğrencinin bireysel değerlendirmesinden çıkması ve standart hale gelmesi 2.6. Dijital BEP'lerde veri güvencesizliği
3.Kaynaştırma eğitim modelinin sorunları[28,31,33,37–39] 3.1.Öğretmen yeterlikleri sorunu 3.2. Kaynaştırma eğitimi yapılan sınıflarda öğrenci mevcutların fazla olması 3.3. Destek eğitim odalarının sınırlı sayıda bulunması ve materyal eksiklikleri 3.4. Kaynaştırma eğitimine devam eden öğrenciler için öğretmen–rehberlik servisi–aile arasındaki iş birliğinin istenen düzeye ulaşamaması 3.5. Özel gereksinimli öğrencilerin bulunduğu sınıftaki diğer öğrenci ailelerinin önyargıları 3.6. Öğrenme güçlüğü, dikkat eksikliği, otizm spektrum bozukluğu gibi görünmeyen engellere yönelik farkındalığın düşük olması, 3.7. Okulların öğrenciler için hazırlanan BEP'lerin yılsonunda hedeflere ulaşma konusunda hesap verilebilirliklerinin olmaması 3.8. İrlanda kaynaştırma model örneğinde olduğu gibi sivil toplum kuruluşlarının sürece katılmaması
4. Çoklu dezavantajlı özel gereksinimli çocukların eğitime ulaşamamaları[36] Doğuştan aldıkları riskin tanılama ve sonrasındaki eğitim hayatlarında devam etmeleri

naştırma eğitim modeli özel gereksinimli bireylerin yaklaşık üçte ikisini kapsadığından üzerinde önemle durulması ve izlenmesi gerekir.

3. Özel Eğitimde Çözülememiş Sorunlar

Özel eğitimde çözülmemiş sorunlar ve çözüm önerileri konusuyla ilgili olarak ulusal değerlendirme raporları bulunmadığından, çoğu nitel çalışma özelliğinde ve/veya bu çalışmaların içerik analizlerinden oluşan çalışmalardan derlenmiştir. Yetersizlik engele dönüşmüş olsa bile özel eğitim, bireyin topluma uyumunu kolaylaştırmak ve onu özerk kılma amacıyla verilen destek eğitim sürecidir (21). Normal gelişim gösteren akranlarına göre fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal iletişimle ilgili farklılıkları olan bireylerin akranlarıyla aynı eğitim ortamında desteklenerek, bireyselleştirilmiş eğitsel müdahalelere ihtiyaçları vardır (29). Bu noktada, özel eğitimde çözülememiş sorunlar Tablo 3'te, karşılaşılan sorunlara çözüm önerileri Tablo 4'de başlıklarla özetlenmiştir.

Engeli olan bireylere atıf yapılan tüm hedef ve amaçların başarıya ulaşabilmesi için öngörülen "ikiz parkur" yaklaşımının (41) eğitim kapsayıcılığı modelinde de uygulanması gereklidir. "Birinci parkurda" engeli olan bireylerin eğitimi amacıyla oluşturulan politika ve programların tasarımında, uygulanmasında, izlenmesinde ve denetlenmesinde engellileri kapsayacak

Tablo 4. Türkiye'de özel eğitimde karşılaşılan sorunlara çözüm önerileri[28–39]

Çözüm Önerileri
• Erken çocukluk dönemi içinde Aile hekimliği–okul öncesi–RAM üçgeninde kısa tarama ölçeklerinin kullanılması • Tanılamada kullanılan araçların güncel, kültürel uyarlamalarının yapılmış olması ve çoklu kaynak kullanımıyla değerlendirmenin yapılması • RAM'larda deneyimli ve ölçüm araçlarını kullanma konusunda yetkin eğitimcilerin görev almaları • Ailelerin tanı süresince desteklenmesi ve kabulleniş sürecinin sorunsuz geçiştirilmesi • Aile odaklı şeffaflığın sağlanması • Ailelerin eğitimin her aşamasına aktif biçimde katılması • Öğretmenlerin özel gereksinimli çocuklara yaklaşım konusunda hizmet içi ve uygulamalı eğitimlerle desteklenmesi • Ekipler arası iş birliğinin güçlendirilmesi • Okulların fiziki koşullarının iyileştirilmesi • BEP'te belirlenen hedeflere yılsonu ulaşma düzeyinin denetlenmesi • Uluslararası teknolojik gelişmelerin eğitimin her aşamasına yerleştirilmesi • Tanı türü, yaş, bölge ve yerleştirme sonuçlarını izleyen ulusal gösterge seti hazırlanması • Yıllık kamu raporlarının sunulması • Çoklu dezavantajlı özel gereksinimli çocuklarda ve ailelerinde eğitimin sosyal yardımla desteklenmesi • Pandemi ve deprem gibi eğitim kesintiye uğrayabileceği durumlarda EBA TV'nin "Özelim Eğitimdeyim" adlı telefon uygulamalarına benzer programların geliştirilerek hazır duruma getirilmesi(40)

önlemler alınmalıdır. "İkinci parkur" "kopukluğa izin vermeme politikası"dır. Bu amaçla ulusal ve uluslararası düzeyde yer alan çok sayıda kişi, kurum ve kuruluşun eğitim politikalarına destek olması ve işbirliği ile çalışması gerekmektedir.

Sonuç olarak;

Engeli olan bireylerin güçlendirilmesini desteklemek için eğitim temel alandır. Eğitim hakkından formal eğitim içinde kalan veya kalamayan tüm engeli olan bireylerin faydalanabilmesi için, fırsat eşitliliği sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Şişman Y. Engelliler açısından eşitlik, ayrımcılık ve eğitim hakkı. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 31 Aralık 2014;(32):57-85.
2. Shulla K, Filho WL, Lardjane S, Sommer JH, Borgemeister C. Sustainable development education in the context of the 2030 Agenda for sustainable development. International Journal of Sustainable Development and World Ecology. 03 Temmuz 2020;27(5):458-68.
3. Demirtaş Z. Uluslararası antlaşmalar çerçevesinde engellilerin eğitim hakkı. Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Akademik Dergisi. 22 Temmuz 2019;(2):39-59.
4. Fernández-Batanero JM, Montenegro-Rueda M, Fernández-Cerero J. Access and Participation of Students with Disabilities: The Challenge for Higher Education. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(19):11918.
5. European Agency for Special Needs and Inclusive Education. Evidence of the Link Between Inclusive Education and Social Inclusion: Literature Review. Denmark; 2018. https://www.european-agency.org/sites/default/files/evidence-final-summary_en.pdf erişim tarihi: 20 Eylül 2025.
6. Türkiye Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. 2030 Engelsiz Vizyon Belgesi. [Erişim Tarihi 20 Eylül 2025]; Erişim adresi: https://www.aile.gov.tr/media/94718/2030_engelsiz_vizyon_belgesi.pdf erişim tarihi: 20 Eylül 2025.
7. UNICEF. Global Annual Results Report 2024 [Internet]. [Erişim Tarihi 01 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.unicef.org/education/inclusive-education erişim tarihi:15 Eylül 2025.
8. Ainscow M, Slee R, Best M. Editorial: the Salamanca Statement: 25 years on. International Journal of Inclusive Education. 03 Ağustos 2019;23(7-8):671-6.
9. Özel D, Yıldız E. Inclusive education and ecological model. Journal of Inclusive Education in Research. 2020;1(2):16-28.
10. YÖK Engelli Öğrenci Komisyonu. YÖK, koronavirüs salgını döneminde engelli öğrencilerin eğitime erişimini mercek altına aldı [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 01 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://engelsiz.yok.gov.tr/Sayfalar/Haberler/2020/engelsiz-erisim-engelsiz-egitim.aspx erişim tarihi: 01 Eylül 2025.
11. YÖK Engelli Öğrenci Komisyonu. Yükseköğretim Kurulundan "Engelsiz Üniversite"lere "Bayrak ve Nişan"Ödülü [Internet]. [Erişim Tarihi 01 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://engelsiz.yok.gov.tr/Sayfalar/Haberler/2024/yuksekogretim-kurulundan-engelsiz-universitelere-bayrak-ve-nisan-odulu.aspx erişim tarihi: 01 Eylül 2025.
12. Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni [Internet]. 2023 Nis. Erişim adresi: https://aile.gov.tr/media/135432/eyhgm_istatistik_bulteni_nisan_23.pdf erişim tarihi: 10 Eylül 2025.
13. Curda EH. Higher Education: Education could ımprove ınformation on accommodations for students with disabilities. Report to congressional addressees. GAO-24-105614. 2024. https://www.gao.gov/assets/gao-24-105614.pdf erişim tarihi: 1 Eylül 2025.
14. Aydın A. Görme Engelli Üniversite Öğrencilerinin Bilgi Erişim Sorunları Üzerine Yapılmış Bir Araştırma. Bilgi Dünyası. 30 Nisan 2012;13(1):93-116.

15. Uğur Y. Yükseköğretim kurumlarının engelli öğrenci birimlerinin web sayfalarının incelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi; 2022.
16. Tekin HH. Engelli üniversite öğrencilerinin eğitim yaşamındaki sorunları: Konya örneği. Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2019;8(2):1531-48.
17. Erdoğan Ö. Erişebilir üniversiteler kapsamında engelli öğrenci birimlerinin engelli öğrenciler açısından değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Adnan Menderes Üniversitesi; 2019.
18. Shahlen OK. Engelli öğrencilerin yükseköğretim süreçlerindeki kolaylaştırıcı ve engelleyici unsurlar: İstanbul Üniversitesi örneği (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi; 2021.
19. Mengi A. Engelli öğrencilerin üniversite eğitimi sürecinde karşılaştığı güçlükler: Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Örneği. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2019;16(1):147-70.
20. Ünlü E. Özel eğitime gereksinim duyan öğrenciler ve özel eğitim. Diken İH., editör. Özel Eğitime Gereksinimi olan Öğrenciler ve Özel eğitim. Ankara.: Pegem Akademi.; 2021. Sy:3-17.
21. Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Özel Eğitim İhtiyacı Olan Bireylerin Yasal Hakları [Internet]. 2022 [Erişim Tarihi 15 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://orgm.meb.gov.tr/www/ozel-egitim-ihtiyaci-olan-bireylerin-yasal-haklari-kitabi-yayimlandi/icerik/2171 erişim tarihi: 15 Eylül 2025.
22. Turnbull HR, Turnbull AP, Wehmeyer ML, Park J. A quality of life framework for special education outcomes. Remedial and Special Education. 2003;24(2):67-74.
23. MEB Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 07.07.2018 tarih ve 30471 Sayılı Resmî Gazete. Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Yönetmeliği [Internet]. [Erişim Tarihi 10 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://orgm.meb.gov.tr/www/mevzuat-yonetmelik/icerik/1958 erişim tarihi: 10 Eylül 2025.
24. Yenioğlu S, Sayar K, Köse H, Güner-Yıldız N. Türkiye'de Özel Eğitim Alanında Değerlendirme Süreci. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2019;27(6):2379-89.
25. MEB Strateji Geliştirme Başkanlığı. Resmi İstatistikler. Erişim adresi: https://sgb.meb.gov.tr/www/resmi-istatistikler/icerik/64 erişim tarihi: 01 Eylül 2025.
26. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. On İkinci Kalkınma Planı 2024-2028.; Erişim adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_11122023.pdf erişim tarihi: 15 Eylül 2025.
27. Eğitim Reformu Girişimi. Ekonomik Krizin Eğitimden Kopuşa Etkisi Artıyor [Internet]. Erişim adresi: https://egitimreformugirisimi.org/ekonomik-krizin-egitimden-kopusa-etkisi-artiyor/ erişim tarihi: 10 Eylül 2025.
28. Buldu E, Özer A, Çalışkan G. Türkiye'de okul öncesinde kaynaştırma eğitimine ilişkin paydaş görüşlerinin incelenmesi: Bir derleme çalışması. Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi. 2021;5(2):618-42.
29. Aslan H, Kılıç D. Özel eğitime gereksinim duyan öğrencilerin tespitinde yaşanan sorunlar. Uluslararası Liderlik Eğitimi Dergisi. 2022;(2):105-21.
30. Bildiren A, Firat T, Kavruk SZ, Servi C, Sungur B. Are students with learning disabilities correctly diagnosed in Turkey? Appl Neuropsychol Child. 2025;14(3):389-402.
31. Yılmaz E, Melekoğlu MA. Kaynaştırma Eğitiminin Yasa ve Uygulamalardaki Durumunun Türkiye ve Avrupa Bağlamında Değerlendirilmesi. Osmangazi Journal of Educational Research. 2019;5(1):1-18.
32. Yüksel HG, Özcan E. Second Language Teachers' Knowledge and Beliefs About Dyslexia: Turkish Context. Dyslexia. 01 Mayıs 2025;31(2):e70005.pg: 1-11.
33. Gülay A, Cumalı E, Cumalı D. Experiences of Parents of Children with Special Needs in the Process of Receiving Reports from Guidance and Research Centers. International Journal of Contemporary Educational Research. 29 Eylül 2024;11(3):337-53.
34. Gün N, Zorluoğlu SL, Kaşikci E. Bireyselleştirilmiş eğitim programı ile ilgili çalışmaların eğilimleri: İçerik analizi. Milli Eğitim Dergisi. 2023;52(238):713-44.
35. UNICEF Türkiye Milli Komitesi. Türkiye eğitim değerlendirmeleri 2024 Faaliyet Raporu [Internet].. Erişim adresi: https://www.unicefturk.org/public/uploads/files/2024_Faaliyet_Raporu.pdf erişim tarihi: 20 Eylül 2025.
36. Şahin Akkaya G. Çoklu dezavantajlılık bağlamında özel eğitim hizmetlerine erişebilirlik (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Bursa Uludağ Üniversitesi; 2025.
37. Akçın F. Identification of the processes of preparing Individualized Education Programs (IEP) by special education teachers, and of problems encountered therein. Educational Research and Reviews. 2022;17(1):31-45.
38. Öztürk HA, Berber Z, Aytekin A, Tüter M, Yüce BÇ. Türkiye'de kaynaştırma eğitimi ve uygulamaları. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi [Internet]. 2024;11(1):300-31. Erişim adresi: www.asead.com erişim tarihi: 24 Eylül 2025.
39. Sabuncuoğlu DM, Çırak Y, Mutlu İ. Kaynaştırma/Bütünleştirme Eğitimi Hakkındaki Görüşlerim Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Journal of Inclusive Education Studies. 2021;3(1):15-32.
40. Gürbüz M. Özel gereksinimli çocuğa sahip ailelerin salgın döneminde gerçekleştirilen uzaktan eğitim süreci hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. Milli Eğitim Dergisi. 2022;51(233):443-60.
41. Tekeli D. Engelliliği Kapsayıcı Kalkınma: Neden Söz Ediyoruz? [Internet]. 2016 [Erişim adresi: http://Panel.Stgm.Org.Tr/Vera/App/Var/Files/E/N/Engelliligi-Kapsayici-Kalkinma.Neden-Soz-Ediyoruz__.Pdf erişim tarihi: 25 Eylül 2025.

Engelli Bireylerin İstihdam Hakkı

Nurhan Meydan Acımış

Engelli bireylerin istihdamı, sadece bir sosyal sorumluluk değil, aynı zamanda ekonomik bir zorunluluktur. Nitelikli iş gücü içinde yer almak isteyen engelli bireylerin önündeki engellerin kaldırılması, sadece onların değil, toplumun tüm kesimlerinin faydasına olacaktır. Bu bağlamda bütüncül, sürdürülebilir ve insan odaklı politikaların hayata geçirilmesi gerekmektedir.

1. Engelli İstihdamında Güncel Durum

Türkiye'de engelli istihdamının temel çerçevesini 4857 sayılı İş Kanunu'nun 30. maddesi oluşturmaktadır. Buna göre özel sektörde işverenler toplam çalışan sayısının %3'ü, kamuda ise %4'ü oranında engelli birey çalıştırmakla yükümlüdür. Bu kota uygulaması 2020–2025 döneminde değişmeden devam etmiştir.[1] İŞKUR verileri, pandemi döneminde (2020) engelli işe yerleştirmelerinin ciddi ölçüde düştüğünü, ancak 2021'den itibaren toparlanma başladığını göstermektedir. 2021'de 10.555 engelli birey iş bulurken, 2023'te bu sayı 34.622'ye yükselmiştir. 2024 Eylül itibarıyla toplam 146 bin engelli işçi aktif olarak çalışmakta, 2002'den bu yana ise kümülatif 505.403 engelli istihdama kazandırılmıştır. 2025'in ilk üç ayında da 17 bin kişinin işe yerleştirildiği bildirilmiştir.[2-4]

Buna rağmen kota açıkları devam etmektedir. 2023 Şubat verilerine göre kamuda 3.481, özel sektörde ise 23.797 kontenjan boş kalmıştır Bu durum, genel istihdam artışına rağmen engelli bireylerin hâlâ yeterince kapsanmadığını ortaya koymaktadır.[5]

2. Engelli İstihdamında İşveren Destekleri

Engelli istihdamını teşvik için işverenlere çeşitli mali destekler sunulmaktadır. Kota kapsamında istihdam edilen her engelli çalışanın işveren sigorta primi işveren payı İşsizlik Sigortası Fonu'ndan karşılanmaya devam etmektedir.[6]

İŞKUR, 2020–2025 döneminde engellilere yönelik İşbaşı Eğitim Programı (İEP), Mesleki Eğitim Kursu (MEK) ve Kendi İşini Kurma Hibesi gibi destekleri sürdürmüştür. Özellikle 2024'te engelli girişimcilere yönelik hibe tutarı artırılmıştır. 2025 yılında ayrıca engellilere özel 10.000 kişilik İşgücü Uyum Programı ilan edilmiştir.[6,7]

3. Engelli Kotası Uygulamasında Denetimler

Kota yükümlülüğünün takibi, Çalışma ve İş Kurumu İl Müdürlüklerince yapılmakta; eksiklik halinde işverenlere idari para cezası uygulanmaktadır.[8] Ancak 2023 verilerinde görülen yaklaşık 27 bin kişilik kontenjan açığı, denetimlerin caydırıcılık ve etkililiğinin sınırlı kaldığını göstermektedir.[5] Yani yasal çerçeve korunmakla birlikte uygulamada eksiklikler sürmektedir.

4. Meslek Edindirme Kurslarının Katkısı

İŞKUR'un düzenlediği kurs ve işbaşı eğitim programları engelli bireyler için önemli bir araçtır. 2023'teki 34.622 kişilik yerleştirme rakamı, bu tür programların iş gücü piyasasına geçişte rol oynadığını göstermektedir.[3] Ancak kursa katılan engellilerin uzun vadeli istihdamda kalma oranına dair ayrıntılı veriler kamuya açık değildir. Bu nedenle katkı nitel olarak olumlu olsa da sayısal etki ölçümü sınırlı kalmaktadır.[9]

5. Sosyal Yardım Alan Engellilerin İstihdama Geçişi

Türkiye'de sosyal yardım (örneğin engelli aylığı veya evde bakım yardımı) alan engelli bireylerin istihdama geçiş oranı üzerine resmî ve düzenli istatistik bulunmamaktadır.[9] Yerleştirme ve kota verileri istihdam artışını göstermekteyse de, sosyal yardım alanların istihdama katılımına dair doğrudan ölçüm yapılmamaktadır. Bu

veri eksikliği, politika tasarımı açısından önemli bir boşluk oluşturmaktadır.

6. Fiziksel ve Dijital Erişilebilirlik

Fiziksel erişilebilirlikte, 2016 tarihli Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği çerçevesinde il komisyonları denetimler yürütmekte ve uygun işyerlerine "Erişilebilirlik Belgesi" vermektedir.[10] 2023–2025 döneminde bu sistem aktif olarak işletilmiştir.

Dijital erişilebilirlikte ise 2025 yılında önemli bir gelişme yaşanmıştır. 2025/10 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesi ile kamu kurumlarının web siteleri ve mobil uygulamalarının erişilebilirliği düzenli olarak izlenecek ve raporlanacaktır.[11] Bu adım, 2020–2024 arasında yapılan araştırmalarda ortaya çıkan eksiklerin (örneğin kamu sitelerinin WCAG standartlarını karşılayamaması) kapatılmasını hedeflemektedir.[12]

7. Özel Sektörde Teşvik Modelleri

2020–2025 arasında özel sektörde engelli istihdamını teşvik eden bazı modeller öne çıkmıştır:

- Destekli istihdam ve iş koçluğu modeli, engellilerin işe yerleşmesini ve işte kalmasını kolaylaştırmak için yaygınlaştırılmıştır.[13]
- Korumalı işyerleri, özellikle ağır engelli bireylerin üretim süreçlerine katılımını sağlamıştır.[6]
- Esnek ve uzaktan çalışma imkânları, pandemi sonrasında engelli istihdamını artıran yeni bir model olmuştur.[7]

Genel Değerlendirme

2020–2025 dönemi, engelli istihdamında yasal çerçevenin sabit kaldığı ancak uygulama araçlarının güçlendiği bir dönem olmuştur. Pandemi sonrası istihdamda önemli bir artış yaşanmış, işveren teşvikleri sürdürülmüş ve dijital erişilebilirlikte kritik bir adım atılmıştır. Buna rağmen kota açıkları, sosyal yardımdan istihdama geçişe dair veri eksikliği ve kursların uzun vadeli etkisinin ölçülememesi, politika alanında çözülmesi gereken başlıca sorunlar olarak öne çıkmaktadır.[13]

8. Engelli İstihdamı İçin Çözüm Önerileri

- **Pozitif ayrımcılığın artırılması**: Vergi teşvikleri, sigorta prim desteği gibi uygulamalar yaygınlaştırılmalı.
- **Eğitim ve mesleki gelişim**: Engellilere yönelik mesleki eğitim merkezlerinin artırılması.
- **Farkındalık kampanyaları**: İşverenlerin ve toplumun bilinçlendirilmesi.
- **Erişilebilirliğin sağlanması**: Kamu ve özel sektör binalarının engelli bireyler için erişilebilir hale getirilmesi.
- **Kamu-özel iş birliği**: Engelli bireylerin işe yerleştirilmesi için kamu ve özel sektörün ortak projeler geliştirmesi.
- **Uzaktan çalışma olanakları**: Özellikle zihinsel ya da fiziksel engelleri olan bireyler için evden çalışma modellerinin desteklenmesi.

Tablo 1. İstihdam Edilen Engelli Sayısının 202-2025 Arası Değişimi

Yıl	İstihdam edilen engelli	Başka gösterge / not (kamu memuru, İŞKUR yerleştirme vb.)	Kaynak
2020	**(resmi tek sayı yok)**	EKPSS ile kamuya yerleştirilenler: 2020 dönemlerinde yerleşenler raporlamalarda aktarıldı (ör. 2020'de ~4.714 yerleşen aday belirtilmiş).	TÜBİTAK / araştırma derlemeleri, EKPSS raporları.
2021	**(resmi tek sayı yok)** Kamu memuru olarak istihdam edilen engelli sayısı ~**58.520** (Haziran 2021 bildirimi).	Kamu memuru engelli sayısı verisi bültenlerde yer alıyor.	Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı istatistik bülteni.
2022	**(resmi tek sayı yok)** Aynı dönemde kamu istihdamı artışı ve İŞKUR yerleştirmeleri devam etti.	ASHB bültenleri ve İŞKUR raporlarında yıllık yerleştirme verileri mevcut.	ASHB / İŞKUR bültenleri.
2023	**Bazı derlemelere göre toplam istihdam edilen engelli ~90.131** ASHB verilerinde kamu memuru engelli sayısı ~**65.662** (Nisan 2023 itibarıyla) olarak raporlanmıştır.	Toplam 90.131 rakamı sağlık/sivil toplum derlemelerinde ve sektörel raporlarda geçiyor; kamu memuru rakamı ASHB bültenlerinde açık.	Klinik / derleme sayfaları ve ASHB bülteni.(klinik.com.tr)
2024	**(resmi tek sayı yok / TÜİK engelli istatistikleri portalında ilgili gösterge tabloları mevcut)** TÜİK "Engelli İstatistikleri" ve "İşgücü İstatistikleri (2024)".	Genel istihdam artışı 2024 için TUİK tarafından raporlandı; engelliye özel toplam serisi için TUİK veri portalı ve ASHB bültenleri kontrol edilmelidir.	TÜİK veri portalı; İşgücü İstatistikleri 2024.
2025	Bazı kaynaklarda "kamuda çalışan engelli memur sayısı" 2024/2025 başı civarında ~**70.878** olarak aktarılmaktadır.	Kamu memuru sayısı ve İŞKUR cezaları/uygulama raporları, 2025'te mevzuat uygulamalarına dair denetim/bültenlerde yer aldı.	Memursen / ASHB derlemeleri / kamubis raporları.

KAYNAKLAR

1. 4857 sayılı İş Kanunu, Madde 30. Engelli ve eski hükümlü çalıştırma yükümlülüğü. Erişim: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4857 erişim tarihi 20.08.2025
2. Türkiye İş Kurumu (İŞKUR). (2021). İŞKUR Faaliyet Raporu 2021. Erişim: https://media.iskur.gov.tr/55722/2021-yili-iimek-faaliyet-raporu.pdf erişim tarihi 20.08.2025
3. Türkiye İş Kurumu (İŞKUR). (2023). İŞKUR Faaliyet Raporu 2023. Erişim: https://media.iskur.gov.tr/65154/iskur-2023-yili-faaliyet-raporu.pdf erişim tarihi 20.08.2025
4. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2024, Ekim). Basın Açıklaması: Engelli İstihdamı. Erişim: https://www.aile.gov.tr/haberler/engelli-istihdami-2024/ erişim tarihi 20.08.2025
5. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (EYHGM). (2023, Şubat). Kamu ve Özel Sektörde Engelli Kota Doluluk Oranları. Erişim: https://www.aile.gov.tr/eyhgm/istatistikler/ erişim tarihi 20.08.2025
6. Türkiye İş Kurumu (İŞKUR). (2024). Engelli Hibe ve Teşvik Programları. Erişim: https://www.iskur.gov.tr/isveren/engelli-istihdami/ erişim tarihi 20.08.2025
7. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. (2025, Mayıs). 10.000 Engelli Vatandaş İçin İşgücü Uyum Programı. Erişim: https://www.csgb.gov.tr/cgm/haberler/15052025/
8. Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2023). 12. Kalkınma Planı (2024–2028), Engellilik Bölümü. Erişim: https://www.sbb.gov.tr/planlar-ve-programlar/ erişim tarihi 20.08.2025
9. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2016). Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği. Erişim: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/07/20160720-6.htm erişim tarihi 20.08.2025
10. Cumhurbaşkanlığı Genelgesi. (2025/10). Web Siteleri ve Mobil Uygulamaların Erişilebilirliği. Erişim: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2025/01/20250115-10.pdf erişim tarihi 20.08.2025
11. Öztürk, A. (2022). Kamu Kurumlarının Web Sitelerinde Erişilebilirlik Analizi. Akademik Bilişim Bildirileri. Erişim: https://ab.org.tr/ab22/bildiri/123.pdf erişim tarihi 20.08.2025
12. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2023). Destekli İstihdam Programları Raporu. Erişim: https://www.aile.gov.tr/eyhgm/ erişim tarihi 20.08.2025
13. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2023). Destekli İstihdam ve İş Koçluğu Modeli Uygulama Raporu. Erişim: https://www.aile.gov.tr/eyhgm/destekli-istihdam-rapor erişim tarihi 20.08.2025

Krizler ve Afetlerde Engellilik (Pandemi & Deprem)

Elçin Balcı

Kriz ve afetler, engelli bireyler gibi toplumların en savunmasız gruplarını derinden etkileyen olaylardır. Engellilik durumu, bireyin günlük yaşam aktivitelerinde normal insanlara göre sınırlamalar yaşanmasına neden olan fiziksel, zihinsel, duyusal veya psikososyal farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Kriz ve/veya afet dönemlerinde bu durumdaki bireylerin ihtiyaçları genellikle yeterince karşılanmaz. COVID-19 pandemisi ve 6 Şubat 2023 depremi, Türkiye'de engelli bireylerin krizlere karşı kırılganlığını daha görünür kılmıştır. Bu bölümde, pandemi ve deprem örneklerinde engelli bireylerin yaşadığı zorluklar, sağlık ve sosyal hizmetler, erişilebilirlik ve afet yönetimi perspektifleriyle sunulmaktadır.

1. Engelli Bireylerin Pandemi Sürecinden Etkilenmesindeki Farklılıklar

1.1. Pandeminin Genel Etkileri ve Engelli Bireylerin Risk Gruplarında Önemi

COVID-19 pandemisi, engelli bireyler üzerinde fiziksel sağlık açısından genel nüfusa kıyasla daha ağır etkiler yaratmıştır, özellikle solunum yolu enfeksiyonlarına yatkınlığı olan engellilerde daha ağır seyretmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), engellilerin COVID-19 enfeksiyonlarına karşı daha savunmasız olduğunu vurgulamaktadır.[1] Özellikle solunum yetmezliği riski geliştiren kas-iskelet sistemi hastalıkları veya nörolojik engellilerde, virüsün komplikasyonları daha ağır seyretmiştir. Örneğin, amiyotrofik lateral skleroz veya multiple skleroz gibi nörolojik hastalıklara sahip bireylerde immün sistem zayıflığı riski artmıştır.[2,3] Türkiye'de yapılan saha araştırmalarında, engelli bireylerin pandemi süresince evden çıkmalarının kısıtlanması ve sağlık hizmetlerine erişim sorunları nedeniyle ruhsal sağlıklarında belirgin bozulmalar gözlenmiştir.[3] İstatistikler COVID-19 nedeniyle hastaneye yatış ve ölüm oranlarının engelli bireylerde %1,5-2 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir.[4]

1.2. Sosyal ve Ekonomik Etkiler

Pandemi sürecinde iş kaybı ve gelir azalması engelli bireylerde diğer topluma göre daha yüksektir.[3] TÜİK'in raporuna göre, engelli bireylerin %30'u pandemi sürecinde işini kaybetmiş veya gelirinde ciddi düşüş yaşamıştır.[4] İşverenlerin uzaktan çalışma modeli ve esnek çalışma imkânlarını engelli çalışanlara yeterince sağlamaması, iş gücü piyasasındaki dezavantajlarını derinleştirmiştir. Bu ekonomik zorluklar, sağlık ve sosyal hizmetlere erişimde yeni engeller oluşturmuştur.[5,6]

1.3. Psikososyal Etkiler ve İzolasyon

COVID-19 pandemisinin neden olduğu sosyal izolasyonun engelli bireylerin ruh sağlığı üzerindeki etkisi büyüktür. İzolasyon koşulları engelli bireylerde depresyon, anksiyete ve sosyal dışlanmayı artırmıştır. Pandemi boyunca engelli bireylerin %60'ının yalnızlık ve psikolojik stres yaşadığı belirtilmiştir. Bu durum, Türkiye'de de psikososyal destek hizmetlerine erişim zorluklarıyla birleşince, pandemi sürecinde ruh sağlığı hizmetlerinin engellilere yeterince ulaştırılamamasına neden olmuştur.[7,8]

1.4. Eğitim ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Kesintiye Uğraması

Engelli çocuklar ve gençler için pandemi döneminde eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerinin kesintiye uğraması, uzun vadede gelişimsel kayıplara yol açmıştır. Uzaktan eğitimde materyallerin erişilebilir olmaması, özel eğitim öğretmenlerinin yetersizliği ve aile desteğinin sınırlı olması bu sorunu da büyütmüştür.[9,10]

2. Pandemi Sürecinde Engelli Bireyler İçin Evde Sağlık Hizmetlerinin Sürdürülebilirliği

2.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Önemi

Pandemi, evde sağlık hizmetlerinin önemini artırmıştır. Evde sağlık hizmetleri, engelli bireylerin hastaneye gitme zorunluluğunu azaltarak pandemi sırasında enfeksiyon riskini düşürmekte ve engelli bireylerin sağlık durumlarının stabil kalmasını sağlamaktadır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre, 2020-2022 yılları arasında evde bakım hizmetlerine talep %30 artış göstermiştir.[6]

2.2. Sağlık Personeli, İnsan Kaynağı ve Lojistik Sorunları

Pandeminin başlarında sağlık personeli eksikliği ve koruyucu ekipman yetersizliği nedeniyle hizmetlerde aksama yaşanmıştır. Özellikle kırsal ve dezavantajlı bölgelerde evde bakım ekiplerinin ulaşımı ve hizmetlerin düzenli verilmesi zorlaşmıştır.[11]

2.3. Dijital Sağlık Uygulamaları ve Erişim Engelleri

Pandemi ile birlikte "Tele-sağlık" sistemleri gibi hizmetler yaygınlaşmış olsa da engelli bireylerin dijital altyapı eksikliği ve dijital okuryazarlık yetersizliği bu erişimi sınırlandırmıştır. İnternet erişimi, cihaz kullanımı ve dijital okuryazarlık alanlarında yaşanan bu eksiklikler, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de dijital sağlık uygulamaları hizmetlerinin etkinliğini azaltmıştır.[8,9]

3. 6 Şubat 2023 Depreminden Sonra Ortaya Çıkan Engellilikler ve Veri Güvenirliği

3.1. Depremde Yaralanma ve Engellilik Oranları

6 Şubat depremi, Türkiye tarihinin en yıkıcı doğal afetlerinden biri olmuştur. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 45.000'den fazla yaralanma ve yaklaşık 8.500 kalıcı engellilik vakası tespit edilmiştir.[11] Ortopedik yaralanmalar başta olmak üzere amputasyon ve sinir hasarları kalıcı engellilikte önemli yer tutmuştur. AFAD verileri de yoğun bakımda kalan hastaların %40'ında uzun süreli engellilik riski olduğunu göstermektedir.[12]

3.2. Ruh Sağlığı Sorunları ve Psikososyal Engellilik

Deprem travması sonrası psikososyal engellilik oranlarında ciddi artış gözlenmiştir. Travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, depresyon ve sosyal izolasyon afetzedelerin yaklaşık %15-20'sinde teşhis edilmiştir. AFAD raporlarına göre, etkilenen nüfusun yaklaşık %10'u psikososyal destek ihtiyacı duymuştur (12). Psikososyal destek hizmetlerinin eksikliği yanında veri toplamada yaşanan sorunlar da bu süreci zorlaştırmıştır.[13]

3.3. Veri Toplama Sürecindeki Zorluklar ve Güvenirlik

Afet sonrası veri toplama sistemlerinin yetersizliği, engellilik verilerinin güncel ve güvenilir olmasını engellemiştir. Kırsal ve afet bölgesindeki altyapı sorunları da kişisel verilerin doğruluğunu olumsuz etkilemiştir. Dünya Bankası ve AFAD iş birliğiyle yürütülen çalışmalar, veri güvenilirliğinin artırılması için yeni yöntemler geliştirilmesini önermektedir. Bu iş birliği çerçevesinde veri kalitesini artırmak için gelişmiş coğrafi bilgi sistemleri (GIS) ve mobil uygulama bazlı veri toplama araçlarını devreye almıştır.[13,14]

3.4. Uzun Vadeli Rehabilitasyon ve Yeniden Entegrasyon

Kalıcı engellilik yaşayan bireyler için rehabilitasyon hizmetlerinin planlanması kritik öneme sahiptir. Ancak, Türkiye'de afet sonrası rehabilitasyon altyapısı da yetersiz kalmıştır. Uzun vadeli sağlık hizmetleri ve sosyal destek programları geliştirilmesi gerekmektedir.[15]

4. Afet Planlarında Engelli Bireylere Özgü Tahliye ve Bilgilendirme Mekanizmaları

4.1. Mevcut Afet Yönetimi Planlarında Engellilerin İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi

Türkiye'de afet yönetimi planlarında engelli bireylerin ihtiyaçları çoğunlukla ihmal edilmektedir ve tahliye prosedürleri sınırlı düzeydedir. Afet planlarının sadece %22'sinde engellilere özgü tahliye prosedürleri bulunmaktadır. Ulusal Afet Yönetimi stratejilerinde erişilebilirlik ve özel ihtiyaçların tanınması için çalışmalar başlatılmıştır ancak uygulamada yaygınlık kazanamamıştır. Mevcut eksiklikler, kriz anında engelli bireylerin mortalite ve morbiditesini de artırmaktadır.[16]

4.2. Deprem Deneyiminden Çıkarılan Dersler ve İyileştirme İhtiyaçları

6 Şubat depreminde erişilebilir erken uyarı sistemlerinin yetersiz olduğu, sesli uyarı sistemlerinin görme engellilerde, işaret dili tercüme hizmetlerinin işitme engellilerde eksik kaldığı raporlanmıştır. Bu deneyimler afet yönetimi politikalarının engelli bireylerin ihtiyaçlarını önceliklendirmesi gerektiğini ortaya koymuştur.[17]

4.3. Uluslararası Standartlar ve Türkiye'de Uygulama Olanakları

FEMA ve IFRC gibi uluslararası kurumlar, afet planlarının engelli dostu olması için kapsamlı rehberlik sağ-

lamaktadır.[18] Türkiye'de bu standartların adaptasyonu ve yerel düzeyde uygulanması için eğitim programları ve altyapı iyileştirmeleri gerekmektedir.

5. Pandemi Sonrası Uzaktan Hizmetlere Erişim ve Engelli Bireylerin Dezavantajları

5.1. Dijital Uçurum ve Teknolojiye Erişim

Türkiye'de normal bireylerle engelli bireylerin internet erişimi ve dijital platformları kullanma oranları arasında fark bulunmamaktadır. Bu dijital uçurum, engelli bireyler için uzaktan eğitim ve dijitalize edilen sağlık hizmetlerine erişimi de kısıtlamaktadır. Afet dönemlerinde ve olağan dışı durumlarda bu hizmetlerde yaşanan aksaklıkların engelli bireyler üzerindeki etkisi toplumun diğer kesimlerine göre daha da ağır olmaktadır.[19-22]

5.2. Uzaktan Eğitimde Karşılaşılan Sorunlar

UNESCO raporları, engelli öğrencilerin %37'sinin teknolojik altyapı ve destek eksikliği nedeniyle uzaktan eğitime katılamadığını göstermektedir.[21] Ayrıca, materyallerin erişilebilir olmaması engelli bireyler için eğitim hakkını engellemektedir. Afet dönemlerine özgü olarak genel çerçevede tespit ve tahminler yürütülebilecek olsa da Türkiye için bu konuda sağlıklı bir değerlendirme yapılabilecek güvenilir veri sıkıntısı yaşanmaktadır.

5.3. Tele-Sağlık Hizmetlerinin Erişilebilirlik Sorunları

Tele-sağlık platformlarının hızlı internet alt yapısı ile desteklenmesi gerekir. Kırsal ve düşük gelirli bölgelerde yaşayan engelli bireyler için altyapı eksiklikleri olumsuz durumlar yaratabilir. Ayrıca ekran okuyucu uyumluluğu, işaret dili ve alt yazı desteği gibi kişiselleştirilmiş hizmet eksikliği engellilerin hizmetlere tam erişimlerini engellemektedir. Bu durum, pandemi sonrası dönemlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinin etkinliğini de düşürebilir.[20, 22]

6. Kriz Dönemlerinde Engelli Bireylerin Sosyal Yardımlara Erişiminin Sürdürülebilirliği

6.1. Sosyal Yardım Politikalarının Analizi

Afet dönemlerinde sosyal yardımların artması doğal beklenen bir durumdur. Ancak engelli bireylere erişimi konusunda bir değerlendirme yapmayı sağlayacak sağlıklı verilere ulaşmak mümkün olamamaktadır. Covid pandemisi ve 6 Şubat depremleri sonrasında yardımların analizini yapacak sağlıklı veri yoktur. Ancak yardım dağıtımındaki azalma ve aksamalardan, koordinasyon eksikliği ve kaynak yetersizliğinin sorumlu olabileceği tahmin edilebilir. Bu aksaklıkların önüne geçmek için afet öncesi dönemdeki hazırlıkların güçlü yapılması gerekir.

6.2. Yerel Yönetimler ve Sivil Toplumun Rolü

Bazı belediyeler ve STK'lar engellilere yönelik özel programlar geliştirmiştir ancak bu programların kapsamı sınırlı ve sürdürülebilirliği zayıftır. Konuyla ilgili araştırma sonuçları da sınırlı bilgi vermektedir.[23] Afet ve kriz dönemlerinde sosyal yardımların etkili olabilmesi için koordinasyon ve izleme mekanizmalarının güçlendirilmesi önemlidir.

7. Pandemi Sürecinde Engelli Bireyler İçin Evde Sağlık Hizmetlerinin Sürdürülebilirliği

7.1. Hizmet Modellerinde Yenilikler ve Öneriler

Pandemi süreci, evde bakım hizmetlerinde hibrit modellerin geliştirilmesi ihtiyacını ortaya koymuştur. Örneğin, dijital araçların ev ziyaretleri ile kombine edilmesi, hizmet kalitesini artırabilir.[9] Ayrıca sağlık çalışanlarının engelli bireylere özgü eğitimlerinin artırılması gerekmektedir.

7.2. Uluslararası Standartlar ve Uygulamalar

FEMA ve IFRC gibi kurumlar, engelli dostu afet planları için standartlar geliştirmiştir. Bu standartlar, engelli bireylerin afetlere erişilebilir şekilde hazırlanmalarını, tahliyelerini ve desteklenmelerini hedeflemektedir.[18] Türkiye'de bu standartların adaptasyonu ve uygulaması için kapsamlı eğitim ve altyapı yatırımları gerekmektedir.

7.3. Katılımcı Afet Yönetimi ve Engelli Toplulukların Rolü

Afet planlarının geliştirilmesinde engelli bireylerin ve temsilcilerinin doğrudan katılımı, etkili ve sürdürülebilir çözümler için kritik önemdedir.

8. Sonuç

Pandemi ve 6 Şubat depremi, engelli bireylerin krizlere karşı kırılganlığını ortaya koymuştur. Sağlık, eğitim, sosyal hizmetler ve afet yönetimi alanlarında engelli dostu yaklaşımlar geliştirilmesi zorunludur. Veri güvenilirliği, erişilebilirlik standartlarının yükseltilmesi ve sürdürülebilir sosyal yardım mekanizmalarının kurulması, engelli bireylerin kriz dönemlerinde hak ettikleri desteği almaları için hayati öneme sahiptir.

KAYNAKLAR

1. WHO. Disability considerations during the COVID-19 outbreak. 2020. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Disability-2020-1 Erişim tarihi: 01.10.2025
2. Consortium "United Nations workstream on COVID-19 disability inclusive health response and recovery", Cieza, A., Kamenov, K., Al Ghaib, O. A., Aresu, A., Chatterji, S., ... & Widmer-Iliescu, R. (2021). Disability and COVID-19: ensuring no one is left behind. Archives of Public Health, 79(1), 148.
3. Kuper H, Banks LM, Bright T, Davey C, Shakespeare T. Disability-inclusive COVID-19 response: What it is, why it is important and what we can learn from the United Kingdom's response. Wellcome open research. 2020;5:79.
4. Akbulut S, Taşköprü C. Mevzuattan Uygulamaya Engelli Haklari İzleme Raporu 2020. https://www.451derece.com/451admin/uploads/file/engelli-haklari-izleme-raporu.pdf Erişim tarihi: 01.10.2025
5. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni. Aralık,2021. https://www.aile.gov.tr/media/96693/eyhgm_istatistik_bulteni_aralik_2021.pdf Erişim tarihi: 15.09.2025
6. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü. Evde Sağlık Hizmetleri Raporu Yayın No: 48569, İstanbul-2021. https://files.tuseb.gov.tr/tuhke/files/yayinlar/2024-11-29-14-51-41.pdf Erişim tarihi: 16.09.2025
7. Sama SR, Quinn MM, Galligan CJ, Karlsson ND, Gore RJ, Kriebel D, et al. Impacts of the COVID-19 Pandemic on Home Health and Home Care Agency Managers, Clients, and Aides: A Cross-Sectional Survey, March to June, 2020. Home Health Care Management & Practice. 2021;33(2):125-9.
8. Valdez RS, Rogers CC, Claypool H, Trieshmann L, Frye O, Wellbeloved-Stone C, et al. Ensuring full participation of people with disabilities in an era of telehealth. Journal of the American Medical Informatics Association. 2021;28(2):389-92.
9. Akbayrak K, Vural G, Ağar M. The Experiences and Views of Special Education Teachers Towards Distance Education Throughout Coronavirus Pandemic Period. Inonu University Journal of the Faculty of Education (INUJFE). 2021;22(1).
10. European Disability Forum. Human Rights Report 2021: Impact of COVID19 on persons with disabilities. 2020. https://www.edf-feph.org/publications/human-rights-report-2021-impact-of-covid19-on-persons-with-disabilities/ Erişim tarihi:03.10.2025
11. Türkiye Cumhuriyeti Başkanlığı, Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Kahramanmaraş ve Hatay Depremleri Raporu. 2023. https://www.sbb.gov.tr/2023-kahramanmaras-ve-hatay-depremleri-raporu/ Erişim tarihi:02.10.2025
12. T.C. İçişleri Bakanlığı, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. 06 Şubat 2023 Pazarcik-Elbistan Kahramanmaraş (Mw: 7.7 – Mw: 7.6) Depremleri Raporu. 2023. https://deprem.afad.gov.tr/assets/pdf/Kahramanmara%C5%9F%20Depremi%20%20Raporu_02.06.2023.pdf Erişim tarihi: 03.09.2025
13. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2023. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf Erişim tarihi: 13.09.2025
14. The World Bank. World Development Report 2021. 2020. https://documents1.worldbank.org/curated/en/778921588767120094/pdf/World-Development-Report-2021-Data-for-Better-Lives-Concept-Note.pdf Erişim tarihi:03.10.2025
15. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). Ifrc Global Plan 2020. 2020. https://www.ifrc.org/sites/default/files/2022-09/IFRC-Global-Plan-2020-FINAL.pdf Erişim tarihi:23.09.2025
16. Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Engelli Hakları Ulusal Eylem Plani 2023-2025. https://aile.gov.tr/media/133056/engelli_haklari_ulusal_eylem_plani_23-25.pdf Erişim tarihi:23.09.2025
17. European Disability Forum. Alternative report for the second review of the European Union by the CRPD Committee. https://www.edf-feph.org/content/uploads/2025/02/Alternative-Report-CRPD-Final.pdf Erişim tarihi:03.10.2025
18. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Minimum Standards for Protection, Gender and Inclusion in Emergencies. Geneva,2018. https://www.ifrc.org/sites/default/files/Minimum-standards-for-protection-gender-and-inclusion-in-emergencies-LR.pdf Erişim tarihi:17.09.2025
19. Tutar H, Akar F. The problem of digital disability in e-municipality: a study on metropolitan municipalities. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi. 2023(62):30-46.
20. Cho M, Kim KM. Effect of digital divide on people with disabilities during the COVID-19 pandemic. Disability and Health Journal. 2022;15(1):101214.
21. Unicef, Unesco, The World Bank. Mission: Recovering Education in 2021. https://www.unicef.org/turkiye/en/media/13371/file Erişim tarihi: 29.09.2025
22. R Niakan Kalhori S, Bahaadinbeigy K, Deldar K, Gholamzadeh M, Hajesmaeel-Gohari S, Ayyoubzadeh SM. Digital health solutions to control the COVID-19 pandemic in countries with high disease prevalence: literature review. Journal of medical Internet research. 2021;23(3):e19473.
23. Kurtkapan H. Yerel Yönetimlerin Engelli ve Yaşlı Bireylere Yönelik Hizmetlerinin Sosyolojik Açıdan Değerlendirilmesi: İstanbul Örneği. 2024.

Engelli Bireylerde Dijital Katılım ve Erişilebilirlik

Dilek Yapar

1. Giriş

Dijital dönüşüm, son on yılın en belirleyici toplumsal gelişmelerinden biridir. Dijital dönüşüm, bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağladığı imkânlarla kamu, sağlık, eğitim ve sanayi gibi alanlarda toplumsal ihtiyaçlara daha etkin çözümler sunmayı amaçlayan bütüncül bir süreçtir. Bu bağlamda dijitalleşme, özellikle pandemi sonrası dönemde küresel olarak hızlanmıştır. En önemli noktalardan biri de teknolojilerin "herkes için" düşünülerek sunulmasıdır. Ancak engelli bireyler için bu dönüşüm sürecinin eşitlikçi ve erişilebilir olması gerekmektedir. Dijital erişilebilirlik, hızla dijitalleşen dünyada tüm bireylerin teknolojiye eşit şekilde ulaşabilmesini ve toplumsal hayata katılabilmesini sağlamayı amaçlar. Bu yaklaşım, engelliler ve kronik hastalığı olanlar dâhil herkesin dijital dünyada fırsat eşitliğiyle yer almasını destekler.[1] Engelli bireyler için dijital erişilebilirlik, evrensel tasarım ilkelerinin dijital dünyaya uyarlanması anlamına gelir. Evrensel tasarım, herkesin eşit şekilde yararlanabileceği ürün ve hizmetlerin oluşturulmasını amaçlar. Dijital ürün ve hizmetler de farklı engel gruplarına sahip bireylerin ihtiyaçlarını gözeterek tasarlanmalıdır. Ekran okuyucu uyumu, işaret dili desteği, sade dil kullanımı veya alternatif etkileşim yolları gibi araçlar sayesinde kullanıcılar teknolojiyle kendi yeteneklerine en uygun biçimde etkileşim kurabilmeli, günlük yaşamda bağımsızlıklarını ve toplumsal katılımlarını artırabilmelidir.

Engelliler Hakkında Kanun'da erişilebilirlik; "binaların, açık alanların, ulaşım ve bilgilendirme hizmetleri ile bilgi ve iletişim teknolojisinin, engelliler tarafından güvenli ve bağımsız olarak ulaşılabilir ve kullanılabilir olması" diye tanımlanır.[2] Erişilebilirlik, engelli bireylerin fiziksel, zihinsel veya duygusal engellerini aşarak toplumdaki farklı alanlara ve kaynaklara rahatça ulaşabilmesi ve bunlardan faydalanabilmesi hakkıdır. Bu kavram, herkesin engel durumuna bakılmaksızın eşit fırsatlar elde etmesini ve topluma tam katılım sağlamasını hedefler. Diğer bir bakış açısıyla dijital erişilebilirlik, bireylerin donanım, yazılım ve altyapı aracılığıyla dijital hizmetlere fiziksel ve bilişsel olarak ulaşabilmesini ifade ederken; dijital katılım, bu hizmetlerin anlamlı, sürekli ve kapsayıcı biçimde kullanımını, başka bir deyişle bireylerin toplumsal ve ekonomik yaşama etkin olarak dâhil olmasını kapsamaktadır.[3]

Engelli bireylerde dijital katılım ve erişilebilirlik, yalnızca teknoloji alanının değil, aynı zamanda toplum sağlığının da temel bir unsurudur. Bir web sitesi, mobil uygulama veya elektronik belgenin; görsel, işitsel, motor ya da bilişsel engeli olan bireyler ile yaşlıların da dahil olduğu tüm kullanıcılar tarafından kolayca anlaşılabilir ve kullanılabilir olması, dijital katılımın en önemli boyutlarından birini oluşturur. Halk sağlığı açısından bakıldığında bu durum, toplumdaki her bireyin bilgiye, hizmete ve sağlıkla ilgili kaynaklara eşit biçimde ulaşabilmesi anlamına gelir. Özellikle kişisel sağlık kayıtlarımızın tutulduğu e-Nabız kullanıcı arayüzü, erişim protokolleri ve güvenlik standartları; görme, işitme veya motor engeli bulunan bireylerin sağlık verilerine ulaşabilmesi için erişilebilir tasarım ilkeleriyle uyumlu hale getirilmelidir. Dolayısıyla, e-Nabız'ın geliştirilme süreci, engelli bireylerin ihtiyaçlarını gözeten teknik çözümler üretmeyi zorunlu kılmaktadır. Dijital sağlık hizmetlerinin, yaş, engel türü ya da sosyoekonomik durum farkı gözetmeksizin herkesin eşit biçimde yararlanabileceği ve toplumdaki tüm bireylerin sağlık hakkını koruyacak şekilde erişilebilirlik ve kapsayıcılık ilkeleriyle tasarlanması gereklidir.

Son yıllarda Türkiye'de internet ve mobil cihaz kullanım oranları oldukça yüksek seviyelere ulaşmıştır. TÜİK verileri ve resmi açıklamalar, yetişkin nüfusun büyük çoğunluğunun internetten yararlandığını ve nü-

fusun neredeyse tamamına yakınının mobil bağlantıya sahip olduğunu göstermektedir.[4,5] Bu bağlamda akıllı telefonlar yalnızca iletişim aracı değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişim, sosyal katılım, eğitim ve bağımsız yaşam becerilerini destekleyen birer dijital kapsayıcılık aracı haline gelmiştir. Günümüzde akıllı telefon üreticileri, farklı engel türlerine sahip bireylerin dijital teknolojilere daha kolay erişebilmesi için cihazlarına çeşitli erişilebilirlik modları entegre etmektedir. Ekran okuyucular, büyütme ve kontrast ayarları, renk filtreleri, gerçek zamanlı altyazı, sesli komut sistemleri ve basitleştirilmiş arayüzler gibi özellikler; görme, işitme, motor veya bilişsel engeli olan bireylerin dijital hizmetlerden yararlanmasını kolaylaştırmakta, sağlık hizmetlerine erişim, sosyal katılım ve bağımsız yaşam becerilerini desteklemektedir.[6,7]

Sonuç olarak dijital dönüşüm, kamu hizmetlerinden sağlığa, eğitimden sosyal yaşama uzanan geniş bir yelpazede son on yılda yaşamı yeniden biçimlendirmektedir. Bu bağlamda, engelli bireylerin dijital katılımı ve erişilebilirliği, yalnızca bir teknoloji meselesi değil; aynı zamanda bir insan hakları, halk sağlığı ve toplumsal adalet meselesidir. Bu bölümde; dijital okuryazarlık, kamu siteleri ve e-Devlet erişilebilirliği, mobil uygulamalar başlıkları altında Türkiye'nin güncel fotoğrafı çıkarılacaktır. Engelli bireyler, yaşamın pek çok alanında olduğu gibi dijital erişimde de ek engellerle karşılaşmaktadır. Örneğin, birçok web sitesi yazı rengi, boyutu, yerleşim düzeni ve ekran okuyucularla uyumsuzluk gibi sorunlar nedeniyle görme engelli bireyler için erişilebilir değildir. Diğer engelli gruplar ise fare, klavye kullanımı ya da uzun süreli cihaz kullanımında zorluk yaşayabilmektedir.[8]

2. Dijital Okuryazarlık Programları ve Engelli Bireylerin Kapsanma Düzeyi

Dijital okuryazarlık (DO), bireylerin okuma, yazma ve teknik becerilerini kullanarak dijital ortamda güvenli ve bilinçli şekilde hareket edebilme yeteneğini ifade eder. Bu kavram, bilgi ve iletişim teknolojileri ile interneti kullanarak içerik bulma, değerlendirme, kullanma, paylaşma ve üretme becerisidir.[9-11] Halk sağlığı açısından bakıldığında bu kavram, sağlık okuryazarlığının dijital boyutunu desteklemekte; bireylerin sağlık bilgilerine erişim, e-Nabız gibi dijital sağlık platformlarını kullanabilme ve yanlış bilgilere karşı korunabilme kapasitelerini artırmaktadır. DO hem bilişsel hem de teknik becerileri içerir, yaşam kalitesini ve özgüveni artırır; ancak engelli bireyler için erişilebilirlik her zaman sağlanamamaktadır. Örneğin, işitme cihazlarıyla uyumsuz akıllı telefonlar, motor engelliler için hassas dokunmatik ekranlar veya ekran okuyucular için etiketlenmemiş web sayfaları erişimi sınırlayabilmektedir. Bu noktada destekleyici teknolojiler alternatif iletişim yolları sunar.[12]

Günümüzde DO; bilgisayar ve ağ okuryazarlığından medya, görsel, iletişim, bilgi ve e-okuryazarlığa kadar geniş bir alanı kapsamaktadır.[13-15] Beceri örnekleri arasında cihaz kullanımı, internet aramaları, dosya yönetimi, çevrimiçi güvenlik, online ödemeler, belge hazırlama, görsel materyal üretimi ve bloglarda etkileşim gibi pratikler vardır. Dijital okuryazarlık eksikliği, yani dijital yetersizlik, cihaz erişimsizliği, internet bağlantısının olmayışı, sosyoekonomik dezavantajlar, yaşlılık, hastalık, düşük eğitim düzeyi, dil-kültür engelleri veya teknolojiye direnç gibi nedenlerle ortaya çıkmaktadır.[16] Müdahale programları engelli bireylerde bu becerileri ve klinik sonuçları anlamlı şekilde iyileştirebilmektedir.[17]

Dijital okuryazarlık programları, bireylerin dijital teknolojileri etkin biçimde kullanabilmeleri için gerekli temel bilgi ve becerileri kazandırmayı amaçlayan girişimlerdir. Bu programlarda genellikle bilgisayar kullanımı, internet erişimi, çevrimiçi güvenlik ve dijital iletişim gibi alanlarda eğitimler verilmektedir. Kritik nokta, bu tür programların engelli bireyler, yaşlılar, düşük gelirli gruplar, göçmenler ve kırsal bölgelerde yaşayanlar gibi kırılgan toplumsal kesimleri kapsayıcı bir yaklaşımla tasarlanmasıdır. Aksi halde, dijital uçurumun daha da derinleşmesi ve engelli bireylerin toplumsal katılımdan dışlanması söz konusu olabilmektedir. Türkiye'de yürütülen projelerde engelli bireylerin katılımı hâlâ sınırlı olsa da, bu gruplara yönelik özel içerikler ve yardımcı teknolojilerle desteklenen programların geliştirilmesi, dijital eşitsizliklerin azaltılması için büyük önem taşımaktadır.

Türkiye'de dijital okuryazarlığı artırmaya yönelik başlıca girişimler, BTK (Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu), MEB (Milli Eğitim Bakanlığı) ve çeşitli STK'ların yürüttüğü projeler etrafında şekillenmiştir. Ancak bu projeler genellikle genel nüfusa yönelik olup, engelli bireylerin özel ihtiyaçlarına göre tasarlanmamıştır. Örneğin görme engellilerin ekran okuyucu desteği ile eğitime katılması, işitme engellilerin işaret dili desteği alması veya zihinsel engelli bireyler için sadeleştirilmiş içeriklerin kullanılması gibi farklılaştırılmış çözümler yaygın olarak uygulanmamıştır ve sınırlı kalmıştır. Dijital okuryazarlık, gelecekte milyonlarca ailenin refahı ile doğrudan ilişkili olup, iş gücünün daha yüksek bilişsel, sosyal ve teknolojik becerilere sahip olmasını zorunlu kılmaktadır. Talebin hızla artacağı öngörülen bu beceriler, eleştirel düşünme ve temel dijital yet-

kinliklerle bağlantılıdır. Bu nedenle eğitim sisteminin tüm alanlarında dijital okuryazarlığın güçlendirilmesi, iş gücünün yeniden beceri kazanma programlarıyla desteklenmesi ve iş dünyasında kullanılan dijital uygulamaların yaygınlaştırılması kritik önem taşımaktadır.[9] Bu bağlamda, dijital okuryazarlık programları ve e-sağlık çözümleri tasarlanırken engelli bireylerin özel ihtiyaçlarına yönelik adaptasyonlar (örneğin ekran okuyucu uyumu, işaret dili, sade arayüz) mutlaka entegre edilmelidir.

COVID-19 pandemisi, engelli bireylerin toplumdaki dijital katılımı ve kapsayıcılığı üzerinde önemli bir etkiye sahip oldu. Son beş yılda, özellikle COVID-19 pandemisi ile birlikte dijital hizmetlerin önemi artmış, buna paralel olarak engelli bireyler için dijital kapsayıcılık girişimleri de hız kazanmıştır. Ancak bu eğitimlerin kapsayıcılığı hâlen sınırlıdır, özellikle kırsal bölgelerde yaşayan engelli bireylerin çoğunlukla bu programlardan yararlanamamaktadır. Ancak, Türkiye'de engelli bireylerin dijital okuryazarlık eğitimlerine erişim düzeyine dair kapsamlı ve güncel nicel veriler henüz yeterince yayınlanmamıştır.

Dijital uçurum; internet erişiminin bulunup bulunmaması, erişim maliyetlerinin karşılanabilirliği, bilgisayar, akıllı telefon veya tablet gibi dijital cihazlara sahip olma durumu ve bu teknolojileri etkin biçimde kullanabilmek için gerekli becerilerin varlığıyla ilişkilidir. Engelli bireyler, bu göstergeler açısından toplumun geri kalanına kıyasla daha dezavantajlı konumdadır ve çevrimiçi ortamlara daha sınırlı katılım gösterebilmektedir.[8,18] Bu durum, sağlık bilgilerine ulaşım, eğitim ve istihdam fırsatları, sosyal katılım ve hizmetlerden yararlanma alanlarında eşitsizlikleri derinleştirmektedir. Halk sağlığı perspektifinden bakıldığında, engelli bireylerin dijital okuryazarlık becerilerinin güçlendirilmesi yalnızca bireysel kapasitelerini artırmakla kalmaz; aynı zamanda toplumsal katılımı, ekonomik bağımsızlığı ve yaşam kalitesini de iyileştiren kritik bir halk sağlığı müdahalesi niteliği taşır.

Dijital okuryazarlık güçlendirme programları, bireylerin dijital teknolojileri kullanma becerilerini artırmayı hedefler; ancak bu programların engelli bireyleri kapsayıcı şekilde tasarlanması gerekmektedir. Türkiye'de buna yönelik bazı örnekler mevcuttur. Örneğin, Engel-Siz Yaşam Derneği tarafından yürütülen Dijital CheckUP programı, engelli katılımcıların dijital becerilerini ölçmek, eksik alanları tespit etmek ve atölye çalışmalarıyla bu becerileri geliştirmek üzerine kurulmuştur. Programın etki raporuna göre, katılımcıların dijital ortamlarda bulunma süreleri ve okuryazarlık seviyeleri anlamlı şekilde artmıştır; fakat program sürekli destek ve sürdürülebilir kaynaklarla desteklenmediği takdirde etkisi sınırlı kalabileceği vurgulanmıştır (19). Eğitim alanında da özel uygulamalardan biri de 2022 yılında Millî Eğitim Bakanlığı'nın geliştirdiği işitme engelli öğrenciler için işaret dili anlatımlı dijital materyaller ve animasyonlar içeren bir dijital eğitim platformudur (ICDEP).[20] Bu platform, işitme engelli öğrencilerin dijital içeriklerle daha etkin etkileşim kurmasını desteklemektedir.

Engelli bireylerin sağlık verilerine daha kolay erişebilmesi amacıyla geliştirilen Tahlil Analiz ve Raporlama Zekası (TARZ) Projesi, Türkiye'de erişilebilir dijital sağlık çözümlerine örnek teşkil etmektedir. OpenAI tabanlı yapay zekâ algoritmalarıyla çalıştırılan bu platform, laboratuvar test sonuçlarını analiz ederek bireylere sade ve anlaşılır raporlar sunmayı hedeflemektedir. Projenin en önemli yönü, elde edilen sağlık sonuçlarının erişilebilir formatlarda sunulmasıdır; bu sayede görme engelliler için ekran okuyucularla uyumlu, bilişsel engeli olan bireyler için daha anlaşılır içerikler üretilmektedir. TARZ Projesi, evden çıkamayan veya sağlık kurumlarına ulaşmakta güçlük çeken engelli bireyler için dijital okuryazarlığın sağlık hizmetlerine entegrasyonuna iyi bir örnektir. Bu girişim, engelli bireylerin yaşam kalitesini yükseltmeyi, kendi sağlıkları hakkında bilinçli kararlar almalarını kolaylaştırmayı ve bağımsızlıklarını artırmayı hedeflemektedir.[21]

3. Kamu Kurumları İnternet Siteleri: Erişilebilirlik Durumu ve Denetimler

İnternet sitelerinde erişilebilirlik, yalnızca belirli kullanıcı gruplarına değil, görme, işitme ya da fiziksel kısıtlılığı bulunan bireyler de dahil olmak üzere tüm kullanıcıların siteye erişebilmesi, içerikleri anlayabilmesi ve hizmetlerden faydalanabilmesi anlamına gelmektedir. Bu nedenle özellikle kamu internet sitelerinde erişilebilirlik standartlarının uygulanması, vatandaşların çevrim içi hizmetlerden eşit şekilde yararlanabilmeleri açısından kritik öneme sahiptir.

Kamu internet siteleri, vatandaşların bilgiye erişimini ve kamu hizmetlerinden yararlanmasını kolaylaştıran temel dijital platformlar olarak işlev görmektedir. Basit bir "tanıtım" aracı olmanın ötesinde, bu siteler günümüzde e-posta, SMS, mobil teknolojiler ve kurumsal sistemlerle entegre çalışan, devlet-vatandaş etkileşimini güçlendiren operasyonel kanallar haline gelmiştir. Ayrıca internet erişiminin yaygınlaşmasıyla birlikte masaüstü bilgisayar, dizüstü cihazlar, mobil erişim ve yerinde hizmet noktaları üzerinden kamu sitelerine erişim çeşitlenmiştir. Dijital panolar, akıllı ekranlar

ve IoT cihazlarının da dahil olmasıyla kamu hizmetleri giderek daha geniş bir erişim ekosistemi içerisinde sunulmaktadır. Bu durum, kamu internet sitelerinin yalnızca bilgi aktarımını değil, aynı zamanda vatandaşın yönetime katılımını ve etkileşimini artıran bir araç haline geldiğini göstermektedir.[22, 23]

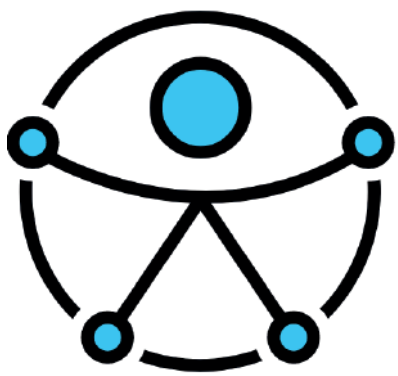
Türkiye'de dijital erişilebilirliğe yönelik çalışmalar, yasal düzenlemelerden önce farkındalık artırıcı etkinlikler ve eğitim programlarıyla başlamıştır. Özellikle Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından düzenlenen "Erişilebilirlik Atölyeleri: Web Erişilebilirlik Standartları Eğitimleri", kamu kurumları ve düzenleyici-denetleyici otoritelerin katılımıyla 2020 yılında başlatılmış, 2021'de devam eden çevrimiçi atölyelerle geniş bir kitleye ulaşmıştır. Bu süreçte Web Content Accessibility Guidelines (WCAG: Web İçeriği Erişilebilirlik Kılavuzu) 2.1 standartları, Uluslararası Standardizasyon Teşkilatı (ISO) tarafından hazırlanan ISO/IEC 40500:2012 ve Kamu İnternet Siteleri Rehberi (KAMİS) esas alınarak dijital içeriklerin erişilebilirliğinin artırılması hedeflenmiştir.[24] Bu öncü faaliyetlerin ardından, Cumhurbaşkanlığı Genelgesi (2025/8) ile "Ulusal Erişilebilirlik Günü" ilan edilmiş ve erişilebilirliğin temel bir hak olduğunun altı çizilmiştir.[25] Ardından 21 Haziran 2025 tarihli ve 32933 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Cumhurbaşkanlığı Genelgesi ile kamu kurumları ve özel sektör için dijital erişilebilirlik standartlarına uyum zorunluluğu getirilmiştir.[26]

T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK BİLGEM Yazılım Teknolojileri Araştırma Enstitüsü (YTE) tarafından hayata geçirilen KAMİS Projesi, kamu internet sitelerinin kullanılabilirlik ve erişilebilirlik standartlarına uygun hale getirilmesini hedeflemektedir.[22, 23] *Kamu İnternet Siteleri Rehberi*, ISO 9241-151 (İnsan Sistem Etkileşiminin Ergonomisi-Dünya Geneli İnternet Kullanıcı Arayüzleri Kılavuzu) ve Dünya Geneli İnternet Birliği (W3C) tarafından hazırlanan WCAG 2.1 standartlarında yer alan kriterleri kapsamaktadır.[23, 27] WCAG 2.1 erişilebilirliği üç farklı seviyede (A: 30 kriter, AA: 20 kriter, AAA: 28 kriter) tanımlamaktadır. AA düzeyine ulaşmak için, internet sitelerinin hem A düzeyi hem de AA düzeyi ilkelerin tamamına uygun olarak geliştirilmesi gerekmektedir. AA düzeyi ilkeler yerine getirilmediğinde, engelli kullanıcıların büyük çoğunluğunun internet sitesi içerilerinden ve sunulan hizmetlerden etkili ve verimli bir şekilde yararlanması zorlaşacaktır. AAA düzeyine ulaşmak için, internet sitelerinin A, AA ve AAA düzeyi ilkelerin tamamına uygun olarak geliştirilmesi gerekmektedir. AAA düzeyi ilkeler yerine getirildiğinde, engelli kullanıcıların büyük çoğunluğunun internet sitesi içerilerinden ve sunulan hizmetlerden etkili ve verimli bir şekilde yararlanması kolaylaştırılacaktır.[27] WCAG 2.1 standartlarının AAA düzeyi, dijital içeriklerin en yüksek erişilebilirlik kriterlerini karşılamasını amaçlamakta ve özellikle engelli bireylerin kapsayıcı biçimde çevrimiçi hizmetlere erişimini güvence altına almaktadır. Bu düzeyde, işaret dili çevirisi, önceden kaydedilmiş sesli açıklamalar ve ortam alternatifleri gibi ek sunum araçları ile farklı kullanıcı gruplarına erişim kolaylığı sağlanır. Ayrıca görsel ve işitsel unsurlar için kontrast artırımı, arka plan sesinin azaltılması, canlı ses desteği gibi düzenlemeler önerilmektedir. Bu kapsamda, WCAG 2.1 AAA düzeyi yalnızca teknik uyumluluk sağlamayı değil, aynı zamanda dijital içeriklerde güvenli, anlaşılır ve kapsayıcı bir kullanıcı deneyimi oluşturmayı hedeflemektedir.[27] Türkiye'de kamu internet siteleri ve kamu hizmeti sunan kurumların internet sitelerine yönelik hazırlanmış oldukça kapsamlı olan bu rehber, uluslararası standartlar çerçevesinde, kamu internet sitelerinin kullanılabilirliği ve erişilebilirliğine yönelik temel ilkeleri sunmaktadır. Bu rehber kullanılarak, TSE tarafından verilen ISO 9241-151 ve ISO/IEC 40500:2012 sertifikalarının alınmasI sağlanır. Böylece kamu kurumlarının sunduğu dijital hizmetlerin, özellikle engelli kullanıcılar için daha anlaşılır ve kullanılabilir hale getirilmesi hedeflenmektedir.[22,23]

Türkiye'de erişilebilir dijital hizmetlerin güçlendirilmesi, engelli ve yaşlı bireylerin web siteleri ve mobil uygulamalara eşit şekilde erişebilmesini sağlamak için önemli bir adım, Cumhurbaşkanlığı tarafından yayımlanan 2025/10 sayılı "Web Siteleri ve Mobil Uygulamaların Erişilebilirliği" Genelgesi ile atılmıştır.[25,26] Genelgede, kamu kurumları, üniversiteler, belediyeler, meslek kuruluşları, bankalar ve özel sektör dâhil olmak üzere tüm kurumların web siteleri ve mobil uygulamalarını erişilebilirlik standartlarına uygun hale getirmeleri zorunlu tutulmuştur. Bu kapsamda, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanı başkanlığında "*İzleme Komisyonu*" kurulmuş, ayrıca Bakan Yardımcısı başkanlığında ise ilgili kamu kurumları, üniversiteler, STK'lar ve özel sektör temsilcilerinin katılımıyla bir "*Danışma Komisyonu*" oluşturulmuştur. Kurumlar kendi içlerinde de "*İnceleme Komisyonları*" kurarak erişilebilirlik öz değerlendirmesi yapacak ve raporlarını Bakanlığa sunacaktır. Erişilebilirlik kriterlerini sağlayan web siteleri ve mobil uygulamalara ise iki yıl süreyle "*Erişilebilirlik Logosu*" kullanma hakkı verilecektir. Erişilebilirlik Logosu (**Şekil 1**), dijital platformların erişilebilirlik standartlarına uygunluğunu gösteren resmi bir işarettir. Erişilebilir

olduğu tescillenen web siteleri ve mobil uygulamalar, bu logoyu 2 yıl süreyle erişilebilirlik logosu kullanım hakkı ile kullanabilirler. Genelgede ayrıca, web siteleri ve uygulamaların denetiminde kullanılacak olan "**Web Siteleri ve Mobil Uygulamaların Erişilebilirliği Kontrol Listesi - A Seviyesi**" yayımlanmıştır. Bu liste, Web İçeriği Erişebilirlik Kılavuzu olan WCAG 2.2 ilkelerine dayandırılmış olup 31 ilke ve 122 sorudan oluşmaktadır. Bu standart kapsamında, A seviyesi kontrol listesi temel erişilebilirlik kriterlerini belirler ve tüm web sitelerinin en az bu seviyede uyum sağlaması zorunludur. Erişilebilirlik kontrol listesi – A seviyesi, görme, işitme ve motor beceri kısıtlamaları olan kullanıcılar için web içeriğinin kullanılabilirliğini artırır. Böylece, A seviyesi ile web içeriği standartlara uygun hale getirilerek dijital hizmetlerde kapsayıcılık ve eşit erişim sağlanır. Kamu kurumları, belediyeler, üniversiteler, bankalar, özel hastaneler, elektronik haberleşme şirketleri gibi çok sayıda kurum, 1 yıl içinde; elektronik ticaret yapan hizmet sağlayıcıları ise 2 yıl içinde erişilebilirlik standartlarına uyum sağlamakla yükümlüdür. Böylece, engelli ve yaşlı bireylerin dijital hizmetlere eşit katılımını sağlamak için somut bir denetim ve raporlama mekanizması kurulmuştur.[26]

Türkiye'de e-Devlet Kapısı, yalnızca geniş kitlelere hızlı ve kaliteli hizmet sunmayı değil, aynı zamanda engelli bireylerin ve yaşlı kullanıcıların dijital hizmetlere eşit şekilde erişimini de hedeflemektedir. Bu amaçla platform, görsel, işitsel, fiziksel ve zihinsel engeli olan bireylerin erişimini kolaylaştıracak biçimde uluslararası teknik standartlara göre tasarlanmıştır.[28] Kullanılabilirlik ve erişilebilirlik testleri Orta Doğu Teknik Üniversitesi'nin İnsan Bilgisayar Etkileşimi Laboratuvarı tarafından yapılmış ve olumlu sonuçlar alınmıştır.[29] Önemli bir gelişme olarak, e-Devlet Kapısı 2014 yılında Türk Standardları Enstitüsü tarafından ISO 9241-151 ve TS ISO/IEC 40500:2012 sertifikalarını almaya hak kazanmış, böylece Türkiye'de bu alanda ilk belgelendirilmiş kamu sistemi olmuştur. 2017'de yapılan güncellemeyle bu standartlara uyum yeniden onaylanmıştır.[29]



Şekil 1. Erişilebilirlik Logosu

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın 2024 yılı Faaliyet Raporu'nda erişilebilirlik alanında çeşitli düzenleme ve uygulamalara yer verilmiştir.[30] Raporda, Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Komisyonları tarafından yürütülen faaliyetler, internet sayfalarının erişilebilirliğine ilişkin hazırlık çalışmaları ve mevzuat taslaklarının oluşturulduğu belirtilmektedir. Ayrıca Bakanlık kurumsal internet sitesinin (aile.gov.tr) ekran okuyucular, klavye navigasyonu ve yardımcı teknolojilerle uyumlu olacak şekilde yeniden yapılandırıldığı, alternatif metinler ve yüksek kontrast renklerle erişilebilirliğin artırıldığı ifade edilmiştir. Bu çalışmalar, kamuya ait dijital hizmetlerin engelli bireyler ve farklı kullanıcı grupları için erişilebilirliğini güçlendirmeye yönelik önemli bir adım olarak görülmektedir. Bununla birlikte, raporda uygulamaların kapsamı ve niteliği detaylı biçimde açıklanmasına karşın, güncel dijital erişilebilirlik istatistiklerine ulaşılamamıştır. Bu durum, yapılan düzenlemelerin somut etkilerini değerlendirmeyi güçleştirmektedir.

Ayrıca "kullanılabilirlik ve erişilebilirlik standartlarına uygun kamu internet siteleri" ile ilgili de Türkiye'de güncel, kapsamlı istatistiklere ulaşılamamıştır. Kamu kurumlarının internet sitelerinin erişilebilirlik performansını değerlendiren akademik çalışmalar ve raporlar bulunmakla birlikte, bunlar genellikle örneklem bazlıdır ve ulusal düzeyde veriler değildir.[31,32]

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, erişilebilirlik alanında önemli veriler sunmaktadır. Bülten kapsamında özellikle erişilebilirlik izleme ve denetleme komisyonlarının faaliyetleri, yıllara göre yapılan denetim sayıları ve erişilebilirlik belgesi verilen bina, açık alan ve toplu taşıma araçlarına ilişkin detaylı bilgiler paylaşılmıştır.[33] Ancak söz konusu bültende, dijital erişilebilirlik (kamu internet siteleri, mobil uygulamalar ve e-sağlık platformları gibi) konularında herhangi bir güncel istatistiğe yer verilmemiştir. Özellikle WCAG 2.1 ve 2.2 standartları temelinde kamu internet siteleri ve mobil uygulamaların erişilebilirliğinin denetlenmesi ve raporlanmasına mevcut bültende yer verilmemiş olup yalnızca fiziksel çevre (bina, açık alan) ve toplu taşıma araçlarına yönelik veriler bulunmaktadır. Bu durum, Türkiye'de dijital erişilebilirlik konusundaki ilerlemenin izlenmesi açısından daha çok veriye ve çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

4. E-Devlet Uygulamalarında Görme ve İşitme Engellilere Yönelik Araçlar

Türkiye'nin dijital dönüşümünün en önemli bileşenlerinden biri olan e-Devlet Kapısı, günümüzde 68 milyonu aşkın kayıtlı kullanıcıya hizmet vermektedir. 31 Ağustos 2025 tarihli resmi verilere göre kullanıcıların 33 milyonunu kadınlar, 35 milyonunu ise erkekler oluşturmaktadır.[34] Kullanıcı istatistikleri ayrıca yaş gruplarına göre de paylaşılmış; 25-34 ve 35-44 yaş grubunun en yoğun kullanıcı kitlesini oluşturduğu, 65 yaş üzeri kullanıcıların ise daha sınırlı bir katılım gösterdiği raporlanmıştır. Bu veriler, e-Devlet platformunun özellikle genç ve orta yaş grupları tarafından aktif şekilde kullanıldığını ortaya koymaktadır.[34]

Ancak, bu kapsamlı istatistiklerde dikkat çeken bir eksiklik bulunmaktadır: engelli kullanıcı sayısı ayrı bir kategori olarak sunulmamaktadır. Oysa e-Devlet Kapısı, engelli bireyler için erişilebilirlik özellikleri barındırmakta; ekran okuyucularla uyumlu tasarımlar, klavye kısayol tuşları, disleksi eklentisi desteği ve W3C standartlarına uygunluk gibi araçlar sağlamaktadır.[28] Buna rağmen, sistemin erişilebilirlik çabalarının ne düzeyde engelli bireyler tarafından kullanıldığı, güncel istatistiklerde görünür değildir. Bu eksiklik, dijital kapsayıcılık politikalarının izlenebilirliği açısından önemli bir boşluk yaratmaktadır. Zira yalnızca toplam kullanıcı sayısı değil, engelli bireylerin dijital hizmetlere katılım oranı da ölçülmeli ve düzenli aralıklarla kamuoyuyla paylaşılmalıdır. Böylece erişilebilirlik müdahalelerinin etkisi değerlendirilebilir ve engelli bireylerin dijital kamu hizmetlerinden yararlanma düzeyi daha somut olarak ortaya konabilir.

Türkiye'de kamu hizmetlerine dijital erişimi güçlendirmek amacıyla e-Devlet Kapısı'na erişilebilirlik unsurları eklenmiş ve özellikle görme ile işitme engelli vatandaşların kullanımına uygun çeşitli çözümler geliştirilmiştir. 2015'te başlatılan "Engelsiz e-Devlet" projesi ile birlikte, işitme ve görme engelli bireyler de e-Devlet Kapısı'nı düzenli olarak kullanmaya başlamış ve bu hizmetler giderek yaygınlaşmıştır.[35] Bu kapsamda geliştirilen "Engelsiz e-Devlet Çağrı Merkezi", işaret dili bilen uzmanlar aracılığıyla sadece işitme veya konuşma engelli vatandaşların görüntülü görüşme yoluyla kamu hizmetlerine erişimini kolaylaştırmaktadır.[35,36] Sistem üzerinden alınan destek sayesinde engelli bireyler; maaş bordrosu sorgulama, askerlik durum belgesi alma, trafik cezası öğrenme gibi temel işlemleri diğer vatandaşlarla eşit koşullarda yerine getirebilmektedir. Bu sistemi kullanabilmek için bilgisayarda kamera, mikrofon ve Adobe Flash Player eklentisinin yüklü olması gerekmektedir. Hizmet, haftanın beş günü 08.00-18.00 saatleri arasında aktif olarak sürdürülmekte ve 2018 yılından itibaren mobil uygulama üzerinden de erişilebilir hale getirilmiştir. 2018-2019 yılları arasında sadece bir yıllık süreçte yaklaşık 20 bin civarında mobil indirme gerçekleştiği bildirilmiştir.[35] Eğer kişinin telefon kullanmasına engeli yoksa veya işaret dili bilmiyorsa 160 numaralı çağrı merkezinden de destek alabilmektedir.

2020-2025 döneminde Engelsiz e-Devlet Çağrı Merkezi'nin kullanım sıklığına ve mobil uygulama indirme sayılarına ilişkin kamuya açık verilere ulaşılamamıştır. Resmî sayfada yalnızca genel 160 Çağrı Merkezi istatistikleri yayımlamakta; Engelsiz çağrı alt kalemi ayrı raporlanmamaktadır. İlgili hizmet sayfaları ve uygulama mağazası kayıtları da nicel gösterge içermemektedir.[36]

5. Dijital Hizmetlere Erişimde Yaş, Gelir ve Engel Türü Farklılıkları

Dijital hizmetlere erişim, toplumsal gruplar arasında eşit dağılmamaktadır. Özellikle yaş, gelir düzeyi ve engel türü, bireylerin dijital platformlardan yararlanma oranlarını ve biçimlerini belirleyen temel değişkenler arasında yer almaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre internet kullanım oranı, 16-74 yaş grubundaki bireylerde 2024 yılında %88,8 iken 2025 yılında %90,9 oldu. Cinsiyet ayrımında 2025 yılında İnternet kullanım oranı; erkeklerde %93,6, kadınlarda %88,2 olarak gözlendi. Ancak e-devlet kullanım oranı yaş ilerledikçe belirgin biçimde düşmektedir: 25-34 yaş grubunda e-devlet kullanım oranı %92,8 iken, 65-74 yaş grubunda bu oran %29,6'dır.[4] Bu bulgu, dijital uçurumun en keskin biçimde yaş faktörü üzerinden şekillendiğini göstermektedir. Türkiye örnekleminde yapılan çalışmalar da yaşlı bireylerin dijital hizmetleri kullanmada dezavantajlar yaşadığını ortaya koymaktadır.[37,38] Bu fark; yaşlılarda düşük dijital okuryazarlık ve öz-yeterlik, uygun cihaz sahipliği ve maliyet engelleriyle açıklanabilir. Diğer bir taraftan 60-74 yaş grubunda cep telefonu kullanımı yaygın olsa da internet kullanımı azaldığı gösterilmiş, en sık neden "ihtiyaç duymama" olarak belirtilmiş.[39] Dijital hizmetlere erişimde gelir düzeyi de kritik rol oynamaktadır. Düşük sosyoekonomik gruplarda cihaz sahipliği, genişbant internet erişimi ve hız seviyelerinin belirgin biçimde daha düşük olduğunu ortaya konmalıdır. Türkiye'de düşük gelirli haneler hâlâ daha düşük erişim oranlarına sahiptir.[40] Görme engelliler için ekran okuyucu ve kontrast sorunları, işitme engelliler için altyazı ve işaret dili eksiklikleri, zihinsel engelliler için sade dil yetersizliği ve ortopedik engelliler için karmaşık doğru-

lama adımları dijital erişimde başlıca engellerdir. Her engel türüne özgü tasarım ilkeleri uygulanmadığında eşitsizlikler derinleşmektedir. Ayrıca, görme ve işitme engelliler için teknolojik çözümler gelişse de, zihinsel engelli bireylerin dijital katılımı için hâlen uygun içerik ve araçlar sınırlıdır.

6. Türkiye'den Örnek Dijital Erişilebilirlik Uygulamaları

Sağlık Bakanlığı, engelli bireylerin sağlık hizmetlerine engelsiz erişimini sağlamak amacıyla son yıllarda çeşitli dijital uygulamaları hayata geçirmiştir. Bunların başında dijitalleşme yolunda Türkiye'nin Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) gelmektedir. ESİM uygulaması ile işitme engelli vatandaşlar, akıllı telefonları üzerinden işaret dili ile görüntülü görüşme yapabilmekte, acil durumlarda 112'ye bildirimde bulunabilmekte, GPS ile konum paylaşarak olay yeri bilgisini iletebilmekte ve fotoğraf gönderebilmektedir. Bu özellikler, özellikle acil sağlık hizmetlerinde hızlı ve etkin müdahaleyi kolaylaştırmakta ve işitme engelli bireylerin sağlık hakkına erişimini güçlendirmektedir.[41,42] Vatandaşların Andorid ve iOS işletim sistemli akıllı telefonlarına ücretsiz olarak yükleyebilecekleri bu uygulama telefona indirildikten sonra T.C. kimlik numarası ve telefona gönderilen doğrulama kodu ile kolayca kayıt yapılabilen bir uygulamadır. Uygulama üzerinden, profesyonel işaret dili tercümanları ve sağlık personellerinden oluşan *ESİM Komuta Merkezinde* çalışan uzman bir ekip ile 7/24 hizmet verilmektedir. ESİM uygulamasının en önemli kullanım alanlarından biri, işitme engelli vatandaşların acil durumlarda ambulans hizmetine erişiminin mümkün kılınmasıdır. Ayrıca, ESİM uygulamasının bir başka kullanım alanıysa sağlık hizmeti sunan kamu kurumlarından randevu alma işlemidir. ESİM projesi, Sağlık Bakanlığı tarafından vatandaşlarımıza sunulan Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) hizmetinin engelli vatandaşlar tarafından da kullanılabilmesine olanak sağlamaktadır. Bu uygulama sayesinde işitme engelli vatandaşlar yalnızca randevu almakla kalmamakta, muayene sırasında da doktorla sağlıklı iletişim kurabilmek için komuta merkezindeki uzman ekipten işaret dili desteği alabilmektedir.[42]

Türkiye'de vatandaşların kolayca randevu alabilmesini sağlamak amacıyla 2010 yılından beri MHRS uygulaması hizmete sunulmuştur.[42] Son yıllarda MHRS uygulamasına eklenen sesli komut desteği, görme engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmaktadır. iOS ve Android cihazlarda bulunan VoiceOver ve TalkBack özellikleriyle entegre çalışan bu sistem, görme engelli kullanıcıların randevu alma ve yönlendirme süreçlerinde daha bağımsız hareket etmelerine olanak tanımaktadır.[43]

Türkiye'de engelli bireylerin dijital sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmaya yönelik önemli girişimlerden biri **Engelsiz 112** Projesidir.[44] Nisan 2019'da İçişleri Bakanlığı tarafından başlatılan bu proje, özellikle işitme ve konuşma engeli bulunan vatandaşların acil yardım hizmetlerine erişimini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Engelsiz 112 uygulaması mobil cihazlara ücretsiz olarak indirilebilmekte ve kullanıcıların acil çağrı merkezine görüntülü görüşme veya anlık mesajlaşma yoluyla bağlanmasına imkân tanımaktadır. Görüşme esnasında kullanıcının konum bilgisi otomatik olarak çağrı merkezi personeli ile paylaşılmakta, ayrıca uygulama üzerinde bireyin mevcut sağlık sorunları ve acil durumda ulaşılacak kişilerin iletişim bilgileri kayıt altına alınabilmektedir. Bu özellikler sayesinde acil müdahale süreçlerinde hız ve etkinlik artmaktadır. Proje, yalnızca engelli bireyler için geliştirilmiş olup, standart 112 çağrı hattı tüm vatandaşlar için kullanılmaya devam etmektedir. Günümüzde uygulama hem Android hem de iOS işletim sistemleri üzerinden aktif olarak kullanılabilmekte ve engelli bireylerin acil sağlık hizmetlerine erişiminde önemli bir kolaylık sağlamaktadır.

Bu örnekler, Türkiye'de sağlık alanında dijital kapsayıcılığın ve erişilebilirliğin güçlenmekte olduğunu göstermektedir. Diğer bir taraftan Türkiye'de hem mobil hem de web tabanlı en yaygın kullanılan dijital sağlık platformu e-Nabız, 2015'te hizmete girmiştir. Kullanıcı sayısı hızla artmış; 2021'de yaklaşık 25 milyon kişi platformu kullanırken[45], 2024 yılı sonuna doğru bu sayı 70 milyonu aşmıştır[46] Haziran 2025 itibarıyla ise kullanıcı sayısı 78,5 milyona ulaşarak 80 milyona yaklaşmıştır.[47] Böylesine yaygın kullanılan bir sağlık platformunun 2025'te yayımlanan e-Nabız Kullanım Kılavuzu'nda[48] sistemin işleyişi, kullanıcı ayarları ve güvenlik süreçleri ayrıntılı biçimde açıklanmıştır. Ancak, engelli bireylere yönelik dijital erişilebilirlik araçlarına (örneğin ekran okuyucu uyumluluğu, görme veya işitme engelliler için özel modlar, işaret dili desteği) ilişkin herhangi bir bilgiye yer verilmemiştir. Bu durum, platformun kapsayıcılığı açısından önemli bir eksiklik olarak değerlendirilebilir. Ayrıca güncel istatistiklerde, e-Nabız kullanıcı sayıları düzenli olarak yayımlanmasına rağmen, engelli bireylerin bu platformdan ne ölçüde yararlandığına dair veriler kamuoyuyla paylaşılmamaktadır. Bu veri eksikliği, engelliler için dijital sağlık hizmetlerine erişimdeki fırsat eşitsizliklerini değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır.

7. Engelliler İçin Geliştirilen Mobil Uygulamalar

Teknolojik gelişmeler yalnızca genel kullanıcıların değil, aynı zamanda engelli bireylerin de yaşamlarını kolaylaştırmaya yönelik çözümler sunmaktadır. Özellikle mobil uygulamalar, görme, işitme ve hareket kısıtlılığı olan bireylerin günlük yaşamda karşılaştıkları zorlukları azaltmakta ve toplumsal yaşama katılımlarını desteklemektedir. Uygulamaların bazıları mağaza indirme verileri ve çağrı sayıları gibi kısıtlı kullanım göstergeleri ile kamuoyuna yansımışken, çoğu için aktif kullanıcı sayısı ve düzenli kullanım oranlarına ilişkin güvenilir istatistikler bulunmamaktadır. Bu durum, Türkiye'de mobil erişilebilirlik uygulamalarının ne ölçüde benimsendiğini niceliksel olarak değerlendirmeyi güçleştirmektedir. Bu uygulamalar yalnızca bireysel yaşamı kolaylaştırmakla kalmamakta, aynı zamanda engelli bireylerin topluma daha aktif katılımını da teşvik etmektedir. Ancak, farkındalık düzeyinin hâlen istenilen seviyede olmadığı gibi, uygulamaların bilinirlik ve kullanım oranları da net bir şekilde bilinmemektedir.

İşitme kaybı yaşayan bireyler için geliştirilen uygulamalar, çevresel seslerin daha anlaşılır hale getirilmesini (örneğin Sound Amplifier, uSound) ya da konuşmaların metne dönüştürülmesini (örneğin *Live Transcribe*) sağlamaktadır. Görme engelli bireyler için geliştirilen uygulamalar arasında uzmanlar ile canlı bağlantı kurularak günlük yaşamda karşılaşılan görsel engellerin aşılmasına yardımcı olan görüntülü destek sistemleri (örneğin *Be My Eyes*), ekran okuyucu özelliği ile yazılı içerikler sesli hale dönüştürülerek kitaplar, belgeler veya dijital metinler erişilebilir kılan metin-konuşma (Text-to-Speech) teknolojileri (örneğin *Voice Dream Reader, Telefon Kütüphanesi, KNFB Reader ve Google Talkback*) ve Türkçe dahil olmak üzere doğal dil işleme tabanlı asistanlar sayesinde haber okuma, komut verme, fotoğraf çekme gibi günlük işlevleri sesli olarak yönetilebilen sesli asistan teknolojileri (örneğin *CEYD-A*) bulunmaktadır.[49,50]

"*Sesli Adımlar*" Türkiye'de özellikle görme ve işitme engelli bireylerin kapalı alanlarda yön bulma, güvenli hareket edebilme ve bağımsız şekilde sosyal yaşama katılabilmelerini sağlamak amacıyla geliştirilen en dikkat çekici mobil çözümlerden biridir. Bu uygulamalar, alışveriş merkezleri, üniversiteler ve kamu kurumları gibi yoğun insan trafiğinin olduğu alanlarda kullanılabilmekte; mekânsal yönlendirmeler sayesinde kullanıcıya hangi noktada olduğunu ve hangi yöne gitmesi gerektiğini sesli olarak bildirmektedir. Ayrıca, acil durumlarda en yakın tahliye noktalarına yönlendirme yapabilmesi, bu uygulamaları yalnızca erişilebilirlik değil, aynı zamanda güvenlik açısından da önemli kılmaktadır. Bu tür uygulamaların öne çıkan bir diğer özelliği, kapalı alanlarda konum bilgisi sağlayarak görme engelli kullanıcıların mekânsal farkındalığını artırmasıdır. Bunun yanı sıra, kamuya açık alanlarda erişilebilirliği güçlendirmesi, kapsayıcı bir dijital dönüşüm vizyonu ile uyumlu olduğunun göstergesidir.[31] "*Hayal Ortağım*" uygulaması, Turkcell tarafından geliştirilmiş olup görme engelli bireylerin günlük yaşamlarını kolaylaştırmak için çok yönlü özellikleri bir araya getiren kapsamlı bir dijital çözüm olarak öne çıkmaktadır. Uygulama, kullanıcıların sesli betimleme özelliği ile yüzlerce filme erişmesine olanak tanırken, aynı zamanda güncel haberler, köşe yazıları ve çeşitli içeriklere ulaşmalarını da sağlamaktadır. Bunun yanı sıra sanal kütüphanelerle bağlantı kurarak binlerce sesli kitabı kullanıcıların erişimine açmaktadır. Kapalı alanlarda bağımsız hareket edebilme ihtiyacına yönelik olarak geliştirilen "yardım asistanı" özelliği de uygulamanın en dikkat çeken yönlerinden biridir. Örneğin, bir alışveriş merkezi içinde kullanıcı, yanından geçtiği mağazanın bilgisini uygulama aracılığıyla anlık olarak alabilmekte; bu da görme engelli bireylerin mekânsal farkındalığını artırarak bağımsız hareket etme kabiliyetlerini güçlendirmektedir.[31,50]

Dijital teknolojilerin erişilebilirlik alanındaki katkılarından biri de erişilebilir tuvalet ve park alanı mobil uygulamalarıdır. Bu kapsamda geliştirilen uygulamalar örnek olarak "*WheelMate*" uygulaması, tekerlekli sandalye kullanıcıları ve yürüme engeli olan bireyler için günlük yaşamda önemli bir kolaylık sağlamaktadır. Uygulama, kullanıcıların bulunduğu noktaya en yakın erişilebilir tuvalet ve park yerlerini interaktif harita üzerinde göstermekte, ayrıca kullanıcıların yeni mekân eklemesine ve mevcut mekânları değerlendirmesine olanak tanımaktadır.[49]

8. Sonuç

2020-2025 dönemi, Türkiye'de engelliler için dijital katılım ve erişilebilirlik alanında önemli adımların atıldığı bir dönem olmuştur. Ancak yetersiz veriler nedeniyle tam kapsayıcılığın sağlandığını söylemek mümkün değildir. Dijital okuryazarlık programları artmış ama kapsama sınırlı kalmıştır. Kamu kurumlarının sitelerine erişilebilirlik denetiminleri için önemli yasal adımlar atılmış ancak tam uyum sağlanamamıştır. E-Devlet uygulamalarında görme ve işitme engelliler için önemli iyileştirmeler yapılmıştır fakat faydalanan engelli birey sayısı bilinmemektedir. Dijital hizmetlere erişimde yaş, gelir ve engel türüne bağlı eşitsizlikler sürmektedir. En-

gelliler için mobil uygulamalar artmıştır ama kullanım oranları bilinmemektedir. Türkiye'de dijital kamusal hizmetlerde erişilebilirliğe yönelik önemli ilerlemeler kaydedildiğini göstermekle birlikte, özellikle Engelsiz e-Devlet Çağrı Merkezi gibi uygulamalara ilişkin 2020-2025 dönemi kullanım sıklıkları ve mobil uygulama indirme istatistiklerinin kamuya açık kaynaklarda bulunmaması önemli bir sınırlılık olarak dikkat çekmektedir. Gelecekte, dijital erişilebilirlik odaklı hizmetlerin etkililiğinin değerlendirilebilmesi için bu tür verilerin düzenli ve şeffaf biçimde kamuoyuyla paylaşılması büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, genel kullanıcı istatistiklerinden ayrı olarak engelli bireylerin kullanım sıklıklarının ve memnuniyet düzeylerinin raporlanması, politika yapıcıların daha hedefli ve kapsayıcı stratejiler geliştirmesine katkı sağlayacaktır. Erişilebilirlik uygulamalarının geliştirilme sürecine doğrudan engelli bireylerin katılımının sağlanması, hizmetlerin kapsayıcılığını güçlendirecek bir diğer adım olarak öne çıkmaktadır. Bunun yanı sıra, e-Devlet platformunun uluslararası erişilebilirlik standartlarıyla uyumunun sürdürülmesi ve güncel sürümlerle (WCAG 2.1 ve 2.2) entegrasyonunun sağlanması, sürdürülebilir erişilebilirlik açısından önem arz etmektedir. Son olarak, bu hizmetlere ilişkin metriklerin yalnızca kamuoyuna açıklanması değil, aynı zamanda ulusal stratejik planlama belgelerine dahil edilmesi önem taşımaktadır.

Engelli bireylerin toplumsal yaşama ve kamu hizmetlerine tam katılımını sağlayabilmek için yalnızca teknik standartların uygulanması yeterli değildir. Bunun yanı sıra kurumsal farkındalığın artırılması, eğitim faaliyetlerinin yaygınlaştırılması ve sürdürülebilir denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Mevcut değerlendirmeler, dijital erişilebilirlik eksikliklerinin hem kamu kurumları hem de özel sektörün ortak çabasıyla giderilebileceğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, üniversitelerde dijital erişilebilirlik konusunun müfredata dâhil edilmesi ve bu alanda uzman insan kaynağının yetiştirilmesi, uzun vadeli çözümler açısından kritik bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır. Bu çerçevede, dijital erişilebilirlik yalnızca bir yasal zorunluluk değil, aynı zamanda kapsayıcı bir toplum inşa etmenin temel unsurlarından biri olarak görülmelidir. Engelli bireylerin bilgiye ve hizmetlere eşit koşullarda erişiminin sağlanması, sosyal katılımın artırılması ve toplumsal eşitliğin güçlendirilmesi açısından stratejik bir öneme sahiptir.

KAYNAKLAR

1. Çetin B. Dijital Erişilebilirlik : Kapsam, Kavramlar, Standartlar, Yasalar. Tasarım Mimarlık ve Mühendislik Dergisi. 2023;3(1):57-68.
2. Türkiye Cumhuriyeti. 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun. Resmî Gazete, 07 Temmuz 2005; Sayı: 25868. Erişim: 20 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5378&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5.
3. United Nations Development Programme (UNDP). Digital Inclusion in a Dynamic World. New York: UNDP; 2023. Erişim: 20 Eylül 2025. Erişim adresi: https://share.google/2mlXlVIGiQS3pLM0w.
4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2025. Ankara: TÜİK; 2025. Erişim: 20 Eylül 2025. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-%28BT%29-Kullanim-Arastirmasi-2025-53925.
5. Oruç M. Türkiye'nin yüzde 86,5'i internet kullanıcısı, yüzde 93,8'i de mobil bağlantı sahibi. Anadolu Ajansı; 12 Temmuz 2024. Erişim: 3 Ekim 2025. Erişim adresi: https://www.aa.com.tr/tr/bilim-teknoloji/turkiyenin-yuzde-86-5i-internet-kullanicisi-yuzde-93-8i-de-mobil-baglanti-sahibi/3273391.
6. Apple. Accessibility features. Erişim: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.apple.com/accessibility/.
7. Android Developers. Android Accessibility Suite. Erişim: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://developer.android.com/guide/topics/ui/accessibility.
8. Kolotouchkina O, Barroso C, Sánchez J. Smart cities, the digital divide, and people with disabilities. Cities. 2022;123:103613.
9. Yıldırım A, Balkaroğlu D. Türkiye'de dijital okuryazarlık: Ekonomik, güvenlik ve dezenformatif hususlara ilişkin perspektifler. Ekonomi ve Dış Politika Araştırmalar Merkezi, Temmuz. 2023;27:2023.
10. McDougall J, Readman M, Wilkinson P. The Uses of (Digital) Literacy. Learning, Media and Technology. 2018;43(3):263-79.
11. Treglia E, Magnanini A, Caione G, Lungu MA. Assistive Technologies, Digital Literacy and Didactic for Inclusion. Int J Digit Lit Digit Competence. 2019;10(3):1–9.
12. Wiesinger S, Beliveau R. Digital Literacy: A Primer on Media, Identity, and the Evolution of Technology: Peter Lang; 2023.
13. Bawden D. Information and digital literacies: a review of concepts. Journal of Documentation. 2001;57:218-59.
14. Martin A, Grudziecki J. DigEuLit: Concepts and Tools for Digital Literacy Development. Innovation in Teaching and Learning in Information and Computer Sciences. 2006;5(4):249-67.
15. Williams P. Exploring the challenges of developing digital literacy in the context of special educational needs communities. ITALICS. 2006;5.
16. Datta A, Bhatia V, Noll J, Dixit S. Bridging the Digital Divide: Challenges in Opening the Digital World to the Elderly, Poor, and Digitally Illiterate. IEEE Consumer Electronics Magazine. 2019;8(1):78-81.

17. Camacho E, Torous J. Impact of Digital Literacy Training on Outcomes for People With Serious Mental Illness in Community and Inpatient Settings. Psychiatr Serv. 2023;74(5):534-8.
18. Scanlan M. Reassessing the disability divide: unequal access as the world is pushed online. Universal Access in the Information Society. 2022;21(3):725-35.
19. Engel-Siz Yaşam Derneği. Dijital CheckUP Çalışması Etki Raporu. İzmir: Engel-Siz Yaşam Derneği; 2024. Erişim: 26 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.stgm.org.tr/e-kutuphane/engel-siz-yasam-dernegi-dijital-check-calismasi-etki-raporu-yayinlandi.
20. Millî Eğitim Bakanlığı. İşitme engelli öğrenciler için dijital eğitim platformu. Erişim: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://orgm.meb.gov.tr/www/isitme-engelli-ogrenciler-icin-dijital-egitim-platformu/icerik/1972.
21. Arıkan S, Altınay AO. Tahlil Analiz ve Rapor Oluşturma Zekası. Bildiri sunumu, BİLTEVT 2023 "Bilişim Teknolojilerinde Evrensel Tasarım" Uluslararası Engelsiz Bilişim Kongresi; 20–22 Eylül 2023, Eskişehir.
22. TÜBİTAK BİLGEM YTE. Kamu İnternet Siteleri Rehberi (KAMİS). Erişim: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://bilgem.tubitak.gov.tr/yte/kamis/.
23. TÜBİTAK BİLGEM. İnternet sitelerinde kullanılabilirlik ve erişilebilirlik rehberi. Erişim: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://share.google/YyFLHMVZqv5bVZh9V.
24. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Erişilebilir kamu web sitelerinin hayata geçmesinde öneme sahip olan "Web Erişilebilirlik Standartları Eğitimleri" başladı. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 13 Mayıs 2022. Erişim: 25 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.aile.gov.tr/eyhgm/haberler/erisilebilir-kamu-web-sitelerinin-hayata-gecmesinde-oneme-sahip-olan-web-erisilebilirlik-standartlari-egitimleri-basladi/.
25. Resmî Gazete. Cumhurbaşkanlığı Genelgesi (2025/8): Ulusal Erişilebilirlik Günü. 16 Mayıs 2025, Sayı: 32902. Erişim: 26 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2025/05/20250516-22.htm.
26. Resmî Gazete. T.C. Cumhurbaşkanlığı Genelgesi: Dijital erişilebilirlik standartları. 21 Haziran 2025, Sayı: 32933. Erişim: 26 Eylül 2025. Erişim adresi:https://www.resmigazete.gov.tr/21.06.2025.
27. TÜBİTAK BİLGEM YTE. Kamu İnternet Siteleri Rehberi (KAMİS) Erişilebilirlik İlkeleri. Erişim: 25 Eylül 2025. Erişim adresi:https://bilgem.tubitak.gov.tr/yte/kamis/erisilebilirlik-ilkeleri/.
28. Türkiye Gov. e-Devlet Kapısı Erişilebilirlik Özellikleri. Erişim: 26 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.turkiye.gov.tr/bilgilendirme?konu=erisilebilirlik.
29. Türkiye Gov. TS EN ISO 9241-151 ve TSEK 194-TS ISO/IEC 40500:2012 (WCAG) Standartları. Erişim: 26 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.turkiye.gov.tr/bilgilendirme?konu=sertifika.
30. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. 2024 Yılı Faaliyet Raporu. Ankara: Strateji Geliştirme Başkanlığı; 2025. Erişim: 26 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.aile.gov.tr/raporlar/yillik-faaliyet-raporlari/.
31. ShiftDelete.Net. Engelli bireylere özel geliştirilmiş uygulamalar [İnternet]. 2021. Erişim: 26 Eylül 2025. Erişim adresi: https://shiftdelete.net/engelli-bireylere-ozel-gelistirilmis-uygulamalar.
32. YÜZBAŞI G. Kamu Kurumları Web Sitelerinin Erişilebilirlik Bağlamında Veri Zarflama Analizi ile İncelenmesi. Beykoz Akademi Dergisi. 2024;12(1).
33. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni. Kasım 2023. Ankara. Erişim: 26 Eylül 2025. Erişim adresi: https://share.google/IyyXMGeFSc8ydBz86.
34. Türkiye Gov. e-Devlet Kapısı Kullanıcı İstatistikleri. Erişim: 26 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.turkiye.gov.tr/edevlet-istatistikleri.
35. Kanal23. (2019, Haziran 29). Engelsiz e-Devlet binlerce engelli vatandaşın talebine yanıt verdi. Kanal23 Haber. Erişim: 26 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.kanal23.com/haber/gundem/ozel-engelsiz-e-devlet-binlerce-engelli-vatandasin-talebine-yanit-verdi-FNOa3Rr3
36. Türkiye Gov. e-Devlet'te Engel Yok. 2025. Erişim: 26 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.turkiye.gov.tr/e-devlette-engel-yok.
37. Acilar A. Age and Digital Divide. International Journal of Innovation in the Digital Economy. 2021;12:17-29.
38. Morkoç N, Erkoç B. ENGELLİLER, YAŞLILAR VE BİLİŞİM ERİŞEBİLİRLİĞİ. Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet Çalışmaları Dergisi. 2023;4(2):248-60.
39. Baran A, Erdem MT. Bilgi toplumunda dijital bölünme: bilişim ve iletişim teknolojileri kullanım yetenekleri üzerinden bir tartışma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2017;22(Kayfor 15 Özel Sayısı):1505-18.
40. Kargın Akkoç G. Measuring Digital Inequality Across the Life Cycle: Age, Gender, and Education Effects in Türkiye. Ekonomi Politika ve Finans Araştırmaları Dergisi. 2025;10(3):1086-103.
41. T.C. Sağlık Bakanlığı. Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) Uygulaması. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2020. 27 Eylül 2025. Erişim adresi: https://denizliism.saglik.gov.tr/TR-81767/engelsiz-saglik-iletisim-merkezi-esim-uygulamasi.html.
42. Birinci Ş. Dijitalleşme Yolunda Türkiye'nin Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM). Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu; 2019. 27 Eylül 2025. Erişim adresi: https://sdplatform.com/dijitallesme-yolunda-turkiyenin-engelsiz-saglik-iletisim-merkezi-esim/.
43. T.C. Sağlık Bakanlığı. MHRS [@MHRS_182]. MHRS uygulaması, sağlığa erişimde engel tanımıyor. Görme engelli vatandaşlar; iOS ve Android cihazlarda, VoiceOver/TalkBack özelliğini aktif ederek sesli yönlendirmeyi kullanabilirler. [Twitter]. 11 Ağustos 2023. 27 Eylül 2025. Erişim adresi: https://x.com/MHRS_182/status/1954810818140189099.
44. T.C. İçişleri Bakanlığı. Yeni Nesil 112 Acil Çağrı Merkezi Engelsiz 112 Kullanım Kılavuzu. 27 Eylül 2025. Erişim adresi: https://112.gov.tr/engelsiz-112-projesi.
45. T.C. Sağlık Bakanlığı. Her 4 kişiden biri e-Nabız kullanıyor. [Internet]. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2021 Jun 9. 27 Eylül 2025. Erişim adresi: https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,73567/her-4-kisiden-biri-e-nabiz-kullaniyor.html.

46. T.C. Sağlık Bakanlığı. Kamuoyuna duyuru. [Internet]. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2024 Oct 11. Erişim: 26 Eylül 2025. Erişim adresi: https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-95566/kamuoyuna-duyuru.html.
47. TRT Haber. e-Nabız'ın kullanıcı sayısı 78,5 milyona ulaştı. [Internet]. 2025 Jun 18. Erişim: 26 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.trthaber.com/haber/saglik/e-nabizin-kullanici-sayisi-785-milyona-ulasti-911037.html.
48. T.C. Sağlık Bakanlığı. e-Nabız V.2.1 Kullanım Kılavuzu. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2025. Erişim: 28 Eylül 2025. Erişim adresi: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://enabiz.gov.tr/document/User_Manual.pdf
49. Eureko Sigorta. Engellenen bireylerin hayatını kolaylaştıracak mobil uygulamalar [İnternet]. 9 Temmuz 2024. Erişim: 26 Eylül 2025. Erişim adresi: https://www.eurekosigorta.com.tr/blog/engellenen-bireylerin-hayatini-kolaylastiracak-mobil-uygulamalar.
50. Kılıçkaya G. Görme engelliler için en iyi mobil uygulamaları hangileridir? [İnternet Blog]. Emoteknoloji; 2023. Erişim: 28 Eylül 2025. Erişim adresi: https://emoteknoloji.com/gelistirilen-en-iyi-mobil-uygulamalari.

Toplumsal Algı ve Katılım

Hatice Şahin

Engellilik ile ilgili yazılar "engellilik kavramının" tanımını yapma gerekliliği duymaktadır. Bunun nedeni kavramın herkes için standart bir anlamının olmamasıdır. Çünkü kişiler kendinden farklı bedene, yaşam biçimine sahip olan kişileri tanımlarken kendi yaşam felsefelerini, o bireyle birlikte yaşama isteklerini dikkate alırlar. İnsanlık tarihi boyunca kavramın tanımı ve içeriği toplumun "bu farklı" bireyi içine alıp almamasına göre değişmiştir.[1] Örneğin "tıbbi model" olarak isimlendirilen yaklaşımda engellilik tıbbi bir sorundur, tıbbın müdahalesi ile normale dönüştürülerek toplumsal kabulü sağlanır. Bu yaklaşımda sorun bireyin kendi bedeninde yaşanan bir durumdur ve toplumu olumsuz etkilememesi için tıptan yardım almalıdır. 20. yüzyılın üçüncü çeyreğinde ise verilen mücadeleler ile engellikte "sosyal model" tanımlanmış ve kavramın içeriğinde ve toplumsal kabulünde fark yaratmıştır. Bu modele göre bireyin tıbbi sorunlardan kaynaklı farklılığı olabilir ama bu durum bireyin kıymetini ve toplumda üreten birey olmasının önünde engel olmamalıdır.[2] Engelli bireylerin toplumsal kabulü için tıptan yardım almak yerine "bireyin farklılıklarıyla var olması" için toplumun da yapması gerekenler vardır. Böylece farklı olma bireysel bir sorun ve suç olmaktan çıkmış ve bireyin toplum tarafından kucaklanacağı ve değerli hissettirileceği bir yaşam ortamı oluşturulmalıdır. Sosyal modelin engelli kavramına getirdiği bu anlayış farklılığı beraberinde engelli bireyin toplum içinde var olabilmesi, görünür olması ve üreten birey olabilmesi için yapılacakları ifade eden "toplumsal katılım" kavramını da beraberinde getirmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü engelliliği, insanın sosyal hayata katılmasını engelleyen, bireyin eylem ve faaliyetlerini kısıtlayan, arzuladığı bir hareketi yaparken zorlanmasına neden olan bedensel veya zihinsel kısıtlılık hali olarak tanımlarken toplumsal katılımın gerekçesini de vurgulamaktadır.[3] Birleşmiş Milletler Engelli Hakları sözleşmesinin ilgili maddeleri de engelli bireylerin "diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarını" hedeflemektedir.[4]

O halde engellilik durumu tıbbi bir konu olmayıp toplumdaki eşitsizliklerden kaynaklan bir durum olup, bu konuda geliştirilecek politika ve uygulamalarla topluma katılımın önündeki bariyerler kaldırılacaktır.

Kapsayıcı, içermeci ve erişilebilirlik olarak adlandırılan politikalar ile engeli (farklılığı) olan bireylerin toplumda bir başkasının yardımına ihtiyaç duymadan temel insani hak ve özgürlüklerin tamamına sorunsuz bir şekilde ulaşmasını sağlamada anahtar roldedir.[5]

Engelli bireylerin toplumsal katılımı, kaynaklarda temel bir insan hakkı, sağlık ve refahın önemli bir göstergesi olarak ele alınmakta ve bu katılımın sağlanmasının önündeki engeller ile bu engelleri kaldırmaya yönelik ulusal çabalar detaylandırılmaktadır.[6,7] Engelli bireylerin toplumsal katılımları; erişilebilirlik ve mekansal katılım, ekonomik katılım ve istihdam, eğitim hakkından yararlanma, sosyal yaşam ve ilişkiler, sağlık ve bakım hizmetlerine katılım ile hukuk ve yönetsel katılım başlıklarını kapsamaktadır.

Bu yazının amacı; ülkemizde 2020-2025 yılları arasındaki beş yılda engelli bireylerin toplumsal katılımlarını sağlamak amacıyla gerçekleştirilen veya hedeflendiği halde gerçekleştirilemeyen faaliyetler hakkında bilgi sunmaktır.

1. Engelli Bireylerin Toplumsal Katılımının Kavramsal Çerçevesi

Toplumsal katılım, engelli bireyin kendi çevresi içerisinde ve çevresi ile dinamik etkileşimler sonucu gerçekleşir. Engelliliğin bireyden değil, toplumdaki tutumsal ve çevresel koşullardan kaynaklandığını belirten değerlendirmeler bulunmaktadır.[8] Modern yaklaşımda engellilik, bireyin kısıtlılıklarının değil, toplumsal dü-

zenlemelerin ve çevresel bariyerlerin yetersizliğinin sonucu olarak görülür.[6]

Toplumsal katılım, engellilerin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duyusal yetilerindeki kayıplardan dolayı **topluma diğer bireylerle birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını** kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenmeyen bir yaşamı hedefler[7] Engellilerin toplumsal yaşamın tüm alanlarına dahil olabilmesi için hak temelli, kapsayıcı, eşitlikçi ve erişilebilir bir toplum inşa edilmesi gerekmektedir.

Engelli bireylerin toplumsal katılımının sağlandığı veya bu katılımın önündeki engellerin (sosyal dışlanma) yaşandığı temel başlıklar ve son beş yılda ülkemizde bu konuda yapılan faaliyetler aşağıda sunulmuştur.

1.1. Erişilebilirlik ve Mekansal Katılım (Ulaşım ve Çevre)

Erişilebilirlik (ulaşılabilirlik), bireylerin temel hak ve hizmetlere ulaşabilmesi ve bundan yararlanabilmesi anlamına gelir. Engellilerin günlük yaşamlarını sürdürebilmeleri ve toplumsal yaşama katılabilmeleri için **olmazsa olmaz bir ön koşul** olarak tanımlanmaktadır.[4,7,9] Bu katılım türünde fiziksel çevre tasarımı, toplu taşıma sistemi, bilgi ve iletişim teknolojileri ile evrensel tasarım ilkesi dikkate alınmaktadır.

- **Fiziksel çevre tasarımı:** kamu kurum ve kuruluşlarına ait mevcut resmî yapılar, yollar, kaldırımlar, yaya geçitleri, açık ve yeşil alanlar, spor alanları ve benzeri sosyal ve kültürel altyapı alanları ile umuma açık hizmet veren her türlü yapıların erişilebilir duruma getirilmesi zorunluluğu bulunmaktadır.
- **Toplu taşıma sistemi:** şehir içi toplu taşıma hizmetlerinin engellilerin erişilebilirliğine uygun hale getirilmesi için gerekli tedbirlerin alınması belediyelerin sorumluluğundadır.
- **Bilgi ve iletişim teknolojileri:** bilgilendirme hizmetleri ile bilgi ve iletişim teknolojisinin de engelli bireylerin erişebilirliğine uygun olması zorunludur.
- **Evrensel tasarım ilkesi:** evrensel tasarım, tüm kullanıcıların (engelli veya engelsiz) ürün veya hizmetlerden eşit haklarla yararlanmalarını öngörür.

Bu konuda ülkemizde son beş yılda planlanan ve gerçekleştirilen faaliyetler ve gelişmeler **Tablo 1**'de sunulmuştur.

Erişilebilirlik standartlarının düşük olması, bireylerin bağımsız ve etkin biçimde sosyal yaşama katılımını engellemektedir. Bu konuda son beş yılda planlanıp gerçekleştirilemeyen faaliyetler ve uygulamalar **Tablo 2**'de sunulmuştur.

1.2. Ekonomik Katılım ve İstihdam

İstihdam, engelli bireylerin **toplumsal hayata aktif ve bağımsız bir biçimde katılım sağlamaları** ve kendilerini üretken hissederek sosyalleşmeleri için kritik bir alandır.[6,8,10,15] Bu katılım türünde iş gücüne katılım so-

Tablo 1. Erişilebilirlik ve mekansal katılım faaliyetleri ve gelişmeleri

Yıl	Faaliyet ve Gelişmeler	Kaynak
2020	"2020 Erişilebilirlik Yılı" ilan edildi.	(10)
2020	Erişilebilirliğin gerçekleştirilmesi için mevzuat ile verilen hizmetlerin gerektirdiği iş ve işlemlerin yürütülmesi amacıyla 2020/1 sayılı Genelge yayımlandı.	(10)
2020	Bankacılık Düzenleme ve Denetleme Kurumu Yönetmeliği'ne "Görme engelli tüketicilerde bu şart aranmaz" ibaresi eklendi; bu, görme engellilerin finansal sözleşmelerdeki mağduriyetini gidermeyi amaçladı.	(10)
2020	Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları yayımlandı.	(11)
2020	Erişilebilirlik Kılavuzu yayımlandı.	(9)
2020-2023	2014-2023 yılları arasında 3.469 "Erişilebilirlik Belgesi" düzenlendi. Sadece 2020 yılında 702 (223 bina, 8 açık alan, 471 toplu taşıma aracı) ve 2021 yılında 759 belge düzenlendi.	(12,13)
2021	Belediyecilikte Engelsiz Vizyon Seminerleri başlatıldı.	(14)
2021	Büyükşehir belediyelerinin Fen İşleri birimlerine yönelik "Erişilebilirlik Atölyeleri: Kaldırımlar" konulu 25 atölye çalışması tamamlandı.	(14)
2021	2021-2022 eğitim-öğretim yılı öncesinde Okul Servis Araçlarının Erişilebilirliği Toplantısı yapıldı.	(14)
2021	ALO 183 Şiddetle Mücadele Hattı üzerinden WhatsApp uygulamasından sonra 2021 yılı başından itibaren BİP uygulaması aracılığıyla vatandaşlara hizmet sunulmaya başlandı	(12)
2022	AİLEM Engelsiz İletişim Merkezi Projesi hayata geçirildi; sözel dili kullanamayan ve işaret dilini tercih eden işitme engellilere 7/24 görüntülü çeviri hizmeti sunmaya başladı. Merkez, 2023 yıl sonuna kadar 89.432 çağrı aldı ve 79.256 aramaya çeviri desteği sağladı.	(12)

Tablo 2. Erişilebilirlik ve mekansal katılım başlığında gerçekleştirilemeyen faaliyetler ve uygulamalar

Yıl	Gerçekleştirilemeyen Alan / Uygulama Eksikliği	Kaynaklar
2020-2024	Fiziksel çevrenin erişilebilirlik standartlarına tam uygun hale getirilmesi. Halen kaldırımların çoğu küçük veya bozuk durumdadır.	(15)
2020-2024	Yerel yönetimler aracılığıyla sonradan engelli hale gelen kişilerin konutlarında ihtiyaç duydukları erişilebilirlik düzenlemelerinin yapılmasına ilişkin modelin geliştirilememiştir.	(11)
2020-2024	Engelli rampalarının uygunsuz tasarımı ve engelli bireylere yönelik düzenlemelerin özensiz bir biçimde yapılması.	(15)
2020-2024	Görme engelliler için trafik ışıklarında ses sisteminin çoğu yerde bulunmaması.	(15)
2020-2024	Toplu taşıma sisteminin donanımsal olarak engellilere uygun olmaması ve kamuya açık binalar, toplu taşıma araçlarının erişilebilirliğinin hala büyük zorluklar içermesi.	(15)

runu, çalışma yaşamındaki güçlükler, korumalı işyerleri ve temel ihtiyaçların karşılanması başlıkları dikkate alınmaktadır.

- **İş gücüne katılım sorunu:** engelli bireylerin ücretli bir işte çalışmaları ve ekonomik bağımsızlıklarını kazanmaları teşvik edilmelidir.
- **Çalışma yaşamındaki güçlükler:** çalışma ortamları erişilebilir olmalıdır.
- **Korumalı işyerleri:** işgücü piyasasına katılımı kısıtlı olan zihinsel veya ruhsal engelli bireylere yönelik korumalı işyerleri teşvik edilmelidir.
- **Temel ihtiyaçların karşılanması:** istihdamın dışında kalan engelli bireylerin asgari düzeyde barınma, beslenme, giyinme gibi temel ihtiyaçları karşılanmalıdır.

Bu konuda ülkemizde son beş yılda planlanan ve gerçekleştirilen faaliyetler ve gelişmeler **Tablo 3**'te sunulmuştur.

Engelli bireylerin istihdamın dışında kalması, bireyleri yoksullaştırmakta ve sosyal dışlanmaya neden olmaktadır. Çalışma ortamlarının erişilebilir olmaması, işyerinde yöneticilerin ve personelin ön yargılı, ayrımcı ve etiketleyici tutumları, engelli çalışanların kariyer gelişiminde güçlükler yaşaması ve genelde düşük statülü mesleklerde istihdam edilmesine neden olmaktadır. Bu konuda son beş yılda planlanıp gerçekleştirilemeyen faaliyetler ve uygulamalar **Tablo 4**'te sunulmuştur.

Tablo 3. Ekonomik katılım ve istihdam faaliyetleri ve gelişmeleri

Yıl	Faaliyet ve Gelişmeler	Kaynaklar
2020	Engelli ve Devlet Korumasından Yararlanmış Gençlerin Kamu Kurumlarına Yerleştirilmesi Töreninde **1.561 gencin ataması** gerçekleştirildi. Engelli memur sayısı yaklaşık 10 kat artışla 56 bin 500 kişiye ulaştı.	(10,16)
2020-2021	Türkiye İş Kurumu verilerine göre engelli kotasından işe yerleştirilen işçi sayısı 2020'de 8.853, 2021'de 10.555 oldu.	(16)
2020	Dünyada ilk kez yapılan **Engelli Kamu Personel Seçme Sınavı (EKPSS)** uygulandı. 2020 EKPSS ile **4.714 aday** (2 dönemde) kamu kurum ve kuruluşlarına yerleşti.	(10)
2020-2023	Kamu kurumlarında istihdam edilen toplam engelli memur sayısı **2020'de 57.408** iken, **2023 yıl sonu itibarıyla 62.293'e** ulaştı.	(16)
2023	Evde bakım yardımından faydalanan kişi sayısı 31 Aralık 2023 itibarıyla **560.060** kişiye ulaştı.	(12)
2023	Özel sektörde engelli istihdamını desteklemek amacıyla **kota fazlası engelli çalıştıran işverenler için sigorta primi destek miktarı %100'e** çıkarıldı.	(12)
2023	2023 yıl sonu itibarıyla 14 korumalı iş yerinde **129 engelli birey** istihdam edildi.	(12)
2023	Korumalı iş yerlerinde çalışan her engelli birey için aylık **2.811,86 TL ücret teşviki** verildi.	(12)
2020-2023	Engelli aylığı kapsamında; **2023 yılında 14.358,98 milyon TL** kaynakla **618.249 kişiye** (%40 ve üzeri engellilik) aylık bağlandı.	(12)
2024	Yaşlı Aylığı alabilmek için kişi başına düşen aylık gelir kriteri, net asgari ücretin 1/3'ünden az (2024 yılı için **5.667,37 TL**) olarak belirlendi.	(12)

Tablo 4. Ekonomik katılım ve istihdam başlığında gerçekleştirilemeyen faaliyetler ve uygulamalar

Yıl	Gerçekleştirilemeyen Alan / Uygulama Eksikliği	Kaynaklar
2022	**Korumalı İşyerleri Hakkında Yönetmelik'te değişiklik** yapıldı (27.01.2022). Korumalı işyerlerinde çalıştırılması zorunlu engelli sayısı 8'den 5'e, engelli çalışanların oranı %75'ten %50'ye düşürüldü.	(12,(16))
2020-2024	Engelli bireyler için **işsizlik sorununun çözülememesi** ve bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılamada **ekonomik dışlanma** yaşaması.	(15)
2020-2024	Engelli çalışanların **yüksek statülü mesleklere terfi edememesi** ve kariyer konusunda güçlüklerle karşılaşması.	(15)
2022-2024	**Engelli maaşlarının ve bakım maaşlarının yetersizliği**, bu durumun temel ihtiyaçların karşılanmasını zorlaştırması.	(15)
2023	**Korumalı İşyeri Kapasitesinin Düşüklüğü:** Yönetmelik değişikliğine (2022) rağmen, 2023 yıl sonu itibarıyla **yalnızca 14 korumalı işyerinde 129 engelli bireyin** istihdam edilmiş olması. Bu sayı, hedef kitlenin büyüklüğü göz önüne alındığında yetersiz kalmıştır.	(12,16,17)

1.3. Eğitimde Kapsayıcılık

Eğitim, bireylerin kişisel gelişimlerini, mesleki kariyerlerini ve istihdam olanaklarını etkilediği için toplumsal katılımın önemli bir unsurudur. Bu katılım türünde eğitim hizmetlerine erişim ve dışlanma, kapsayıcı eğitim ile mesleki eğitim ve yaşam boyu öğrenme başlıkları dikkate alınmaktadır.[8,9,15,18]

- **Eğitim hizmetlerine erişim ve dışlanma:** Engelli bireylerin eğitim hizmetlerinden eşit şekilde yararlanamaması önemli bir toplumsal katılım sorunudur. Bu sorun, eğitim kurumlarının fiziki yetersizliğinden (%90 oranında uygun olmaması), eğitim personelinin ve diğer öğrencilerin önyargılı tutumlarından ve uygun olmayan materyal/müfredat kullanımından kaynaklanmaktadır.
- **Kapsayıcı eğitim (kaynaştırma):** Özel gereksinimi olan çocukların akranlarıyla birlikte eğitimin her kademesine katılımının sağlanması eğitim hizmetlerinin en fazla görünen uygulamasıdır.
- **Mesleki eğitim ve yaşam boyu öğrenme:** Engelli bireylerin mesleki eğitim, yükseköğrenim ve yaşam boyu öğrenme ortamlarına geçiş tedbirlerinin alınması bu kapsamdadır.

Bu konuda ülkemizde son beş yılda planlanan ve gerçekleştirilen faaliyetler ve gelişmeler **Tablo 5**'te sunulmuştur.

Eğitimde kapsayıcılık hedeflerine rağmen gerçekleşmeyen durumlar da vardır. Bu konuda son beş yılda planlanıp gerçekleştirilemeyen faaliyetler ve uygulamalar **Tablo 6**'de sunulmuştur.

Eğitimde kapsayıcılık engelli bireylerin üretken bireyler olarak var olmasında önemli bir fırsat yaratmaktadır. 21. yüzyılın ilk çeyreğinde bile bu konuda kapsayı-

Tablo 5. Eğitimde kapsayıcılık faaliyetleri ve gelişmeleri

Yıl	Faaliyet ve Gelişmeler	Kaynaklar
2020-2022	Özel eğitim kurumlarında örgün eğitim alan toplam öğrenci sayısı **2019-2020'de 425.774** iken, **2021-2022 öğretim yılında 472.686'ya** ulaştı. Bu öğrencilerin büyük çoğunluğu (%75) **kaynaştırma eğitiminde** yer aldı.	(13)
2021	Koruma altındaki çocuklara otizm taraması yapmak ve personele eğitim vermek amacıyla Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hizmetleri GM ve Engelli ve Yaşlı Hizmetleri GM iş birliğinde **"Beni Fark Et" projesi** başlatıldı.	(16)
2021	**Okul Servis Araçlarının Erişilebilirliği Toplantısı** düzenlendi.	(14)
2020-2021	Öğrenci Taşıma Uygulamasından yararlanan engelli öğrenci/kursiyer sayısı 2020-2021 öğretim yılında **122.121** oldu.	(16)
2022	Türkiye genelinde Engelsiz Yaşam Merkezlerinin sayısı 2022 itibarıyla **130'a** ulaştı. Bu merkezlerde 1500'ün üzerinde engelliye eğitim ve hizmet verilmektedir.	(16)
2023	Türkiye sınırları içinde farklı ilde örgün eğitime devam eden **79.080 öğrenciye** ulaşım giderleri için **60,74 milyon TL** destek sağlandı.	(12)
2023	Özel eğitim ve destek eğitim hizmetlerini güçlendirmeyi amaçlayan **Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik II. Ulusal Eylem Planı (2023-2030)** yayımlandı.	(7)

Tablo 6. Eğitimde kapsayıcılık başlığında gerçekleştirilemeyen faaliyetler ve uygulamalar

Yıl	Gerçekleştirilemeyen Alan / Uygulama Eksikliği	Kaynaklar
2020-2024	Eğitim kurumlarının **iç fiziksel düzenlemelerinin engelliler açısından sorun teşkil etmesi** ve tekerlekli sandalyedeki bir engelliye ait oturma alanı ayrılmış dersliklerin **%90 oranında uygun olmaması**.	(15)
2020-2024	Öğretim materyallerinin engelli bireylere (özellikle **görme engellilere**) uygun hale getirilmesi ve bu sorunların teknoloji ile aşılmasında yapısal eksikliklerin devam etmesi.	(15)

cılık sorunlarının olması ülkemiz açısından üzücü ve umut kırıcıdır.

1.4. Sosyal Yaşam ve İlişkiler

Bu başlık, engelli bireyin toplumla kurduğu duygusal ve sosyal bağları, günlük yaşam aktivitelerini ve kültürel hayata katılımını içerir.[6,8,15,19,20] Bu katılım türünde sosyal ilişkiler ve etkileşim, arkadaşlık ilişkilerinden soyutlanma, evlenme sorunsalı ile sosyal, kültürel ve sportif etkinlikler başlıkları dikkate alınmaktadır.

- **Sosyal ilişkiler ve etkileşim:** bireylerin sosyal yaşama katılım engellerinden biri, erişilebilirlik standartlarının düşük olmasıdır. Ayrıca, ailelerin aşırı korumacı davranışları, bireyin bağımsız hareket etmesini ve sosyalleşmesini olumsuz etkilemektedir.
- **Arkadaşlık ilişkilerinden soyutlanma:** engelli bireylerin akran gruplarından ve arkadaşlık ilişkilerinden soyutlanma yaşamaları sosyal dışlanmanın bir boyutudur.
- **Evlenme sorunsalı:** engelli bireylerin evlenmede sorun yaşamaları, engelli olmayan bireylerin evlenmeye sıcak bakmaması ve alay edilme durumları, sosyal katılımın önemli bir biçimi olan aile kurma bağlamında dışlanma yaşamalarına neden olmaktadır.
- **Sosyal, kültürel ve sportif etkinlikler:** engelli bireylerin sanatsal, entelektüel ve sportif potansiyellerini geliştirme ve kullanma fırsatına sahip olmalarının sağlanması. Bu etkinliklere eşit ve bağımsız katılamama ve mevcut tesislerin erişilebilir olmaması bu alandaki dışlanmayı göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması'nda (ICF) **toplumsal yaşama katılım (d6)** alt boyutu olarak yer almaktadır.

Bu konuda ülkemizde son beş yılda planlanan ve gerçekleştirilen faaliyetler ve gelişmeler **Tablo 7**'de sunulmuştur.

Sosyal etkinliklerdeki kapsayıcılık; toplumun engellilik hakkındaki farkındalığını artırma, **zihinsel dönüşümünü** sağlama ve engellilere yönelik önyargılı, ayrımcı ve damgalayıcı tutumların değiştirilmesi bakımından önem taşımaktadır. Bu konuda son beş yılda planlanıp gerçekleştirilemeyen faaliyetler ve uygulamalar **Tablo 8**'de sunulmuştur.

Tablo 7. Sosyal yaşam ve ilişkilerde kapsayıcılık faaliyetleri ve gelişmeleri

Yıl	Faaliyet ve Gelişmeler	Kaynaklar
2020	Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı **gündüz hizmeti veren merkezlerin ve gündüz hizmetinin de verildiği yatılı kuruluşların** (bir önceki yıla göre artış göstererek) **127'ye** yükseldi.	(13)
2021	2030 Engelsiz Vizyon Belgesi'ni tanıtmak ve yerel yönetimlerle ortak anlayışı güçlendirmek amacıyla **Belediyecilikte Engelsiz Vizyon Seminerleri** düzenlendi.	(14)
2021	Toplumsal farkındalığı artırmak için **Erişilebilirlik Kamu Spotu** hazırlandı.	(14)
2021-2025	**Otizm ve Müzik Yaz Okulu**, ülkede ilk kez bir üniversite yürütücülüğünde gerçekleşti. Her yıl tekrarlanmaktadır.	(14)
2021	Otizm alanında çalışan STK'ların oluşturduğu **Türkiye Otizm Meclisi** ile Bakanlık arasında toplantı düzenlendi.	(8,14)
2022	İşaret dilini tercih eden işitme engellilere 7/24 çeviri desteği sunarak sosyal hayata katılımlarını desteklemek amacıyla **AİLEM Engelsiz İletişim Merkezi Projesi** hayata geçirildi.	(14)
2023	Kapsamında Çocuk Hakları ve Çocuk Katılımı öncelik alanı olarak belirlenen **Türkiye Çocuk Hakları Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2023–2028)** hazırlandı.	(12,19,21)

Tablo 8. Sosyal yaşam ve ilişkilerde kapsayıcılık başlığında gerçekleştirilemeyen faaliyetler ve uygulamalar

Yıl	Gerçekleştirilemeyen Alan / Uygulama Eksikliği	Kaynaklar
2024	Toplumsal Duyarlılıkta Yetersizlik: Yapılan araştırmalar halkın genelinin engelli bireylere karşı yeterince duyarlı olmadığını ve önyargıların devam ettiğini göstermiştir. Engelli bireyler toplum içinde "acınan" veya "dışlanan" olarak tanımlanmaktadır.	(15,19,22,23)
2024	Yerel düzeyde gerçekleştirilen faaliyetlerin toplum tarafından **"gösteriş amaçlı"** olarak algılanması ve engelli bireylerin sosyal yaşamın dışında kalması yönündeki deneyimlerin yaşanması.	(15)

1.5. Sağlık ve Bakım Hizmetlerine Katılım

Sağlık hizmetlerinden yararlanma ve bakım hizmetlerine erişim, engelli bireylerin toplumsal refahı ve katılımı açısından önemli göstergelerdir.[4,7–10,12–16,22,24,25] Bu katılım türünde sağlık hizmetlerine erişim, bakım hizmetleri, kişisel bakım ve günlük yaşam faaliyetleri başlıkları dikkate alınmaktadır.

- **Sağlık hizmetlerine erişim:** Engelli bireylerin genel sağlık hizmetlerinden herkesle birlikte ve erişilebilir şekilde yararlanması esastır. Bu, muayene ekipmanlarının erişilebilir olması, işaret dili desteği sağlanması ve özelleştirilmiş sağlık hizmetlerinin sunulmasını gerektirir.
- **Bakım hizmetleri:** Engellilerin yaşam döngüsü içerisinde yer alabilmeleri için sağlanması gereken olanaklar arasında tedavi ve bakım hizmetleri de yer almaktadır. Aile yanında bakımı mümkün olmayan engelli bireylere yönelik Umut Evleri, Aktif Yaşam Merkezleri (Gündüz Hizmet Modeli) ve Evde Bakım Yardımı gibi modeller, bireyin yaşadığı çevreden ayrılmak zorunda kalmadan toplumsal hayata aktif katılımını sağlamayı hedefler.
- **Kişisel bakım ve günlük yaşam faaliyetleri (ICF Alt Boyutları):** Katılım kavramı, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sınıflandırmasında anlama ve iletişim kurma (d1), hareketlilik (d2), kendine bakım (d3), insan ilişkileri (d4), yaşam faaliyetleri (d5) ve toplumsal yaşama katılım (d6) olmak üzere altı alt boyutu içermektedir.

Sağlık ve bakım hizmetlerine katılım özellikle 2030 Engelsiz Vizyon Belgesi, Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik II. Ulusal Eylem Planı (2023-2030) ve Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı (2023-2025) gibi stratejik belgelerin hedefleri ve hak temelli politikaların öne çıkardığı bir başlıktır.[7,26,27] Bu konuda ülkemizde son beş yılda planlanan ve gerçekleştirilen faaliyetler ve gelişmeler **Tablo 9**'da sunulmuştur.

Bu konuda son beş yılda planlanıp gerçekleştirilemeyen faaliyetler ve uygulamalar **Tablo 10**'da sunulmuştur.

1.6. Hukuk ve Yönetimsel Katılım

Engelli hakları hareketinin 2000 sonrası dönemde **hak eksenli faaliyetler** ve **karar alma mekanizmalarına aktif katılım** üzerine kurulduğu[7,8,22,28,29], ancak 2020'li yıllara doğru bu ivmenin yavaşlayarak daha **pasif bir yaklaşıma gerilediği** tespit edilmiştir.[15] Bu nedenle, sivil toplum kuruluşlarının kapasitelerinin güçlendirilmesi ve hak savunuculuğunun sürdürülebilirliğinin sağlanması kritik bir idari hedef olarak öne çıkmaktadır. Bu katılım türünde stratejik belgelerle politikaların kurumsallaşması, yasal ayrımcılıkla mücadele karar mekanizmalarına katılım ve yönetimsel denetim, izle-

Tablo 9. Sağlık ve bakım hizmetlerinde kapsayıcılık faaliyetleri ve gelişmeleri

Yıl	Faaliyet ve Gelişmeler	Kaynaklar
2020	0-3 yaş arası engelli bebeklerin ve çocukların takibinin hedeflendiği Aile Temelli Ulusal Erken Müdahale Programı Geliştirilmesi Çalıştayı düzenlendi.	(10)
2020-2021	Evde Bakım Yardımı: 2020'de 9.474,0 milyon TL ödeme, 2021'de 10.683,9 milyon TL ödeme yapıldı.	(16)
2020-2023	Kurum temelli bakımdan toplum temelli bakıma dönüşümün bir örneği olan Umut Evlerinin sayısı 2020'de 127 iken, 2022'de 144'e ve Nisan 2023'te 135'e ulaştı.	(13,16)
2021	Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı'nın uygulanmasından ve izlenmesinden sorumlu Engelli Hakları İzleme ve Değerlendirme Kurulu oluşturuldu.	(12)
2022	8 politika alanında (içermeci ve erişilebilir toplum, sağlık ve iyilik hali, bağımsız yaşam dahil) 316 faaliyet içeren Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı (2023-2025) yayımlandı.	(12,25)
2023	Tip-1 Diyabet Hastası Kişiler İçin Cilt Altı Sürekli Glikoz Ölçüm Cihazı Yardımı hayata geçirildi. 2023'te 7.075 kişiye cihaz temini sağlandı.	(12)

Tablo 10. Sağlık ve Bakım Hizmetlerine Katılımda kapsayıcılık başlığında gerçekleştirilemeyen faaliyetler ve uygulamalar

Yıl	Gerçekleştirilemeyen Alan / Uygulama Eksikliği	Kaynaklar
2020	Erişilebilirlik alanında farkındalık ve uygulama eksiklikleri bulunmaktadır. Uygulamaların standartlara uygun düzeye taşınması yavaş işleyen bir süreçtir.	(10,11)
2020	Engelli hakları mücadelesi ivmesinin 2020'li yıllara doğru hızlı bir şekilde gerilediği ve pasif bir yaklaşıma bırakmıştır.	(10)
2020	Engellilik maaşlarının ve bakım maaşlarının yetersizliği temel ihtiyaçları karşılama güçlüğünü sürdürmektedir.	(15)
2020	Engelli bireyler sosyal, kültürel, sanatsal ve sportif faaliyetlere katılımda sorunlar vardır.	(14,15)

me ve değerlendirme mekanizmaları, siyasal alandaki dışlanma ile kamusal hizmetlere erişim ve bürokratik engeller başlıkları dikkate alınmaktadır.

- **Stratejik belgelerle politikaların kurumsallaşması (2020-2025):** Bu dönemdeki en önemli vurgu, engelli haklarının korunması, geliştirilmesi ve adaletin tesis edilmesi amacıyla engelli bireyleri öncelikle hukuk öznesi bireyler olarak tanımakla başlayan 2030 Engelsiz Vizyon Belgesi, Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı (2023-2025) ve Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı (2023-2025) oluşturulmuştur.
- **Yasal ayrımcılıkla mücadele:** Engelliliğe dayalı ayrımcılığın yasaklanmasının (Türk Ceza Kanunu 122. madde ve 5378 sayılı Kanun) önemi kabul edilmekle birlikte, ayrımcı davranışların (örneğin resmi kurum veya banka görevlilerinin ayrımcı tutumları) halen yaşanmaktadır. Hukuk kurallarının pratikteki etkinliğinin artırılması ile erişilebilirlik ve yerel yönetimlerin hukuki sorumluluğu konuları önemle vurgulanmaktadır.
- **Karar mekanizmalarına katılım ve yönetimsel denetim.** Engelli bireylerin salt hizmet alıcısı değil, aynı zamanda hizmetlerin planlanmasında, sunumunda ve değerlendirilmesinde **aktif bir paydaş** olması gerektiği temel bir yönetimsel vurgudur.
- **İzleme ve değerlendirme mekanizmaları:** Uygulamanın takibinin önemi büyüktür. Bu bağlamda; Engelli Hakları İzleme ve Değerlendirme Kurulu (EHİDK), Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Komisyonları, Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumuna ve dostane çözüm için Kamu Denetçiliği Kurumu oluşturulmuştur.
- **Erişilebilirlik ve yerel yönetimlerin hukuki sorumluluğu:** Belediyeler, halka en yakın birimler olarak, engellilerin kentsel yaşamdaki sorunlarının çözümünde (ulaşım, altyapı, sosyal hizmetler) merkezi bir görev ve hukuki sorumluluk taşımaktadır.
- **Siyasal alandaki dışlanma:** Engelli vatandaşların seçme, seçilme ve siyasal yaşama katılma haklarına sahip olmalarına rağmen, oy kullanma hakkı konusunda yaşadıkları zorluklar (örneğin yerel ve genel seçimlerde yardım alma gerekliliği) siyasal dışlanmanın bir göstergesidir.
- **Kamusal hizmetlere erişim ve bürokratik engeller:** Engellilerin kamu kurum ve kuruluşlarından hizmet alımında karşılaştığı sorunlar. Kurum görevlilerinin ayrımcı davranışları, insancıl olmayan yaklaşımlar ve bürokratik engeller (işaret dili bilen personel eksikliği, yasal düzenlemelerdeki kısıtlamalar) bu alandaki dışlanmayı derinleştirmektedir.

Bu konuda ülkemizde son beş yılda planlanan ve gerçekleştirilen faaliyetler ve gelişmeler **Tablo 11**'de sunulmuştur.

Engelli hakları ile ilgili uygulama eksikliklerinin temelinde mevzuatın dağınıklığı ve hizmetlerin koordinasyonundaki yetersizlik yatmaktadır. Bu konuda son beş yılda planlanıp gerçekleştirilemeyen faaliyetler ve uygulamalar **Tablo 12**'de sunulmuştur.

Son Söz

Engelli bireylerin toplumsal katılımı (ve bunun eksikliği durumunda sosyal dışlanma) kavramının içeriği, bireylerin yaşamın temel alanlarına **eşit ve bağımsız** bir şekilde dahil olabilmesi etrafında şekillenmektedir. Temel metinler incelendiğinde toplumsal algı ve katılımın bireyin tıbbi sorunu ile ilgisinin olmadığına, bireyin insan olmanın onurunu yaşamasına odaklandığı görülmektedir.

Engelli bireylerin toplumsal katılımından bahsedilen toplumlarda katılımla ilgili sorunların olduğu aşikardır. Engelliliğin sosyal modelinin benimsendiği ve toplum içindeki tüm hak ve uygulamalara bu anlayışın tam anlamıyla yansıtıldığı toplumlarda engelli bireylerin anayasal haklarından yararlanmada bu kadar mücadeleye gerek olmayacaktır.

Ülkemizde toplumsal katılım konusunda son beş yıllık profil değerlendirildiğinde ana metinleri ve planların

Tablo 11. Hukuk ve yönetimsel katılım faaliyetleri ve gelişmeleri

Yıl	Faaliyet ve Gelişmeler	Kaynaklar
2020	Finansal Tüketicilerden Alınacak Ücretlere İlişkin Yönetmelikte değişiklik yapılarak görme engelli tüketicilerde kâğıt üzerinde sözleşmenin bir nüshasını elden aldım ibaresini yazma şartı kaldırıldı.	(10)
2021	Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı'nın uygulanmasından ve izlenmesinden sorumlu Engelli Hakları İzleme ve Değerlendirme Kurulu oluşturuldu.	(12)
2021	Otizm alanında çalışan 115 STK'nın oluşturduğu Türkiye Otizm Meclisi'nin yeni yönetim kurulu ile Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü arasında çevrim içi toplantı düzenlendi.	(14)
2023	Engelli bireylerin karar alma süreçlerine katılımının artırılması ve politikaların hak temelli olmasını hedefleyen 2030 Engelsiz Vizyon Belgesi ve Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik II. Ulusal Eylem Planı (2023-2030) hazırlandı.	(7,27)
2023	Engelli Hakları İzleme ve Değerlendirme Kurulu yıl içinde I. ve II. toplantılarını gerçekleştirdi.	(16,24)
2023-2025	Adalet hizmetlerinin engelliler açısından içermeci bir anlayışla güçlendirilmesi (Hedef 2) ve Engellilerin karar mekanizmalarına katılımının güçlendirilmesi (Hedef 6) hedefleri Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı kapsamına alındı.	(7,12)

Tablo 12. Hukuk ve yönetimsel katılım başlığında gerçekleştirilemeyen faaliyetler ve uygulamalar

Yıl	Gerçekleştirilemeyen Alan / Uygulama Eksikliği	Kaynaklar
2020-2025	Hak savunuculuğu önceki yıllara göre ivmesini kaybetti.	(8)
2025	ÖTV muafiyetli araçlarının satışı 10 yıl boyunca yasaklandı. ÖTV muafiyetinden yararlanılacak araçların en az **% 40 oranında yerli üretim katkısına sahip** olması gerekliliği getirildi.	(30)

ortaya konmasında sorun olmadığı, ancak planlanan hedeflerin gerçekleştirilmesi konusunda yetersizliklerin olduğu görülmektedir. Toplumsal katılımı sağlamak amacıyla benimsenen politikalarda asıl hedefin günü kurtarma değil, farklılıklarla zenginleştirilen toplumsal yapının oluşturulması olmalıdır. Engellilik adına yapılan tüm düzenlemeler ve uygulamalar sayesinde fiziksel ortam ve tutum alanını ilgilendiren toplumsal bir devrimin gerçekleşeceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Zaks Z. Changing the medical model of disability to the normalization model of disability: clarifying the past to create a new future direction. Disabil Soc. 2024;39(12):3233–60.
2. Shakespeare Tom. Social Model of Disability. The disability studies reader [Internet]. 2006 [cited 2025 Sep 29]; Available from: https://files.commons.gc.cuny.edu/wp-content/blogs.dir/3295/files/2017/09/SocialModelofDisability_Shakespeare.pdf
3. Disability [Internet]. [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1
4. BM Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme [Internet]. 2008 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf
5. Çaha H. Engellilerin Toplumsal Hayata Katılmasına Yönelik Politikalar: Türkiye, ABD ve Japonya Örnekleri. İnsan & Toplum Dergisi. 2015 Dec 29;5(10):123–50.
6. Akyürek G, Kaya Öztürk L, Gürlek S. Comparison of Community Participation and Environmental Perceptions of Individuals with Disabilities According to Demographic Factors: A Cross-Sectional Study. Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences. 2023;8(1):65–75.
7. EYHGM. 2030 engelsiz vizyon belgesi [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.aile.tr/media/135666/2030_engelsiz_vizyon_belgesi_.pdf
8. Yazıcı HT. Türkiye'deki Engelli Hakları Hareketlerinin İncelenmesi. Olgu Sosyoloji Dergisi. 2024 Dec 31;3(2):63–78.
9. Kalaycı S. Engelli bireylerin kamusal hizmetlere erişebilmesinde belediyelerin yeri. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2020 Dec 31;83–104.
10. EYHGM. e-bülten [Internet]. 2020 Jan. [cited 2025 Sep 29] Available from: www.ailevecalisma.gov.tr
11. Kınalı G. Rehabilitasyonda topluma katılımın iki anahtarı: erişilebilirlik ve evrensel tasarım. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2020;105–18.
12. Strateji Daire Başkanlığı. Türkiye geneli bilgilendirme kitapçığı [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.aile.gov.tr/media/159360/turkiye-geneli-bilgilendirme-kitapcigi_2024.pdf
13. EYHGM. Engelli ve yaşlı istatistik bülteni [Internet]. 2023 Apr [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://aile.gov.tr/media/135432/eyhgm_istatistik_bulteni_nisan_23.pdf

14. EYHGM. e-bülten [Internet]. 2021 Jul [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.aile.gov.tr/media/86683/eyhgm_temmuz_agustos_2021_ebulten.pdf
15. Kaldık B. Engelli Bireylerin Sosyal Dışlanma Deneyimleri Üzerine Fenomenolojik Bir Araştırma. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2024 Jul 30;35(3):393–420.
16. EYHGM. Engelli ve yaşlı istatistik bülteni [Internet]. 2022 Jan [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.aile.gov.tr/media/98625/eyhgm_istatistik_bulteni_ocak_2022.pdf
17. Ünal V. Türkiye'de engellilik yaklaşımlarının sosyal politika açısından değerlendirilmesi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2021 Dec;XLV(2):235–58.
18. Eraslan E, Coşgun M. Engellilerin toplumsal entegrasyonunda siyasal temsil üzerine bir deneme: Türkiye özürlüsü ile mutludur partisi. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi. 2021 Apr 21;17:5764–90.
19. Erol Karaca Z, Nam D. Kronik bir sosyal sorun: Engellilere Yönelik Ayrımcılık. Bilgi. 2021;1(23):167–94.
20. Çavdar S, Şimşek Ç, Gündüz B, Yılmaz Yalçınkaya E. Engelli bireyler ve bakım veren Ailelerinin yaşadıkları zorluklar: sosyal içerme perspektifi. International Journal of Barrier Free Life and Society [Internet]. 2022 May. [cited 2025 Sep 29] 26;5(1):29–41. Available from: http://baflas.penpublishing.net/makale/3065
21. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Türkiye Çocuk Hakları Strateji Belgesi ve Eylem Planı [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://www.aile.gov.tr/media/132816/turkiye-c-ocuk-haklari-strateji-belgesi-ve-eylem-plani-2023-2028-dijital.pdf
22. Ersoy Quadır S, Akaroğlu EG, Tığlı E. Toplumumuzun engelli bireylere yönelik duyarlılık düzeylerinin incelenmesi. Ekev Akademi Dergisi [Internet]. 2023. [cited 2025 Sep 29] (96):229–46. Available from: https://orcid.org/0000-0001-7492-5100
23. Balsak H, Ayhan F. 2024. [cited 2025 Sep 29] Reflection of Society's Empathic Tendency on Attitudes towards Persons with Disabilities Toplumun Empatik Eğiliminin Engelli Bireylere Yönelik Tutumlara Yansıması. Available from: https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2024/05/18-Toplumun-Empatik-Egiliminin-Engelli-Bireylere-Yonelik-Tutumlara-Yansimasi.pdf.
24. EYHGM. Engelli bireyler için bilgilendirme rehberi [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://aile.gov.tr/media/131394/engelli_bireyler_icin_bilgilendirme_rehberi.pdf
25. EYHGM. Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı 2023-2025 [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://aile.gov.tr/media/133056/engelli_haklari_ulusal_eylem_plani_23-25.pdf
26. EYHGM. Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı 2023-2025 [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://aile.gov.tr/media/133624/yasli_haklari_ulusal_eylem_plani.pdf
27. EYHGM. Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik II. Ulusal Eylem Planı 2023-2030 [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://statistics.science.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/857/2023/04/Ek5.pdf
28. Engelli bireyler için bilgilendirme rehberi [Internet]. Ankara; 2023 [cited 2023 Jun 7]. Available from: https://www.aile.gov.tr/media/94446/engelliler_icin_bilgilendirme_rehberi_2021.pdf
29. Şenyüz FY. Engelli Çocukların Katılım Haklarının Türkiye'deki Mevzuat Bağlamında Değerlendirilmesi ve Engelsiz Yaşam Merkezlerinin Önemi. Disiplinlerarası Çocuk Hakları Araştırmaları Dergisi. 2022;(4):71–92.
30. Resmi Gazete. Özel Tüketim Vergisi (II) Sayılı Liste Uygulama Genel Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 28]. Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2025/01/20250115-8.htm

Engellilikte Yasal Düzenlemeler ve Haklar

Feyza Dereli, Ferhat Yıldız

Türkiye'de engelli hakları hem ulusal mevzuat hem de uluslararası sözleşmeler temelinde şekillenmektedir. 2005 yılında kabul edilen **5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun**, engellilerin hak temelli bir yaklaşımla sosyal hayata tam ve eşit katılımını amaçlayan ilk kapsamlı yasal çerçeveyi oluşturmaktadır.[1] Türkiye, 2009 yılında **Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'ni** (CRPD) onaylayarak, engellilerin bağımsız yaşam, erişilebilirlik, eğitim, sağlık, istihdam ve toplumsal yaşama katılım gibi alanlarda ayrımcılığa karşı korunmasını taahhüt etmektedir.[2]

Bu çerçevede, erişilebilirlik standartlarının geliştirilmesi, istihdamda engellilere yönelik kota uygulaması, eğitimde kaynaştırma politikaları ve sosyal hizmet destekleri gibi birçok düzenleme hayata geçirilmiştir. Son yıllarda **2030 Engelsiz Vizyonu** (3) doğrultusunda stratejik eylem planları hazırlanmış, hak temelli yaklaşımın kurumsallaşması için Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı (EHUEP) devreye sokulmaktadır (4). Bu politikalar, engellilerin yalnızca "yardım alan" değil, hak sahibi bireyler olarak toplumsal, ekonomik ve kültürel hayata etkin katılımını hedeflemektedir. Bu hedefler doğrultusunda yapılan girişimler planlama ve uygulama olarak iki süreçte ele alınabilir.

Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı 2021-2022 dönemi, planlama süreci olarak öne çıkmaktadır. Pandemi döneminde (2019-2020) engellilerin var olan ve artan ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik yapılması gerekenler konunun ve içinde bulunulan durumun önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Bu süreçte **Aile Temelli Ulusal Erken Müdahale Sistemi** için çerçeve çalışmaları ve hak temelli yaklaşımı yaygınlaştırmaya yönelik çalıştaylar, erişilebilirlik çalışmaları 2023 yılında yürürlüğe giren **EHUEP 2023-2025** için altyapı oluşturmuştur.

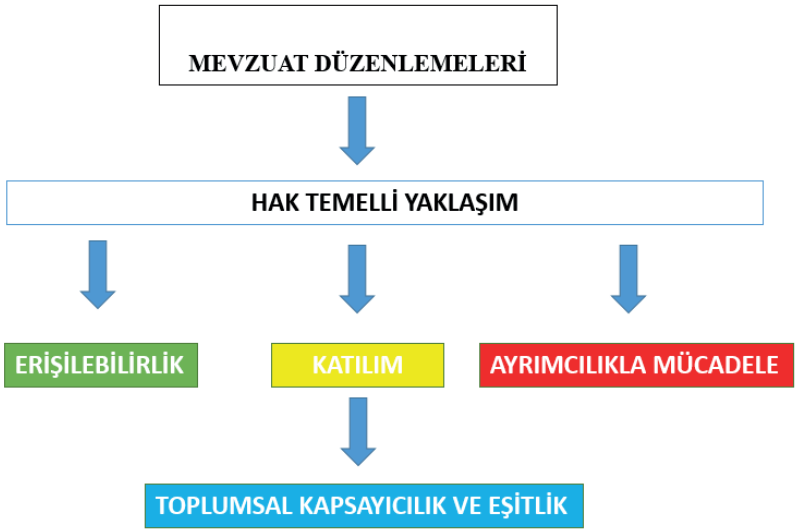
Engelliliğin toplumsal boyutu ve engellilik ile ilgili mevzuat ilişkisi şu şekilde özetlenebilir (**Şekil 1**).

1. Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı Hedeflerinin Uygulanma Durumu (2023-2025)

EHUEP 2023-2025 ile ilgili hedefler ve göstergeler incelendiğinde ulusal boyutta çalışmaların yaygınlaştırılması için Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın sorumlu olduğu görülmektedir. **Bu eylem planı dönemi** 8 politika alanı kapsamında, 31 hedefe, bu hedeflere ulaşabilmek için ise 107 eylem alanına yönelik 316 faaliyetin hayata geçirilmesini kapsamaktadır.

Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı (2023-2025) 32093 sayılı 03/02/2023 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.[5] 19/7/2013 tarihli ve 28712 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 2013/8 sayılı Genelge ile Engelli Hakları İzleme ve Değerlendirme Kurulu kurulmuş ve 31678 sayılı 03/12/2021 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan genelgeyle yeniden teşekkül ettirilmiştir. Bu genelge ve Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı (2023-2025) kapsamında gerçekleşmiş ya da yürütülen faaliyetler şu şekilde özetlenebilir:

- Engelli Hakları İzleme ve Değerlendirme Kurulu Görev, Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge yayımlanmıştır.[6]
- Engelli ve Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine İlişkin Yönerge yayımlanmıştır.[7]
- Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme yayımlanmıştır.[8]
- Yükseköğretim Kurumları Engelliler Danışma ve Koordinasyon Yönetmeliği yayımlanmıştır.[9]
- Engelli hakları konusunda teşvik edilecek ve yürütülecek bilimsel ve akademik çalışma hedefleri somut değildir. Ölçüm yöntemi ve araştırmanın yeterliğinin nasıl değerlendirileceği (metodoloji) belirlenmemiştir.



Şekil 1. Engelliliğin toplumsal boyutu ve mevzuat ilişkisi

- Engelli hakları konusunda eğitim verilecek grupların temsiliyeti ile ilgili veri bulunmamaktadır. Eylem planı hazırlanırken eğitim verilmesi planlanan toplam kaç kişi olduğu ve bu hedefin ne kadarına ulaşıldığı belli değildir.
- Engelli bireylere yönelik sağlanan çeşitli indirimler ve benzeri avantajlar insani boyutuyla düşünüldüğünde olumlu gelişmeler olarak algılanabilir. Bununla birlikte, bu maddi desteklerin engelli yaşamında bir kolaylaştırıcılık sağlayıp sağlamadığına yönelik bilimsel veri kısıtlılığı bulunmaktadır.
- Eylem planında bazı çalışmalarla ilgili yöntemsel belirsizlik bulunmaktadır. Bu belirsizlikler hedefi kestirmeyi ve ölçülebilirliği güçleştirdiği için yorumlamakta güçlük çekilmektedir.
- Üniversitelerde "Engelli Bireylerde Beden Eğitimi ve Spor Bölümleri" açılmış olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, ülkemizde bu bölümlerin açılması gereken minimum sayı ile ilgili hedef belirlenmiş değildir.
- Erişilebilirlik Değerlendirme Modülü (ER-DEM) hazırlanmış ve kullanıma açılmıştır.[10]
- Toplu taşıma araçların engellilere göre uyarlanması konusunda hem araç sayısı hem de bu taşıtların sürücüleri yeterli farkındalığa sahip değildir. Günlük hayatta, engelli bireylerden çokça bu konuda şikâyet gelmektedir. Hedef gösterge olarak bu şikâyet sayılarının yıllar içerisinde değişimi izlenmeli ve genel eğitimden ziyade taşıt sürücülere odak nokta bazlı müdahale çalışmaları yapılmalıdır.
- Kamu kurumlarının web erişilebilirliğini sağlamalarına yönelik genelge yayımlanmıştır.[11]
- Engelli bireylerin adalete erişimleri konusunda 1 Aralık 2022'de "Engelsiz Adalet Çalıştayı" düzenlenmiştir.[12]
- Engelli bireylerin siyasal yaşama katılımı çalıştayı 2015 yılında yapılmış olup eylem planında bahsedilen yeni bir çalıştay etkinliği tespit edilememiştir.[13]
- Benzer şekilde, 2016 yılında ise "Engelsiz Seçim Çalıştayı" düzenlenmiştir.[14]
- Engelli Hakları İzleme ve Değerlendirme İl Kurullarının pilot illerde yürütülmesine dair faaliyet kapsamında kurul toplantılarının düzenlendiği tespit edilmiştir. Ancak il bazlı örnekler kısıtlı sayıdadır.
- Eylem Planı kapsamında "Özel Kreş ve Gündüz Bakımevleri ile Özel Çocuk Kulüplerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmelik" in gözden geçirilerek yeniden düzenlenmesi çalışması yapılacağı belirtilmiştir ancak mevzuat web sitesinde henüz herhangi bir güncelleme yapılmadığı görülmektedir.
- "Herkes İçin Engelsiz İşyerleri Rehberi" 2025 yılında güncellenerek yayımlanmıştır.[15]
- Eylem planında "Sektörel ihtiyaçlar çerçevesinde e-ticaret modülü oluşturularak eğitim verilecek ve girişimcilik eğitimleri arttırılacaktır" ifadesi yer almaktadır. Bu faaliyetin doğrudan engelli bireylerde fırsat eşitliği yakalamaya yönelik olması için engellilere yönelik özel bir ifade eklenmediği görüldüğünden etkisi kestirilememektedir.

- Eylem Planı faaliyetlerinde belirtilen "Türkiye Bakım Araştırması" yapılması engelli ve yakınlarının ihtiyaçlarını tespit etmek ile ilgili önemli veriler sunacaktır. Ancak bu araştırmayla ilgili bilgiye ulaşılamamıştır.
- Eylem planı kapsamında doğrudan tanımlanan 13 çalıştay yapılması hedeflenmiştir. Bunların dördü içermeci ve erişilebilir toplum, sekizi hakların korunması ve adalet ile biri ekonomik güvence başlığı altında yer almaktadır. Bunların dışında, etkinlik olarak da bazı faaliyetler için çalıştay düzenlenebileceği ifade edilmiştir. Bu çalıştaylarla ilgili yapılan taramada detaylı bilgiye ulaşılamamakla birlikte kısmen bazı çalıştayların yapılmış olabileceği düşünülmekte ise de raporlarına ulaşılamamaktadır. Her çalıştay sonucunda yeni bir eylem planı ve faaliyetler belirlenecektir ancak üç yıllık bir Ulusal Eylem Planı için bu kadar çalıştayın gerçekleştirilmesi ve uygulanması kısa vadede gerçekleştirilmesi ile ilgili endişe oluşturabilir. Bunun yerine daha uzun vadeli Ulusal Eylem Planı (Örneğin 10-20 yıl) yapılması daha gerçekçi bir planlama olabilir.
- 20-21 Aralık 2021 tarihinde geniş bir katılımla çevrimiçi "Akıllı Ulaşım Sistemleri Erişilebilirliği Çalıştayı" düzenlenmiştir. Çalıştay sonuç raporu ilgili kurumlara gönderilmiştir[16]
- Yukarıdaki bütün maddeler göz önüne alındığında eylem planında hedeflere ulaşılma durumuyla ilgili niteliksel ya da niceliksel bir veriye ulaşılamamıştır. Bu nedenle, objektif bir değerlendirme yapılamamıştır. Söz konusu eylem planı ile ilgili değerlendirme raporu hazırlandığı açıklanmış olsa da rapora erişilememiştir.[17]
- Eylem Planının yayımlandığı tarihten bu yana kanunda geniş kapsamlı bir düzenleme yapılmamıştır. Sadece bir üniversite engellilikle ilgili çalışmalar konusunda yönetmelik yayımlanmıştır. Yasal düzenlemelerde önemli bir düzenleme görülmemektedir.

EHUEP politika alanları, hedefler, eylem alanları ve faaliyet alanları 8 politika alanında ve **Tablo 1-8**'de şu şekilde özetlenmiştir:

Politika Alanları:

1. İçermeci ve Erişilebilir Toplum
2. Hakların Korunması ve Adalet
3. Sağlık ve İyilik Hali
4. Kapsayıcı Eğitim
5. Ekonomik Güvence
6. Bağımsız Yaşam
7. Afet ve İnsani Bakımdan Acil Durumlar
8. Ulusal Uygulama ve İzleme

Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı (2023-2025) niceliksel olarak değerlendirildiğinde; en fazla eylem sayısı olan (26 alan) politika alanı "İçermeci ve Erişilebilir Toplum" ve en az eylem sayısı olan (iki alan) politika alanı "Afet ve İnsani Bakımdan Acil Durumlar" idi. En fazla faaliyet sayısı olan (92 faaliyet) politika alanı "İçermeci ve Erişilebilir Toplum" ve en az eylem sayısı olan (10 faaliyet) politika alanı "Afet ve İnsani Bakımdan Acil Durumlar" idi (**Şekil 2**).

Hedef ya da faaliyet sayısının az ya da çok olması bu alanlarda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu gösterebileceği gibi politik olarak daha fazla ya da daha az önem durumunu da gösterebileceğinden bu verilerin yorumlanması tek başına mümkün değildir. Buna karar verebilmek için engellilerle ilgili ihtiyaç ve bu ihtiyaçların karşılanma durumu ile ilgili bilimsel verilere ihtiyaç bulunmaktadır. Ancak günümüzde bu tür araştırmalar çok kısıtlı yapılmakta ya da yapılmış araştırmalara ulaşılamamaktadır. Örneğin, ülkemizde engellilerin konutlarının erişilebilirliğe uygunluk yüzdesi nedir, engelli bireylerin karşılaştığı ayrımcılık türleri ve bunların sıklıkları nelerdir, yıllar içerisinde bu sayılar artıyor mu azalıyor mu? Eylem planındaki göstergeler; yapılan faaliyet hedeflerine ulaşma durumunu göstermekte, problemlerin ne kadarının çözüldüğüne yönelik yanıtlar vermemektedir.

Toplam faaliyet sayısının çok olması olumlu olarak algılanabilmekle birlikte bu kadar çok faaliyetlerin kısa bir zaman içerisinde gerçekleştirilebilme durumu ile ilgili soru işaretlerine sebep olmaktadır. Bunların içerisinde hangilerinin daha öncelikli ele alınıp çözülmesi gerektiğine dair bir ön çalışmaya ihtiyaç duyulabilir.

Eylem Planının birinci yılının sonunda yayımlanan Ara Değerlendirme Raporu (21 Mayıs 2024), erişilebilirliğin görünürlüğünün, erken müdahale sisteminin kurulma taahhüdünün, kamu kurumlarında farkındalık eğitimlerinin ve deprem bölgesine yönelik erişilebilirlik çalışmalarının öne çıkmış olabileceğini göstermektedir. Fakat belirlenen faaliyetlerin tamamlanma oranına ilişkin veriler paylaşılmamıştır. Eylem Planı Raporunun hazırlandığı ve Engelli Hakları İzleme ve Değerlendirme Kurulu tarafından 21 Mayıs 2024'te gerçekleştirilen toplantıda sunulduğu belirtilmiştir. Fakat bu rapor, ilgili kurumun resmi kanallarında açık veri olarak paylaşılmamıştır. Eylem planlarının hedef-

Tablo 1. İçermeci ve erişilebilir toplum

POLİTİKA ALANI 1 İçermeci ve Erişilebilir Toplum	Eylem Alanı Sayısı	Faaliyet Sayısı
Hedef 1: Engellilik alanında hak temelli yaklaşımın yaygınlaştırılması	3	12
Hedef 2: Engelli bireylerin sosyal, kültürel etkinlikler ile turizm, rekreasyon ve spor faaliyetlerine katılımının güçlendirilmesi	4	31
Hedef 3: Kamu kullanımına açık alanların erişilebilirliğinin sağlanması	6	17
Hedef 4: Erişilebilir konut hizmetlerinin geliştirilmesi	3	5
Hedef 5: Ulaşım hizmetlerinin ve sistemlerinin erişilebilir hale getirilmesi	1	6
Hedef 6: Bilgi ve iletişim teknolojileri ile elektronik hizmet sistemlerinin erişilebilirliğinin artırılması	6	14
Hedef 7: Erişilebilirlik izleme ve denetiminin güçlendirilmesi	3	7
Toplam	26	92

Kaynak: EHUEP 2023-2025

Tablo 2. Hakların korunması ve adalet

POLİTİKA ALANI 2 Hakların Korunması ve Adalet	Eylem Alanı Sayısı	Faaliyet Sayısı
Hedef 1: Engelli bireylerin ayrımcılığa karşı yasal olarak korunması	3	9
Hedef 2: Engelli bireylerin yasa önünde eşit tanınmasına yönelik bir sistemin oluşturulması	2	2
Hedef 3: Adalet hizmetlerinin engelli bireyler açısından içermeci bir anlayışla güçlendirilmesi	4	13
Hedef 4: Engelli bireylerin siyasal yaşama katılımının güçlendirilmesi	4	13
Hedef 5: Engelli bireylerin sömürü, şiddet, işkence, aşağılayıcı muamele ve ceza gibi insan onur ve haysiyetini zedeleyici muamelelerden korunması	6	11
Hedef 6: Engelli bireylerin karar mekanizmalarına katılımının güçlendirilmesi	2	5
Toplam	21	53

Kaynak: EHUEP 2023-2025

Tablo 3. Sağlık ve iyilik hali

POLİTİKA ALANI 3 Sağlık ve İyilik Hali	Eylem Alanı Sayısı	Faaliyet Sayısı
Hedef 1: Bütüncül bir yaklaşımla etkili önleme ve erken müdahale hizmetlerinin geliştirilmesi	2	14
Hedef 2: Engelli bireyler açısından kapsayıcı, karşılanabilir ve erişilebilir sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi	3	14
Hedef 3: Çeşitlendirilmiş terapi yöntemlerini de kapsayan rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması	2	3
Toplam	7	31

Kaynak: EHUEP 2023-2025

Tablo 4. Kapsayıcı eğitim

POLİTİKA ALANI 4 Kapsayıcı Eğitim	Eylem Alanı Sayısı	Faaliyet Sayısı
Hedef 1: Birlikte yaşama kültürünü destekleyerek özel gereksinimi olan çocukların akranlarıyla birlikte eğitimin her kademesine katılımının sağlanması	4	18
Hedef 2: Özel gereksinimi olan çocuklara yönelik değerlendirme, yönlendirme ve izleme sisteminin güçlendirilmesi	4	5
Hedef 3: Engelli bireyler için ortaöğretim, mesleki eğitim, yükseköğrenim, istihdam, yaşam boyu öğrenme ortamlarına geçiş tedbirlerinin alınması	5	5
Toplam	13	28

Kaynak: EHUEP 2023-2025

Tablo 5. Ekonomik güvence

POLİTİKA ALANI 5 Ekonomik Güvence	Eylem Alanı Sayısı	Faaliyet Sayısı
Hedef 1: Mesleki yönlendirme ve mesleki eğitim hizmetlerinin erişilebilirliğinin ve yaygınlaştırılmasının sağlanması	4	9
Hedef 2: Engelli bireyler açısından açık, bütünleştirici ve erişilebilir istihdam imkânlarının geliştirilmesi	3	5
Hedef 3: Engelli bireylerin istihdamının teşvikinde istihdam modellerinin çeşitlendirilmesi ve güçlendirilmesi	4	9
Hedef 4: Engelli bireylerin girişimciliğinin desteklenmesi	3	5
Hedef 5: Engelli bireylere gelir desteği, vergi düzenlemeleri gibi ekonomik destekler sunulması	1	2
Toplam	15	30

Kaynak: EHUEP 2023-2025

Tablo 6. Bağımsız yaşam

POLİTİKA ALANI 6 Bağımsız Yaşam	Eylem Alanı Sayısı	Faaliyet Sayısı
Hedef 1: Engelliler ve ailelerine yönelik bağımsız yaşamı destekleyici çeşitlendirilmiş ve yeni nesil bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması	7	34
Hedef 2: Uzun dönemli bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi	4	12
Hedef 3: Engelli bireylerin bağımsız yaşamını güçlendirmek için destek teknolojilerine ve araç-gereçlere erişimlerinin sağlanması	2	4
Hedef 4: Kişinin engelliliğinden kaynaklı gereksinimi olan bireysel destekler için kapsayıcı ve sürdürülebilir bir finansman sistemi kurulması	1	4
Toplam	14	54

Kaynak: EHUEP 2023-2025

Tablo 7. Afet ve insani bakımdan acil durumlar

POLİTİKA ALANI 7 Afet ve İnsani Bakımdan Acil Durumlar	Eylem Alanı Sayısı	Faaliyet Sayısı
Hedef 1: Afet ve insani bakımdan acil durumlara ilişkin risk azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme çalışmalarının engelli bireyler açısından içermeci ve sürdürülebilir bir yaklaşımla gerçekleştirilmesi	2	10
Toplam	2	10

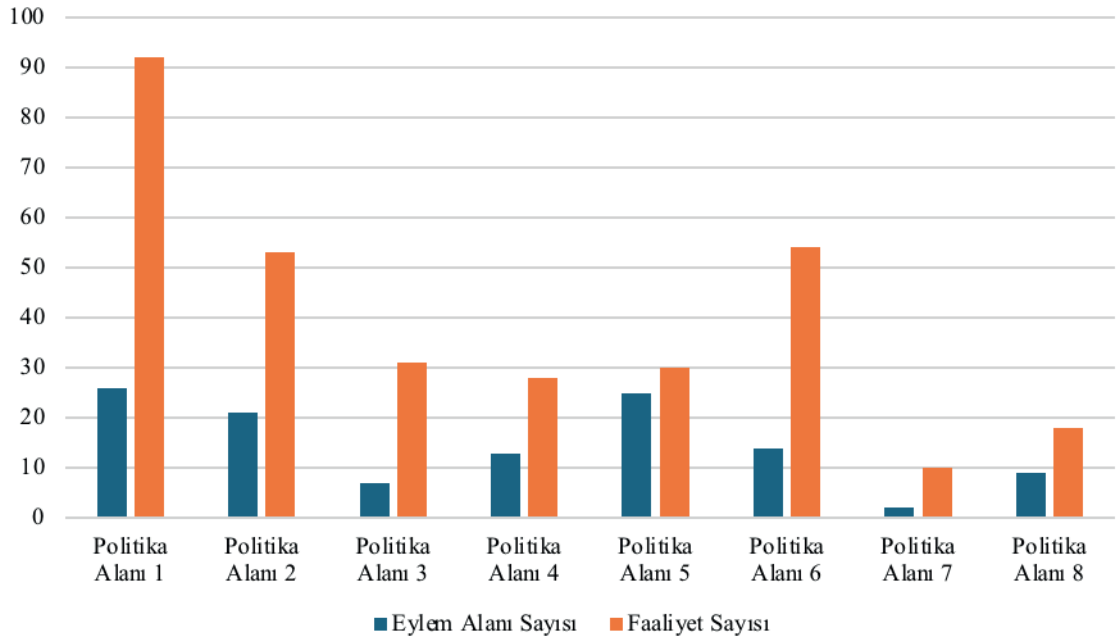
Kaynak: EHUEP 2023-2025

Tablo 8. Ulusal uygulama ve izleme

POLİTİKA ALANI 8 Ulusal Uygulama ve İzleme	Eylem Alanı Sayısı	Faaliyet Sayısı
Hedef 1: Politika oluşturma ve uygulamanın izlenmesine yönelik veri ve istatistiklerin geliştirilmesi	6	11
Hedef 2: Politika oluşturma ve izleme süreçlerinin çok taraflı ve katılımcı bir anlayışla koordine edilmesi	3	7
Toplam	9	18

Kaynak: EHUEP 2023-2025

lerinin ulaşılma amaçlarındaki sayısal veriye erişilemese de kurumların kapsayıcılığını sağlamak, farkındalıklarını artırmak, planlanan faaliyetleri uygulamaya geçirmek adına izleme, değerlendirme raporları ve ara raporlar önemlidir. Planlama ve uygulama arasındaki boşlukların tamamlanması için kurumlar arası iletişim, etkileşim ve paylaşımlar gerekmektedir.



Şekil 2. Planlanan politika alanları, faaliyet alanlarına göre sayısal değerlendirme, EHUEP 2023-2025

2. Engelli Bireylerin Haklarını İhlal Eden Kurumlara Yönelik Yaptırımların Etkinliği

Ülkemizde engelli haklarını korumak ve ihlallere karşı yaptırım uygulamak amacıyla aşağıdaki yasal düzenlemeler yer almaktadır:

- **Anayasa'nın 10. maddesi (eşitlik ilkesi) ve 42. maddesi (eğitim hakkı)** engelli bireyler için doğrudan koruma sağlamaktadır.
- **5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun (2005)** erişilebilirlik, istihdam, eğitim ve sağlık alanında kamu ve özel kurumlara yükümlülükler getirmiştir. Bu yükümlülüklerin yerine getirilmemesi durumunda idari para cezaları öngörülmektedir.
- **Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu (TİHEK),** 6701 sayılı Kanun (2016) ile ayrımcılık yasağının ihlal edildiği durumlarda idari yaptırım (idari para cezası) uygulama yetkisine sahiptir.
- **Kamu Denetçiliği Kurumu (Ombudsmanlık),** hak ihlallerine ilişkin şikâyetleri inceleyip tavsiye kararları vermektedir.

Ülkemizde engelli bireylerin haklarına yönelik yasal çerçeve mevcut olsa da uygulamada yaptırımların etkinliği sınırlı kalmaktadır. 5378 sayılı Kanun'un erişilebilirlik hükümleri çerçevesinde, kamu binalarının ve toplu taşıma araçlarının erişilebilir hale getirilmesi için 2005 yılında verilen yasal süre defalarca uzatılmıştır. 2020 itibarıyla erişilebilirlik denetimleri yoğunlaşmış, **idari para cezaları** uygulanmaya başlanmıştır. Ancak hakların ihlalini önlemede, cezaların düşük olması ve uygulamanın süreklilik göstermemesi nedeniyle yeterince caydırıcılık sağlamamaktadır.[18]

Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu, engelli haklarının ihlaline yönelik çok sayıda başvuruyu değerlendirmektedir. Kararların önemli bir kısmı engelli bireylere yönelik **eğitim, erişim, istihdam, mobbing ve sağlık alanında ayrımcılık** şikâyetlerine ilişkindir. TİHEK bazı davalarda idari para cezası uygulamış olsa da kararların çoğu tavsiye niteliğinde kalmıştır.[19]

Engelli bireylerin hak ihlallerine ilişkin davalar çoğunlukla İdari Mahkemeleri ve Anayasa Mahkemelerince ele alınmaktadır. Özellikle Anayasa Mahkemesi, bireysel başvuru yoluyla engelli haklarını koruyan emsal kararlar vermiştir (AYM, 2019). Ancak bu kararların uygulanması zaman almış ve sistematik bir yaptırım mekanizması uygulamaya konulduğuna dair bir kanıta ulaşılamamıştır.

Türkiye'de son yıllarda engelli haklarıyla ilgili olarak, Birleşmiş Milletler ve Avrupa'ya paralel önemli yasal düzenlemeler yapılmaktadır. Fakat bu düzenlemelerin yeterliliği ve ne derece uygulamalarda yer aldığı ayrıca ele alınması gereken önemli bir konudur.

Birleşmiş Milletler Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme'nin (EHİS) kabulü ile engelli hakları alanında ilerleme kaydedilmiş olsa da engelli bireyler fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duyusal yetilerinde çeşitli düzeyde

kayıplarından ötürü çoklu ayrımcılık ve hak ihlallerine toplumun diğer kesimlerine kıyasla daha fazla maruz kalmaktadır.[19]

Engelli bireylerin haklarının ihlaline yönelik TİHEK kurul kararları (2022-2025) **Tablo 9**'da sunulmuştur.

Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu (TİHEK), Engellilik Temelinde Alınan Kurul Kararları 2022-2025 raporunda **istihdam, mobbing ve ayrımcılık, eğitim, sağlık raporları, ulaşım, kültür ve bilgi erişimi** gibi pek çok konuda engellilik temelli ayrımcılık iddiaları ile birçok sektör, kurum, kuruluş incelenmektedir. Raporda, 2022 yılında 27 başvurunun 9'unda; 2023'te 24'ün 5'inde; 2024'te 58'inin 26'sında; 2025 yılının ilk üç ayında 12 başvurunun 3'ünde engelli bireye yönelik ihlal yapıldığına dair karar alınmıştır.

2022-2025 döneminde TİHEK kararları engellilik temelli ayrımcılığı somut örnekler üzerinden tespit edip yaptırım/öneri getiren, erişilebilirlik ve makul uyum taleplerini güçlendirmektedir. Fakat kararların tutarlı uygulanması, süreçlerin izlenmesi ve verilerin kayıtlanmasındaki eksikliklerin giderilmesi kararların etkisini artıracaktır.

Sonuç olarak, TİHEK hukuken yaptırım uygulayabilen bir kurum özelliğine sahiptir. Özellikle son yıllarda erişilebilirlik ve ayrımcılık alanlarında verdiği kararlar hem kamu hem özel sektör üzerinde önemli bir etki oluşturmuştur. Ancak TİHEK bazı davalarda idari para cezası uygulamış olsa da, kararların çoğu tavsiye niteliğinde kalmış uygulanamamıştır.[19]

Engelli bireylerin haklarını ihlal eden kurumlara yönelik para cezası yaptırım örnekleri **Tablo 10**'da sunulmuştur.

3. Hak Arama Mekanizmalarında (ombudsman, Mahkeme) Engelli Bireylerin Karşılaştığı Zorluklar

Hak arama özgürlüğü, bireylerin uğradıkları hak ihlallerini gidermek için **mahkemeler, ombudsmanlık kurumları ve diğer yargısal/yarı yargısal mekanizmalara** başvurabilmesini ifade etmektedir. Anayasa'nın 36. maddesi, herkesin "meşru vasıta ve yollardan faydalanmak suretiyle yargı mercileri önünde davacı ve davalı olma hakkına" sahip olduğunu belirtir. Ancak engelli bireyler açısından hak arama yollarına erişim, yapısal, fiziksel ve resmi işlemlerde çeşitli engeller nedeniyle sınırlı olabilmektedir.[21] Türkiye'de Kamu Denetçiliği Kurumu (ombudsman), idarenin eylem ve işlemlerine karşı bireylerin şikâyetlerini inceleyen ve tavsiye kararları veren bir mekanizmadır. Engelli bireyler, özellikle kamu hizmetlerinden dışlanma, erişilebilirlik eksiklikleri ve sosyal yardımlara erişim konusunda bu kuruma başvurmaktadır. Hak aramanın temel mekanizmalarından bir diğeri mahkemelerdir. Engelli bireylerin yargıya erişimde yaşadıkları fiziksel, iletişim, usul ve esaslar, ekonomik ve önyargı gibi zorluklar ve engeller bir diğer sorundur.

Tablo 9. TİHEK engellilik temelinde alınan kurul kararları, 2022-2025 (20)

TİHEK ENGELLİLİK TEMELİNDE ALINAN KURUL KARARLARI 2022-2025				
Yıl	**Karar Sayısı**	**Karar Konusu**	**İhlal Yapılmadığı Kararı**	**İhlal Yapıldığı Kararı**
2022	27	1 lojman 4 eğitim 5 ulaşım 17 mobbing ve ayrımcılık	18	9
2023	24	5 ulaşım 6 eğitim 1 kültürel faaliyetlere erişim 12 mobbing ve ayrımcılık	19	5
2024	58	19 ulaşım 16 eğitim 3 banka erişilebilirlik 1 güvenlik 1 sağlık hizmetlerine erişim 19 mobbing ve ayrımcılık	32	26
2025 (Ocak-Şubat-Mart)	12	6 ulaşım 3 eğitim 3 mobbing ve ayrımcılık	9	3
Toplam	121		78	43

Tablo 10. Engelli bireylerin haklarını ihlal eden kurumlara yönelik yaptırım örnekleri[20]

Yıl	Kurum	İhlal kararı cezası
2022	Seyahat firması	Engelli kişiye indirimli bilet verilmediği gerekçesiyle 35.000 TL idari para cezası.
2023	Belediye	Görme engelli bir bireyin başvurusunun ardından, yaya geçidi ve ışıklandırmanın erişilebilir olmaması nedeniyle 204.285 TL idari para cezası.
2023	Belediye	Mahalle yolunun erişilebilir hale getirilmemesi üzerine, 10.000 TL cezası.
2023	Kültür ve Turizm Bakanlığı	Sesli kitaba erişim sağlanmaması nedeniyle yaklaşık 89.571 TL cezası.
2023	Giyim mağazası	Zihinsel engelli bir müşteriye yönelik küçümseyici davranış nedeniyle *80.000 TL* cezası.
2024	Belediye	Erişilebilir yol yapılmaması nedeniyle 141.934 TL cezası.

Tablo 11. Engelli bireylerin hak arama mekanizmalarında karşılaştıkları zorluklar

Hak arama mekanizmaları	Karşılaşılan zorluklar
Ombudsmanlar	**Erişilebilir bilgi ve iletişim eksikliği:** Başvuru formlarının Braille, işaret dili, kolay okuma gibi erişilebilir formatlarda yeterince sunulmaması[22] **Süreçlerin yavaşlığı ve bağlayıcı olmaması:** Ombudsman kararları tavsiye niteliğinde olduğundan, kamu kurumlarının uygulama yükümlülüğü sınırlıdır[21] **Farkındalık eksikliği:** Engelli bireylerin önemli bir kısmı ombudsman mekanizmasından haberdar değildir[23]
Mahkemeler	**Fiziksel erişim engelleri:** Adliye binalarına, mahkeme salonlarına ve danışma noktalarına erişimde mimari yetersizlikler[24] **İletişim engelleri:** İşitme engelliler için işaret dili tercümanı desteğinin sınırlı olması, görme engelliler için dosya inceleme ve belgelerin erişilebilir olmaması[25] **Usulî karmaşıklık:** Hukuki prosedürlerin karmaşıklığı ve uzun yargılama süreçleri, engelli bireyler için caydırıcı olabilmektedir[24] **Ekonomik engeller:** Avukatlık ve dava masraflarının yüksekliği, engelli bireylerin büyük kısmının sınırlı gelir koşullarında bulunması nedeniyle ciddi bir sınırlılık yaratır[26] **Önyargı ve bilinç eksikliği:** Bazı yargı mensuplarının engellilik konusundaki bilgi eksiklikleri, karar süreçlerinde ayrımcı yaklaşımlara yol açabilmektedir[27]

Engelli bireylerin hak arama mekanizmalarında karşılaştırdıkları zorlukları sayısal veri olarak ifade etmek mümkün olamamıştır. Ancak karşılaşılan zorluklar kaynaklara dayanarak **Tablo 11**'de sunulmuştur.

Engelli bireyler hak arama mekanizmalarında çok boyutlu engellerle karşılaşmaktadır. Ombudsmanlık mekanizması, idareye yönelik hak ihlallerinde düşük maliyetli ve daha hızlı bir çözüm imkânı sunarken, yaptırım gücünün sınırlı olması etkisini azaltmaktadır. Mahkemeler ise bağlayıcı karar mekanizması olmakla birlikte, erişim engelleri nedeniyle fiilen birçok engelli birey için kullanılamaz durumdadır. Bu nedenle, engelli bireylerin hak arama yollarına eşit ve etkin biçimde erişebilmesi için erişilebilirlik standartlarının güçlendirilmesi, yargı mensuplarının engellilik hakları konusunda eğitilmesi ve ekonomik destek mekanizmalarının geliştirilmesi gerekmektedir.

4. Engelli Bireylerde Yasal Bilinç

Engelli bireylerin yaşam kalitesini belirleyen temel unsurlardan biri, yasal düzenlemelerle güvence altına alınmış haklarını bilme ve bu haklardan etkin biçimde yararlanabilme düzeyidir. Yasal bilinç, bireylerin yalnızca mevcut mevzuattan haberdar olmalarını değil, aynı zamanda bu bilgiyi gündelik yaşamda hak arama, hizmet talep etme ve ayrımcılıkla mücadele süreçlerinde kullanabilmelerini ifade eder.[28] Dolayısıyla engelli bireylerde yasal bilinç hem bireysel güçlenme hem de toplumsal kapsayıcılığın sağlanması açısından kritik bir göstergedir. Ancak Türkiye'de ve dünyada yapılan birçok araştırma, engelli bireylerin büyük çoğunluğunun yasal hakları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını ve bu nedenle haklarını tam anlamıyla kullanamadıklarını ortaya koymaktadır.[28–30] Engelli bireylerde yasal bilinci üç düzeyde incelemek mümkündür:

1. **Düzey-Hakların farkında olma:** Engelli bireylerin, eğitim, istihdam, sağlık, erişilebilirlik, sosyal

yardım ve ayrımcılığa karşı koruma gibi konularda yasal hakları olduğunu bilmesi.

2. **Düzey-Hakların içeriğini kavrama:** Bu hakların kapsamını, sınırlarını ve uygulama mekanizmalarını anlayabilme.
3. **Düzey-Hakların kullanımına dönüştürme:** Hak ihlali karşısında ombudsman, mahkeme, kamu denetçiliği veya idari mercilere başvuru yapabilme.

Araştırmalar, çoğu engelli bireyin ilk düzeyde bile ciddi eksiklikler yaşadığını; ikinci düzeyin ise oldukça sınırlı bir kesimle sınırlı kaldığını göstermektedir.[31,32]

Engelli bireylerin yasal düzenlemeler hakkındaki bilgi düzeyi ile ilgili güncel bir bilimsel araştırma bulunamamıştır.

- **Resmi kurumların bilgilendirme eksiklikleri:** Belediyeler, kaymakamlıklar, sosyal hizmet merkezleri gibi kamu kurumlarının internet siteleri veya danışma hatları çoğu zaman güncel, erişilebilir ve anlaşılır bilgi sunmamaktadır.
- **STK'ların rolü:** Engelli örgütleri (ör. Türkiye Omurilik Felçlileri Derneği, Engelsiz Yaşam Vakfı) yasal haklar konusunda bilgilendirme yapmaya çalışsa da bu faaliyetler çoğunlukla yerel ve sınırlı kalmaktadır.
- **Medya ve kamuoyu:** Medyada engellilik haberleri çoğunlukla yardım odaklı veya dramatik hikâyeler üzerinden sunulmaktadır. Yasal haklar hakkında farkındalık oluşturma işlevi zayıf kalmaktadır.[29]
- **İş başvurusu**nda engelli kotasından yararlanabileceğini bilmeyen bireyler, uzun süre işsizlik yaşamaktadır. Kamu kurumlarında ayrımcılığa uğradığında nereye şikâyet edeceğini bilmeyenler, hakkını arayamamaktadır. Sosyal yardımlardan yararlanma kriterlerini bilmeyen aileler, gelir desteğinden mahrum kalmaktadır. Yasal bilincin oluşmasında yalnızca bilginin varlığı değil, aynı zamanda bu bilginin erişilebilir biçimde sunulması da önemlidir.

5. Yeni Mevzuat Düzenlemeleri ve Engelliliğin Toplumsal Boyutu

Engellilik, yalnızca sağlık ya da bireysel kapasite eksikliğiyle sınırlı bir olgu değildir; aynı zamanda toplumsal, kültürel, ekonomik ve mekânsal koşullarla örülen bir gerçekliktir. Bu anlayışla, yasalar ve politikalar hazırlanırken engelliliğin **toplumsal boyutu**nu gözetmek; yani engelliliği bireysel "eksiklik" olarak değil, toplumun düzenlemeleri, tutumları ve mekânsal tasarımlarıyla birlikte oluşan bir olgu olarak ele almak gerekir.[33,34]

5.1. Türkiye'de Yasal Düzenlemelerde Engelliliğin Toplumsal Boyutu

Ülkemizde son dönemdeki kanun, yönetmelik ve eylem planları çerçevesinde engelliliğin toplumsal boyutunun ele alınmasında sorun olmadığı, düzenlemelerin uygulanmasında eksiklikler olduğu görülmektedir.

5.1.1. Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı (2023-2025)

Yeni dönemdeki önemli girişimlerden biri **Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı (2023-2025)**'dır. Plan, engellileri ayrımcılıktan korumak, katılımı desteklemek, hak temelli yaklaşımları yaygınlaştırmak gibi hedefler içerir. Rapora göre, engelliliğin toplumsal bir olgu olarak değerlendirilmesi gerektiği, politika üretiminde mekânsal, sosyal, ekonomik engellerin ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır.

5.1.2. Makul Düzenleme Yükümlülüğü

Engellilerin toplumsal yaşama dahil edilebilmesi, hukuki anlamda maruz kaldıkları ayrımcı yaklaşımların ortadan kaldırılmasıyla da ilişkilidir. Makul düzenleme kavramı, engellilerin eşit koşullarda katılımını sağlamak adına düzenlemelerin bireysel ihtiyaçlara uygun hale getirilmesini öngörür. Yeni mevzuatlarda makul düzenleme yükümlülüğü açıkça tanımlanmış, bu yükümlülüğün yerine getirilmemesinin bir ayrımcılık biçimi olabileceği düzenlenmiştir. Yine de "ölçülü, gerekli ve uygun" gibi ibarelerin yoruma açık olması, kurum kapasitesi ve kaynak eksikliği, bazı uygulamalarda düzenlemelerin hayata geçirilmesini zorlaştırmaktadır. Kurumların engellilere yönelik olarak onların toplumsal hayata katılımını artıracak makul uyumlaştırmaları teşvik etmesi gerektiği belirtilmektedir.[35]

6. Sonuç

Engellilikte yasal düzenlemeler, bireylerin hak temelli yaklaşımla toplumsal hayata tam ve eşit katılımını sağlamak için planlamaları oluşturmaktadır. Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı 2023-2025 oldukça detaylı çalışılmış ve genel olarak engellilikle ilgili bütün konuları kapsıyor gözükmektedir. Bununla birlikte, bu eylem planındaki faaliyetlerin detaylarına ulaşılamadığı için bütüncül bir değerlendirme yapma durumu çok kısıtlı kalmaktadır. Kurum ve kuruluşların verilerini paylaşmaları ile daha objektif bir değerlendirme yapılabileceği düşünülmektedir.

Engelli bireylerin politika yapımında katılımcılığı görsel olarak artmış gibi görünmektedir. Ancak alınan kararların uygulamada erişilebilirlik ve ayrımcılıkla mücadelede yeterli olmadığı göze çarpmaktadır. Uygulamalardaki eksiklik ve boşlukları doldurmada yasal düzenlemeler yalnızca başlangıçtır. Engelli haklarının savunuculuğu için toplumsal dönüşüm, katılım, uygulama, izleme ve süreklilik yaklaşımı benimsenmelidir. Politika bakış açısı olarak engelli vatandaşların kayıplarını yerine koymak önemli olmakla birlikte günümüz sosyal devlet anlayışıyla kayıpları önleme konusunda daha fazla idari ve saha çalışması yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Engelliler Hakkında Kanun [İnternet]. [erişim tarihi 07 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5378&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5
2. United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities - European Commission [Internet]. 2025 [erişim tarihi 07 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/disability/united-nations-convention-rights-persons-disabilities_en
3. 2030 Engelsiz Vizyon Belgesi [İnternet]. [erişim tarihi 07 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.aile.gov.tr/media/94718/2030_engelsiz_vizyon_belgesi.pdf
4. Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı 2023-2025 [İnternet]. [erişim tarihi 07 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://aile.gov.tr/media/133056/engelli_haklari_ulusal_eylem_plani_23-25.pdf
5. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı 2023-2025 [İnternet]. [erişim tarihi 05 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://aile.gov.tr/media/133056/engelli_haklari_ulusal_eylem_plani_23-25.pdf
6. Engelli Hakları İzleme ve Değerlendirme Kurulu Görev, Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge [İnternet]. [erişim tarihi 05 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.aile.gov.tr/media/137312/ehidk_gorev_calisma_usul_ve_esaslari_hakkinda_yonerge.pdf
7. Engelli ve Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine İlişkin Yönerge [İnternet]. [erişim tarihi 05 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.aile.gov.tr/eyhgm/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonergeler/engelli-ve-yasli-bakim-hizmetlerinde-kalitenin-gelistirilmesi-ve-degerlendirilmesine-iliskin-yonerge/
8. Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme [İnternet]. [erişim tarihi 05 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.aile.gov.tr/eyhgm/engellilerin-haklarina-iliskin-sozlesme/
9. Yükseköğretim Kurumları Engelliler Danışma ve Koordinasyon Yönetmeliği [İnternet]. [erişim tarihi 05 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=14214&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
10. Erişilebilirlik Değerlendirme Modülü (ER-DEM) [İnternet]. [erişim tarihi 05 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://erdem.aile.gov.tr/
11. Web Siteleri ve Mobil Uygulamaların Erişilebilirliği Genelgesi [İnternet]. 2025 [erişim tarihi 05 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2025/06/20250621-17.pdf
12. Adalet Bakanlığı "Engelisiz Adalet Çalıştayı" Düzenledi [İnternet]. [erişim tarihi 05 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://basin.adalet.gov.tr/adalet-bakanligi-engelsiz-adalet-calistayi-duzenledi
13. Engelli Bireylerin Siyasal Yaşama Katılımı Çalıştayı [İnternet]. [erişim tarihi 05 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.aile.tr/eyhgm/haberler/engelli-bireylerin-siyasal-yasama-katilimi-calistayi/
14. Engelsiz Seçim Çalıştayı [İnternet]. [erişim tarihi 05 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.aile.gov.tr/eyhgm/haberler/engelsiz-secim-calistayi-24-25-subat-2016/
15. Herkes İçin Engelsiz İşyerleri Rehberi [İnternet]. [erişim tarihi 05 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.aile.gov.tr/media/235459/herkes_icin_engelsiz_isyerleri_rehber.pdf
16. Akıllı Ulaşım Sistemleri Erişilebilirliği Çalıştayı Raporu [İnternet]. [erişim tarihi 05 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://hgm.uab.gov.tr/uploads/pages/akilli-ulasim-sistemleri-aus/aus-calistay-raporu.pdf
17. Bakanımız Göktaş "Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı'nın uygulanma sürecinde 1'inci yıl ara değerlendirme raporunu hazırladık" [İnternet]. [erişim tarihi 05 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.aile.gov.tr/eyhgm/haberler/bakanimiz-goktas-engelli-haklari-ulusal-eylem-plani-nin-uygulanma-surecinde-1-inci-yil-ara-degerlendirme-raporunu-hazirladik/
18. Toplumsal Haklar ve Araştırmalar Derneği. Mevzuattan Uygulamaya Engelli Hakları İzleme Raporu 2020 [İnternet]. Erişim adresi: https://www.451derece.com/451admin/uploads/file/engelli-haklari-izleme-raporu.pdf
19. Türkiye İnsan Haklar ve Eşitlik Kurumu. Ayrımcılıkla Mücadele ve Eşitlik 2021 Raporu [İnternet]. [erişim tarihi 07 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.tihek.gov.tr/public/editor/uploads/ayrimcilikla_mucadelevesitlik_2021raporu.pdf
20. Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Kurul Kararları [İnternet]. [erişim tarihi 07 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.tihek.gov.tr/kategori/pages/kararlar
21. Kaboğlu İÖ. Anayasa Hukuku Dersleri. İmge Kitabevi; 2019.
22. Ardahanlıoğlu B, Burcu E. Engelli Haklarına İlişkin Mücadele Sürecinde Engelli Aktivistlerin Aktivizme Yükledikleri Anlamlar ve Deneyimleri. HÜEFD. 27 Aralık 2023;40(2):369-89.
23. Günal CN, Mülazımoğlu ME, Altıntaş HY. Türkiye'de Engelli Haklarının Korunmasında Bir Aktör Olarak Kamu Denetçiliği Kurumu. OA. 12 Ocak 2024;(19):191-214.
24. Mengi A. Engelli Bireylerin Adalete Eşit Erişilebilirlik Konusunun İncelenmesi: Van ili örneği. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 31 Aralık 2020;249-84.

25. ERA COMM. Access to Justice for Persons with Disabilites [İnternet]. 2020 [erişim tarihi 07 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://era-comm.eu/UNCRPD/kiosk/pdf/seminar_documents/s_c_419DV18.pdf
26. Aykara A, Özkan S. Mağdur Hakları ve Gereksinimleri Bağlamında Engelli Mağdur Bireyler. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 30 Haziran 2017;19(1):143-65.
27. Degener T. Disability in a Human Rights Context. Laws. 25 Ağustos 2016;5(3):35.
28. Çitil M, Üçüncü MK. Türkiye'de Engelli Hakları ve Engelliler Hukuku'nun Durumu. TAAD. 01 Temmuz 2018;(35):233-78.
29. Gülgösteren E, Ziyagil MA, Demirci PT, Demirci A. Investigation On The Contributions Of People With Disabilities Of Present Laws İn Turkey And Level Of Utilization From The Law. International Journal of Disabilities Sports &Health Sciences. 21 Temmuz 2018;1(1):7-12.
30. Ortoleva S. Inaccessible Justice: Human Rights, Persons with Disabilities and the Legal System. 2011 [erişim tarihi 07 Ekim 2025]; Erişim adresi: https://papers.ssrn.com/abstract=2127888
31. The Advocates for Human Rights. Turkey's Compliance with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities [İnternet]. Minneapolis; [erişim tarihi 07 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.theadvocatesforhumanrights.org/Res/turkey_tahr_crpd_final_3.pdf
32. Karaca NG. Uluslararası İlke ve Standartlar Bağlamında Engelli Hakları. AndHD. 30 Kasım 2019;5(1):1-34.
33. Sunay MM, Muti Tabanli S. Engelli Bireylerin Toplumsal Yaşama Katılımının Sosyolojik Analizi: Sorunlar, Engeller ve Çözüm Önerileri. 14 Haziran 2025 [erişim tarihi 05 Ekim 2025]; Erişim adresi: https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.15663312
34. Ünal V. Toplumsal Değişim Sürecinde Engeller. jtst. 01 Ocak 2018;13(Volume 13 Issue 18):1323-42.
35. Ersöz E. Engellilere Yönelik Ayrımcılık ve Makul Uyumlaştırma Kavramı. NEÜHFD. 30 Aralık 2020;3(2):149-63.

Engelsiz Toplum Konusunda Geleceğe Yönelik Değerlendirme

Hatice Şahin

Engelsiz toplum kavramı, engellilik anlayışının evrimi ile paralel olarak gelişmiştir. Tarihsel süreçte medikal model olarak adlandırılan geleneksel yaklaşım, engelliliği bireylerin içinde bulunan bozukluk veya eksiklik olarak tanımlamış, dolayısıyla sorunların çözümünü bireyde aramıştır. Bu model, engelliliğin sadece tıbbi müdahalelerle düzeltilebileceği inancını desteklemiş ve bireyleri hasta veya "yardıma muhtaç" konumuna yerleştirmiştir.[1] Ancak bu anlayış, bireyin çevresel faktörlerin ve toplumsal yapıların engelliliğe katkısını göz ardı etmiş, engellilikle ilgili kapsamlı çözümler üretememiştir.

Buna karşılık, sosyal model engelliliği, bireyin fiziksel ya da zihinsel farklılığından ziyade toplumsal ayrımcılık, fiziksel erişim engelleri ve damgalama gibi toplumsal bariyerler sonucu ortaya çıkan bir durum olarak tanımlar. Engelliliği, sosyal yapıların ürünü ve sonuçları olarak ele alan bu perspektif, engelliliğin toplumsal düzenlemeler ve ön yargıların kaldırılması ile azaltılabileceğini savunur.[1] Bu yaklaşım, engelli bireylerin toplumsal katılımlarını artırmaya ve haklarının korunmasına yönelik politikaların şekillenmesinde temel teşkil etmiştir.

Günümüzde ise biopsikososyal yaklaşım engelliliği çok boyutlu bir olgu olarak ele almakta, bireysel tıbbi durum ile çevresel, sosyal ve kişisel faktörlerin etkileşimini ön plana çıkarmaktadır. Bu model, hem medikal hem de sosyal modellerin güçlü yanlarını birleştirerek, engellilik alanında bütüncül hizmet ve politikaların geliştirilmesini amaçlamaktadır. Ancak uygulamada, bu modelin etkin bir şekilde hayata geçirilmesi çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır; zira sosyal faktörlerin karmaşıklığı, sağlık ve sosyal sistemlerin entegre çalışmasının güçlüğü bu zorlukların başında gelmektedir.[1]

COVID-19 pandemisi ise engellilik anlayışında önemli bir dönüm noktası olmuştur. Pandemi sürecinde engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimindeki eşitsizlikler ve toplumsal dışlanma daha görünür hale gelmiş, sağlık sistemleri engellilik perspektifini yeniden değerlendirme ihtiyacı duymuştur. Aynı zamanda pandemi, sosyal izolasyonun ve hizmet aksaklıklarının engelli bireylerin yaşam kalitesini derinden etkilediğini ortaya koymuş; bu durum, sağlık sektöründe kapsayıcılık ve eşitlik için acil reform çağrılarını beraberinde getirmiştir.[2]

Bu yazıda engelsiz toplum olma yolunda gelecek vizyonu neler olmalıdır konusunda bilgi verilmesi amaçlanmaktadır.

1. Gelecek Vizyonuna İhtiyaç Duyulma Gerekçeleri

Dünya nüfusunun yaşlanması, kentleşme ve teknolojik gelişmelerle birlikte engellilik kavramı giderek genişlemekte ve yeni sosyal dinamiklerle karşılaşmaktadır. Demografik değişiklikler, engelli bireylerin sayısında artışa yol açarken, sosyoekonomik eşitsizliklerin ve yaşamsal zorlukların da çeşitlenmesini beraberinde getirmektedir. Bu tür değişimler, engelsiz bir toplum hedefi için uzun vadeli, kapsamlı ve sürdürülebilir stratejilerin geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır.[3]

Teknolojik ilerlemeler ise kapsayıcı toplumsal yapının oluşturulmasında hem fırsatlar hem de zorluklar sunmaktadır. Dijital eğitim, yapay zeka destekli öğrenme sistemleri ve iletişim teknolojileri engelli bireylerin eğitim, istihdam ve sosyal yaşama katılımını artırırken, bu teknolojilere erişim farklılıkları yeni ayrımcılık biçimlerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Nitekim, teknolojinin erişilebilirliğinin sağlanması ve kapsayıcı teknoloji politikalarının geliştirilmesi, gelecek vizyonu için kritik bir öncelik olarak öne çıkmaktadır.[4]

Küresel sağlık eşitsizlikleri, özellikle COVID-19 pandemisi sırasında toplumların karşılaştığı sağlık sistemi zorlukları, kapsayıcılığın artırılmasının aciliyetini göstermiştir. Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde karşılaştıkları engeller, pandeminin etkisiyle daha da belirginleşmiş, bu durum sağlık sistemlerinin yapısal ve operasyonel açıdan kapsayıcı olmalarının ne denli önemli olduğunu ortaya koymuştur. Bu bağlamda, pandemiler gibi acil sağlık krizleri aynı zamanda kapsayıcı sağlık politikalarının geliştirilmesinde katalizör rolü oynamaktadır.[2]

2. Halk Sağlığı ve Gelecek Vizyonu

Halk sağlığı alanında engelsiz toplum hedefi, sağlık eşitliği ve hizmetlere adil erişim ilkeleri temelinde şekillenmektedir. Dünya genelinde bir milyara yakın kişi engellilik durumuyla yaşam sürmekte ve bu nüfus, sağlık hizmetlerine erişimde çoklu engellerle karşılaşmaktadır. Bu engeller, fiziksel erişim sorunları, iletişim engelleri, sağlık çalışanlarının önyargıları ve sistemsel yetersizliklerden kaynaklanmakta ve engelli bireylerin sağlık sonuçlarını olumsuz yönde etkilemektedir.[2]

Engelli bireylerin sağlık hizmetlerindeki deneyimleri, hizmet kalitesi ve erişilebilirlik açısından önemli sorunlar barındırmaktadır. Hem fiziksel hem de bilişsel farklılıklar, hastaların sağlık sistemlerinde eşit ve saygılı muamele görmelerini engellemekte, bu durum sağlık hizmeti kullanımını ve memnuniyetini düşürmektedir. Ayrıca, engellilik ve sosyal katılım arasındaki pozitif ilişki, sağlıklı ve eşit sağlık hizmetlerine erişimin engelli bireylerin toplumsal yaşama tam katılımında belirleyici olduğunu göstermektedir.[5]

Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine yönelik deneyimleri ve erişim sorunları, halk sağlığı politikalarının kapsayıcı bir şekilde yeniden düzenlenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu nedenle, sağlık sistemlerinin engellilik perspektifiyle yeniden yapılandırılması, engelli bireylerin sadece sağlık hizmetlerinden değil, sağlık haklarından da tam anlamıyla yararlanmasının sağlanması için anahtar unsurlardan biridir.

3. Eğitimde Kapsayıcılık ve Gelecek Vizyonu

Kapsayıcı eğitim, entegre eğitim yaklaşımlarının ötesinde, tüm öğrencilerin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik esnek ve adaptif eğitim ortamları yaratarak engellilik temelli ayrımcılığı ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Bu yaklaşım, öğrencilerin farklılıklarını kabul eder ve bütünleştirici destek sistemleri ile başarıya ulaşmalarını sağlar. Entegrasyon genellikle engelli bireylerin mevcut eğitim ortamlarına fiziksel olarak katılmasını ifade etmekle birlikte, kapsayıcılık eğitim süreçlerinin ve içeriğinin öğrencilerin ihtiyaçlarına göre uyarlanmasını kapsar.[6]

Aile ve öğrenci perspektifleri kapsayıcı eğitimde merkezi öneme sahiptir. Özellikle nadir sendromları olan çocukların okullardaki eğitim deneyimleri, desteklerin yetersizliği ve karar alma süreçlerinde ailelerin ve öğrencilerin yeterince temsil edilmediklerini göstermektedir. Bu durum, eğitim sistemlerinde reform ihtiyacını ve ailelerin aktif katılımını gerektirmektedir.[7] Araştırmalar, kapsayıcı eğitimin engelli öğrencilerin akademik başarısını ve sosyal entegrasyonunu artırdığını göstermektedir. İngiltere'deki çalışmalar, uygun öğretmen eğitimi ve destek sistemleri sağlandığında, özel eğitim gereksinimi olan öğrencilerin okullarda başarılı olabileceğini ortaya koymuştur. Ancak, bu başarı için öğretmenlerin eğitim almaları ve kaynakların etkin kullanımı şarttır.[8]

Engellilik farkındalığını artıran ve kapsayıcı pedagojiyi destekleyen programlar, öğretmenlerin önyargılarını azaltmakta ve öğrencilerin farklı ihtiyaçlarına duyarlı eğitim verilmesini sağlamaktadır. California Üniversitesi'nde uygulanan ve iki saatlik zorunlu katılımın sağlandığı engellilik konulu seminerler, katılımcıların engellilik konusundaki sosyopolitik perspektiflerini geliştirmiştir.[9]

Bu eğitimler, öğrencilerin ve öğretmenlerin sosyal model ve yapısal önyargılar konusunda bilinçlenmesini sağlamakta, bireysel farkındalık ve toplumsal bilinç arasında köprü kurmaktadır. Bu sayede, engelliliğin patoloji olarak kabul edilmesinden ziyade, toplumsal yapının ve önyargıların yarattığı sorunlara odaklanılması teşvik edilmektedir.[10] Neurodiversity paradigması, farklı nöro-gelişimsel profillerdeki bireylerin güçlendirilmesi gerektiğini savunmakta ve öğretim yaklaşımlarına yansımaktadır. Bu paradigmanın benimsenmesi, özellikle Asya gibi kültürel olarak toplumsal normlara vurgu yapan toplumlarda halen zorluklarla karşılaşsa da, ayrımcılık – damgalama karşıtı kampanyalar ve eğitim politikaları yoluyla desteklenmektedir.[11] Bu model, bireylerin benzersizliklerinin zenginlik olarak görülmesini sağlayarak öğrenme ortamlarının daha kapsayıcı olmasına katkıda bulunmaktadır.

Dijital eğitim, kapsayıcı öğrenme fırsatlarını artıran en etkili araçlardan biri olarak yıllar içinde önem kazanmıştır. Adaptif öğrenme sistemleri ve kişiselleştirilmiş eğitim platformları, bireysel öğrenme hızlarına ve yöntemlerine göre içerik sunarak farklı ihtiyaçları karşılamaktadır. Bu sistemler, engelli öğrencilerin öğrenme deneyimlerini zenginleştirirken, eğitim fırsatlarını da

yaygınlaştırmaktadır.[4] Artırılmış gerçeklik, sanal gerçeklik ve giderek yaygınlaşan metaverse teknolojileri, öğrenme ortamını daha etkileşimli ve kapsayıcı hale getirmektedir. Bu teknolojiler, fiziksel engellerden kaynaklanan kısıtlamaları dijital ortamda aşma potansiyeline sahiptir ve eğitimde sosyal katılımı teşvik etmektedir.[12]

Uzaktan eğitim modelleri ise coğrafi ve fiziksel engelleri ortadan kaldırarak eğitimde eşitliği desteklemektedir. Pandemi sürecinde hız kazanan uzaktan eğitim, gelecekte kapsayıcı eğitimin vazgeçilmez bir parçası olacaktır. Özelleştirilebilir öğrenme deneyimi ve esnek erişim, engelli bireylerin eğitimde daha başarılı olmalarını sağlayabilir.[4]

4. Sağlık Hizmetlerinde Kapsayıcılık ve Gelecek Vizyonu

Engelli bireyler, sağlık hizmetlerine erişimde sistematik ayrımcılıklar ve engellerle karşı karşıyadır. Fiziksel erişim imkanlarının kısıtlı olması, iletişim engelleri, sağlık çalışanlarının tutumları ve yetersiz hizmet organizasyonu, engelli bireylerin kaliteli sağlık bakımı almasını zorlaştırmaktadır.[2] Bu durum, sağlık sonuçlarında ciddi eşitsizliklere yol açmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Sağlık hizmetlerinde sosyal model perspektifinin benimsenmesi, engellilik temelli ayrımcılığın azaltılması ve hizmetlerin erişilebilirliğinin artırılması için gereklidir. Bu yaklaşım, engelli bireylerin sadece tıbbi bakım ihtiyacı olan bireyler olarak değil, kendi sağlık haklarına sahip aktif katılımcılar olarak görülmesini sağlar.[1] Pandemi döneminde bu sorunlar daha da artmış, izolasyon koşulları ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan güçlükler engelli bireylerin sağlık durumlarını derinleştirmiştir. Yaşlı ve kronik hastalığı olan engelli bireyler, sağlık hizmetlerinin kesintiye uğraması ve sosyal destek mekanizmalarının zayıflaması nedeniyle ciddi zorluklarla karşılaşmıştır.[13]

Tele-tıp ve uzaktan sağlık hizmetleri, engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini artıran kritik araçlar olarak önem kazanmaktadır. COVID-19 pandemisi boyunca yaygınlaşan bu uygulamalar, fiziksel erişim engelleri olan bireylerin sağlık bakımı almasını kolaylaştırmıştır. Tele tıbbın etkin kullanımı, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmakta ve erişilmesi güç bölgelerde bile bilgi ve sağlık hizmetinin yaygınlaşmasını sağlamaktadır.[14]

Dijital sağlık platformlarının yaygınlaştırılması, sağlık çalışanlarının kapasitesini artırmakta, hasta takibi ve klinik karar destek sistemleri aracılığıyla sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde bile bu teknolojilerin adaptasyonu, sağlık hizmetlerinin daha kapsayıcı hale gelmesine katkıda bulunabilir.[15]

Rehabilitasyon alanında ise teknoloji, kişiye özel tedavi ve eğitim programlarının geliştirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Yapay zeka destekli platformlar ve dijital terapi araçları, engellilik durumları olan bireylere uygun hizmetlerin sunulmasını kolaylaştırmakta, klinik sonuçları iyileştirmektedir.[16]

Engellilik temelli ayrımcılığı ortadan kaldırmak için sağlık sistemlerinde kapsayıcı yasal çerçeveler oluşturulmalıdır. Ulusal düzeyde kapsamlı politika oluşturulması, ayrımcılığın önlenmesi ve hizmet eşitliğinin sağlanması için temel gerekliliktir.[2]

Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi, sağlık hakkını temel hak olarak tanımlamakta ve engelli bireylerin sağlık hizmetlerine eşit erişimi için küresel bir referans noktası oluşturmaktadır. Sözleşmenin uygulanması, ulusal mevzuat ve sağlık politikalarının şekillendirilmesinde büyük önem taşımaktadır.[17]

Kapsayıcı sağlık politikalarının oluşturulması ve etkin uygulanması, engelli bireylerin sağlık hizmetlerinden eşit yararlanmasını sağlarken, toplumda genel sağlık eşitliğinin geliştirilmesine de hizmet eder. Bu kapsamda, politika yapıcıların engelli bireylerin ihtiyaçlarını sistematik olarak göz önünde bulundurması ve sağlık hizmetlerinde erişimin önündeki bariyerleri kaldıracak düzenlemeler yapması gereklidir.[2]

5. İstihdam Hakkı ve Gelecek Vizyonu

Engelli bireylerin işgücüne katılımında, sosyal stigma, fiziki altyapı yetersizlikleri ve yaygın ayrımcılık gibi çoklu engeller mevcuttur. Bu engeller, engelli bireylerin istihdam edilme, işte kalma ve kariyer geliştirme süreçlerine katılmasını zorlaştırmakta, ekonomik dışlanmayı derinleştirmektedir.[18] Engelli bireylerin ekonomik dışlanması, ailelerin finansal durumunu etkilediği kadar, toplumsal tabakalaşmayı ve yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Yetersiz istihdam, sosyal dışlanmanın pekişmesine ve bireylerin toplumsal fayda sağlayan rollerden uzaklaşmasına neden olmaktadır.[19]

Ulusal ve uluslararası mevzuatlar, engelli bireylerin işgücüne katılımını artırmaya yönelik düzenlemeler içermekte olsa da, uygulamada karşılaşılan zorluklar bu düzenlemelerin etkinliğini sınırlamaktadır. Yetersiz altyapı, farkındalık eksikliği ve yasal koruma mekanizmalarının yetersizliği engellerin aşılmasını engellemektedir.[20]

Engelli bireylerin işyerlerinde uzun süreli ve sürdürülebilir olarak yer almalarını sağlamak için fiziksel erişilebilirlik ve iş süreci uyarlamaları önemlidir. İşyerlerinde uygun erişilebilirlik standartlarının oluşturulması, sadece bina ve ekipman ile sınırlı kalmayıp, iş organizasyonunun ve sosyal ortamın da düzenlenmesini kapsamaktadır.[16]

Farkındalık artırma programları, işverenlerin ve çalışanların engellilik konusunda bilinçlenmesini sağlayarak, önyargıların azaltılması ve kapsayıcı kültürün tesis edilmesi için kritik bir araçtır. Bu programlar, eğitim yoluyla pozitif işyeri ortamlarının oluşturulmasını desteklemektedir.[20]

Yasal koruma ve uyumluluk mekanizmaları, engelli bireylerin istihdam haklarını güvence altına almak, ayrımcılığın önüne geçmek ve kurumların yasal zorunluluklarını yerine getirmesini sağlamak için gereklidir. Bu altyapı, işyerinde kapsayıcılığın sürdürülebilirliği açısından stratejik önem taşır.[20]

Sosyal girişimcilik ve destekleyici istihdam modelleri, engelli bireylerin işgücüne entegrasyonunu artırmak amacıyla geliştirilen yenilikçi yöntemler olarak ön plana çıkmaktadır. Bu modeller, engelli bireylere kendi yeteneklerini geliştirebilecekleri ve sürdürülebilir iş alanları yaratabilecekleri ortamlar sunmaktadır.[16]

Teknoloji entegrasyonu, uzaktan çalışma ve esnek iş modeli uygulamaları, engelli bireylerin iş yaşamına katılımını kolaylaştırmakta ve çeşitli engellerin aşılmasına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca, dijital beceri gelişimine yönelik eğitim programları, bu bireylerin iş gücünde daha rekabetçi olabilmesini sağlayabilecektir.[4]

Gelecek vizyonu, sürdürülebilir, teknolojik destekli ve kapsayıcı istihdam olanaklarının sağlanmasını hedeflemektedir. Bu doğrultuda, politika yapıcıların uzun vadeli planlamalarla geniş kapsamlı beceri gelişimini ve kapsayıcı iş modellerini teşvik etmeleri gerekecektir.[4]

6. Toplumsal Algı İle Farkındalık Geliştirme ve Gelecek Vizyonu

Engellilik algıları, tarihsel süreçte hastalık ve kusur temelli, sosyal model odaklı ve stigma içeren çeşitli dönemlerden geçmiştir. Toplumsal dönüşümlerle beraber engellilik, sadece bireysel bir sorun değil, toplumsal yapıların yarattığı engeller olarak görülmeye başlanmıştır.[1]

Medya ve eğitim araçları, engelliliğe yönelik önyargıların azaltılması ve farkındalığın artırılması için önemli mecralardır. Kapsayıcı pedagojilere dayanan eğitim programları, engelli bireylerin görünürlüğünü artırırken, toplumda empati ve anlayışın gelişmesine katkıda bulunmaktadır.[9] Pandemi döneminde ise engelli bireylerin toplumsal hayattaki yerleri daha görünür hale gelmiş, dayanışma ve dayanıklılık gibi yeni algılar oluşmuştur. Bu süreç, engellilikle ilgili toplumsal bilincin değişimi ve gelişimini beraberinde getirmiştir.[21]

Ableizm olarak adlandırılan engelli bireylere yönelik sistematik ayrımcılık, bireylerin fırsatlara erişimini engellemekte ve sosyal dışlanmayı pekiştirmektedir. Bu yapısal ve sosyal ayrımcılığın tanımlanması, mücadele stratejilerinin temelini oluşturmaktadır.[10]

Toplumsal cinsiyet, etnisite ve engellilik kavramlarının kesişmesi, önyargıların çok katmanlı doğasını ortaya koymaktadır. Engellilik alanındaki politikaların bu karmaşık yapıyı göz önünde bulundurması, ayrımcılıkla mücadelede daha etkili sonuçlar doğurabilmektedir.[22] Kamu politikalarının kapsayıcı olması, sadece anayasal düzenlemelerle sınırlı kalmayıp, kültürel dönüşüm süreçlerini de içerir. Böylece, hem mevzuat hem de toplumsal farkındalık eş zamanlı olarak ilerleyerek ayrımcılığın kökten azaltılmasına zemin hazırlayabilir.[22]

Engelli bireylerin demokratik süreçlere katılımı, oy kullanma hakkından kamu kararlarına etkili biçimde dahil olmaya kadar çeşitli alanlarda kısıtlanmaktadır. Bu kısıtlamalar, engelli bireylerin yaşamları üzerinde söz sahibi olmalarını zorlaştırmakta ve eşit yurttaşlık haklarını sınırlamaktadır.[23]

Engelli bireylerin sosyal ve siyasal örgütlenmelerini desteklemek, toplumsal katılımı ve hak mücadelesini güçlendirmektedir. Bu tür örgütlenmeler, engellilik temelli hakların korunması ve genişletilmesinde anahtar rol üstlenmektedir.[24]

Sivil toplum kuruluşları ise engellilik algısının güçlendirilmesi, bilinçlendirme kampanyaları ve politika yapım süreçlerinde aktif rol oynayarak toplum içi kapsayıcılığın artmasına katkıda bulunmaktadır.[5]

7. Engelsiz Toplumda Mevzuatın Gelişimi, Uygulaması ve Gelecek Vizyonu

Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi, engelli bireylerin temel haklarını koruyan evrensel bir çerçeve olarak uluslararası alanda kabul görmekte ve engelli bireylerin eşit haklarını güvence altına almaktadır.[1]

Engelli bireylerin haklarına ilişkin uluslararası sağlık, eğitim ve istihdam mevzuatları, ülkeler arasında ortak standartların oluşturulmasını sağlayarak uyum ve entegrasyon süreçlerini desteklemektedir. Ancak, ulusal yasaların bu uluslararası standartlara uyumu ve uygu-

lamadaki sorunlar, çok sayıda ülkenin de karşı karşıya olduğu bir sorundur.[17]

Ulusal uygulama sürecinde, mevzuatın hem uygun şekilde yerelleştirilmesi hem de etkin denetim mekanizmaları ile desteklenmesi gereklidir. Bu unsurların eksikliği, engellilik haklarının pratikte tam anlamıyla yaşama geçirilmesini engelleyen temel faktörler arasındadır.[20]

Türkiye dahil birçok ülkede engellilikle ilgili mevzuat, zaman içinde hızla gelişme göstermiştir. Ancak sahadaki uygulamalar, örgütsel kapasiteler ve kaynak eksikliğinden dolayı çoğunlukla yetersiz kalmaktadır. Bu durum, engelli bireylerin karşılaştığı günlük zorlukların çözümünde mevzuatın beklenen işlevini yerine getirmesini engellemektedir.[25]

Yasal düzenlemeler, engelli bireylerin haklarını gerçekte koruyacak mekanizmalarla desteklenmediğinde, bir formaliteden ibaret kalmaktadır. Bu nedenle, mevzuatın sadece yazılı hali değil, uygulanabilirliği ve izleme süreçleri de çalışma gündeminde yer almalıdır.[20]

Ayrıca, politika yapım süreçlerine engelli bireylerin doğrudan katılımı, politikaların daha kapsayıcı olmasını sağlar ve uygulamada başarı şansını artıracaktır. Katılım mekanizmalarının güçlendirilmesi, sürdürülebilir engelli politikaları için vazgeçilmezdir.[20]

Mevzuat uygulamalarının etkinliğini değerlendirmek üzere kapsamlı ve nesnel göstergeler geliştirilmelidir. Bu göstergeler, yasal düzenlemelerin gerçek hayattaki etkilerini izlemek, ihtiyaç duyulan iyileştirmeleri tanımlamak ve kaynakları etkin kullanmak için önemli araçlardır.[20]

Hukuki koruma mekanizmalarının işlerliği, engelli bireylerin hak ihlallerine karşı güvence bulması açısından kritik öneme sahiptir. Şeffaf denetim ve hesap verebilirlik süreçleri, mevzuatın gücünü artıran unsurlardır.[1] Sürdürülebilir bir mevzuat yapısı için, düzenli güncellemeler, çok paydaşlı katılım ve kapasite geliştirme faaliyetlerinin yürütülmesi gerekmektedir. Bu, mevzuatın zaman içerisinde ihtiyaçlara ve toplumsal gelişmelere uyum sağlayabilmesini mümkün kılacaktır.[20]

8. Geleceğe Yönelik Öneriler

Engelli bireylerin haklarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi yolundaki gelecek vizyon başlıkları değerlendirildiğinde özetle şu konuların gelecekte önemli olacağı düşünülmektedir:

- Sürdürülebilir kapsayıcılık politikalarının geliştirilmesi
- Eşitlik ve kapsayıcılık hedeflerinin bütçe planlamalarına entegre edilmesi
- Müfredat reformları ve öğretmen eğitimine yönelik stratejilerin belirlenmesi
- Engelli bireylerin işgücü piyasasında rekabet edebilirliğini artırmak amacıyla istihdam alanında destek programları ile beceri geliştirme
- Kapsayıcı iş modelleri ile sürdürülebilir istihdam olanaklarının yaratılması
- Engelli bireylerin eşit hizmet almasını sağlamada sağlık hizmetlerinde kapsayıcılık standartlarının oluşturulması ve düzenli izlenmesi
- Sağlık erişimde karşılaşılan engelleri ortadan kaldırmak amacıyla dijital sağlık çözümlerinin geliştirilmesi ve uygulanması

9. Son Söz

Engelsiz toplumun oluşumunda eğitim, sağlık, istihdam, toplumsal algı ve mevzuat alanları birbirini tamamlayan temel yapı taşlarıdır. Bu alanlarda gerçekleştirilecek reformlar ve politik entegrasyon, kapsayıcı toplumun temelini oluşturacaktır. Teknoloji ve inovasyon ise bu sürecin hızlandırılması ve etkili hale getirilmesinde belirleyici rol oynayacaktır.

Sistematik ve sürdürülebilir politika desteklerinin sağlanması, toplumsal bilinç ve kapsayıcılık kültürünün toplumun tüm kesimlerine yaygınlaştırılması zorunludur. Kültürel dönüşüm süreçleri, toplumsal algının gelişmesine katkı sağlayacaktır. Ancak uygulamada karşılaşılacak zorluklar ve direnç durumları için etkin çözüm stratejilerinin geliştirilmesi gereklidir.

Halk sağlığı akademisyenleri, engelsiz topluma ulaşmada araştırma, eğitim ve savunuculuk alanlarında rol alarak liderlik yapmalıdır. Multidisipliner iş birliği stratejileri geliştirilerek toplumsal dönüşüm desteklenmeli ve paylaşılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Genova A. Disability: Definition and Data As Epistemological Challenge. Içinde: The Palgrave Handbook of Global Social Problems [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2023 [a.yer 03 Kasım 2025]. s. 1-17. Erişim adresi: https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-68127-2_71-1
2. Swenor BK. Including disability in all health equity efforts: an urgent call to action. Lancet Public Health. Haziran 2021;6(6):e359-60.

3. Burton MJ, Ramke J, Marques AP, Bourne RRA, Congdon N, Jones I, vd. The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. Lancet Glob Health. Nisan 2021;9(4):e489-551.
4. Siddiqi MM. Future of Digital Education: Inclusive, Immersive, Equitable. MediaSpace DME Media J Commun. 20 Haziran 2024;5(01):8-24.
5. Tan Y, Bayoumi I, Knox B, Cole M, Jackson L, Watson A, vd. Understanding social inclusion: A directed content analysis. Ager, ME, editör. PLOS One. 03 Ekim 2025;20(10):e0333666.
6. Kopito M. Inclusive Education: Historical Evolvement and Future Perspective. Educ 21. 29 Kasım 2024;(28):38-46.
7. Jayman M, Edmonds S, Gudbrandsen M. Driving Innovation to Support Pupils with SEND Through Co-Production in Education and Research: Participatory Action Research with 22q11.2 Deletion Syndrome Families in England. Behav Sci. 30 Aralık 2024;15(1):22.
8. Woolfson LM. Is inclusive education for children with special educational needs and disabilities an impossible dream? Br J Educ Psychol. Eylül 2025;95(3):725-37.
9. Borowsky H, Morinis L, Garg M. Disability and Ableism in Medicine: A Curriculum for Medical Students. MedEdPORTAL. 25 Ocak 2021;11073.
10. Feldner HA, Evans HD, Chamblin K, Ellis LM, Harniss MK, Lee D, vd. Infusing disability equity within rehabilitation education and practice: A qualitative study of lived experiences of ableism, allyship, and healthcare partnership. Front Rehabil Sci. 02 Ağustos 2022;3:947592.
11. Lai ECL, Aoki A, Seera G. Embracing neurodiversity: shifting from deficit-based model to strength-based model. East Asian Arch Psychiatry. 30 Haziran 2025;35(2):123-7.
12. Koohang A, Nord JH, Ooi KB, Tan GWH, Al-Emran M, Aw ECX, vd. Shaping the Metaverse into Reality: A Holistic Multidisciplinary Understanding of Opportunities, Challenges, and Avenues for Future Investigation. J Comput Inf Syst. 04 Mayıs 2023;63(3):735-65.
13. Lebrasseur A, Fortin-Bédard N, Lettre J, Raymond E, Bussières EL, Lapierre N, vd. Impact of the COVID-19 Pandemic on Older Adults: Rapid Review. JMIR Aging. 12 Nisan 2021;4(2):e26474.
14. Bringing health care to the patient: An overview of the use of telemedicine in OECD countries [Internet]. 2020 Oca [a.yer 03 Kasım 2025]. (OECD Health Working Papers; c. 116). Report No.: 116. Erişim adresi: https://www.oecd.org/en/publications/bringing-health-care-to-the-patient_8e56ede7-en.html
15. Fleming KA, Horton S, Wilson ML, Atun R, DeStigter K, Flanigan J, vd. The Lancet Commission on diagnostics: transforming access to diagnostics. The Lancet. Kasım 2021;398(10315):1997-2050.
16. Gross JMS, Monroe-Gulick A, Nye C, Davidson-Gibbs D, Dedrick D. Multifaceted interventions for supporting community participation among adults with disabilities: A systematic review. Campbell Syst Rev. Haziran 2020;16(2):e1092.
17. Kearns Á, Jagoe C, Stockdale R, Clarke D, Manning M, Menamin RM, vd. Supporting Communication Access of People With Communication Disabilities and Communication Differences in UNCRPD-Ratified Countries: An Integrative Review. Int J Lang Commun Disord. Eylül 2025;60(5):e70098.
18. Al Alawi GSN, Crisostomo ASI. Local Awareness and Satisfaction on Sustainable Projects for People with Disabilities. Int J Res Entrep Bus Stud. 11 Ocak 2024;5(1):1-14.
19. De Schutter O, Frazer H, Guio AC, Marlier E. How poverty is perpetuated across generations. Içinde: The Escape from Poverty: Breaking the Vicious Cycles Perpetuating Disadvantage [Internet]. Bristol University Press, 2023 [a.yer 03 Kasım 2025]. s. 1-17. Erişim adresi: https://www.jstor.org/stable/jj.7941369.7?seq=1
20. Mulyawan A. Challenges and Opportunities in Implementing Disability Rights: Policy Evaluation and Access To Welfare For Persons With Disabilities. Int J Law Soc. 11 Kasım 2024;2(1):01-22.
21. Cassidy SA, Nicolaidis C, Davies B, Rosa SDR, Eisenman D, Giwa Onaiwu M, vd. An Expert Discussion on Autism in the COVID-19 Pandemic. Autism Adulthood. 01 Haziran 2020;2(2):106-17.
22. Macura B, Del Duca L, Soto A, Carrard N, Gosling L, Hannes K, vd. PROTOCOL: What is the impact of complex WASH interventions on gender and social equality outcomes in low- and middle-income countries? A mixed-method systematic review protocol. Campbell Syst Rev. Haziran 2021;17(2):e1164.
23. Clubbs Coldron B, Frances S, Buckley G, Bhatkal S. Supporting political rights for people in psychiatric rehabilitation: "Appropriate" political action in medicalized environments. J Psychiatr Ment Health Nurs. Haziran 2021;28(3):494-502.
24. Kapeke K, Muse K, Rowan J, Saw P, White T, Ojinnaka-Psillakis A, vd. Who holds power in decision making for young people's future? Med J Aust [Internet]. 20 Kasım 2023 [a.yer 03 Kasım 2025];219(S10). Erişim adresi: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.5694/mja2.52147
25. Bhattacharya S, Hossain M, Singh A, Mishra S. Thinking beyond the inclusiveness of "Disability competencies for an Indian Medical Graduate" in normal as well as crisis conditions-A community perspective. J Fam Med Prim Care. 2020;9(10):5406.

BÖLÜM 14

SAĞLIĞI GELİŞTİRME

Bölüm Editörü: *Deniz Odabaş*

Sunuş

Deniz Odabaş

Sağlığı Geliştirme, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Türkiye Sağlık Raporu (TSR) kapsamında ilk kez 2014 yılında yer almıştır.

TSR-2014'te sağlığı geliştirme bölümü Prof.Dr.Birgül Piyal editörlüğünde, politik, stratejik, yönetsel hedefler ve durum/uygulamalar başlıklarında ele alınmıştır. TSR-2014 Sağlığı Geliştirme Bölümünde, Prof.Dr.Birgül Piyal, Prof.Dr.Pınar Erbay Dündar, Prof.Dr.Şevkat Bahar Özvarış, Prof.Dr.Türkan Günay, Prof.Dr.Seçil Özkan, Filiz Aslantekin ve Prof.Dr.Erkan Pehlivan yazar olarak yer almıştır. Sağlığı geliştirme uygulamaları siyasal, ekonomik, toplumsal, kültürel ve ekolojik arka plan, öncelikler temelinde değerlendirilmiş Ottawa'dan (1986) Helsinki'ye (2013) ulaşan yolda değişen önceliklerle ve Bin Yıl Kalkınma Hedefleri'yle uyumlu sağlık eşitsizliklerinin giderilmesine yönelik bir eksende ele alınmıştır. Türkiye'nin sağlığı geliştirme önceliklerinin sağlığın sosyal belirleyicileri açısından eşitlik ve hakkaniyet sağlanması ana ekseninde sağlığa zarar veren politikaların belirlenmesi ve olanaklı ise, değiştirilmesini önerilmiştir.

TSR-2020'de ise sağlığının geliştirilmesi bağlamı Prof. Dr.Birgül Piyal editörlüğünde, özel gereksinimi olan gruplarda (çocuk, adolesanlarda ve göçmen) gerçekleştirilenler ve gereksinimlerin, yanı sıra tek sağlık yaklaşımı ve sağlık okuryazarlığı başlıklarında ele alınmıştır. TSR-2020 Sağlığı Geliştirme Bölümünde, Prof.Dr.Birgül Piyal, Doç.Dr.Derya Çamur, Uz.Dr.Deniz Mardin, Prof.Dr.Ferdane Oğuzöncül, Dr.Kevser Tuncer Kara, Dr.Öğr.Üyesi Emine Baran, Deniz, Prof.Dr.Dilek Aslan, Dr.Öğr.Üyesi Hakan Tüzün ve Prof.Dr.Seçil Özkan yazar olarak yer almıştır. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferanslarının "Bütün politikalarda sağlık" ve "Her şey sağlık için" vurgularının ulusal politikalarının ana ekseninde yer alması ve "Sağlığı destekleyici çevreler oluşturmak" için, fizik çevre kadar sosyal, ekonomik ve politik çevrenin de yasal ve yapısal açıdan uygun hale getirilmesinin önemi vurgulanmıştır. Ekosistemin bütün ögelerini eşitlik ve hakkaniyet içinde değerbilirlikle kucaklamak zorunda olduğumuza dikkat çekilmiştir.

TSR-2025'de Sağlığı Geliştirme Bölümü ise aradan geçen beş yıllık dönem de tüm dünyayı sarsan COVID-19 Pandemisi ve 06 Şubat 2023'te ülkemizi derinden etkileyen büyük depremin gölgesinde, olağandışı durumlarda sağlığı geliştirmenin en önemli araçlarının sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişiminin öneminin tüm toplum ve sağlık sisteminde bir kez daha hissedildiği dönem olmuştur. Bu nedenle son beş yıllık süreç sağlığı geliştirme stratejileri, sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimi olmak üzere üç temel başlıkta ele alınmıştır.

TSR-2025'de Sağlığı Geliştirme Bölümünde sağlığı geliştirme stratejileri ile "güncel halk sağlığı sorunlarına yaklaşım" başlığı Dr.Öğr.Üyesi Çağrı Emin Şahin ve Prof. Dr.Asiye Uğraş Dikmen tarafından, "sağlığı geliştirmede iyi uygulama örnekleri" Prof.Dr.Hilal Özcebe, Prof. Dr.Sarp Üner, "sağlığı geliştirmede sağlık okuryazarlığı" Doç.Dr.Hülya Şirin, Prof.Dr.Seçil Özkan, "sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik iyi uygulama örnekleri" Uzm. Dr. Zeynep Devran Muharremoğlu, Doç. Dr. Hakan Tüzün, "dijital sağlık okuryazarlığı" Doç.Dr.Özgür Önal, Prof.Dr.Ersin Uskun, sağlığı ve sağlık okuryazarlığını geliştirmede sağlık iletişiminin gücü başlığı ise Prof. Dr.Nezih Orhon tarafından ele alınmıştır.

Amacımız halk sağlığı profesyonellerinin sağlığı geliştirme, sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimi konularında politika, strateji, planlama, araştırma ve uygulamaları gözden geçirmektir. Halk sağlığı profesyonellerinin iyi uygulama örnekleri ışığında sağlığı destekleyen, güçlendiren etmenleri yükseltmeye yönelik savunuculuk, bütün insanların sağlıkta eşitliğe ulaşmasını olanaklı kılma ve ortamı uygun hale getirmede, sektörler arası işbirliği sağlamaya aracılık etme rollerini güçlendirmektir.

"*Doğduğunuz, büyüdüğünüz, yaşadığınız, çalıştığınız ve yaşlandığınız ortamları iyileştirmede katkılarınız için*" şükran ve teşekkürlerimizle…

Sağlığı Geliştirme Stratejileri İle Güncel Halk Sağlığı Sorunlarına Yaklaşım: 2020-2025 Dönemi

Çağrı Emin Şahin, Asiye Uğraş Dikmen

Geçmişten günümüze sağlık sorunları incelendiğinde, toplum açısından önemli sağlık sorunlarının süreç içerisinde değişiklik gösterdiği görülmektedir. Geçmişte çözümsüz olarak nitelendirilen birçok bulaşıcı hastalığın bugün halk sağlığı sorunu olmaktan çıktığı, bir taraftan da yeni ve yeniden görülen bulaşıcı hastalıklarla savaşın devam ettiği fakat yaşamın her alanını etkileyen kronik hastalıkların da ön planda olduğu bilinmektedir. Küreselleşme, teknolojik gelişmeler, seyahat imkanlarının artması gibi bir çok faktörün insan yaşamında ve sağlığında olumlu bir etkisi olurken, göçlerin artması, doğal afetler, ekonomik krizler, inaktif yaşam tarzı, sağlıksız beslenme ve stres gibi faktörler de sağlık üzerinde olumsuz ve geri dönüşü zor olan etkiler yaratmıştır. 2020 yılından itibaren de tüm dünyada sağlık sorunlarını dönüştüren süreçler yaşanmış, halk sağlığı sorunlarının boyutu ve niteliği değişmiştir. Bu dönemde COVID-19 pandemisi sağlık sistemlerinin dayanıklılığını, toplumların sağlık okuryazarlığını, çevresel ve sosyal belirleyicilerin gücünü açıkça göstermiştir. Salgının akut etkileri kadar uzun dönemde bıraktığı pandemi sonrası halk sağlığı yükü de sağlığı geliştirme stratejilerinin merkezde olduğu bir yaklaşımı zorunlu kılmıştır. Çünkü, sağlık sorunlarının çözümünde kabul gören en etkili yaklaşım sağlığın geliştirilmesi ve korunmasıdır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlığı geliştirme; insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrolünü artırmalarını sağlayarak sadece tedaviye odaklanmakla kalmayıp, hastalığın temel nedenlerini ele alarak ve önleyerek bireylerin sağlığına ve yaşam kalitesine fayda sağlamak ve korumak için tasarlanmış çok çeşitli sosyal ve çevresel müdahaleleri kapsamaktadır. Halk sağlığının temel bir işlevi olan sağlıklı yaşam teşviki, sağlıklı kamu politikaları oluşturarak, destekleyici ortamlar yaratarak, toplumsal eylemleri ve kişisel becerileri güçlendirerekbireylerin sağlık sorunlarıyla başa çıkmalarına ve bunları gidermelerine destek olmaktadır.[1]

Son 5 yılı kapsayan dönemde öne çıkan halk sağlığı sorunları dört ana başlıkta toplanabilir:

- Bulaşıcı Hastalıklar: COVID-19'a ek olarak kızamık, HIV ve tüberküloz gibi hastalıkların yeniden gündeme gelmesi; aşı karasızlığı/karşıtlığı.
- Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH): İnaktif yaşam, beslenme alışkanlıklarındaki değişimler ve çevresel etkilerle diyabet, hipertansiyon, obezite ve ruh sağlığı sorunlarının artması.
- Çevresel ve İklimle İlişkili Sorunlar: Hava kirliliği, sıcak dalgaları, orman yangınları ve iklim değişikliğinin halk sağlığı üzerindeki yükü. Bu süreç, "iklim ve sağlık" başlığını ulusal sağlık gündemlerinin ön sıralarına taşımaktadır.

Bu ana başlıklarda toplanan salık sorunları sağlığı geliştirme ve koruma stratejileri ile kontrol altına alınmaya çalışılmaktadır.

1. Uluslararası Gelişmeler

2020 yılından sonra, pandemi sırasında ve sonrasında küresel sağlığın geliştirilmesi gündeminde belirgin bir yenilenme gerçekleşmiştir. Bu sürecin dönüm noktası, 10. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'nda kabul edilen Cenevre Esenlik Bildirgesi (Geneva Charter for Well-being) olmuş ve bildirge, Ottawa Bildirgesi'nin mirasını güncelleyerek "esen toplumlar" inşasını politika ölçeğine taşıdı ve pandemi sonrası toparlanma döneminde sağlığın geliştirilmesine yön vermiştir.[2]

Cenevre Bildirgesi, yalnızca hastalık yükünü azaltmayı değil; kuşaklar-arası adaleti ve ekolojik sınırlar içinde eşitliği gözeten, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'nın ötesinde

göstergelerle kişisel ve toplum sağlığını ölçen yeni bir politika dili önerdi. Bu yaklaşım; sosyal destek, sağlıklı yaşam süresi ve çevresel maruziyet gibi göstergeleri kamu politikalarının merkezine yerleştirerek sağlığı ekonomik büyümeden bağımsız bir şekilde ele almayı savunmaya başlamıştır.[2-4] Bu vizyonun hayata geçirilmesinde çok-sektörlü yaklaşım kilit rol oynamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) vurguladığı gibi, 1986'dan 2021'e kadar süren konferanslar dizisi, sağlığın geliştirilmesini küresel politika gündemine taşımış; ancak yerel ve ulusal düzeyde kurumsal kapasite ve eşgüdüm sağlanmadan kalıcı bir etki beklenemeyeceğini açıkça ifade etmiştir. Bu çerçevede, "Tüm Politikalarda Sağlık" ilkesi yalnızca sağlık kurumlarının değil, tüm kamu ve yerel yönetim yapılarının ortak sorumluluğu olarak tanımlanmıştır.[4, 5]

Bu yönelimi somutlaştıran bir diğer önemli gelişme, Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve Eğitimi Birliği (International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)) 24. Dünya Konferansı olmuştur. Konferans Montreal'de 2022 yılında gerçekleşmiştir. "Sağlık, esenlik ve eşitlik için politikaları teşvik etmek" temasıyla düzenlenen konferansta; eşitsizlik duyarlı göstergeler, kanıt temelli politika tasarımı ve düzenli izleme–değerlendirmenin önemi vurgulanmıştır. Bu yaklaşım, okul, toplum ve birinci basamak merkezli programlarda sadece uygulama değil, ölçülebilir sonuçlara dayalı kamuya hesap verebilirlik ilkelerini de öne çıkarmaktadır.[6,7]IUHPE 25. Dünya Konferansı (Abu Dabi, 13–16 Mayıs 2025), sağlığın geliştirilmesinde küreselliğin ötesinde çevre sağlığını, yerel halkların kendilerine özgüihtiyaçları, topluluk temelli kalkınmayı esenliğin köklerinin araştırılması gibi kavramlarla birleştirerek iklim ve çevre gündemini merkeze almıştır. Türkiye'den de katılımın yoğun olduğu bu konferansta; ülkemizdeki son dönem sağlığın geliştirilmesi politikaları da gündeme taşınmıştır.[8]

Kamu ve sivil toplum arasındaki köprüyü güçlendiren bir başka odak noktası ise 14. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Forumu olmuştur. Sağlığın Geliştirilmesi Birliği (Alliance for Health Promotion (A4HP)) öncülüğünde 21 Kasım 2024'te Cenevre'de düzenlenen bu forum, DSÖ ve gençlik/öğrenci ağlarıyla iş birliği yaparak, sivil toplumun ve gençliğin politika döngüsüne sistematik katılımını öne çıkarmıştır. Bu gelişme, ulusal sağlık kampanyalarının ortak tasarım ve mikro-hibe mekanizmalarıyla güçlendirilmesine yönelik önemli bir sinyal olarak değerlendirilmektedir.[9]

2. Ulusal Gelişmeler

2.1. Bulaşıcı Hastalıklar

Bulaşıcı Hastalıklar kapsamında, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (HIV/AIDS), Solunum Yolu ile Bulaşan Hastalıklar (COVID-19, Grip, Kuş Gribi, Mers-Cov vs.), Su ve Besinlerle Bulaşan Hastalıklar kapsamında çalışmalar ve Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı yürütülmeye devam etmektedir.[10]

Aşı ile önlenebilir hastalıklar kapsamında da, ülkemizde Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) devam etmektedir. GBP'nin amacı; kabakulak, difteri, tetanoz, kızamıkçık, hepatit B, kızamık, invaziv pnömokokal hastalık, poliomyelit, hemofilus influenza tip b, tüberküloz, suçiçeği, hepatit A ve boğmacaya bağlı hastalıkların kontrol altına alarak, morbidite ve mortalitesini azaltmak ve hatta bu hastalıkları yok etmektedir.[11] Son beş yılda yapılan değişiklik ise; 2025 yılında ulusal aşı takvimi güncellenmiş ve difteri, boğmaca, tetanos, çocuk felci ve hemofilus influenza tip B'ye karşı koruma sağlayan beşli karma aşısına ilave olarak Hepatit Başısı da eklenerek altılı karmaaşısı programa eklenmiştir.

Zoonotik ve vektörel hastalıklarla ilgili programlar kapsamında: kırım kongo kanamalı ateşi, sıtma,kuduz, zika virüs hastalığı, şark çıbanı, şarbon, ekinokkoz, ektoparaziterler ve vektörler, bruselloz,tularemive diğer zoonotik hastalıklar ile ilgili çalışmalar yürütülmeye devam etmektedir.[12]

2.2. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

Türkiye'de son beş yılda sağlığın geliştirilmesi politikaları, kalkınma planları, stratejik planlar ve eylem planları üzerinden küresel vizyonla uyumlu bir çerçeve kazanmıştır. 11. Kalkınma Planı (2019–2023), toplum sağlığının geliştirilmesi ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine odaklanarak sağlıklı yaşam tarzlarının teşviki, obezite ve bağımlılıkla mücadele programlarını önceliklendirmiştir. Bunu izleyen 12. Kalkınma Planı (2024–2028) ise sağlığı yalnızca tedavi boyutuyla değil, çevre, iklim, sosyal destek ve sağlıklı yaşlanma gibi çok boyutlu göstergelerle ele alarak Cenevre Esenlik Bildirgesi'nin önerdiği "esen toplumlar" yaklaşımıyla uyum göstermektedir.

Bu dönemde hazırlanan Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı (2024–2028), sağlığın geliştirilmesini kamu politikalarının merkezine taşıyarak "Sağlıklı Türkiye Yüzyılı" vizyonunu somutlaştırmış; özellikle sağlık okuryazarlığının artırılması, erken teşhis ve tarama programlarının yaygınlaştırılması, iletişim odaklı sağlık kampanyalarının yaygınlaştırılması ve uzun soluklu sonuca odaklı göstergelerle izleme–değerlendirme süreçlerinin güç-

lendirilmesini öngörmüştür. Stratejik hedeflere paralel olarak yürütülen bir çok koruyucu program mevcuttur. Sağlık Okuryazarlığı Eylem Planı, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, Bağımlılıkla Mücadele Eylem Planları, Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programları gibi mevcut olan bir çok çalışmaya ek olarak; Koruyucu Ruh Sağlığı Eylem Planı ve İklim Değişikliğine Sağlık Uyumu çalışmaları gibi tematik planlamalar ise küresel sağlık gündeminde öne çıkan alanlarda Türkiye'nin uyumunu somutlaştırmaktadır. Böylece kalkınma planları makro politika yönünü, stratejik plan kurumsal uygulama çerçevesini, eylem planları ve programlar ise sahaya yansıyan somut müdahaleleri oluşturarak sağlığın geliştirilmesinde çok katmanlı ve küresel vizyonla uyumlu bir politika bütünlüğü ortaya koymaktadır.

Bunların yanısıra; Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele, Uyuşturucu ile Mücadele Çalışmaları, Alkol Kontrol Çalışmaları, Kanserle İlgili Yürütülen Programlar, Ruh Sağlığı ile İlgili Yürütülen Programlar, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı İle İlgili Programlar ve ilgili faaliyetler devam etmektedir. 2025 yılında da, sağlık uzmanlarının kronik hastalıkların erken teşhisini yapabilmelerini ve kanıta dayalı tıp kılavuzlarının önerileri doğrultusunda uygun tedavi planlarıyla semptom ve bulguları kontrol altına alabilmelerini sağlayan bir platform olan Hastalık Yönetim Platformu (HYP) faaliyete geçmiştir.[13]

2.3. Çevresel ve İklimle İlişkili Sorunlar

Ülkemizde Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı (ÇPSSGP) "Tüm Politikalarda Sağlık" anlayışını yerleştirmek için 2013-2023 yılları arasında yürürlükte olmuştur. Üst düzey bir politika çerçevesi olarak hazırlanan programın hazırlıkları 2009'da başlamış, akademi ve kurum temsilcileriyle yapılan çalıştaylar sonucunda olgunlaştırılmış, 23 Aralık 2014 tarihli 2014/21 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile yürürlüğe konulmuştur. Program, "Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Çok Paydaşlı Yaklaşım" ve "Tedavi ve Rehabilite Edici Sağlık Hizmetlerinde Çok Paydaşlı Yaklaşım" olmak üzere iki bölümden oluşmakta; bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar, okul sağlığı, gıda güvenilirliği, çevre ve iklim sağlığı, kazaların önlenmesi, sağlık iletişimi gibi toplamda 12 bileşen ve 77 alt konu başlığını kapsamaktadır.[14]

Programın temel amacı, sağlık çıktılarının belirleyicilerine eş zamanlı müdahaleyi mümkün kılacak kurumlar arası eşgüdümü kurumsallaştırmak, politika uygulamalarını performans göstergeleriyle izlemek ve kanıta dayalı karar süreçlerini güçlendirmektir. Bu kapsamda "Çok Paydaşlı Sağlık Politikaları Yüksek Konseyi" oluşturulmuş; Başbakan başkanlığında 15 bakanın yer aldığı bu üst kurul, programın hükümet düzeyinde koordinasyonunu sağlamayı hedeflemiştir.ÇPSSGP şemsiyesi altında çeşitli mevzuat ve uygulamalar hayata geçirilmiştir. Bunlardan öne çıkan örnekler arasında trans yağların sınırlandırılması (Türk Gıda Kodeksi'nde yapılan değişiklikle gıdalarda endüstriyel trans yağ oranı %2 ile sınırlandırılmıştır) ve okul temelli sağlığı geliştirme uygulamaları ("Beyaz Bayrak" ve "Beslenme Dostu Okullar" programlarıyla okul ortamlarında hijyen ve sağlıklı beslenme kriterleri yerleştirilmiş) ayrıca okullarda yiyecek ve içecek standartları uygulanmaya başlanmıştır.[15,16] Programın üst düzey koordinasyon mekanizmasının düzenli işletilememesi, bakanlık yapılanmasının değişmesi, izleme–değerlendirme göstergelerinin tüm bileşenlerde ölçülebilir hale getirilememesi ve yerelleştirme süreçlerinde şeffaf veri üretiminin sınırlı kalması ÇPSSGP'nin etkisini azaltan başlıca faktörler olmuştur.

Bunların yanı sıra; çevre sağlığı ile ilgili olarak İçme ve Kullanma Suyu İzleme, Yüzme Suyunun İzlenmesi ve Yüzme Suyu Kalite Kontrol Sistemi, Kuyu Suları Takip Sistemi, Çevresel Etkileri İzleme ve Değerlendirme faaliyetleri de sürdürülmeye devam etmektedir.

3. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı (SOY), bireylerin ve toplumların sağlıkla ilgili bilgiyi bulma, anlama, eleştirel biçimde değerlendirme ve eyleme dönüştürme kapasitesidir. SOY faaliyetleri yalnızca bilgi aktarımından ibaret değildir. Karar verme özerkliği ve eylem yetkinliği üretmeyi hedefler. Bu yaklaşım, sağlık eğitiminin çıktısı olarak SOY'u konumlandıran ve onu üç düzeyde tanımlayan kuramsal çerçeveyle (fonksiyonel, iletişimsel/etkileşimsel, eleştirel) bugün geniş düzeyde kabul görmektedir. SOY'un bütüncül bir modelle sistematikleştirildiği çalışmalarda ise "erişme–anlama–değerlendirme–uygulama" yetkinlikleri; sağlık hizmetleri, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi bağlamlarında 12 boyutlu bir modelle ele alınır. Bu model, klinik ve halk sağlığı bakışlarını birleştirerek politika ve hizmet tasarımına doğrudan yol gösterir.[17] SOY faaliyetleri, bireysel sonuçlarla sistem sonuçlarını aynı anda gözeten bir "insan merkezli sağlık" yaklaşımıdır. Sağlık okuryazarlığı yüksek bireyler, hastalık risklerini daha iyi yönetir, uygun zamanda doğru hizmete başvurur, tedaviye uyumu artırır; bu da hizmetlerin etkin kullanımını ve maliyetlerin düşmesini sağlar.

Türkiye'de SOY düzeyini il düzeyinde tespit etmeye yönelik bugüne kadar ilki 2017, ikincisi 2023'te yapılmış

saha araştırmaları; TSOY-32 ölçeğini kullanmaktadır. Ölçekte iki alt boyut (tedavi-hizmet; korunma/sağlığın geliştirilmesi), dört süreç (bilgiye erişme, anlama, değerlendirme, kullanma/uygulama) kurgusu dikkat çeker. Bu kurgu, SOY'u bileşenlerine ayırarak ölçülebilir ve yönetilebilir bir yetkinlik setine dönüştürür; böylece hem nüfus düzeyinde hem de hizmet süreçlerinde iyileştirme alanları görünür hâle gelir.2017'den 2023'e geçiş döneminde genel SOY düzeyinde belirgin bir iyileşme görülmüştür. "Yetersiz+sorunlu/sınırlı" oranı %68,9'dan %53,9'a gerilerken, "yeterli+mükemmel" oranı %31,1'den %46,1'e yükselmiştir. Alt boyutlarda da benzer bir tablo vardır: tedavi-hizmette "yeterli+-mükemmel" %41,6→%50,8, korunma/sağlığın geliştirilmesinde %28,4→%45,7'ye çıkmıştır. Süreç bazında en belirgin kazanımlar "bilgiye ulaşma" ve "bilgiyi değerlendirme"dir. Buna karşın "bilgiyi kullanma/uygulama" alanındaki artış daha sınırlıdır.[18]

Mikro düzeyde, vatandaşların TSOY-32'de "kolay/çok kolay" bulduğu görevler arasında "şikâyetin hastalık belirtisi olup olmadığını araştırmak", "broşür/afiş gibi yazılı materyalleri okumak", "hangi doktora gidileceğini bulmak", "tedavi seçeneklerinin avantaj/dezavantajlarını değerlendirmek", "gerektiğinde ambulans çağırmak" yer alıyor. Zorlanılan alan ise doktor açıklamalarını anlama. Bu sonuçlar, sağlık iletişiminde dil sadeleştirme ve doktor-hasta iletişimi gibi çok somut iyileştirme başlıklarına işaret etmektedir.Kuramsal literatürdeki üç düzeyli (fonksiyonel-iletişimsel-eleştirel) SOY tasnifi, politika ve uygulamada hedefe yönelik ölçme-değerlendirme ile birleştiğinde, iki stratejik yöne kapı açar. Birincisi, yaşam boyu öğrenme ve dijital SOY. Yani bireyin çevrimiçi randevu, e-nabız/portal kullanımı, güvenilir içerik ayrımı ve risk-fayda değerlendirmesi yapabilmesidir. İkincisi, örgütsel SOY. Yani kurumların karmaşık süreçleri sadeleştirmesi, çoklu okuryazarlık düzeylerine uygun içerik üretmesi ve hizmete erişim engellerini sistematik biçimde kaldırması gerekmektedir. Bu iki yön, DSÖ'nün Şanghay uygulama rehberinde vurgulanan "yönetişim ve izleme" çağrısıyla uyumludur.[19]

Politika mantığına bağlandığında, SOY yalnızca "sağlık bilgisini artırma" değil, eşitsizlikleri azaltma aracıdır. Ulusal eylem planlarında 7 hedef-33 strateji-57 eylem-167 faaliyet-181 gösterge ile izleme mimarisinin kurulması, kanıta dayalı içerik üretimi, medya ve eğitim kurumlarıyla ortaklıklar, göstergeler için izlem kartları ve paydaşlara açık yazılım platformu gibi kurumsal kapasitelerin geliştirilmesini içerir. Bu tür yapısal düzenlemeler, hem bireysel sonuçların (ör. sağlıklı davranışlar, tedaviye uyum) hem de sistem sonuçlarının (ör. gereksiz başvuruların ve yatışların azalması, kronik hastalık yükünün ve harcamaların düşmesi) yönünü kalıcı olarak değiştirmeyi hedefler. Türkiye'nin 2017'den 2023'e olumlu yönde gelişimi bu yönde ilerlemenin mümkün olduğunu; sıradaki sıçramanın ise "tutumu davranışa dönüştürme" odaklı tasarım atılımlarıyla gelmesi gerekliliğini düşündürmektedir.

Eylem Planı'nın gerekçesi; birey sorumluluğunu güçlendirerek koruyucu/önleyici hizmetleri öne çıkarmak, sağlık hizmetlerinin doğru kullanımını desteklemek ve nihayetinde kronik hastalık ve kanser insidansını, anne-bebek ölümlerini düşürmek, sağlıklı yaşlanmayı desteklemek ve sağlık harcamalarını azaltmaktır. Plan, SOY düzeyi artışının yalnızca bilgi değil, davranış değişikliği ve sistem çıktıları üretmesi gerektiğini de vurgulamaktadır.[20]

Türkiye bilgiye erişim ve değerlendirmede önemli kazanımlar sağlamıştır; davranışa dönüşüm ve bölgesel eşitsizlikler ise kritik darboğazlardır. SOY Eylem Planı 2025–2028, 7 hedef ve 181 göstergeyle bu darboğazları kapatmayı amaçlayan güçlü bir çerçeve sunmaya çabalamaktadır. Bu çerçeve; sade dil, kültürel uyarlama, hasta-hekim iletişimi, randevu süreçlerinin kolaylığı ve dijital SOY uygulamalarını birlikte devreye soktuğunda, 2028'e kadar hem ulusal ortalamada hem de bölgesel yakınsamada anlamlı ilerlemeler kaçınılmaz olacaktır.

4. Sağlık İletişimi ve Halkla İlişkiler

Sağlık iletişimi, yalnızca bilgi duyurusu değil; hedef kitlelerin ihtiyaç ve motivasyonlarını anlayıp onlarla güven temelli, iki yönlü bir ilişki kurma işidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün kuramsal çerçevesi, etkili iletişim için ilkelerin krizlerden kronik hastalıklara kadar tüm konu alanlarına uygulanmasını; açık, güvenilir ve sürekli etkileşimi teşvik eden bir yaklaşımı zorunlu görür. Bu çerçeve, kurumların yalnızca "mesaj vermesini" değil, dinlemesini ve geri bildirimi politika döngüsüne katmasını şart koşar.[21] Halkla ilişkilerde amaç ise, toplumda aitlik ve ortak amaç duygusu oluşturmaktır. Bu, mesajların yalınlaştırılması ve herkes tarafından anlaşılır kılınmasıyla başlar. Sade dil, net eylem çağrısı ve görsel destek gibi unsurların her biri ölçülebilir hale getirilir. Böylece kampanyalar yalnızca görünür değil, ölçülebilir biçimde etkili olur.[22]

COVID-19 pandemisi, Türkiye'de sağlık iletişiminin hem kapsam hem de etki açısından en yoğun şekilde kullanıldığı dönemlerden biri olmuştur. Günlük güncellenen resmi internet siteleri, kamu spotları, sosyal medya içerikleri, afiş ve broşür gibi görsel materyallerin hızla çoğalması, bu dönemde halkla iletişimin temel araçları haline gelmiştir. Ayrıca uzman konukların medya plat-

formlarında sıkça yer alması ve infodemi ile mücadele süreçleri, sağlık iletişiminin kriz dönemlerindeki önemini ortaya koymuştur. Pandemi sonrasında ise ülkemiz, 2023 yılında yaşanan büyük deprem felaketiyle bir başka olağanüstü sürece girmiştir. Her ne kadar afet anlarında sağlık iletişimi doğrudan müdahale araçları arasında yer almasa da, orta ve uzun vadede halkın psikolojik dayanıklılığını artırma, güven tazeleme ve motivasyon sağlama işlevleriyle hayati bir rol üstlenmiştir. Son yıllarda, özellikle pandeminin etkilerinin azalmasıyla birlikte, sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik kampanyalar yeniden ivme kazanmış; önemli gün ve haftalar etrafında yapılandırılan tematik içerikler, vatandaşlara yönelik sağlık politikalarının anlaşılmasını kolaylaştırmıştır. Bu süreçte, yalnızca topluma dönük halkla ilişkiler çalışmaları değil; aynı zamanda sağlık çalışanlarına yönelik iç iletişim ve motivasyon faaliyetleri de büyük önem kazanmıştır. Tüm bu çabalar, birbirini tamamlayan stratejik bir bütünlük içinde, etkili ve sürdürülebilir bir sağlık iletişimi altyapısı inşa etmeye hizmet etmektedir.

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM), son dönemde yürüttüğü yeni uygulamalarla bu minvalde hareket ettiğini açık biçimde ortaya koymuştur. Özellikle COVID-19 pandemisi sürecinde vatandaş taleplerini hızlı değerlendirme, sahadan gelen bilgi akışını yönlendirme ve kamuoyunu doğru bilgilendirme konularında kritik rol üstlenen merkez, bugün çok kanallı, dijitalleşmiş ve çözüm odaklı bir iletişim platformuna dönüşmüştür. Vatandaşlarla birebir iletişimi önceleyen "Sağlıklı Çözüm" platformu ise, sosyal medya üzerinden gelen sağlıkla ilgili talepleri cevaplamakta, dezenformasyonla mücadele etmekte ve halkın güvenilir bilgiye erişimini artırmaktadır. Bu dönüşüm, sağlık iletişimini yalnızca kriz anlarında değil, aynı zamanda günlük halk sağlığı politikalarının vatandaşla buluştuğu sürekli ve proaktif bir sistem haline getirmiştir. Böylece, halkla ilişkiler ve iç iletişim stratejilerinin birlikte yürütülmesi, kurumsal güvenin artırılmasına da önemli katkı sağlamaktadır.

Ancak sistemin işlemesinde aksaklıklar bulunmaktadır. Sağlık iletişimi noktasında; halkın, meslek örgütlerinin, sivil toplumun ve yerel yönetimlerin karar alma sürecine sistematik katılımı yok; geri bildirim kanalları daha çok şikâyet/talep hattı gibi işliyor ve bilgilendirme hattı gibi kullanılıyor. Bu yapı, DSÖ'nün önerdiği iki yönlü, müzakereci ve katılımcı iletişim modeline uymamaktadır. Kriz dönemlerinde de şeffaflık ve tutarlılık noktasında aksamalar yaşandı. Pandemi döneminde vaka/hasta tanımı ayrımı, veri güncellenme biçimi, değişen kriterler gibi konular toplumda karasızlığa yol açtı. Sosyal medya üzerinden farklı yetkililerden gelen çelişkili mesajlar (maske, kısıtlamalar, aşı vb.) iletişimin tutarlılığını zayıflattı. SABİM konusunda da; kişilerden ve sahadan gelen geri bildirim, çoğu zaman bireysel olay/durum çözümü düzeyinde kalıyor, sisteme/politikalara yansıması bilinmiyor. Sağlık çalışanları ile iç iletişim ve motivasyon boyutu da maalesef kırılgan durumda. Pandemi ve sonrasında sağlık çalışanlarında tükenmişlik, istifa, şiddete maruziyet, göç gibi durumlarda artış yaşandı. İç iletişimde, çalışma koşulları ve haklar konusunda ikna edici bir diyalog zemini kurulamadı.

Sağlık Bakanlığı'nın sağlık iletişimi ve halkla ilişkiler alanındaki mevcut altyapısı önemli bir potansiyel barındırmakla birlikte, bazı kurumsal iyileştirmelere ihtiyaç vardır. Özellikle geri bildirimlerin sistematik biçimde politikaya dönüştürüldüğü iki yönlü bir iletişim modeline geçilmesi; kriz dönemlerinde şeffaflık ve tutarlılığın artırılması; dezavantajlı grupları hedefleyen stratejilerin geliştirilmesi; sağlık çalışanlarıyla iç iletişimin güçlendirilmesi; bu dönüşüm için temel adımlar olarak öne çıkmaktadır. Bu adımların, yerel yönetimler ve diğer sektörlerle ortak yürütülecek uzun vadeli iletişim programlarıyla desteklenmesi, modelin hem toplumsal güven hem de sektörel işbirliği boyutunu güçlendirecektir.

5. Koruyan, Geliştiren ve Üreten Sağlık Modeli

Son bir yılda "Koruyan, Geliştiren ve Üreten Sağlık Modeli", Sağlıklı Türkiye Yüzyılı vizyonunun taşıyıcı söylemi haline geldi. Bu yaklaşım, koruyucu hekimliği ve sağlığın geliştirilmesini ön plana alırken; yerinde değerlendirme, veriyle yönetim ve saha odaklı iyileştirme kültürünü güçlendirmeye yöneldi. İl sağlık düzeyinde yürütülen değerlendirmelerde "görüyoruz, ölçüyoruz, değerlendiriyoruz ve ilerliyoruz" anlayışının vurgulanması yıllardır süregelen paradigma dışında hareket edildiği mesajına vurgu niteliği taşımaktadır.

Koruyan Sağlık anlayışı, bireylerin hastalanmadan önce korunmasını esas alan birinci basamak sağlık yaklaşımının stratejik merkezine yerleşmiştir. Türkiye'de son dönemde yaygınlaştırılan Aile Sağlığı Merkezleri, Sağlıklı Hayat Merkezleri ve erken tanı programları, bu vizyonun somut uygulamaları arasında yer almaktadır. Aile hekimleri tarafından yürütülen kronik hastalık taramaları, kanser erken tanı uygulamaları, anne-çocuk sağlığı danışmanlığı ve gezici sağlık hizmetleri, vatandaşın sağlık sistemine ilk temasını güçlendirmiştir. Bu sayede koruyucu hizmetler sadece sağlık altyapısının değil, yaşam kültürünün bir parçası hâline getirilmektedir.

Geliştiren Sağlık boyutu ise sağlık sistemini sürekli güncel tutma, güçlendirme ve geleceğe hazırlama amacını taşır. Dijital altyapıların güçlendirilmesi, yönetmeliklerin güncellenmesi, sağlık okuryazarlığı kampanyaları ve

bireylerin yaşam tarzı değişikliklerini destekleyen çok kanallı iletişim çalışmaları bu çerçevede yürütülmektedir. "Sağlıklı Hayat Akademisi (SAHA)", "Sağlıklı Çocuk Sağlıklı Gelecek", "Annelik Yolculuğu" gibi programlarla bireylerin sağlıklı davranışları benimsemesi desteklenmiştir. Aynı zamanda geliştirilen iletişim kampanyaları ile sağlık politikalarının toplumla etkili biçimde buluşturulması hedeflenmiştir.

Üreten Sağlık ise Türkiye'nin yalnızca sağlık hizmeti alan değil, sağlık teknolojileri ve ürünlerini geliştiren, üreten ve ihraç eden bir ülke olma vizyonudur. Bu doğrultuda, ASELSAN ve TÜSEB iş birliği ile geliştirilen yerli kalp-akciğer makinesi, mobil röntgen cihazı, kök hücre ve gen tedavileri, SMA ilacı gibi Ar-Ge projeleri hayata geçirilmiştir. "Fikirden ürüne" ilkesiyle çalışan bu sistem, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) üzerinden yüzlerce yerli projenin desteklenmesini sağlayarak sağlık ekonomisine stratejik katkı sunmaktadır. Ayrıca Hıfzıssıhha Aşı ve Biyoteknolojik Ürün Üretim Merkezi ile aşıda dışa bağımlılığın azaltılması ve ihracat potansiyelinin artırılması hedeflenmiştir.[23,24]

Koruyan, Geliştiren ve Üreten Sağlık Modeli, sağlığın yalnızca tedavi hizmetiyle sınırlı olmayıp; koruma ve geliştirme boyutlarını birlikte ele almayı hedefleyen bir çerçeve sunmaktadır. Bu yönüyle model, sektörle rarası işbirliği için önemli bir fırsat penceresi açma potansiyeline sahiptir. Ancak mevcut durum değerlendirildiğinde, sektörler arası işbirliğini kurumsallaştırma kapasitesinin sınırlı kaldığı görülmektedir.

Model, çok sektörlü bir bakışı ima etse de, uygulamada hangi bakanlığın/kurumun (eğitim, ulaştırma, çevre, tarım, sosyal politika vb.) hangi alanda sorumluluk üstleneceği, karar alma süreçlerinin nasıl işleyeceği, koordinasyonun hangi mekanizma üzerinden yürütüleceği açık ve net biçimde tanımlanmamıştır. Bu durum, sektörler arası işbirliğini "dönemsel projelere / dönemsel yönetimlere" bağımlı kılmakta, kalıcı ve hesap verebilir bir yönetim yapısının oluşmasını zorlaştırmaktadır. Sağlık etkisi değerlendirmesi, multisektörel yasa/politika tasarımı, ortak fonlama mekanizmaları gibi bağlayıcı politika araçları yeterince güçlendirilmemiştir. Koruyan ve geliştiren sağlık yaklaşımı, doğası gereği yerel düzeyde, belediyeler ve diğer yerel aktörlerle kurulacak güçlü işbirliğini gerektirir. Ancak modelde yerel yönetimlerin hangi araçlarla, hangi yetki ve kaynaklarla sürece dahil olacağı; sağlık hedeflerinin yerel stratejik planlar ve bütçelerde nasıl kurumsallaşacağı yeterince somutlaştırılmamıştır. Bu muğlâklık, özellikle kentsel planlama, çevre sağlığı, aktif ulaşım, sağlıklı yaşam alanları gibi alanlarda işbirliğini sınırlamaktadır. Modelin kavramsal çerçevesi koruyucu ve geliştirici yönlere dikkat çekse de, uygulamada yatırım ve performans göstergelerinin önemli bir bölümü hâlâ tedavi edici hizmetler, yüksek teknoloji, hastane altyapısı ve işlem hacmi, kısa vadede ölçülebilen göstergeler etrafında şekillenmektedir. Bu hizmet odaklılık; eğitim, şehircilik, çevre, sosyal politika ve istihdam gibi alanlarla uzun soluklu, yapısal işbirliği mekanizmalarına ayrılacak kaynak ve ilgiyi sınırlandırmakta, sağlığın sosyal belirleyicilerine müdahaleleri (eğitimde eşitsizliklerin azaltılması, yoksulluğun azaltılması, sağlıklı kentleşme, iş güvencesi vb.) gibi daha uzun vadede sonuç veren durumlarda yetersiz kalmaktadır. Koruyan, Geliştiren ve Üreten Sağlık Modeli'nin sektörler arası işbirliğine gerçek anlamda katkı sunabilmesi için; bu noktalara dikkat edilmesi gerekmektedir.

6. Sonuç ve Gelecek 5 Yıl İçin Öneriler

Sağlığı geliştirme stratejileri, güncel halk sağlığı sorunlarının çözümünde yalnızca önleyici değil; aynı zamanda dönüştürücü bir güç olarak öne çıkmaktadır. İklim krizi, bulaşıcı olmayan hastalıklar, yaşlanan nüfus, sağlık okuryazarlığı eksikliği ve afetler gibi çok boyutlu halk sağlığı tehditlerine karşı, artık yalnızca hizmet sunumu değil; yönetim, iletişim, dijitalleşme ve yerel katılım ekseninde bütüncül bir yaklaşım gerekmektedir. Türkiye'nin son yıllarda benimsediği "Koruyan, Geliştiren ve Üreten Sağlık" vizyonu, bu stratejik dönüşümün ulusal düzeydeki yansımasıdır. Bu yaklaşımın, koruyucu sağlık hizmetlerini merkeze alarak sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini artırma; bireyin yaşam kalitesini destekleyecek çevresel, toplumsal ve kültürel unsurları sağlık politikalarına entegre edebilmesi için aksaklıkları gidererek modeli geliştirmek gerekmektedir. Öte yandan, sağlıkta dijital inovasyon, yerli üretim ve sektörler arası iş birlikleri sayesinde yalnızca tedavi değil, aynı zamanda toplumun sağlıklı kalma kapasitesi güçlendirilmelidir. Günümüzde halk sağlığı sorunlarına etkili çözümler üretebilmek için, bu çok katmanlı ve kapsayıcı vizyonu daha fazla yerelleştirmek ve toplumun tüm kesimlerini bu sürece dâhil etmek zorunluluk hâline gelmiştir.

Önümüzdeki beş yıl içinde sağlığı geliştirme politikalarının etkisini artırmak için, "Koruyan, Geliştiren ve Üreten Sağlık" yaklaşımının çok sektörlü, yerel yönetimler ve toplum katılımı ile geliştirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda, başta eğitim, çevre, sosyal politika ve yerel yönetimler olmak üzere ilgili tüm sektörlerin "Tüm Politikalarda Sağlık" ilkesi (sağlığın sosyal belirleyicileri) etrafında yasal ve kurumsal mekanizmalarla bir araya getirildiğive göstergelerle izlenen kalıcı bir iletişim yapısı oluşturulmalıdır. Sağlık okuryazarlığındaki kazanımların davranış değişikliğine dönüşmesi için, dezavantajlı grupları önceleyen hedefli programlar, dijital sağlık uy-

gulamaları ve sade dil ilkesiyle güçlendirilmiş, iki yönlü ve şeffaf bir iletişim sistemi kurulması önem taşımaktadır. İklim krizi, afetler ve bulaşıcı olmayan hastalık yükü dikkate alınarak, özellikle kentsel planlama, aktif ulaşım, sağlıklı beslenme ortamları ve ruh sağlığı hizmetlerinde yerel düzeyde uygulanabilir, kanıta dayalı modeller desteklenmeli; bu modeller düzenli izleme-değerlendirme sonuçlarına göre güncellenmelidir. Son olarak, sağlık çalışanlarının iyi olma hâlini ve motivasyonunu güçlendiren politikalar ile yerli sağlık teknolojileri ve dijital inovasyonların kamu politikalarına entegre edilmesi, hem sağlık sisteminin dayanıklılığını hem de toplumun sağlıklı olma kapasitesini artıracak stratejik yatırımlar olacaktır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Health Promotion: WHO Regional Office for the Western Pacific; [27 Sep 2025]. Available from: https://www.who.int/westernpacific/about/how-we-work/programmes/health-promotion.
2. World Health Organization. Geneva Charter for Well-being. Geneva; 2021.
3. Liu S, Sun M, Zhang N, Sun Z, Tian X, Li L, et al. Shaping global health promotion: a comprehensive analysis of the 10 Global Conferences on Health Promotion Conferences (1986–2021). Global Health Journal. 2024;8(2):91-6.
4. Baum F, Lawless A, MacDougall C, Delany T, McDermott D, Harris E, et al. New norms new policies: Did the Adelaide Thinkers in Residence scheme encourage new thinking about promoting well-being and Health in All Policies? Social Science & Medicine. 2015;147:1-9.
5. World Health Organization. Health in All Policies: Framework for Country Action. Geneva: WHO; 2014.
6. IUHPE. 24th IUHPE World Conference on Health Promotion: Program and Highlights. Montréal2022.
7. IUHPE. Outcome Document: Montréal Call to Action. 2022.
8. IUHPE. 25th IUHPE World Conference on Health Promotion. Abu Dhabi2025.
9. Alliance for Health Promotion. 14th Global Forum on Health Promotion Summary. Geneva2024.
10. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bulaşıcı Hastalıklar Rehberleri: T.C. Sağlık Bakanlığı; [1 Oct 2025]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-bulasicihastaliklar/bulasici-rehberler.html.
11. T. C. Sağlık Bakanlığı. Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP): T.C. Sağlık Bakanlığı; [1 Oct 2025]. Available from: https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77803/genisletilmis-bagisiklama-programi-gbp.html.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığı. Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar: T.C. Sağlık Bakanlığı; [1 Oct 2025]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/zoonotik-ve-vektorel-hastaliklar.html.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hastalık Yönetim Platformu (HYP) [1 Oct 2025]. Available from: https://hyp.saglik.gov.tr/.
14. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013–2023. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2013.
15. Türkiye Cumhurbaşkanlığı. 4 No'lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinde Değişiklik. Resmî Gazete 31120(4):12020.
16. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı Uygulama Kılavuzu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2017.
17. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000;15(3):259-67.
18. T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması (TSOYA). Ankara: Semih Ofset; 2024.
19. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(1):80.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Sağlık Okuryazarlığı Ulusal Eylem Planı 2025–2028: Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Dijital Baskı Merkezi; 2025.
21. World Health Organization. WHO strategic communications framework for effective communications. Geneva: WHO; 2017.
22. Centers for Disease Control and Prevention. Guidance and standards for developing health literacy materials Atlanta (GA): CDC; 2023 [Available from: https://www.cdc.gov/health-literacy/php/develop-materials/guidance-standards.html.
23. Uşak İl Sağlık Müdürlüğü. Koruyan, Geliştiren ve Üreten Sağlık Modeli ile Sağlıklı Türkiye Yüzyılı Hedefiyle: T.C. Sağlık Bakanlığı; [26 Sep 2025]. Available from: https://usakism.saglik.gov.tr/TR-355136/koruyan-gelistiren-ve-ureten-saglik-modeli-ile-saglikli-turkiye-yuzyili-hedefiyle.html.
24. Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü. Sağlıklı Türkiye Yüzyılı'nın üç temel mottosu var: Koruyan, Geliştiren, Üreten Sağlık: TÜSAP; 2025 [26 Sep 2025]. Available from: https://tusap.org/saglikli-turkiye-yuzyilinin-uc-temel-mottosu-var-koruyan-gelistiren-ureten-saglik/.

Sağlığı Geliştirmede İyi Uygulama Örnekleri

L. Hilal Özcebe, Sarp Üner

1. Giriş

Uluslararası belgelerde sağlığın geliştirilmesi eylemlerine ilişkin politika ve öneriler uzun yıllardan yer almakla birlikte; sağlığın geliştirilmesi tanımı Ottawa'da yapılan I. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferanslarında bir halk sağlığı hareketi olarak tanımlanmıştır.[1] Sağlığın geliştirilmesinde, bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan en üst düzey sağlık düzeyine ulaşması amaçlanmakta; kişinin davranış değişikliğinin oluşması içinde bireye yönelik müdahaleler olduğu kadar olumlu ve destekleyici çevrenin geliştirilmesi gerekmektedir.[2,3] Hem toplumsal hem de bireysel olarak istenilen davranış değişikliği ve destekleyici çevrenin oluşturulmasında, sağlığı teşvik eden faktörlerin güçlendirilmesinin savunuculuğunun yapılması, tüm insanların sağlıklı bir çevre olanaklarına ulaşmasının sağlanması ve tüm sektörlerin toplumun sağlığının geliştirilmesi için işbirliği yapması gerekmektedir.[1,2] Bu kapsamda sağlığın geliştirilmesine ilişkin kavramsal gelişmenin ilk aşamasında bazı eylemler tanımlanmıştır: Sağlıklı kamu politikalarının oluşturulması, destekleyici sağlık çevrelerinin yaratılması, sağlığa yönelik işbirliği ve toplum katılımının sağlanması, kişisel becerilerin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin yeniden organizasyonu.[2,3]

Türkiye'de sağlığın geliştirilmesi ülkenin yakın gelecekte önemli hedefleri arasında yer almaktadır. Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunca onaylanan (Karar No. 1396,Karar Tarihi: 31.10.2023) Türkiye Cumhuriyeti On İkinci Kalkınma Planında (2024-2028) toplumun sağlığının geliştirilmesi ve korunması için sektörler ve kurumlar arası iş birliğiyle; birinci basamak sağlık kuruluşlarının rolünün güçlendirilerek, bulaşıcı olmayan hastalık risk faktörlerinin azaltılması ve tarama programlarının yaygınlaştırılmasıyla; bireylerin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik bilgilendirilmesi, sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi vurgulanmaktadır. Tüm ülkede sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetleri kapsayan ve birey davranışlarını olumlu yönde geliştirilmesini sağlamaya yönelik uygulamaların yapılması hedeflenmiştir.[4] On İkinci Kalkınma Planında sağlığın geliştirilmesine ilişkin yer alan ifadeler aşağıda yer almaktadır

706.1. Sağlıklı yaşam tarzının teşvik edilmesine yönelik sağlıklı beslenme, fiziksel aktivitenin artırılması gibi alışkanlıkların toplumsal tutuma dönüşmesi sağlanacak, bilinçlendirme faaliyetleri yürütülecek, sağlık okuryazarlığı teşvik edilerek birey sorumluluğunun geliştirilmesi sağlanacaktır

706.3. Sağlık sorumluluğunun geliştirilmesine yönelik çok paydaşlı sağlık sorumluluğu modeli güçlendirilecek, sektörler ve kurumlar arası işbirliği ve koordinasyon sağlanacaktır.

706.4. Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik risk faktörlerinin azaltılması için kanser tarama programları da dâhil olmak üzere çeşitlendirilmiş tarama programları yaygınlaştırılacak, erken teşhis oranları artırılacaktır.

709. Birinci basamak sağlık tesislerinin sağlığın korunması ve geliştirilmesindeki rolü güçlendirilecek, hizmet basamakları içerisinde öncelikle kullanımı sağlanacak, basamaklar arası etkileşim geliştirilecektir.

709.5. Sağlıklı hayat merkezlerinin sayısı artırılacak, hizmet sunum niteliği geliştirilecek ve bu merkezlerin aile sağlığı merkezleriyle etkileşimi sağlanacaktır.

717.5. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde değer temelli sağlık hizmeti yaklaşımına ilişkin çalışmalar desteklenecektir.

2. Sağlığı Geliştirme Alanında İyi Uygulama Nedir?

Sağlığı geliştirmeye yönelik çok sayıda müdahale yapılmaktadır "Müdahale" terimi, bireysel projeler ve girişimlerden kapsamlı programlara ve karmaşık ağlara kadar tüm sağlık geliştirme faaliyetlerini kapsamaktadır. Müdahalelerin etkinliği, uygulanmaların hedef kitlenin bulunduğu ortamda sürdürülebilir bir iyileşme sağlayıp sağlamadığı ile değerlendirilir. Elde edilen sonuçların bilimsel olarak değerlendirilip ölçülebilir olması veya sadece iyi niyetli bir algıya dayanıp dayanmadığı ise dikkat edilmesi gereken bir konudur.

En iyi uygulama için farklı tanımlar kullanılmaktadır.[5] Avrupa Komisyonu" en iyi uygulamayı" gerçek yaşamda uygulanan, yeterlilik (etik ve kanıt) ve hakkaniyet açısından olumlu değerlendirilen, süreç ve sonuçlarla ilgili etkinlik ve verimlilik açısından da olumlu değerlendirilen ilgili politika veya müdahaleler olarak tanımlamaktadır. Uygulamanın başarılı bir şekilde aktarılabilmesi için, bağlamın net bir şekilde tanımlanması, sürdürülebilirlik, sektörler arası iş birliği ve paydaşların katılımı gibi diğer kriterler de önemlidir.[6] En iyi uygulamanın bir başka tanımı ise birden fazla uygulama yoluyla etkisi yüksek (istenen hedeflerle ilgili olumlu değişiklikler) olan, yüksek uyarlanabilirliğe (farklı ortamlara başarılı bir şekilde uyarlanabilirlik ve aktarılabilirlik) sahip ve kanıt kalitesi yüksek (müdahalenin yüksek etki ve uyarlanabilirlik kanıtlarını doğrulayan mükemmel kalitede araştırma/değerlendirme metodolojisi müdahale, program veya girişimdir.[7] Almanya'da ise iyi uygulamanın belirli bir tanım olmadığı ve iyi uygulama için tanımlanan 12 kriterden en az 3'ünü karşılaması gerektiği kabul edilmektedir.[8]

Avrupa Komisyonunun ilgili biriminin belirlediği sağlığı geliştirmede iyi uygulama kriterleri üç grupta incelenmektedir.[9]

- **Hariç tutma kriterleri**: yeterliliği değerlendirmek için kullanılacak kriterler
- *Önemi*, uygulamanın veya müdahalenin politik/stratejik içeriğine atıfta bulunulması ve bu içeriğin açıkça tanımlanması ve dikkate alınması gerekir
- *Müdahale özellikleri*, hedef nüfus hakkında durum analizi (örneğin, uygulama başlamadan önce problem analizi, ihtiyaç belirlemesi), hedeflerin belirlenmesi, tutarlı bir yöntemin iyi bir şekilde belgelenmesi gerekir
- *Kanıta ve teoriye dayalı olması*, kanıtlar (gri literatür, durum analizleri dahil) bilimsel, net ve ayrıntılı bir şekilde kullanılmalı, analiz edilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır
- *Etik değerler*, saygılı olması ve insan onurunun korunması sağlanmalıdır
- **Temel kriterler**: uygulamanın etkinliği ve verimliliğinin yanı sıra uygulamanın hakkaniyet sorunlarını nasıl ele aldığına ilişkin değerlendirmeyi içeren kriterler
- *Müdahalenin etkinliği ve etkililiği*, istenen sonucu elde etme başarısını tanımlamaktadır Miktar, kalite ve zaman hedeflerinin gerçek koşullarda mümkün olan en düşük maliyetle ne ölçüde gerçekleştirildiğini ölçer
- *Hakkaniyet*, müdahalede kaynakları tahsis ederken nüfusun ihtiyaçlarının dikkate alınması ve sağlık eşitsizliklerinin belirlenip, azaltılmasıdır
- **Nitelik kriterleri**: uygulamanın diğer alanlara aktarılmasıyla ilgili unsurları değerlendirme kriterleri
- *Aktarılabilirlik*, uygulama sonuçlarının sistematik hale getirilip belgelendirilmesi ve daha geniş bir hedef nüfusa diğer bölge yada ülkelere aktarılarak yaygınlaştırılmasıdır
- *Sürdürülebilirlik*, uygulamanın mevcut kaynaklarla uzun vadede sürdürülebilirliği ve uygulamanın geliştirildiği çerçevenin sosyal, ekonomik ve çevresel gerekliliklere uyum sağlama yeteneğidir
- *Katılım*, sürecin tüm aşamalarına paydaşlar dahil edilmeli ve uygulamanın ilgili farklı sektörler arasında işbirliği teşvik edilmelidir
- *Sektörler arası işbirliği*,uygulama ile ilgili farklı sektörler (örneğin sağlık, sosyal hizmetler, eğitim) arasında işbirliğini sağlayabilme kapasitesidir

Sağlığı geliştirmede, iyi uygulama kriterlerinin sosyal belirleyicilere göre belirlenmesi de kullanılmaktadır: Bu kriterler sağlık geliştirme müdahalelerinin planlanması ve uygulanması için özel bir çerçeve sunmakta ve sağlıkta hakkaniyetin sağlanmasına aktif olarak katkıda bulunan müdahalelere odaklanmaktadır. Değiştirilebilen sosyal faktörlerin neden olduğu sağlık eşitsizliklerini ele almayı amaçlayan bu 12 kriterle ilgili özet bilgi aşağıda yer almaktadır.[10]

Hedef grup odaklılık: Sosyal belirleyicileri ele alan sağlık geliştirme müdahaleleri, sağlığı özellikle risk altında olanların ihtiyaçlarına yanıt verir. Bu nedenle, hedef grup odaklılık kriteri, ihtiyaç temelli müdahaleleri planlamanın başlangıç noktasıdır.

Kavram: "Kavram", kriteri sosyal belirleyicileri, farklılıkları (sosyoekonomik durum, cinsiyet, yaş, etnik köken vb.) ve mümkünse, diğer iyi uygulama kriterlerini dikkate alarak, hedefleri, hedef grupları, paydaşları, müdahaleleri ve yöntemleri ayrıntılı biçimde açıklanmasıdır. İyi bir kriter, hedef grupların karşılaştığı zorlukların nasıl azaltılabileceğini, kapasitelerinin ve kaynaklarının nasıl güçlendirilebileceğini olabildiğince somut ve açık bir şekilde açıklamalı ayrıca, sosyal belirleyicileri dikkate alan müdahalenin ayrıntılı planlamaların eşitsizliği artırma riskini nasıl azalttığını da göstermelidir.

Yaşam ortamı yaklaşımı: "Yaşam ortamı", insanların günlük yaşamlarını sürdürdükleri sosyal alanlar sistemidir (kreş, işyeri, hastane, bakım evi, mahalle, şehir vb.).ve nispeten uzun ömürlüdür. Yaşam ortamı yaklaşımı, ilgili hedef grupların aktif katılımıyla sağlıklı yaşam koşulları yani "sağlığı destekleyen bir ortam" yaratmayı amaçlamaktadır ve diğer paydaşlarla (karar vericiler, belediye yetkilileri, eğitim, sosyal ve sağlık tesislerindeki profesyoneller vb.) birlikte hareket etmek gerekmektedir. Yaşam ortamı yaklaşımını uygulamak için aşağıdaki dört bileşen esastır:

- Sağlığı destekleyen yaşam koşulları geliştirmek (yapısal düzey, sosyal ortamları şekillendirmek)
- Ortamda yaşayan, oynayan, okula giden veya çalışanların eylem fırsatlarını, kapasitelerini ve kaynaklarını güçlendirmek
- Kişilerin, yaşam ortamında yürütülecek faaliyetlerin planlanması ve uygulanmasının tüm aşamalarına aktif katılımı
- Faaliyetlerin tümünün sürekli koordinasyonu

Güçlendirme: Sağlığın geliştirilmesi müdahalelerinin bir bileşeni olarak güçlendirmenin başlangıç noktası, sağlığı etkileyen konular ve sorunlardır. Bireylerin ve grupların becerilerini güçlendiren ve harekete geçme potansiyellerini artıran bir süreç olan "güçlendirme", kişilerin bireysel ve kolektif kapasitelerini ve kaynaklarını keşfetmeleri, bunları daha da geliştirmeleri ve pratik eylemlerde kullanabilmeleri için gerekli koşulları yaratmak anlamına gelen güçlendirmenin ön koşulu, yaşam koşullarının çeşitliliğini kabul etmek ve buna yanıt olarak esnek ve açık uçlu destek sunmaktır.

Katılım: Katılım, hedef grupların sağlığın geliştirilmesi faaliyetlerinin planlanması, uygulanması ve gerçekleştirilmesine istek ve fikirleriyle katkıda bulunabilmeleridir. Bu mümkün olduğunca kapsamlı katılım fırsatları yaratmak ve böylece katılım süreçlerinin hedef grupların deneyimlerine ve onlara sunulan fırsatlara uygun (yani onlara özel) olarak tasarlanmasını sağlamak anlamına gelir.

Gerekli ön koşullar: Sağlıkta hakkaniyeti teşvik eden gerekli ön koşullar, hedef grupların ve diğer paydaşların bakış açılarından var olan erişim engellerini yansıtmalarıyla ortaya konabilir. Hedef grupların günlük yaşamlarını ve yaşam koşullarını anlamak ve bilmek, farklılıkları dikkate alan ayrıntılı bir paydaş analizi gerekli ön koşullar için olmazsa olmazdır.

Erişilebilirlik, ön koşulların temel bileşenlerinden birisidir, kamusal alan ve binalar, işyerleri ve konutlar, ulaşım araçları, mal ve hizmetler, çeşitli destekler ve boş zaman etkinliklerinin tüm bireyler için dış yardım olmadan erişilebilir olması anlamına gelir. Erişim engelleri, insanların sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinden hiç yararlanamamasına veya tam olarak yararlanamamasına neden olur. Bu tür engeller dil, mesafe ya da ekonomik unsurlar sayılabilir.

Bütünleştirici aracılar: Sağlığı geliştirme alanında faaliyet gösteren kurumların kısıtlı kaynakları (insan gücü, para vb.) nedeniyle ilgili hedef gruplara doğrudan ulaşımı genellikle sınırlıdır. Profesyonellerin ulaşmakta zorluk çektiği hedef gruplara erişimde kilit rol alanlar "aracı" olarak tanımlanmaktadır. Belirli meslek grupları (öğretmenler, doktorlar, sosyal hizmet uzmanları vb.) ve hedef grupların yaşam ortamında kabul gören ve iyi bağlantıları olan kişiler aracı olarak kabul edilebilir. Aracılar genellikle müdahalenin hedef gruplarının yaşam koşullarına benzer koşullarda yaşarlar. Uygun eğitim aldıktan sonra hedef grupların ihtiyaçları için irtibat kişileri olarak görev yapan aracılar, bireyler arasındaki iletişimi kolaylaştırmanın yanı sıra, sağlık geliştirici ortamların (ebeveynler için kahve toplantıları düzenleme vb.) yaratılmasını destekleyebilirler ve ortak öğrenme süreçlerinde rol oynayabilirler. Aracıların entegrasyonu, bireylerin veya grupların bir müdahalenin uygulanmasına sistematik olarak nasıl entegre edileceğini ve bu görevi yerine getirmek için nasıl eğitileceklerini açıklar.

Sürdürülebilirlik: Sürdürülebilir müdahaleler, hedef grupların bireysel yetkinliklerinin ve kaynaklarının ölçülebilir ve kalıcı bir şekilde güçlendirilmesini sağlayarak bulundukları ortamda sağlıklı yaşam koşulları yaratmayı amaçlar. Sürdürülebilirliğin ön koşulları, güvenilir ve istikrarlı, yani yapısal olarak entegre edilmiş sağlığı geliştirici hizmetlerdir. Hizmet sağlayıcılar – bazı durumlarda hedef grubun katılımıyla – şimdiye kadar izlenen yaklaşımların halen hedefe yönelik, gerçek sorun ve ihtiyaçlar için uygunluğu değerlendirmeli, yeni sorunlar yeni ihtiyaçlar ortaya çıkmışsa

yeni çözümler üretilmelidir. Bu tür sürekli metodolojik gelişim, kısa vadeli proje çalışmalarının ötesine geçen sürdürülebilir hizmet yapıları için bir ön koşuldur

Bütünleşmiş eylemler: Yerel düzeyde sağlığın geliştirilmesi, farklı disiplinlerden ve sektörlerden kişi ve kurumlarla birlikte gerçekleştirilen eylemleri içerir. Sağlığı geliştirmede, eylem planları ve sosyal ağlar oluşturma temel faaliyetlerdir. Önemli kontrol ve koordinasyon araçları olan eylem planları, merkezi paydaşlarla- kamu kurumları (yerel yönetim), sivil toplum kuruluşları (dernek, vakıf), diğer kurumlar ve bölge sakinleri- iş birliği içinde geliştirilir.

Kalite yönetimi: Kalite yönetimi, sağlığı geliştirme müdahalelerinin ihtiyaca göre, kanıtlara dayalı, katılımcı ve hedef gruba yönelik bir şekilde planlanmasını, tasarlanmasını ve uygulanmasını sağlar. Kalite yönetiminin amacı, müdahaleleri sürekli olarak geliştirmek ve böylece bunları gerçek ihtiyaçlarla daha uyumlu hale getirmektir.

Dokümantasyon ve değerlendirme: Dokümantasyon ve değerlendirme, kalite yönetiminin bileşenleridir. Bunlar, bir müdahalenin uygulanmasını ve sonuçlarını belgelemek ve değerlendirmek için kullanılır. Müdahale süresince ve sonunda yapılan değerlendirme, belirtilen hedeflerin ne ölçüde gerçekleştirildiğini doğrular. Dokümantasyon, projenin uygulanmasında kullanılan süreçlerin içeriğini ve sonuçlarını yansıtır.

Değerlendirme, sistematik veri toplama, veri yönetimi ve analizine dayanan yöntemlerden oluşur. Değerlendirmeler, belgelenmiş, ancak aynı zamanda yeni toplanmış veya elde edilmiş bilgileri analiz eder ve bunları müdahale planında belirtilen hedeflerle sistematik olarak karşılaştırır. Süreçlerin ve dolayısıyla sonuçlarının nasıl iyileştirilebileceğini gösterir. Değerlendirmeler, iç değerlendirme şeklinde, yani kendi kendine değerlendirme şeklinde veya dış uzmanlar tarafından veya onların desteğiyle dış değerlendirme şeklinde yapılabilir.

Değerlendirmenin zamanlaması önemlidir. Değerlendirme, devam eden çalışmalarla eşzamanlı olarak gerçekleştirilirse, sonuçları faaliyetlerin devam eden uygulamasına dahil edilebilir. Buna biçimlendirici değerlendirme denir ve esas olarak süreç değerlendirmesinden oluşur. Sonuç değerlendirmesi, müdahalenin belirtilen hedeflerine ulaşılıp ulaşılmadığını ve ne ölçüde ulaşıldığını ve bunun ötesinde başka hangi etkilerin olduğunu geriye dönük olarak doğrular. Buna özetleyici değerlendirme denir.

Maliyet ve etkilerin kanıtlanması: Bir müdahale etkili olmalı ve olumlu etkileri maliyetlerle orantılı olmalıdır. Bu nedenle, bir müdahalenin maliyetlerini ve etkilerini belirlemek de önemlidir. Etkiler genellikle ölçülmesi zordur, çünkü bu tür ölçümleri yapmak için gereken kaynaklar genellikle mevcut değildir. Ancak, etkilere odaklanmak her zaman mümkündür: Hedef gruplar için elde edilecek belirli etkiler, müdahalenin geliştirme aşamasından itibaren ve planda açıkça belirtilir. Ayrıca, planlanan faaliyetlerin istenen değişikliklerin gerçekleştirilmesine nasıl katkıda bulunacağı ve istenen değişikliklerin gerçekten ne ölçüde gerçekleştirildiğini doğrulamak için hangi göstergelerin kullanılması gerektiği de açıklanır.

3. Türkiye'de Sağlığı Geliştirme Alanında Bazı Uygulama Örnekleri

Sağlığın geliştirme çerçevesinde; sağlıklı olmak için bireysel düzeyde fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, uyku düzeninin sağlanması ve ruhsal sağlığın geliştirilmesi davranışlarının irdelenmesi gerekmektedir. Ayrıca, güvenli cinsellik, güvenli davranışlarla kaza sonucu olan yaralanmaların önlenmesi ve madde ve davranışsal bağımlılıkların önlenmesinin sağlanmasına ilişkin politika ve uygulamalar da bu kapsam altında yer almaktadır. Bu kitabın bulaşıcı olmayan hastalıklar bölümünde "DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar İçin En İyi Müdahaleler-Türkiye Değerlendirmesi" kapsamında tütün kontrolü, alkol kullanımının azaltılması, fiziksel aktivitenin artırılması ve obezite önlenmesi kapsamında Dünya Sağlık Örgütünün en iyi müdahalelerin Türkiye'de uygulanma değerlendirmesi yapılmıştır. Toplum Ruh Sağlığı bölümünde de konuya ilişkin hizmetlerin değerlendirilmesi yer almaktadır. Bu bölümde "Türkiye'de sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite strateji belgeleri" ve literatür taraması sonucunda 2020-2025 döneminde "okullarda, işyerlerinde ve kentlerde bazı sağlığı geliştirme müdahale örnekleri sunulmuştur.

3.1. Türkiye'de Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Strateji Belgeleri

Sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumuna yönelik hazırlanmış olan Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planında Amaç 1 olarak belirtilen "Sağlıklı yaşamı teşvik etmek ve yaygınlaştırmak" kapsamında Hedef 1.1. Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını kazandırmak ve geliştirmek ve Hedef 1.2. Hareketli hayat alışkanlıkların kazandırmak ve geliştirmek şeklinde tanımlanmıştır. Bu planda gösterge olarak obezite prevalansı, tuz tüketimi ve diyabet prevalansı göstergelerine ilişkin hedefler belirlenmiştir. Sağlığın geliştirilmesi medya kampanyasının yanı sıra, okullar ve işyerlerinde sağlığın geliştirilmesine yönelik müdahalelerin önemi vurgulanmıştır.[11]

Sağlık Bakanlığının 2024-2028 dönemi için hazırlamış olduğu stratejik planda da sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin amaç tanımlanmaktadır "Sağlıklı yaşamı teşvik ederek sağlıklı yaşam bilincinin ve alışkanlıklarının kazanılmasını sağlamak. Bu amaç kapsamında belirlenen Hedef 1.1. Sağlıklı beslenme ve hareketli hayat alışkanlıklarını kazandırmak ve geliştirmek şeklindedir. 12. Kalkınma Planına dayalı olarak hazırlanan Strateji Belgesinde toplumun farkındalığının ve bilgisinin artırılması, sağlık sisteminin güçlendirilmesi ve çok sektörlü bir yaklaşımın gerekliliği vurgulanmaktadır. Yine okullar ve işyerlerinde sağlığın geliştirilmesine ilişkin maddeler yer almaktadır.[12]

Türkiye'de obezite ile mücadele, 2010 yılından itibaren güncellenerek uygulanan Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı kapsamında hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planlarına dayalı olarak Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü altında yer alan Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı altında 2020-2025 arasında yayınlanan politika belgeleri şu şekildedir:

-Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı: Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2019-2023.[13] Bu alandaki eylem planları 2010 yılından beri geliştirilmekte olup, Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Birliği eylem planları ve bilimsel literatür dikkate alınarak uyumlu olması sağlandığı belirtilmektedir. Eylem planının misyonu sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı olmanın teşvik edilmesi için güvenli çevrelerin oluşturulması ve dezavantajlı grupların da dikkate alınarak bütüncül sağlık hizmetinin sunulması olarak belirlenmiştir. Eylem planında çözülmesi amaçlanan temel sorun alanları; çocuklarda ve gençlerde artan obezite ve obezitenin neden olduğu bulaşıcı olmayan hastalıkların azaltılması şeklinde belirlenmiştir. Obezitenin azaltılmasında sağlıklı beslenme alışkanlıklarını kazandırılması ve geliştirilmesi; sağlıklı gıda tüketilmesinin teşvik edilmesi; sağlıksız gıda (doymuş yağ, trans yağ, serbest şeker ya da tuz içeriği yüksek -enerji değeri yüksek besin değeri düşük-) tüketiminin azaltılması ile yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması; ayrıca düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazanmalarını teşvik edilmesi yer almaktadır.

Erişkin obezitesinin azaltılmasında yer alan stratejiler:

- Bütünsel sağlık yaklaşımı için yönetişim ve iş birliklerinin güçlendirilmesi
- Sağlıklı beslenme çevreleri oluşturulması
- Özellikle dezavantajlı gruplar başta olmak üzere yaşam boyu sağlıklı beslenmenin

kazanımlarının desteklenmesi

- Sağlık hizmetlerinin reorganizasyonu; entegre sağlık hizmeti sunumu (beslenmeyle ilgili bilgi ve danışmanlık verilmesi, erken tanı, tedavi rehabilitasyon hizmetleri)

Çocukluk dönem obezitesinin azaltılmasında yer alan stratejiler:

- Hayata sağlıklı bir başlangıcın desteklenmesi
- Okullarda ve okul öncesinde daha sağlıklı çevrelerin teşvik edilmesi
- Ailelerin bilgilendirilmesi ve güçlendirilmesi
- Sağlıklı seçeneklerin kolay seçenek olmasının sağlanması
- Çocuklara yönelik pazarlama baskısının azaltılması

Bu Strateji belgesinde fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik olarak da hedefler belirlenmiştir. Temel hedef "Dünya Sağlık Örgütü'nün hedefine uygun olarak yetişkinlerde ve ergenlerde 2030 yılına kadar fiziksel inaktivitenin prevalansında%15 göreceli bir azalma sağlamaktır."

- Fiziksel aktiviteyi geliştirmek için liderlik ve koordinasyonun sağlanması "Aktif Toplum Oluşturulması"
- Çocuk ve adolesanların gelişiminin desteklenmesi "Çocuklarda ve adolesanlarda fiziksel aktiviteyi artırmak ve sedanter davranışları azaltmak için kapsamlı programların uygulanmasının sağlanması"
- Tüm yetişkinler için ulaşım, boş zaman süreleri, işyerleri dahil olmak üzere ve sağlık sistemi aracılığıyla fiziksel aktiviteyi günlük hayatlarının bir parçası olarak teşvik etmek "Aktif Çevrelerin Oluşturulması "
- Yaşlı insanların fonksiyonel kapasitesinin eski haline getirilmesi, yaşlılar arasında fiziksel aktiviteyi teşvik etmek "Aktif İnsanların Oluşturulması"

-Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, Obezite ile Mücadele ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2025-2028[14]: Programın misyonu sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı olmanın teşvik edilmesi, güvenli çevrelerin oluşturulması/korunması, dezavantajlı gruplar dikkate alınmak sureti ile bütüncül sağlık hizmetinin sunulması olarak tanımlanmıştır. Eylem Planında çocuklarda ve gençlerde görülme sıklığı giderek artan obezite temel sorun alanları ara-

sında yer aldığı belirtilmiştir. Sağlığa yönelik çevresel risklerden bireyler korunması, sağlıklı hayat tarzı teşvik edilerek yaygınlaştırılması için hareketli hayat alışkanlıklarını kazandırılmasının önemi vurgulanmıştır. Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını kazandırılması ve geliştirmesi, sağlıklı gıda tüketilmesinin teşvik edilmesi; sağlıksız gıda tüketiminin azaltılmasının önemi belirtilmektedir. Bu şekilde obezite ve neden olduğu bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığının azaltılması hedeflenmektedir.

Erişkin obezitesinin azaltılmasında yer alan stratejiler:

- Bütünsel sağlık yaklaşımı yönetimi ve sağlıklı beslenmenin geliştirilmesinde işbirliklerinin güçlendirilmesi
- Sağlıklı beslenme çevreleri oluşturulması
- Dezavantajlı gruplar başta olmak üzere yaşam boyu sağlıklı beslenmenin

kazanımlarının desteklenmesi ve eşitsizliklerin giderilmesi

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde beslenme danışmanlığı hizmetleri ile erken tanı ve tedavi yönetiminin yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi

Çocukluk dönem obezitesinin azaltılmasında yer alan stratejiler:

- İlk bin günde yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması
- Okul öncesinde ve okullarda sağlıklı çevrelerin teşvik edilmesi
- Ailelerin bilgilendirilmesi ve güçlendirilmesi
- Sağlıklı besin seçeneklerinin kolay erişilebilir olmasının sağlanması
- Çocuklara yönelik sağlıksız besinlerin pazarlanmasının sınırlandırılması

Bu strateji belgesi içinde fiziksel aktiviteyi artırmak için belirlenen misyon şu şekildedir:

"Birey ve toplum sağlığını iyileştirmenin, toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik kalkınmasına katkıda bulunmanın bir yolu olarak, tüm insanların fiziksel olarak aktif olmaları yolunda çeşitli fırsatlara erişmesini sağlamak; tüm kamu kurum ve kuruluşları ile sektörler arası iş birliğini sağlayarak hareketsiz yaşam tarzını azaltmak; fiziksel olarak aktif olmada cinsiyet, yaş, gelir düzeyi, eğitim ve bölgeler arası eşit olanaklar sağlamak, sedanter çevreleri azaltmak ve fiziksel aktivite için engelleri ortadan kaldırmaktır."

DSÖ'nün hedefine uygun olarak erişkinlerde ve ergenlerde 2030 yılına kadar fiziksel hareketsizliğin yaygınlığında %15 göreceli bir azalma sağlamak için; aktif birey, aktif toplum, aktif çevre ve aktif sistemin oluşturulması, desteklenmesi ve güçlendirilmesi gerekir. Liderlik, etkili politika ve yönetim, toplumsal katılım, eşgüdüm, promosyon ve savunuculuk, kaynak mobilizasyonu ve kanıta dayalı uygulamalar belirtilen 4 hedefe ulaşmak için temel teşkil etmektedir.

A. Fiziksel aktiviteyi geliştirmek için eşgüdümün sağlanması

B. Çocuk ve adölesanların gelişiminin desteklenmesi

C. Tüm erişkinler için fiziksel aktivitenin günlük hayatlarının bir parçası olarak teşvik

edilmesi

D. Yaşlı bireylerin fonksiyonel kapasitelerinin geliştirilmesi için fiziksel aktivitenin

teşvik edilmesi

Bu iki strateji belgesinde de sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam için destekleyici çevre ve toplumun sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesine yönelik eylemler tanımlanmıştır. Bu eylem planları hazırlanırken Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Avrupa Birliği eylem planları ile bilimsel literatür dikkate alınmıştır. Birbirinin devamı olarak hazırlanmış olan bu iki strateji belgesinde çok paydaşlı politikaların geliştirilmesi ve eşgüdüm mekanizmalarının çalıştırılması, toplumun ve farklı kesimlerin konuya ilişkin bilgilendirilmesine yönelik eğitim materyali geliştirilmesi ve eğitim programlarının yürütülmesi, sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesine yönelik olumlu çevre koşullarının geliştirilmesi, toplum katılımlı etkinlikler düzenlenmesine yönelik eylemler ve eylemlerde rol alacak paydaşlar tanımlanmıştır.

3.2. 2020-2025 Döneminde Okullarda, İşyerlerinde ve Kentlerde Bazı Sağlığı Geliştirme Müdahale Örnekleri

Bir müdahalenin iyi uygulama olarak değerlendirilebilmesi için ilk bölümde bazı kriterlere uyum gerektiğinden söz edilmişti. Bu bölümde alan yazını taraması sırasında ulaşılan "yaşam ortamlarında yapılan sağlığın geliştirilmesi" müdahalelerinden bazıları sunulmaktadır. Ancak aşağıda yer alan örneklerin belirtilen kriterlere uyumunun değerlendirilmesi yapılamamıştır.

Türkiye'de Sağlıklı Kentler Birliğine 33 sağlıklı şehir üye ve 113 sağlıklı ilçe üyesi bulunmaktadır. Üye şehir ve ilçelerde Dünya Sağlık Örgütünün "Sağlıklı Kentler" kapsamında önerilere ilişkin uygulamalar mevcuttur.

Sağlıklı Kentler Birliği tarafından "iyi uygulama projeleri", "iyi uygulama sunumları" gibi farklı etkinlikler düzenlenmektedir. Üyelik başvurusunda "Sağlıklı Kentler Birliği Tüzüğünün ve DSÖ Belediye Başkanları Kopenhag Mutabakatının, Belfast Tüzüğünün ve DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı 7. Faz Uygulama Çerçevesinin kabulü" istenmekte; üyelerin sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmak, sağlıklı yaşam şekillerini ve sağlık okuryazarlığını geliştirmek, hassas grupları desteklemek ve sağlık konusunu şehir planlama ve imar uygulamaları içerisine yerleştirmek amacıyla şehirdeki tüm sektörlerle ve sivil toplumla birlikte çalışmalar yapılması ve sağlıklı bir şehir oluşturmak için çalışmalar yürütmesi beklenmektedir. Bu kapsamda üye şehir ve ilçelerin belediyelerinin Sağlıklı Kentler Proje Koordinatörü ataması, proje ortaklığı oluşturulması ve Belediye bünyesinde Sağlıklı Kentler Proje Ofisi'nin kurulması gerekmektedir. Belediye tarafından Şehir Sağlık Profili hazırlanarak Birlik Başkanlığı'na gönderilmesi ve yıllık değerlendirme anketinin doldurulması gerekmektedir.[15]

Aladağ Bayrak, Uzunköprü İlçesinin Sağlıklı Kentler projesi kapsamında değerlendirmiştir. Yapılan analizde; ilçenin sağlıklı kentler projesi içinde yer alabilmesi için önemli güçlü yönlere sahip olduğunu belirtmiştir: Güçlü yerel yönetimin varlığı, Katılımcı Sivil toplum örgütlerinin varlığı ve halkın STK'ları destek vermesi, Alt yapısını büyük oranda çözmüş olması, Sağlık hizmetleri ve hastane bakımından alt yapısının iyi olması, Ulaşım imkânları, İlçenin verimli topraklara sahip olması, Yüksek oranda seracılık olması ve ürün çeşitliliğine sahip olması, Zengin tarih, kültür ve tabiat varlıklarının bulunması, İlçenin güvenli bir yerleşim yeri olması, Sanayi bölgelerine yakınlık, Zengin linyit kömürü yatakları, Tarım arazilerinin sulama imkânı (Yüksek yer altı suyu potansiyeli) ve Tarım ve hayvancılık üretiminde ilçenin Edirne genelinde ilk sırada olması, İlçenin verimli topraklara sahip olması. Kentin alt yapısı ve olanaklarının orada yaşayan halkın sağlığının geliştirilmesinde önemli yeri olduğu düşünülmektedir.[16]

Söylemez "Yerel Yönetimler ve Erişilebilir Kentler: Sağlıklı Kentler Birliği'ne Üye Belediyeler Örneği" başlıklı makalesinde, sağlıklı bir kent yaşamını kent bireylerine sunabilmek gayesi ile çalışmalarını sürdüren "Sağlıklı Kentler Birliği"ne üye kentlerden verilerine ulaşılabilenlerden sağlıklı kent göstergelerinden biri olan erişilebilir bir kent adına yaptıkları çalışmalar ele alınmıştır. Bu makalede sağlıklı kentler birliğinde yer alan belediyelerin "açık alanlara ve binalara erişilebilirlik (konutlar, alışveriş ve iş merkezleri, eğitim ve sağlık mekanları)", Ulaşımda erişilebilirlik (toplu taşım araçları, demiryolları, metro ve otobüs işletmeleri, hava ulaşımı, vb.)", "Hizmetlere erişilebilirlik (sağlık ve eğitim uygulamaları, istihdam, adalet, kültürel yaşam, spor faaliyetleri, dinlenme, boş zaman aktiviteleri, siyasal ve toplumsal yaşam)" ve "Bilgi ve bilgi teknolojilerine erişilebilirlik (e-devlet uygulamaları, internet teknolojileri ve sanal kütüphanelere erişim) kapsamında yaptıkları çalışmalar sunulmaktadır.[17]

Sağlıklı kentler kapsamında olma belediyecilik hizmetlerinin çevre ve insan sağlığını olumlu yönde geliştirme bakış açısıyla yapılmakta; bu da yeni uygulama örneklerinin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Günümüzde gerek 12. Kalkınma Planı gerekse toplum sağlığı kapsamında hizmet sunan kurum/kuruluşların politika ve strateji belgelerine dayalı olarak sağlığı geliştirici olumlu çevre yaratmaya yönelik eylemler artmaktadır. Bu müdahaleler içinde yer alan çocuk oyun alanlarının artırılması, yeşil alanların artırılması, yürüme ve bisiklet yollarının artırılması, ücretsiz spor alanlarının açılması, sağlıklı ve erişebilir gıda sunan belediye işletmelerinin açılması, okullara beslenme ve temizlikle ek hizmet desteğinin sağlanması, toplumun sağlıklı yaşam davranışları konusunda bilgilendirilmesine yönelik eğitim hizmetlerinin yürütülmesi sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artmasına önemli katkı sunmaktadır. Büyükşehir, şehir ve ilçe belediyeleri tarafından bu faaliyetler yürütülmektedir. Bu tür müdahalelerin bölgede yaşayan bireylerin yaşam davranışlarının geliştirmede olumlu katkısı bulunmaktadır.

Milli Eğitim Bakanlığı tarafından okul öncesinden ortaöğretim seviyesine kadar başlatılan "Okulumda Sağlıklı Besleniyorum" Programı kapsamında çocukların sağlıklı beslenmesi amaçlanmaktadır. Program kapsamında "ulusal ve uluslararası standart ve şartlara göre güvenilir gıdaya erişim süreçlerinin yönetilmesi amacı ile çocuklarımıza güvenilir ve kaliteli gıda servis edilen ortamların geliştirilmesi, öğrenci, öğretmen, veli ve diğer paydaşların katılımı ile programın etkinliğinin artırılması, sunulan şartların sürekliğinin sağlanması ve geliştirilmesi, sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırılmasının teşvik edilmesi, obezite ile mücadele, gıda güvenliği, gıda güvencesi ve sunulan gıdanın kalitesi konularında farkındalığın artırılması" yönünde faaliyetler planlanmaktadır. Programda çocuklar, aileler, öğretmenlere yönelik sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite önerileri yer almaktadır; ayrıca gıda okuryazarlığına ilişkin bilgilendirme notları ailelere iletilmektedir. Program kapsamında okulda gıda satış/üretim işletmelerinin açılması ve işletilmesi

sırasında uyulması gereken mevzuat bilgisi de yer almaktadır.[18]

COVID19 pandemisi sonrasında el hijyenine ilişkin okul ve işyeri müdahaleleri dikkati çekmektedir. Bu müdahalelerin içinde sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite yer almamakla beraber; okulda çocukların hijyen davranışların geliştirilmesi açısından önemlidir. Milli Eğitim Bakanlığı ve Türk Standartları Enstitüsü (TSE) iş birliğinde yürütülen "Okulum Temiz" belgelendirme programı etrafında şekillenmiştir. "Okulum Temiz" Belgesini alan okullar, yalnızca hijyeni değil, aynı zamanda sağlıklı bir ortamın sürdürülebilirliğini sağlamak için detaylı protokoller uygulamıştır. İyi örneklerin odaklandığı alanlar şunlardır.[19]

- Enfeksiyon Önleme ve Kontrol Eylem Planları: Risk değerlendirme raporlarına dayalı özel eylem planlarının oluşturulması.
- Standart ve Bulaş Bazlı Önlemler (SEKÖ/BBÖ): Maske kontrolü, temassız ateş ölçümü, taahhütname formları gibi giriş protokollerinin titizlikle uygulanması.
- Detaylı Temizlik ve Dezenfeksiyon: Lavabo, tuvalet, merdiven korkulukları ve yemek masası gibi sık temas edilen yüzeylerin belirlenen periyotlarda, detaylı kontrol listeleriyle temizlenmesi ve dezenfekte edilmesi.
- Havalandırma Protokolleri: Bulaşıcı hastalık riskini azaltmak için sınıfların, odaların ve ortak alanların sürekli temiz, bakımlı ve havalandırılmış tutulması.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çalışan Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından işyerlerinde sağlığın geliştirilmesine ilişkin broşür ve uygulama kılavuzu bulunmaktadır. Bu da işyerlerinin bilgilendirilmesi açısından önemli bir girişimdir.[20]

4. Sonuç

Türkiye'de 12. Kalkınma Planı kapsamında sağlığın geliştirilmesinde önemli yeri olan sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılması için sektörler ve kurumlar arası iş birliğiyle; birinci basamak sağlık kuruluşlarının rolünün güçlendirilerek bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemeleri ve uygulamalarına ilişkin hedefler yer almaktadır. En üst düzey ülke politikasında yer alan sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılmasına ilişkin hedeflerin, Sağlık Bakanlığı stratejik belgesinde ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Yaşam Dairesinin Eylem Planlarında detaylı olarak ele alındığı görülmektedir.

Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılmasında bireyin sağlıklı davranışları benimsemesi ve destekleyici olumlu çevrenin birlikteliğinin olması gerekmektedir. Bunun sağlanabilmesi için yapılması gerekenler ülke politikasında detaylı olarak yer almaktadır. Ülkemizde kamu sektörleri başta olmak üzere pek çok sektörün sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik program ve uygulamaları bulunmaktadır. Farklı kurum/kuruluşlarca yapılmış olan "İyi uygulama örneği" tanımlarında; müdahalenin hedef gruba uygun, sosyal belirleyicileri göz önüne alan, yaşam ortamı tanımlı, erişebilir, sürdürülebilir, toplumun ve aracıların birlikteliğiyle, kanıta dayalı nitelikli müdahalelerin izleme ve değerlendirilmesinin yapılmasının önemi vurgulanmaktadır.

Ülkemizde yaşam alanlarına özel olarak sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılması müdahalelerine ilişkin yapılan literatür taramasında kamu kurumları ve sivil toplum düzeyinde müdahale örnekleriyle karşılaşılmıştır; bu örneklerin bazılarına ilişkin bulgular metin içinde sunulmuştur. Örneklerde ortaklık noktası kurumların kendi kapsamlarında yaptıkları müdahaleler şeklinde olması dikkati çekmektedir. Kurumlar kendi olanaklarıyla destekleyici çevre ve bireysel davranışların geliştirilmesine ilişkin müdahaleleri planlamışlardır; yürütülen müdahalelerin sonuçlarına ilişkin bilgiye ulaşılamamıştır. Diğer taraftan "iyi uygulama örneği olması için gerekli kriterleri" değerlendirilecek kadar veriye de ulaşılamamıştır.

Sunulan örnekler arasında kurumların yaşanan sağlık sorunlarına ilişkin müdahaleleri ön plana çıkardığı gözlenmektedir. Tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunu olan COVID19 ile ilgili müdahalelerin ön plana çıktığı görülmektedir. Bu rapora ilişkin 2020-2025 döneminde ülkemizde büyük bir deprem yaşanmış olması da kurumların önceliğini değiştirmesine neden olmuştur.

Sonuç olarak, 2020-2025 döneminde sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılmasına ilişkin kanıta dayalı müdahalelerin, sektörler arası koordinasyonla, iyi uygulama örneği kriterlerine uygun olarak planlanması ve uygulanmasına gereksinim olduğu görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. WHO [Internet]. Available from: https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1
2. Piyal B. Sağlığın Geliştirilmesi Bölüm 11. In: Türkiye Sağlık Raporu 2020 .S.Üner, P.Okyay. Ankara: Hipokrat Yayınevi; 2020. p. 967–8.

3. Bahar Özvarış Ş. Stratejik Hedefler-Girişim Yöntemleri. In: Türkiye Sağlık Raporu 2014. M. Ertem, G. Çan. HASUDER. Hasuder yayın no: 2014-8; 2014. p. 8–10.
4. Türkiye Cumhuriyeti On İkinci Kalkınma Planı Karar No. 1396, Karar Tarihi: 31.10.2023 [Internet]. Available from: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_11122023.pdf)
5. Piotrowicz M, Gajewska M, Lewtak K, Urban E, Rutyna A, Nitsch-Osuch A. Best practice portals in health promotion and disease prevention: approaches, definitions, and intervention evaluation criteria. Front PublicHealth. 2025 Jan 28;13.
6. EU Best Practice Portal on Public Health [Internet]. Available from: https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/
7. Canadian Best Practices Portal (CBPP) [Internet]. Available from: https://epe.lac-bac.gc.ca/100/202/301/chronic_diseases_canada/html/2010/v31n01/ncfv-cnivf/cbpp-pcpe/index-eng.php?nodisclaimer=1
8. Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit (PGC) (Germany) [Internet]. Availablefrom: https://www.loketgezondleven.nl/
9. European Commission-Directorate-General for Health and Food Safety: Criteria to Select Best Practices in Health Promotion and Disease Prevention and Management in Europe [Internet]. Available from: https://health.ec.europa.eu/document/download/bd368be6-cb3d-4d95-9e06-afff855d8931_en
10. German Collaborative Network for Equity in Health (2021): Criteria for Good Practice in Health Promotion Addressing Social Determinants, Cologne and Berlin [Internet]. Available from: https://wwwgesundheitliche-chancengleichheitde/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/2023_Brochure_Criteria_for_Good_Practicepdf
11. T.C. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı (Güncellenmiş Versiyon-2022) .Vol. Yayın No : 1223.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2024-28 Stratejik Planı. [Internet]. Available from: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/47452/0/saglik-bakanligi-stratejik-plan-2024-2028pdf.pdf?_tag1=7B2A9834832BF7D-CF36F2C7E5607D8543752A372.
13. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2019-2023. .
14. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, Obezite ile Mücadele ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2025-2028. .
15. Sağlıklı kentler birliği, Üyelik Koşulları. [Internet]. Available from: https://www.skb.gov.tr/uyelik.
16. Bayrak Ö. Sağlıklı Kentler Projesi Açısından Uzunköprü İlçesinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2023 Sep 29;25(Özel Sayı):151–72.
17. Söylemez A. Yerel Yönetimler ve Erişilebilir Kentler: Sağlıklı Kentler Birliği'ne Üye Belediyeler Örneği. In: Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi . 2021. p. 78–88.
18. MEB. Sağlıklı besleniyorum [Internet]. Available from: https://sagliklibesleniyorum.meb.gov.tr/
19. MEB. Okulum Temiz Belgelendirme Programı Devam Ediyor [Internet]. Available from: https://merkezisgb.meb.gov.tr/www/okulum-temiz-belgelendirme-programi-devam-ediyor/icerik/563:
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çalışan Sağlığı Dairesi. İşyerlerinde Sağlığın Geliştirilmesi Faaliyetleri Kılavuzu [Internet]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-calisansagligi.html

Sağlığı Geliştirmede Sağlık Okuryazarlığı ve Türkiye'de Durum

Hülya Şirin, Seçil Özkan

1. Giriş ve Amaç

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık kavramını, yalnızca hastalık veya sakatlığın yokluğu değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlar.[1] Okuryazarlık ise salt okuma yazma becerisiyle sınırlı değildir; anlama, yorumlama, üretme ve iletişim kurma gibi üst düzey yetkinlikleri kapsar. UNESCO'ya göre okuryazarlık, hızla dijitalleşen dünyada bilgiyle etkileşim kurma ve anlam üretme kapasitesidir ve dijital teknolojilerle birlikte genişlemektedir.[2] Halk sağlığının temel bir işlevi olan sağlığı geliştirme, hükümetlerin, toplumların ve bireylerin sağlık sorunlarıyla başa çıkmalarına ve bunları gidermelerine destek olur. Bu, sağlıklı kamu politikaları oluşturarak, destekleyici ortamlar yaratarak ve toplumsal eylemleri ve kişisel becerileri güçlendirerek gerçekleştirilir.[3]

Kişisel ve toplumsal becerileri, insanların kendilerine güvenmelerini, bilgi sahibi olmalarını ve sağlık belirleyicilerini etkileyen kararlara katılmalarını sağlayacak ve güçlendirecek şekilde güçlendirmek, DSÖ'nün 1986'da Sağlık Geliştirme Ottawa Sözleşmesi'nin yayınlanmasından bu yana modern sağlık geliştirmenin temel taşı olmuştur.[3] Kişisel becerileri güçlendirme hedefi sürekli olarak gelişmiş ve son 30 yıldır DSÖ'nün sağlığı geliştirme hakkındaki açıklamalarında tutarlı bir şekilde yer almıştır. Sağlığın geliştirilmesi,"insanların sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmaları ve sağlıklarını iyileştirmeleri süreci" olarak tanımlanmaktadır.[3] Kavram, bireylerin becerilerini güçlendirmenin yanı sıra, sağlığı etkileyen sosyal, çevresel veekonomik belirleyicileri değiştirmeyi ve bu faktörlerin olumlu etkilerini en üst düzeyeçıkarmayı hedefler.[4]

Sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramı, ilk olarak 2005 DSÖ Bangkok Sözleşmesi'nde anılan ve Sürdürülebilir Kalkınma için 2030 Gündemi'nde sağlığı geliştirmeyle ilgili en son 2016 Şanghay Deklarasyonu'nun temel stratejisini oluşturan bu orijinal taahhüdü doğal olarak tamamlayıcı olarak ortaya çıkmıştır.[5,6] Shanghai Deklarasyonu, sağlık okuryazarlığını bireylerin kendi sağlıklarını yönetme ve toplumsal sağlık savunuculuğuna katılma kapasitelerini artıran kritik bir araç olarak tanımlamaktadır. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi; kaliteli eğitime erişim, yaşam boyu öğrenme, dijital teknolojilerin etkin kullanımı ve sağlıklı seçimleri destekleyen tüketici ortamlarının oluşturulması yoluyla sağlanmalıdır. Deklarasyon, sağlık okuryazarlığını hem bireysel güçlenmenin hem de toplumsal eşitliğin anahtarı olarak görerek, tüm eğitim düzeylerinde ve politika alanlarında bu alana yatırım yapılması çağrısında bulunmaktadır.[6]

"Sağlık okuryazarlığı" terimi 1974'te Simonds tarafından sosyal politika bağlamında "Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi" yazısı ile gündeme getirilmiş, 1990'lardan itibaren bireysel sınırları aşarak toplumsal bir yaklaşıma evrilmiştir.[7,8] Erken tanımlarda, bireyin temel sağlık bilgisi ve sağlık hizmetlerine erişme, anlamlandırma ve kullanma kapasitesi vurgulanır.[9] DSÖ ise bu kavramı, bilgiye erişim ve kullanımı şekillendiren bilişsel ve sosyal beceriler olarak ele almaktadır.[10] Amerikan Tıp Birliği'nin Geçici Komitesi ise klinik ortamda işlev görmek için gerekli okuma ve sayısal beceriler dâhil bir yetkinlik kümesine işaret etmektedir.[11] Güncel yaklaşımda sağlık okuryazarlığı; bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama süreçlerini kapsayan çok boyutlu ve disiplinler arası bir yapı olarak tanımlanmaktadır.[12,13]

Sağlık okuryazarlığı (SOY); bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bu bilgiyi çözümleyip anlamlandırma ve

gündelik yaşamda uygun kararlara dönüştürme yeterliliğidir. Bu yeterlilik, kişilerin sağlık hizmetlerine etkin katılımını ve kendi sağlıklarını yönetme becerisini güçlendirir. Düzeyi yüksek olan bireyler, tedavi planlarına daha iyi uyar, hizmetleri yerinde ve zamanında kullanır, hastalık risklerinden korunma ve sağlığın sürdürülmesi konusunda daha bilinçli seçimler yapar. Buna karşılık düşük sağlık okuryazarlığı; tedavi uyumsuzluğu, gereksiz başvuru ve yatışlar ile istenmeyen klinik sonuçlar ve maliyet artışlarıyla ilişkilidir. Bu bölüm, sağlığı geliştirmede SOY'nın önemini, düzeylerini, belirleyici etmenlerini, son beş yıldaki Türkiye'deki durumu bir çerçevede sunar.

2. Sağlık Okuryazarlığığı ve Sağlığı Geliştirme Bağlantısı

Sağlık okuryazarlığı (SOY), toplumların sağlığını geliştirmede temel unsurlarındandır. Toplumların SOY düzeyini etkileyen faktörlere baktığımızda; bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili karar alma becerisi, sağlık hizmeti sunumunun yapısal özellikleri, sağlık hizmetlerinin yasal düzenlemeleri ve geçmişten günümüze oluşturulan sağlık politikaları vb ele alınabilir. Toplumların SOY düzeyi, temel okuryazarlık düzeyi ile çok yakından ilişkilidir. Temel okuryazarlık becerisinden yoksun bireylerin sağlıkla ilgili bilgiyi okuma ve anlamalarından bahsetmek mümkün değildir. Sağlık okuryazarlığı düzeyine bağlı olarak olumlu/olumsuz sağlık çıktıları, hastalık görülme sıklıklarında farklılaşma, sağlık bakım hizmetlerinde maliyetlerin değişmesi son olarak da sağlık hizmetine erişimde eşitsizliklerden bahsedilmektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemede literatürde birçok tanımlar yapılmış ve kavramsal olarak farklı düzeylerde sınıflamalar önerilmiştir. Nutbeam'e göre sağlık okuryazarlık durumunu etkileyen birçok faktör söz konusudur ve sağlık okuryazarlığı, okuma ve yazmadaki temel becerilerden (işlevsel sağlık okuryazarlığı), farklı iletişim biçimlerinden anlam çıkarma ve yeni bilgileri değişen durumlara uygulama becerisine (interaktif sağlık okuryazarlığı) ve sosyal becerilerle birlikte bilgiyi eleştirel bir şekilde analiz etmek ve politika ve organizasyonel değişiklikler yapmak için uygulanabilen daha gelişmiş bilişsel becerilere (eleştirel sağlık okuryazarlığı) doğru ilerleyen üç farklı düzey içermektedir.[14] Bu üç farklı düzey içeriği, çıktıları ve örnekleri **Tablo 1**'de özetlenmiştir.

Sağlık okuryazarlığı, fonksiyonel, interaktif ve eleştirel olmak üzere üç düzeyde incelenmektedir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, geleneksel sağlık eğitiminin çıktısını temsil eder ve temel okuma-yazma becerilerine dayalıdır. Bu düzeyde birey pasif konumda olup sağlık riskleri ve sağlık hizmetlerinin kullanımı hakkında sınırlı bilgiye sahiptir; iletişim etkinliği düşük düzeyde-

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Sağlık okuryazarlığı düzeyi ve eğitim hedefi	İçerik	Çıktı		Eğitim faaliyeti örnekleri
		Bireysel fayda	Toplumsal/sosyal fayda	
Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı: bilgi iletişimi	Sağlık riskleri ve sağlık hizmetleri kullanımına ilişkin doğru bilgilerin aktarılması	Riskler ve sağlık hizmetleri hakkında daha fazla bilgiye sahip olma, reçete edilen eylemlere uyum	Halk sağlığı programlarına katılımın artması (taramalar, bağışıklama)	Mevcut kanallar, fırsatlar dahilinde kişilerarası iletişim ve mevcut medya aracılığıyla bilgi aktarımı
İnteraktif sağlık okuryazarlığı: Kişisel becerilerin geliştirilmesi	Yukarıdakine ek olarak destekleyici ortamlarda becerileri geliştirme fırsatları	Bilgiye dayalı olarak bağımsız hareket etme kapasitesinde artış, motivasyon ve özgüvende iyileşme	Sosyal normlara etki etme, sosyal gruplarla etkileşim kurma kapasitesinde artış	Sağlık iletişiminin özel ihtiyaçlara gore uyarlanması; toplumun kendi kendine yardım ve sosyal destek gruplarının oluşturulması; iletişim için farklı kanalların biraraya getirilmesi
Eleştirel sağlık okuryazarlığı: kişisel ve toplumsal güçlenme	Yukarıdaki gibi ve sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicileri ve politika ve/veya kurumsal değişim için fırsatlar hakkında bilgi sağlanması	Sosyal ve ekonomik zorluklara karşı bireysel dayanıklılığın artırılması	Sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicileri konusunda harekete geçme kapasitesinin artırılması, toplumun güçlendirilmesi	Topluluk eylemini desteklemek için teknik tavsiye sağlanması, topluluk liderlerine ve politikacılara savunuculuk iletişimi; topluluk gelişiminin desteklenmesi

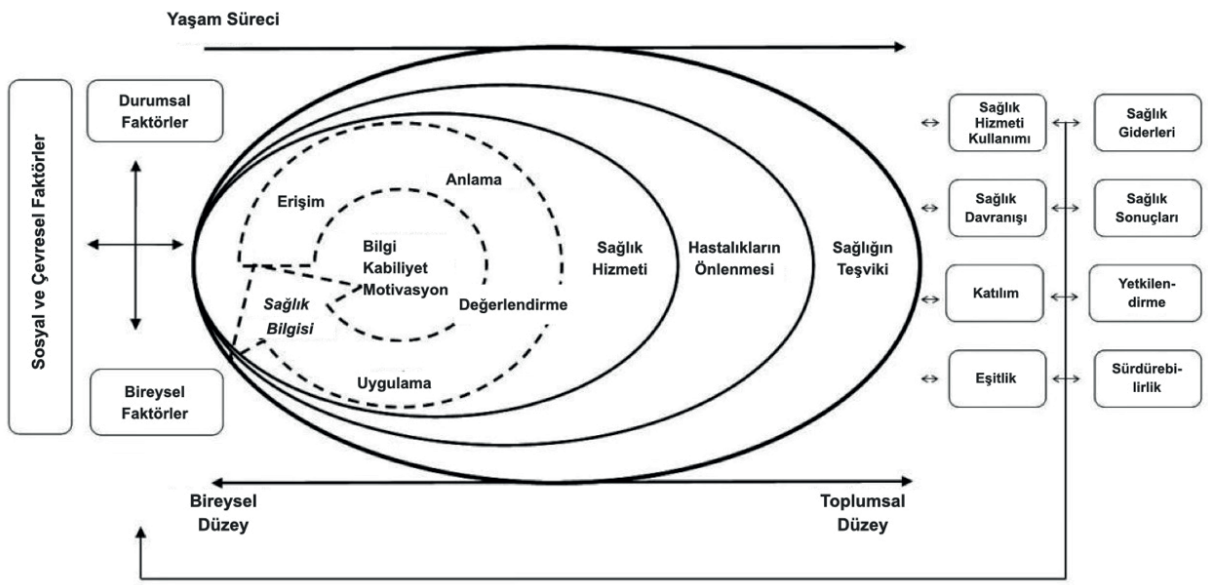
dir ve gerçekleştirilen uygulamalar çoğunlukla bireysel yarar sağlamaktadır. İnteraktif sağlık okuryazarlığı ise bireysel becerilerin geliştirilmesine odaklanır. Bu aşamada birey aktif rol üstlenmekte, ancak toplumsal düzeyde bir katkı söz konusu olmamaktadır. Destekleyici çevrelerin güçlendirilmesi aracılığıyla bireylere sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirme olanağı sunulur; bu düzeyde birey sağlıkla ilgili mesajları okuma, anlama ve katılım süreçlerinde güçlük yaşamaz. Eleştirel sağlık okuryazarlığı ise hem bireysel hem de toplumsal sonuçlara yönelmekte olup gelişmiş bilişsel ve sosyal yeterlilikleri gerektirir. Bu düzeyde birey olumlu/olumsuz sağlık politikalarının farkındadır.

Halk sağlığı perspektifinden bakıldığında, Nutbeam'in yaklaşımı en açıklayıcı model olarak değerlendirilmektedir. Kavramsal süreç farklı bakış açılarıyla ele alınmakta, ancak bu yaklaşımlar arasında bütünleştirici bir çerçevenin eksikliği dikkat çekmektedir. Sağlık okuryazarlığı, bilgiye erişim, anlama, işleme ve iletme gibi ardışık aşamaları içeren dinamik bir süreç olup çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Ayrıca mevcut kavramsal modeller, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri tanımlamakta ve sağlık hizmeti kullanımı, maliyetler ile sağlık sonuçları üzerindeki etkilerini tartışmaktadır; ancak sağlık okuryazarlığının öncülleri ile sonuçları arasındaki ilişkileri açıklayan yollar net değildir. Bu eksiklikleri gidermek amacıyla Sørensen ve çalışma arkadaşları, bütüncül (entegre) bir sağlık okuryazarlığı modeli önermiştir. Söz konusu modelin genel çerçevesi aşağıdaki şekilde sunulmaktadır (**Şekil 1**).[13]

Sorensen ve arkadaşları tarafından oluşturulan bütüncül sağlık okuryazarlığı modeli dört boyut ve üç alan içermektedir. Bu boyutlar sağlıkla ilgili bilgilere erişim, sağlıkla ilgili bilgileri anlama, sağlıkla ilgili bilgileri değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgileri uygulamadır. Modelin içerdiği sağlık alanları ise sağlık hizmeti, hastalık önleme ve sağlık promosyonudur.[13] Bu üç alanda sağlık okuryazarlığı sürecinin aşamalarını tamamlamak; gerekli bilgileri edinmek, anlamak, eleştirel biçimde değerlendirmek ve kişisel, yapısal, sosyal ve ekonomik engelleri aşmak için bireylerin genel okuryazarlık ve sayısal becerilerinin yanı sıra özel sağlık okuryazarlığı yetkinliklerini kullanmaları gerekmektedir. Bu süreç, bireylerin sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olmalarını desteklemektedir. İçerik zamanla değiştiği ve sağlık sistemini kullanma kapasitesi bilişsel ve psikososyal gelişim ile geçmiş ve mevcut deneyimlere bağlı olduğu için sağlık okuryazarlığı becerileri yaşam boyu gelişmekte ve sürekli öğrenme ile ilişkilendirilmektedir. Sağlık okuryazarlığına, sağlık hizmeti sunan birimlerin ötesinde önem verilmesi, koruyucu sağlık üzerinde olumlu etkiler yaratma ve sağlık sistemleri üzerindeki yükü azaltma potansiyeline sahiptir. Sağlık bilgilerinin işlenmesi, dört boyutun üç alan düzeyi ile ilişkisi ve sağlık okuryazarlığının boyutları **Tablo 2**'de gösterilmektedir.

3. Sağlık Okuryazarlığının Türkiye'deki Durumu (2020-2025 Arası)

Bu yazı kapsamında ülkemizde sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik son beş yıla ait iyi uygulama örnek-



Şekil 1. Bütüncül sağlık okuryazarlığı modeli[13]

Tablo 2. Sağlık Hizmeti, Hastalık Önleme ve Sağlığın Teşviki Konularına Uygulanan Sağlık Okuryazarlığının Dört Boyutu[13]

	Sağlıkla ilgili bilgilere erişim/ edinme	Sağlıkla ilgili bilgileri anlamak	Sağlıkla ilgili bilgileri işleme/değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgileri uygulamak/kullanmak
Sağlık hizmeti	Sağlıkla ilgili konularda bilgiye erişebilme becerisi	Sağlıkla ilgili bilgileri anlama ve anlam çıkarma becerisi	Sağlıkla ilgili bilgileri yorumlama ve değerlendirme becerisi	Sağlıkla ilgili konularda bilinçli karar verme becerisi
Hastalık önleme	Sağlık için risk faktörleri hakkında bilgiye erişebilme	Risk faktörleri hakkındaki bilgileri anlama ve anlam çıkarma becerisi	Sağlık için risk faktörlerine ilişkin bilgileri yorumlama ve değerlendirme becerisi	Sağlık için risk faktörleri konusunda bilinçli karar verme becerisi
Sağlığın teşviki	Sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicileri konusunda kendini güncelleyebilme becerisi	Sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicileri hakkındaki bilgileri anlama ve anlam çıkarma becerisi	Sosyal ve fiziksel çevredeki sağlık belirleyicilerine ilişkin bilgileri yorumlama ve değerlendirme becerisi	Sosyal ve fiziksel çevredeki sağlık belirleyicileri hakkında bilinçli kararlar verebilme becerisi

lerinden bahsedilecek, başlıca Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen çalışma örnekleri aktarılacak; ayrıca meslek örgütleri tarafından yürütülen kimi kitle iletişim çalışmalarına değinilecektir.

3.1. Sağlık Bakanlığının Sağlık Okuryazarlığı Çalışmaları

Sağlık okuryazarlığının artırılması Sağlık Bakanlığının öncelikli çalışma alanlarındandır. Sağlık okuryazarlığını geliştirmekSağlık Bakanlığı'nda birçok genel müdürlüğü ilgilendirse de Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM) Sağlığın Teşviki Dairesi Başkanlığının bir birimi olan "Sağlık Okuryazarlığı Birimi"nin ana çalışma alanıdır.[15] Bu birimin faaliyetleri önde olmak üzere süreçler tüm ilgili genel müdürlük ve dairelerle koordineli bir şekilde yürütülmektedir.

3.1.1. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Saha Araştırması

2023 sonunda, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması gibi sağlık okuryazarlığı bileşenlerini ölçmek amacıyla Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü öncülüğünde Türkiye genelinde 15.430 hanelik yüz yüze bir saha çalışması gerçekleştirilmiştir.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması 2023 sonuçlarına göre, nüfusun, %21,0'ının yetersiz, %32,9'unun sorunlu-sınırlı, %34,4'ünün yeterli, %11,7'sinin mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı alt boyutları incelendiğinde, tedavi ve hizmet alanında katılımcıların %20 ,0'ının yetersiz, %29,2'sinin sorunlu-sınırlı, %36,7'sinin yeterli ve %14,1'inin mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde oldukları görülmektedir. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı sağlık okuryazarlığı düzeyi ise katılımcıların %25,8'inin yetersiz, %28,5'inde sorunlu-sınırlı, %34,0'ında yeterli, %11,7'sinde mükemmeldir. Bu oranlar 2017 yılına göre iyileşme göstermektedir; o dönemde yetersiz düzey %27,1, sorunlu-sınırlı %31,3, yeterli %30,0 ve mükemmel %11,6 olarak saptanmıştı. Ayrıca eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasında güçlü bir ilişki vardır: ilkokul mezunu ve altı olanlarda yetersiz düzey %41,6, yükseköğretim mezunu ve üstünde ise yalnızca %6,9'dur. Yaş grupları açısından bakıldığında, 18-24 yaş grubunda yetersiz düzey %11,0 iken, 65 yaş ve üzerindekilerde bu oran %51,2'ye çıkmaktadır. Bu veriler, sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik politikaların özellikle düşük eğitimli ve ileri yaş gruplarında yoğunlaştırılması gerektiğini göstermektedir.[16]

3.1.2. Sağlık Okuryazarlığı Ulusal Eylem Planı (2025-2028)

TC Sağlık Bakjanlığı 2024-2028 Stratejik Planı AMAÇ 1'de "Sağlıklı yaşamı teşvik ederek sağlıklı yaşam bilincinin ve alışkanlıklarının kazanılmasını sağlamak" ve Hedef 1.4 başlığı altında; "Ulusal sağlık okuryazarlığı düzeyini yükselterek bireyin sorumluluğunu geliştirmek" hedefi yer almaktadır. Bu hedef doğrultusunda "Sağlık Okuryazarlığı Ulusal Eylem Planı (2025-2028)" hazırlanmıştır.[17]

Sağlık Okuryazarlığı Eylem Planı, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olup 2025 yılında yürürlüğe girmiş ve 2028 yılı sonuna kadar uygulanmak üzere planlanmıştır. Eylem Planı'nın temel amacı, bireylerin sağlıkla ilgili doğru ve güvenilir bilgiye erişim, anlama ve kullanma becerilerini artırarak toplum sağlığını geliştirmek ve sağlık sisteminin etkinliğini yükseltmektir. Bu kapsamda hedefler; toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak, bireylerin sağlık kararlarını bilinçli şekilde verebilmesini yani sağlıklarını kendi sorumluluklarına vermeyi sağlamak, sağlık çalışanlarının ileti-

şim becerilerini güçlendirmek ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikleri azaltmaktır.

Eylem Planı'ndaki amaç ve hedeflere ulaşmak için toplumda farkındalık kampanyalarının düzenlenmesi, anlaşılır ve erişilebilir eğitim materyallerinin hazırlanması, sağlık çalışanlarına iletişim odaklı eğitimlerin verilmesi, kırılgan gruplara yönelik özel bilgilendirme ve destek programlarının geliştirilmesi ile süreç hız kazanmıştır. Böylece uzun vadede toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi, bireylerin sağlıkla ilgili doğru bilgiye ulaşması, bilgiyi anlama ve kullanma becerisinin artırılması, daha bilinçli sağlık kararları verilebilmesi ve sağlık hizmetlerinden daha doğru yararlanılmasını kolaylaştırmaktadır. Ayrıca, sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin gelişmesi, kurumların daha erişilebilir ve anlaşılır hizmet sunmasının sağlanması ve nihayetinde toplum sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sağlıkta eşitsizliklerin azalması sağlanacaktır.

Sağlık Okuryazarlığı Eylem Planı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM) tarafından yürütülmektedir. Eylem planında yer alan faaliyetler takvim esas alınarak uygulanacak ve izleme ve değerlendirme süreçleri ile her yıl düzenli olarak yapılacak faaliyetler takip edilip raporlanacaktır.

3.1.3. On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028)

On İkinci Kalkınma Planı'nda 3.3.3. Sağlık başlığı altında sağlık okuryazarlığı, bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu geliştirmesi ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının toplumsal tutuma dönüşmesi için kritik bir araç olarak ele alınmaktadır. Plan, sağlık okuryazarlığını teşvik ederek bilinçlendirme faaliyetlerini artırmayı, koruyucu ve önleyici hizmetleri güçlendirmeyi ve bireylerin sağlıkla ilgili doğru bilgiye erişimini sağlamayı hedeflemektedir. Bu kapsamda, yaşlılara yönelik sağlık okuryazarlığı eğitimleri yaygınlaştırılacak, dijital teknolojilerin sağlık alanında kullanımına ilişkin farkındalık oluşturulacak ve dijital sağlık okuryazarlığı geliştirilecektir. Ayrıca, çocuklar ve gençler için okullarda sağlık, ilk yardım ve beslenme konularında programlar yürütülerek erken yaşta bilinç kazandırılması amaçlanmaktadır. Genel olarak, sağlık okuryazarlığı toplumun her kesiminde bilgiye dayalı karar alma becerisini güçlendiren, sağlıklı yaşam tarzını destekleyen ve sağlık sisteminin etkinliğini artıran bir politika alanı olarak konumlandırılmıştır.18

4. Sonuç

Sağlık okuryazarlığı, sağlığı geliştirmenin temel bileşenlerinden biri olarak bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama süreçlerinde etkin olmalarını sağlar. Bireylerin bu yetkinlikleri, sadece kendi sağlıklarını koruma ve yönetme becerilerini değil; aynı zamanda sağlık sisteminin etkinliğini, toplumsal refahı ve sağlık eşitliğini de doğrudan etkiler. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek toplumlar, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanır, hastalık yükü azalır ve sağlık sistemleri daha sürdürülebilir hale gelir.

Türkiye'de son yıllarda yürütülen araştırmalar ve politika belgeleri, sağlık okuryazarlığı alanında önemli bir farkındalık ve kurumsal kapasite gelişimi yaşandığını göstermektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (2023), Sağlık Okuryazarlığı Ulusal Eylem Planı (2025–2028) ve On İkinci Kalkınma Planı (2024–2028) gibi girişimler, toplumun sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik bütüncül ve sürdürülebilir adımların atıldığını ortaya koymaktadır.

Bununla birlikte, araştırma sonuçları Türkiye'de sağlık okuryazarlığı düzeyinin özellikle düşük eğitimli, ileri yaşlı ve dezavantajlı gruplarda hâlen yetersiz olduğunu göstermektedir. Bu durum, politika uygulamalarında hedef gruplara yönelik sade, anlaşılır ve erişilebilir iletişim stratejilerinin geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Sonuç olarak, sağlığı geliştirmenin sürdürülebilir bir parçası olarak sağlık okuryazarlığı, bireysel farkındalık ve davranış değişikliğinin ötesinde; eğitim, sağlık, medya ve yerel yönetim politikalarının kesişiminde yer alan çok boyutlu bir kalkınma alanıdır. Türkiye'nin bu alandaki kazanımlarını kalıcı hale getirebilmesi için disiplinler arası iş birliği, yaşam boyu öğrenme yaklaşımı ve toplum temelli uygulamaların güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. WHO. Constitution of the World HealthOrganization [Internet]. 1946 [cited 2024 Jul 9];Available from: https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf.
2. UNESCO. Literacy: whatyouneedtoknow [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 9];Available from: https://www.unesco.org/en/literacy/need-know?hub=401.
3. WHO. Ottawa Charter forHealthPromotion [Internet]. 1986 [cited 2025 Oct 19];Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WH-1987.
4. WHO. HealthPromotionGlossary of Terms [Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 3]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349.

5. WHO. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World [Internet]. 2005 [cited 2025 Oct 19]; Available from: https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/sixth-global-conference/the-bangkok-charter
6. WHO. Promoting health in theSDGs. Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China,21–24 November 2016: all for health, health for all. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/NMH/PND/17.5). Licence:CC BY-NC-SA 3.0 IGO.[cited 2025 Nov 3]. Available from: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3bf36e9c-eb91-4899-91e2-a5bf79c65999/content.
7. Simonds SK. Health Education as Social Policy. HealthEducMonogr 1974;2(1_suppl):1–10.
8. Parker R, Ratzan SC. Health Literacy: A Second Decade of Distinction for Americans. J Health Commun 2010;15(sup2):20–33.
9. Joint Committee on National Health Education Standards. National Health Education Standards: Achieving Health Literacy. [Internet]. American CancerSociety. 1995 [cited 2024 Jul 10];Available from: https://eric.ed.gov/?id=ED386418.
10. Nutbeam D. Health Promotion International, Volume 13, Issue 4, 1998, Pages 349–364.
11. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on ScientificAffairs AMAAHC on HL forthe C on SAAMA. Health Literacy: Report of theCouncil on ScientificAffairs. JAMA [Internet] 1999 [cited 2024 Jul 10];281(6):552–7.
12. Okan O, Bauer U, Pinheiro P, Sørensen K, Levin-Zamir D. International Handbook of Health Literacy: Research, Practice and Policy across the Life-span. Bristol: PolicyPress; 2019.
13. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC PublicHealth [Internet] 2012 [cited 2024 Jul 10];12(1):1–13. Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80
14. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000;15(3):259–67.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 3];Available from: https://sggm.saglik.gov.tr/TR,55178/sagligin-tesviki-daire-baskanligi.html
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. Ankara: 2024. 2025 [cited 2025 Oct 19];Available from: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39699/0/soya-rapor-1pdf.pdf
17. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Okuryazarlığı Ulusal Eylem Planı (2025-2028) [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 19];Available from: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/759
18. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028). Ankara: 2023. 2025 [cited 2025 Oct 19];Available from: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_11122023.pdf

Sağlık Okuryazarlığını Geliştirmeye Yönelik İyi Uygulama Örnekleri

Zeynep Devran Muharremoğlu, Hakan Tüzün

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez 1974 yılında "Health Education as Social Policy" adlı bir makalede ortaya atılan, günümüzde de önemini koruyan bir kavramdır.[1]

Ülkemizde sağlığın geliştirilmesi ve sağlık okuryazarlığı faaliyetleri Cumhuriyetin ilk yıllarına dayanır. Bu dönemde bulaşıcı hastalıklarla mücadelede halkın eğitilmesinin gerekliliği ön plana çıkmıştır. Yıllar içerisinde Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı değişse de her dönemde toplumun sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik farkındalık faaliyetleri yapılmıştır. Yapılan çalışmalara örnekler vermek gerekirse:

- Sağlık broşürlerinin dağıtılması, renkli duvar afişleri ile halka sağlık bilgisi verilmesi
- Sağlık eğitimleri, eğitim kampanyaları yapılması, sağlık eğitim ünitelerinin kurulması
- Kitap, broşür, afiş, flanelgraf, slayt, film, film şeridi vb çeşitli eğitim malzemelerinin hazırlanması
- Sağlık sergilerinin açılması, gezici ve mahalli eğitim ekiplerince kişi, grup ve toplum olarak eğitim çalışmalarının yapılması
- Salgın gibi acil durumlarda diğer kurumlarla iş birliği halinde farklı içerikte programlar hazırlanması
- Sağlık Ocağı, Sağlık Evleri, Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezleri şube ve istasyonlarındakullanılmak üzere anne adaylarına eğitim programlarının yapılması.[2-4]

Günümüzde ise dijitalleşme ile birlikte her türlü bilgiye kolaylıkla erişilebilmektedir. Doğru ve faydalı bilgiye erişmek ise daha zordur. Sağlık Bakanlığı olarak bu dijital çağda toplumun doğru kanallardan doğru sağlık bilgisine ulaşması ve sağlığını kendi sorumluluğuyla koruması ve geliştirmesi için birçok alanda hizmet ve çalışmalar yürütülmektedir. Gerek eylem planlarında yer alan faaliyetlerle, gerek iletişim faaliyetleriyle birçok kanal kullanılarak toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması ve daha sağlıklı bir toplumun oluşması hedeflenmektedir.

COVID-19 pandemisinde ve asrın felaketi olan Kahramanmaraş depremlerinde de toplumun sağlık bilgi düzeyinin artırılması ve var olan acil ve afet durumunda sağlık etkileniminin en aza indirilmesi için faaliyetler yapılmıştır. Medya gerektiği gibi kullanılmış, yanlış bilgilerin önüne geçilmesi için sağlık otörleri çokça bilgilendirme ve yönlendirme yapmıştır.

Bu yazının amacı, sağlık okuryazarlığı alanında yürütülen çalışmaların mevcut durumunu ortaya koyarak gelecekteki uygulamalara yön verebilmektir.Bu kapsamda ülkemizde sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik son beş yıla ait iyi uygulama örneklerinden bahsedilecek, başlıca Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen çalışma örnekleri aktarılacak ve meslek örgütleri tarafından yürütülen kimi kitle iletişim çalışmalarına değinilecektir.

1. Sağlık Bakanlığının Sağlık Okuryazarlığı Çalışmaları

Sağlık okuryazarlığının artırılması Sağlık Bakanlığının öncelikli çalışma alanlarındandır. Kişiye kendi sağlık sorumluluğunu vermek, kişinin doğru sağlık bilgisine erişmesini sağlamak elbette Sağlık Bakanlığının görevlerindendir. Sağlık okuryazarlığını güçlendirmek bakanlık bünyesindeki birçok genel müdürlüğü ilgilendirse de bu konu asıl olarak Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM) Sağlığın Teşviki Dairesi Başkanlığının bir birimi olan "Sağlık Okuryazarlığı Birimi"nin ana çalışma alanıdır.[5] Bu birimin faaliyetleri

önde olmak üzere süreçler tüm ilgili genel müdürlük ve dairelerle koordineli bir şekilde yürütülmektedir.

1.1. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Saha Araştırması

2023 sonunda, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması gibi sağlık okuryazarlığı bileşenlerini ölçmek amacıyla Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü öncülüğünde Türkiye genelinde 15.430 hanelik yüz yüze bir saha çalışması başlatıldı.[6] Bu araştırma ile toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlenerek durum tespiti yapılmıştır. Bilindiği gibi bir sorunu çözmeden önce durumu ortaya koymak gerekir. Bir önceki bölümde de bahsedildiği gibi Aralık 2024'te yayınlanan araştırma raporuna göre ülkemizde sağlık okuryazarlığı düzeyi hala istendik düzeyde değildir. Bu araştırma bir önceki sağlık okuryazarlığı araştırması ile karşılaştırılarak çözüm yollarının hayata geçmesi için temel adımlar atılmıştır denebilir.[7]

1.2. Sağlık Okuryazarlığı Ulusal Eylem Planı (2025-2028)

Sağlık Okuryazarlığı Eylem Planı, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olup 2025 yılında yürürlüğe girmiş ve 2028 yılı sonuna kadar uygulanmak üzere planlanmıştır. Eylem Planı'nın temel amacı, bireylerin sağlıkla ilgili doğru ve güvenilir bilgiye erişim, anlama ve kullanma becerilerini artırarak toplum sağlığını geliştirmek ve sağlık sisteminin etkinliğini yükseltmektir. Bu kapsamda hedefler; toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak, bireylerin sağlık kararlarını bilinçli şekilde verebilmesini yani sağlıklarını kendi sorumluluklarına vermeyi sağlamak, sağlık çalışanlarının iletişim becerilerini güçlendirmek ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikleri azaltmaktır.[8]

Sağlık Okuryazarlığı Eylem Planı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM) uhdesinde yürütülmektedir. Eylem planında yer alan faaliyetler takvim esas alınarak uygulanacak ve izleme ve değerlendirme süreçleri ile her yıl düzenli olarak yapılacak faaliyetler takip edilip raporlanacaktır.[8]

1.3. Sağlıklı Çocuk Sağlıklı Gelecek - Okul Sağlığının Geliştirilmesi

Ülkemiz nüfusunun %25,5'i çocuklardan oluşmaktadır.[9] Erken yaşta kazanılan sağlık davranışları yaşam boyu etkili olacağından, bu yaşlarda verilen sağlık eğitimi gelecekteki hastalık yükünün azalmasına katkı sağlayacaktır.[1] Okullar, çocuklara doğrudan ulaşılabilen en kapsayıcı ortamlardan biridir. Bu gerekçelerle "Sağlıklı Çocuk, Sağlıklı Gelecek Programı" ile çocukların küçük yaşlardan itibaren sağlıklı yaşam becerileri kazanmalarını sağlayarak toplumda sağlık okuryazarlığını artırmayı hedeflenmektedir. Okul öncesinden ilkokul kademelerine kadar tüm çocuklara uygulanacak eğitimler sayesinde öğrencilerin günlük yaşamlarında sağlıklı alışkanlıklar geliştirmesi ve bu bilgileri çevreleriyle paylaşarak birer "Sağlık Elçisi" rolü üstlenmeleri amaçlanmaktadır.[10] Ayrıca öğrenciler ve okul/kurum çalışanlarının sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi, çocuklara erken yaşta sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması ve okul sağlığı hizmetlerinin etkin biçimde uygulanması da amaçlar arasındadır.[11] Böylece hem çocukların hem de ailelerin sağlık bilinci güçlenecek, uzun vadede ise daha sağlıklı ve bilinçli bir toplum yapısına katkı sağlanacaktır.[10]

SGGM uhdesinde yürütülen Sağlıklı Çocuk Sağlıklı Gelecek Programı, 18 Nisan 2025'te Sağlık Bakanlığı ve Millî Eğitim Bakanlığı arasında imzalanan Sağlıklı Çocuk Sağlıklı Gelecek Okul Sağlığı Hizmetleri İş Birliği Protokolü ile başlamıştır. Protokol doğrultusunda, Türkiye'nin 81 ilindeki okullarda "Sağlıklı Çocuk, Sağlıklı Gelecek" Programı çerçevesinde, öğrencilere 112 ve UMKE araçlarının tanıtıldığı eğitimler verilmeye başlanmış ve Eylül 2025 sonuna kadar 309 okulda 118 bin 521 öğrenci sağlıklı yaşam bilincini artırmaya yönelik çeşitli etkinliklere dahil olmuştur.[11]

1.4. Ağız ve Diş Sağlığı Okuryazarlığı Çalışmaları

Ağız ve diş sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ağız sağlığını "bireyin ağrı, enfeksiyon ve fonksiyon kaybı olmadan beslenme, konuşma, gülümseme ve sosyal etkileşimlerini sürdürebilme durumu" olarak tanımlamaktadır.[12] Bu tanım, ağız sağlığının yaşam kalitesi, sosyal katılım ve genel iyilik haliyle doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, toplumda ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi, farkındalık ve davranış düzeyinin artırılması, sürdürülebilir bir halk sağlığı politikasının temel bileşenlerinden biridir.

2022 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan Aile Diş Hekimliği Pilot Uygulaması kapsamında 2–12 yaş grubundaki çocuklara koruyucu hizmetler sunulmuş ve ebeveynlere bireysel rehberlik verilmiştir. 2022 yılında Eskişehir, Karabük ve Kırşehir pilot illerinde uygulamaya geçirilen Aile Diş Hekimliği modeli ile ağız ve diş sağlığı konusunda toplumsal farkındalığın oluşturulması için çalışmalar başlatılmıştır. Bu uygulama ile ağız ve diş sağlığı sorunu olmasa dahi, çocukların ağız ve diş sağlığı durumlarını öğrenmeleri, ağız ve diş sağlığı bakımları hakkında bilgilenmeleri ve koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamalarından faydalanmaları hedeflenmiştir.[13]

2023 yılı itibarıyla ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı çalışmaları, bireylerin bilgiye erişimi ve davranış değişikliği boyutunda derinleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından ağız ve diş sağlığı okuryazarlığını artırmaya yönelik 2023 yılında yapılan "Sağlık Ağızda Başlar" kampanyası ile bireylerin çok küçük yaşlardan itibaren ağız ve diş bakımının alışkanlık hâline getirmesi ve böylece sağlıklı bir toplumun oluşturulması hedeflenmiştir.[14]

2023 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı bir kurum olan Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde çalışan Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü (TAÇESE) tarafından düzenlenen Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Farkındalık Etkinliği ile öğrenci ve öğretmenlere ağız ve diş sağlığının önemi anlatılarak doğru diş fırçalama yöntemi uygulamalı olarak gösterilmiştir. TAÇESE ayrıca ağız ve diş sağlığı konusunda bilgilendirici videolar, çocuklara yönelik çizgi kitap çalışması, aile hekimliklerinde paylaşılmak üzere broşür, topluma yönelik afiş hazırlıkları ile çalışmalarına devam etmektedir.[15]

"Sağlıklı Çocuk, Sağlıklı Gelecek" programı kapsamında da ağız ve diş sağlığı konularına yer verilmiş ve bu konular okul sağlığı eğitimlerinin ana bileşenlerinden biri haline getirilmiştir.[10]

Tüm bu çalışmalar, koruyucu ağız sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi, erken yaşta eğitimle desteklenmesi ve dijital platformlar üzerinden yaygınlaştırılması, ülke genelinde ağız ve diş sağlığı okuryazarlığının kalıcı biçimde artmasına katkı sağlamaktadır.

1.5. Normal Doğum Eylem Planı Kapsamındaki Sağlık Okuryazarlığı Çalışmaları

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Normal Doğum Eylem Planı, anne adaylarının doğuma ilişkin bilgi düzeylerini artırmayı, doğru tutum ve davranışları desteklemeyi ve sezaryen oranlarını azaltmayı hedefleyen çok yönlü sağlığı geliştiren bir girişimdir. Bu kapsamda sağlık okuryazarlığını güçlendirmeye yönelik çeşitli eğitim, rehberlik ve dijital iletişim faaliyetleri yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı, Gebe Okulları, Ebe Polikliniği, Bebek, Çocuk ve Ergen Akademileri ve Annelik Yolculuğu Mobil Uygulaması aracılığıyla anne adaylarının gebelik süreci, doğuma hazırlık, emzirme, bebek bakımı ve psikososyal destek konularında bilimsel bilgiye erişimini kolaylaştırmıştır. Bu programlar, kadınların kendi sağlık kararlarına aktif katılımını teşvik ederek bireysel sağlık sorumluluğunu artırmayı amaçlamaktadır. Ayrıca hazırlanan bilgilendirici içerikler, videolar ve çevrim içi eğitim modülleriyle doğum öncesi ve sonrası süreçlerde güvenilir bilgiye dayalı farkındalık oluşturulması sağlanmıştır.[16]

1.5.1. Gebe Okulu

13 Aralık 2024 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanan "Gebe Okulları ile Doğuma Yönelik Hizmetlerin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik", Sağlık Bakanlığı'nın normal doğumu teşvik etme ve sezaryen oranlarını makul düzeyde azaltma hedefleri doğrultusunda yürürlüğe koyulmuştur. Bu yönetmelikle "gebe okulunun", doğuma hazırlanma, danışmanlık ve eğitimi içeren hizmetlerin sunulduğu tek bir yapı altında toplanması sağlanmıştır. Geçmişte "gebe bilgilendirme sınıfı", "doğuma hazırlık merkezi" gibi farklı adlarla sunulan hizmetler, artık "gebe okulunda" bütünleştirilmiştir.[17]

Yönetmelik göre, kadının hamilelik sürecinde son üç aylık döneminde doğum yapmayı planladığı sağlık kurumları, "Her Gebeye Ebe" uygulaması kapsamında ebe atamak zorundadır. Bu şekilde her hamile kadına doğuma yönelik destekleyici eğitim ve danışmanlık hizmeti sunulması amaçlanmıştır.[17]

Gebe okulları; doğum öncesi döneme, doğuma hazırlanma sürecine ve doğum sonrası eğitime kadar geniş bir hizmeti kapsamaktadır. Anne, baba ve yakınlarına eğitimin yanı sıra, yenidoğan bakımı, emzirme eğitimi, ten temasının önemi, süt saklama koşulları gibi konularda da rehberlik sağlanacak; sağlık kuruluşlarına başvuran her gebeye gebe okulu faaliyetleri hakkında bilgi verilip yönlendirme yapılacaktır.[17]

Yönetmelik ayrıca, gebe okullarının güncel veri ve bilgilerini içeren bir web sayfası (resmî site veya sosyal medya sayfası) oluşturulmasını şart koşmuştur. Ayrıca, yüz yüze katılımın mümkün olmadığı durumlarda uzaktan / çevrimiçi eğitim mekanizmalarının da kullanılabileceği hükme bağlanmıştır. Böylece hem erişilebilirlik hem de hizmetin sürekliliği güvence altına alınmış olur.[17] Halihazırda Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü web sayfasında gebe okulu eğitimlerine katılamayanlar için Uzatan Gebe Okulu eğitimleri ve video içerikleri bulunmaktadır.[18]

1.5.2. Ebe Polikliniği

Normal Doğum Eylem Planı kapsamında hastanelere ebe polikliniği açılması hedeflenmiştir. Poliklinikte görev alan ebeler tarafından gebeler doğum öncesi süreçte bilgilendirilir, doğum sırasındaki kaygılarını en aza indirmek için doğum yapacağı ortamın ve ekibin (hekim, ebe) gebelere tanıtılmasını sağlar. Bu süreçte doğumun belirtileri, normal doğumun faydaları, doğum ağrısı ile baş etme yöntemleri gibi doğumu kolaylaştıracak bilgilendirmeler yapılır.[19] Böylece kişilerin gebe-

lik ve doğum sürecini daha iyi yönetebilecekleri sağlık okuryazarlığı çalışmaları yapılmış olur.

1.5.3. Annelik Yolculuğu Mobil Uygulaması

Sağlık Bakanlığı, anne ve baba adaylarının gebelik ve çocuk gelişimi süreçlerinde doğru, güncel ve teyit edilmiş bilgilere kolay erişimini sağlamak amacıyla anne ve bebek sağlığına odaklanan "Annelik Yolculuğu" adlı mobil uygulamayı geliştirmiştir.[16] Bu uygulama, dijital mağazalarda ücretsiz olarak kullanıcıların hizmetine sunulmuştur.

"Annelik Yolculuğu" uygulaması'nın öncelikli hedefi, gebelikten başlayarak lohusalık ve 0-2 yaş dönemine kadar anne ve bebeğin sağlık gelişimini takip etmek, bilgilendirme sağlamak ve ebeveynleri desteklemektir. Uygulama üzerinden hafta hafta gebelik takibi, beslenme ve egzersiz önerileri, doğuma hazırlık modülleri, emzirme ve lohusalık desteği, bebek gelişimi izlemi, test & aşı hatırlatmaları gibi geniş içerikler sunulmaktadır.[16]

Ayrıca uygulama, ebeveynlerin yalnızca bilgi almakla sınırlı kalmayıp aktif rol üstlenmesini de amaçlamaktadır. Örneğin; anne adayları ve babalar bu uygulama aracılığıyla hem kendi süreçlerini izleyebilecek hem de çocuklarının gelişim süreçlerine dair bilgiler alabileceklerdir.[16]

Bu dijital uygulama, Sağlık Bakanlığı'nın "Normal Doğum Eylem Planı" kapsamında yürürlüğe konulan projelerden biridir. Bakanlık, doğru bilgi akışı ve sağlık okuryazarlığının artırılmasının, özellikle annelik sürecinde kritik bir unsur olduğunu vurgulamaktadır.[16]

1.6. SAHA Projesi

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Sağlıklı Hayat Akademisi (SAHA) projesi, bireylerin sağlık okuryazarlığını güçlendirmeyi ve toplum genelinde sağlıklı yaşam kültürünü yaygınlaştırmayı hedefleyen kapsamlı bir eğitim girişimidir. SAHA Projesi, "Sağlıklı Hayat İçin Sahadayız" sloganıyla 10 Nisan 2025'te 81 ilde eş zamanlı olarak başlatılmıştır.[20]

SAHA projesinde, toplumun farklı kesimlerine yönelik hazırlanmış modüler eğitimlerle bireylerin hem koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyini artırmayı hem de kendi sağlık davranışlarını bilinçli biçimde yönetmelerini sağlamaya yönelik eğitimler yapılmaktadır. Eğitim içeriği geniş bir yelpazeye sahiptir. Eğitim başlıkları arasında koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimliği uygulamaları, ağız ve diş sağlığı, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, kanser taramaları ve erken teşhis gibi alanların yanı sıra; akılcı ilaç kullanımı, ruh sağlığı, bağımlılıklarla mücadele ve kronik hastalıkların yönetimi de yer almaktadır.[21] Eğitimler Türkiye genelinde faaliyet gösteren Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) aracılığıyla uygulanmaktadır. Katılımcılar, kendilerine en yakın SHM üzerinden programa kayıt yaptırarak eğitimlerden ücretsiz olarak yararlanabilmektedir.

SAHA eğitimleri, bireylerin yalnızca bilgi düzeylerini artırmakla kalmayıp davranış değişikliği yaratmayı hedefleyen interaktif bir öğrenme süreci sunmaktadır. Bu yönüyle, Türkiye'nin "Sağlıklı Türkiye Yüzyılı" vizyonunun önemli bileşenlerinden biri olarak, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmayı ve toplumun genel sağlık bilincini yükseltmeyi amaçlamaktadır.

1.7. Bebek, Çocuk ve Ergen Akademileri

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından "Bebek, Çocuk ve Ergen Akademileri" projeleri başlatılmış; 1 Eylül 2025 tarihi itibarıyla da tüm illerde Bebek Akademisi'nin eğitimlerine başlanmıştır.[22] Bebek Akademisi'nin temel amacı, ebeveynleri ve aile bireylerini gebelikten itibaren başlayan ebeveynlik sürecine hazırlamaktır. Bu kapsamda, gebelik döneminde psikolojik destek sağlanması, aile içi rollerin dengelenmesi, anneye destek yöntemlerinin öğretilmesi ve ebeveynlerin sorumluluk bilincinin güçlendirilmesi hedeflenmektedir.

Program, yalnızca çocukların geleceğin bireyleri olduğu anlayışıyla değil, aynı zamanda bugünün toplumsal yapısının aktif bir parçası oldukları bilinciyle hareket eder. Böylece, sağlıklı çocuk yetiştirmenin yalnızca bireysel değil, toplumsal bir sorumluluk olduğu vurgulanır. Bebek Akademisi, bir gün süren ve altı dersten oluşan yoğunlaştırılmış bir eğitim modeliyle yürütülmektedir (Gebelikte Anne-Baba Rolü, Doğuma Hazırlık, Emzirme ve İlk Günler, Bebek Bakımı, Beslenme ve Bağışıklık, Sık Karşılaşılan Sorunlar). Bu eğitimlerde, anne-baba adaylarına hem teorik bilgi hem de uygulamalı beceriler kazandırılır. Bu yapı, anne-baba adaylarının doğru bilgiye erişimini kolaylaştırmakta, sağlık okuryazarlığını güçlendirmekte ve çocukların yaşamın ilk yıllarından itibaren sağlıklı bir çevrede büyümesini desteklemektedir.[23]

Ergen ve genç akademileri için de 29 Ağustos 2025 tarihinde bilim kurulu toplanmış ve programın işleyişi ve eğitim içeriği hazırlık konularında bilimsel değerlendirme yapılmıştır.[24] Yakın bir zamanda tıpkı bebek akademileri gibi hayata geçmesi planlanmaktadır.

1.8. Sağlıklı Yaşlanma Eğitimleri

Sağlıklı yaşlanma eğitimleri ile bireylerin sağlıklı, başarılı ve aktif yaşlanmalarının sağlanması, yaşlılık döneminde sağlık hizmetlerinin ve sosyal hizmetlerin etkin ve verimli olarak sunulmasının sağlanması, yaşlılığa hazırlık politikalarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması ile kamuya düşen yükün azaltılması amaçlanmıştır. Bu eğitimler yasal olarak Cumhurbaşkanlığı'nın 12. Kalkınma Planı doğrultusunda ulusal yaşlılık politikaları ve Birleşmiş Milletler'in 2021-2030 Sağlıklı Yaşlanma On Yılı hedeflerine dayanmaktadır.[25,26]

Öncelikle sağlıklı yaşlanma konusunda SGGM ile Dünya Doktorları Derneği (DDD) iş birliği yapmıştır. Bu iş birliği sonucunda DDD ile sahada yaşlılarla çalışan (Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri (YAŞAM), Evde Sağlık Hizmetleri ve Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM)) sağlık personeline yönelik kapasite geliştirme eğitimleri düzenlenmiştir. Böylece sahada yaşlılarla ilk teması olan sağlık çalışanlarının yaşlanma konusunda bilgilerinin güncellenmesi, yaşlıya yaklaşım gibi konularda yetkinliklerinin artırılması hedeflenmiştir.

İkinci olarak da yine SGGM tarafından ülkemizdeki Gerontoloji Anabilim dalları ile Yaşlılığa Hazırlık Akademisi (YAHA) çalışılmış ve protokol taslağı hazırlanmıştır. Bu protokol kapsamında yapılacak eğitimde; sağlıklı yaşlanma, kronik hastalıkların önlenmesi, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, psikososyal destek ve dijital sağlık araçlarının kullanımı konularda müfredat hazırlanacaktır. Eğitimlerin SHM, üniversite sınıfları ve çevrimiçi platformlarda verilmesi planlanmaktadır.

YAHA eğitim programına katılacak olanlar kendi sağlık risklerini tanıyarak bilinçli karar verebilecek, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını sürdürülebilir hale gelecekler. Ayrıca yaşlılık döneminde bağımlılık düzeyleri azalacak, toplumda aktif yaşlanma oranı artacak, sağlık ve sosyal güvenlik sistemine olan yük de hafiflemiş olacaktır.

1.9. Gençlik ve Spor Bakanlığı İle İş Birliği Çalışmaları

Genç nüfusun sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanması ve riskli davranışlardan uzak durması amacıyla Gençlik ve Spor Bakanlığı ile iş birliği çalışmalarına 2025 yılı başı itibariyle başlanmıştır.[27]

Bu iş birliği ile gençlerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden daha sağlıklı bireyler olarak yetişmesini desteklemek, gençlerin sağlıklı yaşam davranışlarını kazanmasını sağlamak ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini artırarak toplumun geleceğine yatırım yapmak hedeflemektedir.

İlerleyen süreçte eğitim, farkındalık, sağlık hizmeti desteği ve iletişim alanlarında bütüncül bir yaklaşım sunulması planlanmaktadır. Gençlik merkezleri ve KYK yurtlarında düzenlenecek akran eğitimleri, seminerler, kampanyalar ve atölye çalışmaları, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, ruh sağlığı, bağımlılıkla mücadele ve kanser farkındalığı gibi konularda gençlere bilgi ve beceri kazandıracaktır. Ayrıca diyetisyen, fizyoterapist, hekim ve hemşire desteğiyle Sağlıklı Hayat Merkezleri ile gençlik hizmetlerinin entegrasyonu sağlanacaktır. Sosyal medya ve sivil toplum iş birlikleriyle görünürlük artırılırken, gençlerin sağlık savunucusu ve gönüllüsü olarak sürece aktif katılımı teşvik edilecektir. Ortak planlama, izleme ve değerlendirme toplantılarıyla yürütülecek bu çalışmalar, gençlik politikalarına sağlık boyutunu entegre ederek sağlıklı toplumun oluşmasına önemli bir katkı sunacaktır.

1.10. Kızılay İle İş Birliği Çalışmaları

2025 yılında afet ve acil durumlarda toplum sağlığının güçlendirilmesi amacıyla, SGGM ile Türk Kızılay Halk Sağlığı ve Psikososyal Hizmetler Direktörlüğü arasında bir İş Birliği Protokolü hazırlanmakta olup, bu çalışma afet yönetimiyle halk sağlığı hizmetlerini entegre eden önemli bir adım olarak değerlendirilmektedir. Protokolün temel amacı, kriz dönemlerinde toplumun sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak, psikososyal dayanıklılığı artırmak ve afetlere hazırlık kapasitesini güçlendirmektir. Bu kapsamda, ortak farkındalık kampanyaları, eğitim programları, seminerler, çalıştaylar ve sağlık temalı haftalarda gerçekleştirilecek etkinliklerle toplumun sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi hedeflenmektedir. Ayrıca Kızılay gönüllülerinin Sağlıklı Hayat Akademisi (SAHA) programlarına dâhil edilmesiyle, saha temelli bilgilendirme ve eğitim faaliyetlerinin yaygınlaştırılması planlanmaktadır. Ruh sağlığı ve psikososyal destek alanında broşür, video ve dijital içerik üretimi yapılacak; afet ve acil durumlarda ise ilk yardım, psikolojik ilk yardım, mobil sağlık birimleri, hasta yönlendirme ve WASH (su, sanitasyon ve hijyen) çalışmaları yürütülecektir. Bunun yanında, ortak eğitim materyalleri ve eğitici eğitimleri (ToT) ile kapasite artırımı sağlanacak, kırsal ve dezavantajlı bölgelerde mobil taramalar ve saha ziyaretleriyle toplum temelli sağlık hizmetleri güçlendirilecektir. Bu girişim, afetlerde sağlık iletişiminin etkinleşmesi ve toplum temelli dayanıklılık kültürünün yerleşmesi açısından önemli bir örnek teşkil etmektedir.

1.11. Afet ve Acil Durumlarda Yapılan Faaliyet Örnekleri

Afet ve acil durum denildiğinde son beş yılda ülkemizde akla hemen ne yazık ki COVID-19 pandemisi ve asrın felaketi Kahramanmaraş depremleri gelmektedir. Bu dönemlerde Sağlık Bakanlığına oldukça fazla iş düşmüştür. Sağlık Bakanlığı; doğru bilginin iletilmesi, afet ve acil durumlarda ne yapılacağı, bulaşıcı hastalıklar, aşı hizmetleri vb. halk sağlığı sorunlarıyla nasıl başa çıkılacağı gibi konularda halka karşı sorumluluğu olan en temel kurumdur. Bu dönemlerde geleneksel medya, sosyal medya, kurumsal web sayfaları vb. kaynaklardan yapılan çokça faaliyet olduğundan burada bir örneğe yer verilmiştir.

1.11.1. Deprem Bölgesi İçin Uyuz Rehberi

6 Şubat 2023 depremleri sonrası sağlık riskleri bağlamında 2023 yılında depremden hemen sonra uyuz rehberi hazırlanmıştır. Deprem sonrası toplu yaşam alanlarında (çadırlar, konteynerler, geçici barınaklar) yaşayan kişilerin uyuz hastalığı açısından risk altında olması sebebiyle hazırlanan bu rehberle uyuzun erken tanısını sağlamak, yayılmasını önlemek ve etkili yönetimini sağlamak amaçlanmıştır. Ayrıca sağlık personelini, afet bölgesindeki halkı ve ilgili kurumları da uyuzla mücadele stratejileri konusunda bilgilendirmek bu rehberin amaçları arasındadır.[28]

2. Sağlık Bakanlığının İletişim Çalışmaları

2.1. İletişim Kampanyaları

Sağlıklı bir toplum inşası için Sağlık Bakanlığı bünyesinde birçok faaliyet yürütülmektedir. Bu faaliyetlerin toplumda bilinirliğini artırmak, farkındalık oluşturmak, toplumun bilgi düzeyini artırmak ve daha sağlıklı bir hayat yaşamalarına katkı sunmak amacıyla iletişim kampanyaları düzenlenmektedir. Bu kampanyalar Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlık İletişimi Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir.

İletişim kampanyaları ile 360 derece iletişimle halkın tüm kesimlerine ulaşılması hedeflenmektedir. Mesajların toplumla buluşması için sosyal medyadan geleneksel medyaya, outdoorlardan (bilboard, toplu taşıma ekranları, tarihi yapıların tematik ışıklandırılması vb.) kurum içi ekranlara (IPTV), Sağlık Bakanlığı kurumsal web sitelerindeki pop-up içeriklerinden radyo spotlarına, televizyon programlarından yerel yayınlara kadar tüm mecralar kullanılmaktadır.

Bu kapsamda yürütülmüş olan iletişim kampanyaları aşağıda sıralanmıştır:

1. "Erken Teşhis Hayat Kurtarır- Meme Kanseri Taramanızı Yaptırın"[29]
2. Bağımlılıkla Mücadele İletişim Kampanyası[30]
3. Fazla Kilo İle Mücadele İletişim Kampanyası[31]
4. Normal Doğum Eylem Planı İletişim Kampanyası[32]
5. Fermuar Sistemi[33]

Benzer faaliyetlerin yürütüldüğü iletişim kampanyalarından Aile Hekimliğini Güçlendirme ve Halk Sağlığı Haftası İletişim Kampanyalarının ayrıntılarından aşağıda bahsedilmiştir:

2.1.1. Aile Hekimliğini Güçlendirme İletişim Kampanyası

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliği, halkın bu hizmetleri doğru kavraması, güvenmesi ve düzenli kullanmasına bağlıdır. Aile hekimliği sistemi bu açıdan sağlık okuryazarlığı ile doğrudan bağlantılıdır. Bireylerin muayene süreçlerini planlayabilmeleri ve gereksiz hastane başvurularından kaçınmaları açısından aile hekimliği sistemini bilmeleri ve hizmetten yararlanmaları kritik öneme sahiptir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı, halkı bilgilendirmek, tutum ve davranış değişikliğini teşvik etmek amacıyla zaman zaman çeşitli iletişim kampanyaları geliştirmiştir.[33,34] Kampanyaların sonuncusu 2025 yılında SGGM tarafından yürütülen "Size En Yakın Hekiminiz Aile Hekiminiz" kampanyasıdır. Bu kampanya kapsamında yürütülen iletişim çalışmalarıyla halkın bu sistemi daha iyi tanımasını ve birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelmesi amaçlanmıştır.[35]

Aile Hekimliğini Güçlendirme İletişim Kampanyası kapsamında aile hekimliğinin; sağlıkta ilk başvuru noktası olarak konumlandırılması ve koruyucu sağlık hizmetleri, kronik hastalıkların takibi, poliklinik hizmetlerine yönlendirme gibi özelliklerinin ön plana çıkarılması amaçlanmaktadır.



Şekil 1. Aile Sağlığı Merkezi Kurumsal Logosu.

2.1.2. Halk Sağlığı Haftası İletişim Kampanyası

Her yıl 3–9 Eylül tarihleri arasında kutlanan Halk Sağlığı Haftası, toplumda koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini vurgulamak ve halk sağlığı bilincini güçlendirmek amacıyla düzenlenen ulusal ölçekte bir farkındalık etkinliğidir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı, toplumun sağlık okuryazarlığını geliştirmek, sağlıklı yaşam davranışlarını teşvik etmek ve yürütülen koruyucu sağlık hizmetlerini görünür kılmak amacıyla her yıl farklı bir temayla çeşitli iletişim faaliyetleri yürütülmektedir.

2025 yılı Halk Sağlığı Haftasında gerçekleştirilen etkinlikler, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği koordinasyonunda planlanmış ve Türkiye genelinde eş zamanlı olarak uygulanmıştır.

Bu yılki etkinliklerde, toplumun farklı kesimlerine ulaşabilmek amacıyla "7 Güne 7 Tema" yaklaşımı benimsenmiştir. Her gün, halk sağlığının farklı bir boyutuna dikkat çekmek üzere özel bir tema etrafında iletişim ve farkındalık çalışmaları yürütülmüştür:

3 Eylül – Nefesiniz Dumansız, Hayatınız Sağlıklı

4 Eylül – Kanserde Erken Teşhis Hayat Kurtarır

5 Eylül – Sağlıklı Hayat Merkezleri ile Sağlıklı Hayata Merhaba

6 Eylül – Dijital Dünyanı Yönet, Hayatı Kaçırma

7 Eylül – Hareket Et, Doğru Beslen, Sağlıklı Yaşa

8 Eylül – Size En Yakın Hekiminiz Aile Hekiminiz

9 Eylül – Sağlıklı Çocuk, Sağlıklı Gelecek[36]

Bu iletişim kampanyası, toplumun her yaş grubuna hitap eden bütüncül bir sağlık farkındalığı modeli ortaya koymuştur. Etkinlikler ulusal sağlık politikalarının tanıtımı ve halkın koruyucu hizmetlere yönlendirilmesi açısından önemli bir farkındalık zemini oluşturulmuştur.

2.2. Sosyal Medya Çalışmaları

İnternet teknolojilerindeki hızlı gelişmeler, geleneksel iletişim araçlarının yanında sosyal medya gibi yeni iletişim ve etkileşim platformlarının kullanımını da artırmıştır. Sağlık Bakanlığı da toplumun sağlık okuryazarlığının artırılması için her alanda olduğu gibi dijital alanlarda da toplumu doğru bilgilendirmek, sağlık okuryazarlığını artırmak ve daha sağlıklı bir toplum inşa etmek için çalışmalar yürütülmektedir.

Bu çalışmalar sağlık davranışlarının şekillendirilmesi ve bilinçli karar almanın desteklenmesi yönündedir. Paylaşılan içerikler, sadece bilgi vermekle kalmayıp, sağlıklı davranışların yaygınlaşmasına katkı sağlamakta ve bireylerin kendi sağlık kararlarını bilinçli bir şekilde almasına imkân tanımaktadır.

Sağlık Bakanlığı ve bağlı genel müdürlükler tarafından sosyal medya çok aktif bir şekilde kullanılmaktadır. Gerek sağlıkta özel gün ve haftalar gerekse gündemdeki sağlık konuları sosyal medya hesapları üzerinden paylaşılarak toplumun sağlık okuryazarlığının artırılması ve hizmetlerden doğru bir şekilde faydalanılmasının sağlanması amaçlanmaktadır.

2.2.1. Sağlık Bakanlığı ve Genel Müdürlüklerin Resmi Sosyal Medya Hesapları

Sağlık Bakanlığı ve bağlı genel müdürlükler, dijital iletişim ve sosyal medya platformlarını etkin bir biçimde kullanarak vatandaşların sağlık okuryazarlığını artırmayı amaçlamaktadır. Facebook, Twitter, Instagram, Nsosyal ve YouTube gibi kanallar üzerinden sağlıklı yaşam, bulaşıcı ve kronik hastalıklar, aşılama, beslenme ve hijyen konularda bilgilendirici içerikler paylaşılmaktadır. Bu paylaşımlar, yalnızca bilgi aktarımıyla sınırlı kalmayıp; infografikler, kısa videolar ve interaktif soru-cevap oturumlarıyla desteklenerek, vatandaşların karmaşık sağlık bilgilerini anlamasını ve uygulamaya geçirmesini sağlamaktadır.

Özellikle Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü sosyal medya üzerinden kanser taramaları, aşı farkındalığı, kadın ve çocuk sağlığı ile sağlıklı yaşam programları gibi alanlarda paylaşımlar yaparak sağlık okuryazarlığı çalışmaları yürütülmektedir. Sağlıkta özel gün ve haftalar kapsamında yapılan paylaşımların yanı sıra sosyal dinleme yapılarak gündemdeki konuların öne çıkarılmasıyla da içerikler oluşturulmaktadır.[37] Yapılan paylaşımlar, hedef kitleye uygun dil ve görsellerle sunulmakta, vatandaşların sağlık hizmetlerinden etkin şekilde yararlanmasını sağlanmaktadır. Böylece halkın sağlık politikalarına güveni artmakta ve ülke genelinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükselmesine katkı sunulmaktadır.

2.2.2. BMYK Resmî Sosyal Medya Hesapları - Başarabilirsin/ Cbasarabilirsin

Ülkemizde bağımlılıkla mücadele, kapsamlı bir yaklaşım çerçevesinde yürütülmekte olup, bu alanda önemli ilerlemeler kaydedilmesine katkı sağlayan birçok uygulama hayata geçirilmiştir. Bu çerçevede, 9 Aralık 2017 tarihli ve 2017/23 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile uyuşturucuyla mücadele çalışmalarının kapsamı genişletilmiş, bu doğrultuda Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (BMYK) kurulmuştur. Başbakan Yardımcısı başkanlığında oluşturulan kurul, farklı paydaş-



Şekil 2. Halk Sağlığı Haftası tematik afişleri.

ların katkısını almak amacıyla 11 bakanın katılımıyla faaliyet göstermektedir. Daha sonra, 14.2.2019 tarih ve 2019/2 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesiyle BMYK, Cumhurbaşkanı Yardımcısı başkanlığında 11 bakan ve Cumhurbaşkanlığı Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu Başkanvekilinin katılımıyla yeniden oluşturulmuştur.38

BMYK'da koordinatör bakanlık Sağlık Bakanlığı'dır. Bağımlılıkla mücadelede iletişim faaliyetleri Cumhurbaşkanlığı Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (BMYK) resmî sosyal medya hesapları (Başarabilirsin/ cbasarabilirsin) üzerinden Temmuz 2020 tarihinden beri yapılmaktadır. Bu hesapların yönetimi Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlık İletişimi Dairesi Başkanlığı tarafından sağlamaktadır.

BMYK resmî sosyal medya hesabı (Başarabilirsin/ cbasarabilirsin), bağımlılıkla mücadelede toplumsal duyarlılığı artırmak, kamuoyuna doğru ve güvenilir bilgiler ulaştırmak ve bireyleri sağlıklı yaşam seçimlerine yönlendirmek amacıyla hayata geçirilmiştir. Bu platform, farklı bağımlılık türleri hakkında bilgilendirme yapmak, korunma yöntemlerini aktarmak, erken uyarı belirtilerine dikkat çekmek ve destek kaynaklarına erişimi kolaylaştırmak üzere toplumun bilinçlendirilmesine katkı sağlamaktadır.

BMYK resmî sosyal medya hesabı (Başarabilirsin) Twitter, Instagram, Facebook ve NSosyal üzerinden tütün, alkol, madde ve davranışsal bağımlılıklara ilişkin çeşitli içerikler (post, video, animasyon vb) düzenli olarak paylaşılmaktadır. Eylül 2025 yılı itibariyle 509 içerik kamuoyunun erişimine açılmıştır.

"Başarabilirsin" sosyal medya platformlarında;

- Tütün, alkol, madde ve davranışsal bağımlılıklara ilişkin güncel ve güvenilir bilgilere,
- Bağımlılığın erken dönemdeki belirtileri, risk faktörleri ve korunma yollarına dair açıklamalara,
- Bireyler ile ailelerin yararlanabileceği danışmanlık, destek ve tedavi hizmetlerine yönelik yönlendirmelere,
- Sağlıklı yaşam biçimlerini teşvik eden önerilere,
- Gençlere ve ebeveynlere özel hazırlanmış farkındalık içeriklerine,
- Toplumsal dayanışmayı artırmayı hedefleyen kampanya, etkinlik ve duyurulara,
- Kamuoyunda sıkça karşılaşılan yanlış inanışların düzeltilmesine yönelik açıklamalara,
- Kamu spotları, öz farkındalık paylaşımları, bilgilendirici grafikler, infografikler, videolar ve kısa animasyon içeriklerine geniş yer verilmektedir.

Ayrıca 2025 yılının "Aile Yılı" ilan edilmesiyle birlikte, sosyal medya hesaplarında özellikle bağımlılık ve aile bağları temalı içeriklere daha fazla odaklanılmış, ailelerin bağımlılıkla mücadeledeki rolünü güçlendirmeye yönelik farkındalık çalışmaları öne çıkarılmıştır.

Bağlantı Linkleri;

- Başarabilirsin Instagram: (https://www.instagram.com/cbasarabilirsin/)[39]
- Başarabilirsin X: (https://x.com/cbasarabilirsin)[40]
- Başarabilirsin Facebook: (https://www.facebook.com/cbasarabilirsin/?locale=tr_TR)[41]
- Başarabilirsin NSosyal: (https://sosyal.teknofest.app/@cbasarabilirsin)[42]

2.2.3. Sağlık Bakanlığı Sağlıklı Çözüm

Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Halkla İlişkiler Dairesi Başkanlığı bünyesinde devlet-vatandaş etkileşiminde öncü ve yenilikçi bir yaklaşım benimsenmiş ve sağlık hizmet süreçlerinin sosyal medya üzerinden etkin yönetilmesini sağlamak amacıyla "Sağlıklı Çözüm" adlı sosyal medya hesapları oluşturulmuştur.[43]

2016 yılı Ekim ayından itibaren faaliyet gösteren Sağlıklı Çözüm, Facebook, Twitter ve Instagram gibi popüler sosyal medya platformları aracılığıyla hizmet vermektedir. Bu sayede sağlık sistemi işleyişi hakkında bilgi aktarımı sağlanmakta ve vatandaşlardan gelen talep, öneri, şikâyet ile teşekkürlerin en kısa sürede çözüme kavuşturulması mümkün hale gelmektedir.[43]

Sağlıklı Çözüm Birimi, 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet vermektedir. Birim, sosyal medya paylaşımlarını günlük olarak titizlikle taramakta, paylaşımları analiz etmekte ve gerek paylaşım sahibi gerekse ilgili yetkili mercilerle Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) üzerinden iletişime geçmektedir. Süreçler, titizlikle takip edilmekte ve sonuçlar etkin bir şekilde çözümle sonlandırılmaktadır.[43]

Tüm bu hizmetlere yakın dönemde yeni bir konsept de eklenmiştir. Günlük taranan sosyal medya içeriklerinde toplumu yanlış bilgilendirme ve yanıltma durumu tespit edildiğinde dezenformasyonla mücadele kapsamında doğru bilgilendirme yapılmaktadır. Bir diğer çalışma alanı da "Sağlıklı Çözümle Önce Doğrula" serisinin yayınlanmasıdır. Sağlıklı Çözüm Birimi tarafından hazırlanan bilgilendirici içerikler bu seri ile paylaşılarak halkın doğru sağlık bilgisine ulaşmasına katkı sunulmaktadır. Ayrıca yine aynı birim tarafından hazırlanan "Söz Sizde" bilgilendirici mini anket çalışmalarıyla da toplumun sağlık bilgi düzeyine de katkı sağlanmaktadır.

3. Sağlık Bakanlığına Ait Yazılı Materyaller ve Yayınlar

Toplumun bilgilenmesi ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin artması için yazılı materyaller oldukça önemlidir. Bu kapsamda hazırlanmış afiş, broşür, kitap, rehber gibi tüm materyallerin tamamı bu amaca hizmet etmektedir. SGGM ve HSGM başta olmak üzere hem sağlık profesyonellerini hem toplumu bilgilendirmek için birçok materyal üretmektedir. Aşağıda SGGM ve HSGM tarafından toplumun bilgilendirilmesi için yayınlanmış birkaç rehber yer almaktadır:

3.1. Sağlık Hizmetlerine Erişim Rehberi

Sağlık Hizmetlerine Erişim Rehberi SGGM tarafından vatandaşların ülke genelindeki sağlık hizmetlerine erişim yollarını kolaylaştırmak ve doğru yönlendirmeyi sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Rehberde her ilin sağlık altyapısı ve sunulan hizmet türleri – birinci basamak, hastaneler, özel sağlık kurumları vb. listelenmekte olup bireylerin kendi ihtiyaçlarına göre uygun sağlık kurumlarını daha doğru bir şekilde bulabilmelerini sağlamaktır. Ayrıca bu rehber halk sağlığı hizmetlerinin yaygınlığı ve kullanılabilirliği konusunda farkındalık artırmayı da hedefler.[44]

3.2. Gebelik ve Doğum Süreci "annelik Yolculuğu" Kitapçığı

SGGM tarafından 2022 yılında hazırlanan "Gebelik ve Doğum Süreci: Annelik Yolculuğu" kitapçığı, anne adayları ve aileleri için gebelik, doğum ve lohusalık süreçlerinde bilinçli bir yolculuk yapılmasını hedeflemektedir. Bu rehber, anne ve bebek sağlığını destekleyen, bilimsel ve güvenilir bilgiler sunarak, annelik deneyiminin daha sağlıklı ve bilinçli bir şekilde yaşanılmasına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Böylece hem anne adayları hem ebeveynler için sağlık okuryazarlığını güçlendiren önemli bir kaynak olarak öne çıkmaktadır.[45]

Rehberin dijital ortama aktarılmasıyla birlikte, bölümün öncesinde bahsedilen "Annelik Yolculuğu" mobil uygulaması Mayıs 2025'te kullanıma sunulmuştur. Bu uygulama, anne adaylarının gebelik, doğum ve lohusalık süreçlerini takip etmelerine, hatırlatıcılar alarak düzenli kontrollerini yapmalarına ve ihtiyaç duydukları bilgilere kolayca ulaşmalarına olanak tanımaktadır.[45]

3.3. Teknoloji Bağımlılığı Ebeveyn Rehberi

Teknoloji Bağımlılığı Ebeveyn Rehberi 2023 yılında SGGM tarafından hazırlanan, ebeveynlere yönelik kapsamlı bir kaynak niteliği taşımaktadır. Bu rehber, dijital çağın çocuklar üzerindeki etkilerini anlamak ve teknoloji bağımlılığının önlenmesine yönelik stratejiler geliştirmek amacıyla hazırlanmıştır.[46]

Teknoloji Bağımlılığı Ebeveyn Rehberi, çocukların dijital dünyadaki güvenli ve dengeli kullanımını destekleyerek ailelerin riskleri tanıyıp önleyici adımlar atabilmesini sağlar. Bu sayede, bireylerin sağlıkla ilgili doğru kararlar alma, riskleri fark etme ve uygun davranışları benimseme kapasitesini artırarak toplumun genel sağlık okuryazarlığına katkıda bulunmaktadır.

3.4. Türkiye Beslenme Rehberi

Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2022 yılında HSGM Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire-si Başkanlığı tarafından hazırlanan, dengeli beslenme ve aktif yaşam tarzını teşvik eden kapsamlı bir kaynak olarak hazırlanmıştır. Bu rehberde, bireylerin yaş, cinsiyet ve yaşam biçimlerine uygun besin gruplarına dair öneriler, porsiyon bilgileri, sağlıklı pişirme yöntemleri, su tüketimi, fiziksel aktivite ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi konularda pratik yönlendirmeler yer almaktadır. Rehber, toplumun beslenme okuryazarlığını yükseltmeye yönelik olarak; doğru besin seçimi, besin etiketlerinin anlaşılması ve sağlıklı kalori dengesi gibi bilinçli kararları destekleyici bilgiler sunmaktadır.[47]

4. Sağlık Bakanlığı Web Sayfası ve Portallar

4.1. Aşı Portalı

Aşı Portalı, Sağlık Bakanlığı'nın aşı ile önlenebilir hastalıklar konusunda halkı bilgilendirmeyi amaçlayan resmî web sitesidir. Burada aşıların ne olduğu, aşı tipleri, ülkemizde uygulanan Ulusal Aşı Takvimi ve aşıların faydaları gibi temel bilgiler açık ve anlaşılır bir şekilde sunulmaktadır. Ayrıca sık sorulan sorular bölümü, aşı ile ilgili yaygın mitlerin çürütülmesi ve "Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE)" gibi konulara yer vererek okuyucuların aşı hakkındaki yanlış bilgileri ayırt etmesine yardımcı olur. Bu yapı, bireylerin aşı kararlarında daha bilinçli olmalarını destekleyerek sağlık okuryazarlığını güçlendirir.[48]

4.2. Neyim Var?

2021 yılından beri uygulamada olan Neyim Var? Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen ve bireylerin kendi semptomlarını dijital ortamda ifade ederek muhtemel tanılar ve yönlendirmeler alabilmesini sağlayan bir platformdur. Kullanıcılar sisteme e-Devlet veya e-Nabız kimlik doğrulaması ile giriş yaparlar. Uygulama, şikayetler üzerinden kullanıcıya yönlendirici sorular sorar ve bu verileri yapay zekâ desteğiyle analiz ederek hangi polikliniğe başvurabileceği konusunda tav-

siyelerde bulunur. Böylece bireyler, sağlık sisteminde bilinçli tercihler yapabilir, muayene gerekliliği, hangi uzmanlığa gitmesi gerektiği gibi kararları daha bilgili şekilde alabilirler. Bu süreç, kullanıcıyı "sağlık hizmeti alırken aktif katılımcı" hale getirerek sağlık okuryazarlığının gelişmesine katkı sağlar.[49]

4.3. Deprem Bilgilendirme Platformu

Deprem Bilgilendirme Platformu, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından 2023 yılında oluşturulmuş dijital bir bilgi ve yönlendirme portalıdır. Bu platform, özellikle 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremler sonrasında afet bölgelerinde yaşayan vatandaşlar ile sağlık çalışanlarına güvenilir, güncel ve doğrulanmış sağlık bilgisi sunmak amacıyla hazırlanmıştır.

Platformun temel hedefi, afet sonrası oluşabilecek bulaşıcı hastalıklar, psikososyal destek, su ve sanitasyon, bağışıklama, barınma ve hijyen gibi halk sağlığı konularında farkındalık yaratmak ve doğru uygulamaları yaygınlaştırmaktır. İçeriğinde "Uyuz Rehberi", "Afet Sonrası Hijyen Kuralları", "Gıda Güvenliği", "Bulaşıcı Hastalık Kontrolü", "Anne ve Çocuk Sağlığı" gibi afet koşullarına özel hazırlanmış rehberler, bilgilendirme afişleri ve eğitim materyalleri yer almaktadır.

Bu yönüyle Deprem Bilgilendirme Platformu, halkın sağlık okuryazarlığını güçlendiren, afet dönemlerinde doğru bilgiye erişimi kolaylaştıran ve toplumsal dayanıklılığı artırmayı amaçlayan bir kamu hizmeti portalı niteliği taşımaktadır.[50]

5. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin (HASUDER) Çalışma Örnekleri

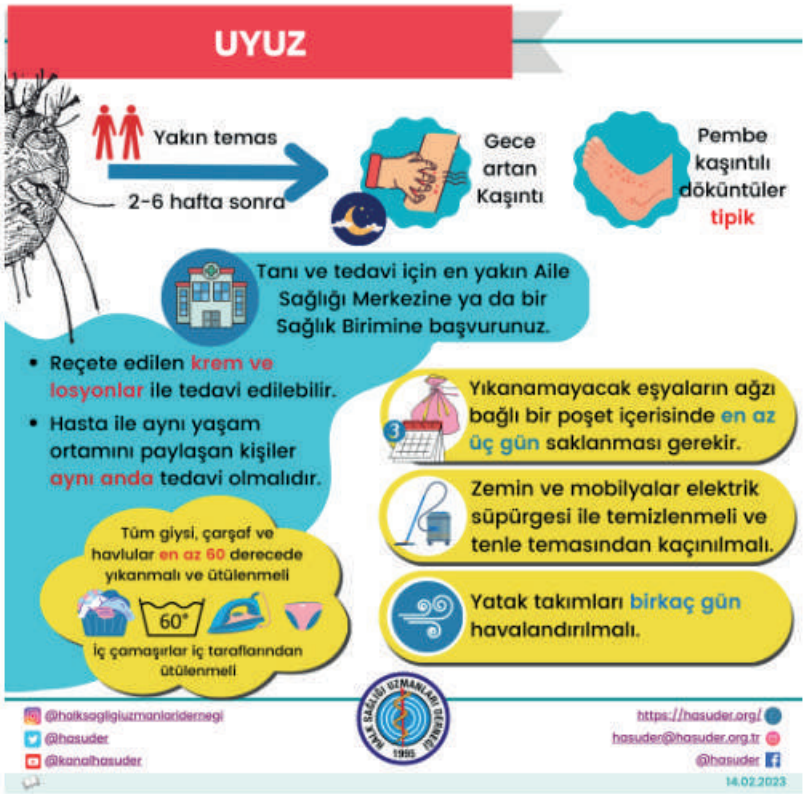
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin (HASUDER) toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyine katkı sağlayabilecek nitelikteki çalışmaları arasında farklı halk sağlığı sorunlarına yönelik olarak hazırlanan bilgi notları ile birlikte, 6 Şubat 2023 depremi sonrası dönemde hazırladığı materyaller ve COVID-19 pandemisi sürecindeki çalışmaları yer almaktadır.

5.1. HASUDER Bilgi Notları Örnekleri

HASUDER sağlıkla ilgili farklı konularda bilgi notları hazırlamakta ve internet sayfasında yayımlamaktadır. Bu bilgi notlarına bakıldığında farklı halk sağlığı sorunlarına yönelik oldukları, not sonunda bilimsel kaynakların referans olarak belirtildiği, derneğin farklı çalışma gurupları tarafından hazırlanmış oldukları görülmektedir. Bilgi notlarının duyuruları derneğin sosyal medya hesaplarından da yapılmaktadır. 1 Ağustos 2025 ve 23 Ağustos 2024 tarihleri arasındaki bir yıllık dönem içinde yayımlanan bilgi notlarının dağılımına bakıldığında, pek çok farklı halk sağlığı sorununa yönelik olarak hazırlanmış bilgi notlarının geniş bir spektrum oluşturdukları fark edilmektedir.[51] "28 Temmuz Dünya Hepatit Günü" (28 Temmuz 2025), "Sıtma Hastalığı Küresel Bir Halk Sağlığı Sorunudur" (29 Nisan 2025), HPV Farkındalık Günü Bildirisi (4 Mart 2025), "Dünya Antimikrobiyal Direnci Farkındalık Haftası (18-24 Kasım 2024)" (21 Kasım 2024) örneklerinde olduğu gibi bulaşıcı hastalıklara yönelik; "Dünya Hipertansiyon Günü" (19 Mayıs 2025), "1-31 Mart Kolorektal Kanseri Farkındalık Ayı" (25 Mart 2025) örneklerinde olduğu gibi bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik; "Gücümüz, Gezegenimiz" (21 Nisan 2025), "Uluslararası İklim Eylemi Günü" (24 Ekim 2024) örneklerinde olduğu gibi çevre sağlığı alanına yönelik; "10 Mayıs Sağlık İçin Hareket Et Günü" (9 Mayıs 2025), "9 Şubat Sigarayı Bırakma Günü" (27 Ocak 2025) örneklerinde olduğu gibi sağlık davranışlarına yönelik bilgi notlarının yanı sıra; "2025 Dünya Nüfus Günü'nün Ardından" (1 Ağustos 2025), "Engelliler Haftası: Farkındalıktan Eyleme" (12 Mayıs 2025), "Çalışma Hayatı, Ruh Sağlığının ve Geleceğin Önemli Bir Belirleyicisi!" (10 Ekim 2024) örneklerinde olduğu gibi halk sağlığının farklı alanlarına yönelik çok sayıda bilgi notu hazırlanmıştır.

5.2. Deprem Dönemi Çalışma Örnekleri

6 Şubat 2023'te merkez üssü Pazarcık (Kahramanmaraş) ve Elbistan (Kahramanmaraş) olan 7.7 ve 7.6 büyüklüklerinde iki deprem meydana gelmiştir.[52] Depremin büyüklüğü ve etkilediği alanın genişliği bakımından oldukça ağır sonuçları olmuştur. HASUDER tarafından deprem döneminde yürütülen çalışmalar arasında farklı konularda topluma yönelik hazırlanmış infografik çalışmaları yer almaktadır. Depremin meydana geldiği şubat ayı içinde HASUDER tarafından çok sayıda infografik yayımlanmıştır. Hazırlanan infografiklerin konu başlıkları daha çok deprem sonrası dönemde alınması gereken halk sağlığı tedbirlerine yöneliktir[53]: "İshalli hastalıklardan korunmada su güvenliği" (22 Şubat 2023), "ishalli hastalıklardan korunmada gıda güvenliği" (22 Şubat 2023), "sinek ve sivrisineklerden korunmak için" (05 Mayıs 2023), "engelli bireylere yaklaşım" (20 Şubat 2023), "deprem bölgesinde güvenli araç kullanımı" (20 Şubat 2023), "ishal" (20 Şubat 2023), "tıbbi atıkların bertarafı" (20 Şubat 2023), "su birikintileri" (15 Şubat 2023), "uyuz" (15 Şubat 2023), "emzirme" (14 Şubat 2023), "gebelik ve doğum hizmetleri" (14 Şubat 2023), "bebek beslenmesinde mama" (14 Şubat 2023), "hendek tuvaletler" (14 Şubat 2023), "erken doğum" (14 Şubat 2023), "şiddet görme durumu ve tehlikesi varsa" (14 Şubat 2023),



Şekil 3. HASUDER deprem dönemi infografik çalışması örneği.

"eksik aşıların tamamlanması" (13 Şubat 2023), "erişkin bağışıklama" (13 Şubat 2023), "hayvan ve böcek tehlikelerinden korunmak için" (11 Şubat 2023), "hayvan ısırıklarından korunma" (11 Şubat 2023), "hipotermi belirtileri" (11 Şubat 2023), "kuyudan su temin ediyorsanız..." (11 Şubat 2023), "kanser ilaçları" (11 Şubat 2023), "kanser tedavisi görüyorsanız" (11 Şubat 2023), "genişletilmiş bağışıklama programı" (11 Şubat 2023), "gebelikte tetanoz aşılaması" (11 Şubat 2023), "çocuklar için; barınma, beslenme, güven" (10 Şubat 2023), "temiz ve güvenilir su bulunduğunda ellerinizi yıkayın!" (10 Şubat 2023), "kirli gıdaları tüketmeyin" (10 Şubat 2023), "şişe suyu bulamazsanız..." (10 Şubat 2023), "suyunuzun temizliği çok önemlidir" (10 Şubat 2023), "bu yiyecekleri tüketmeyin" (10 Şubat 2023), "açık alanlara tuvaletinizi yapmayın" (10 Şubat 2023).

5.3. COVID-19 Pandemisi Dönemi Çalışma Örnekleri

11 Mart 2020'de Sağlık Bakanlığı tarafından, Türkiye'de ilk koronavirüs vakasına rastlandığının, hastanın bir hastanede tecrit edildiğinin ve aile üyelerinin gözlem altında olduklarının açıklanması ile pandemi Türkiye'yi de de içine almış oldu. Bu tarihten sonra çeşitli halk sağlığı önlemleri farklı dönemlerde pandemi ile mücadelede kullanıldı. 30 Mayıs 2022'de ise maske kullanma zorunluluğunun sadece sağlık kuruluşlarında geçerli olmaya devam edeceğinin açıklanmasıyla birlikte topluma yönelik önlemler büyük ölçüde gündemden kalkmış oldu.[54] HASUDER'in COVID-19 pandemisi döneminde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine katkı sağlayacak uygulamaları arasında Korona Postası yer aldı.[55] "HASUDER COVID-19 Haber Postası"nın ilk olarak 15 Mart 2020'de yayımlanmış olması, Türkiye'de ilk olgunun görüldüğü günden sadece dört gün sonra yayım hayatına başladığını göstermektedir. Bu sayıda yer alan haberler Türkiye için pandeminin en başındaki günleri anımsatır niteliktedir. Örneğin dünyadan gelişmeler başlığı altında "Çin dışında dünyanın kalan bölümünden daha fazla olgu ve ölüm bildiren Avrupa, salgının merkezi haline geldiği" belirtilmekte, Türkiye'den gelişmeler başlığı altında Türkiye'deki olgu sayısının altıya yükseldiğinden, Sağlık Bakanlığı'nın güncellenen COVID-19 internet sayfasında hem halk hem de sağlık çalışanlarına yönelik daha geniş bilgilendirmelerin yer aldığı ifade edilmektedir. Ülkedeki koruma ve kontrol önlemleriyle ilgili haberler verilerken, okul eğitimlerine 16 Mart tarihi itibarıyla ara verildiğine, ulusal ya da uluslararası toplantı, kongre, konferans gibi etkinlikler geçici süreyle ertelendiğine değinilmekte, ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafında devam

eden sağlık hizmetleri ile ilgili olarak alınan tedbirler sıralanmaktadır.[56]

Korona Postası haftalık olarak yayımlanmayı sürdürmüş ve zamanla içeriği geliştirilmiştir. Örneğin 29.09.2020 tarihli Korona Postası'nda DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CentersforDisease Control andPrevention, CDC), Avrupa Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (European Center forDisease Control andPrevention, ECDC), Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (U.S. FoodandDrug Administration, FDA) kaynaklı olarak farklı gelişmelere ve haberlere yer verildiği, verilen haberlerle ilgili linklere erişimin de mümkün olduğu görülmektedir. Türkiye'den ise Sağlık Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı, kamu sağlık otoritesi haber kaynakları olarak yer almaktadır. Meslek örgütleri ve dernekleri üst başlığı altında ise Ankara/İstanbul/İzmir Tabip Odaları, Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği (KLİMİK), Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD), Türk Toraks Derneği (TTD), Türk Eczacıları Birliği (TEB), Türk Hemşireler Derneği (THD) kaynaklı haberler yer almaktadır. Son olarak HASUDER'den haberler başlığı altında ise HASUDER COVID-19 Görev Grubu tarafından hazırlanan haftanın konusuna, HASUDER Çocuk Sağlığı Çalışma Grubu'nun hazırladığı "COVID-19 Pandemisi Sürecinde Okullarda Yüz Yüze Eğitim" başlıklı çalışmaya değinilmektedir. Ayrıca UNICEF, Dünya Sağlık Örgütü ile Birleşmiş Milletler, Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü'nün Eylül 2020 tarihinde yayımladığı "COVID-19 bağlamında okulla ilgili halk sağlığı önlemlerine ilişkin hususlar" adlı dokümanının Türkçe çevirisinin yapılarak internet sayfasına yüklendiği belirtilmektedir.[57]

6. Türk Tabipleri Birliği Çalışmalarından Örnekler

Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) olağan dönemlerde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine katkı sağlayabilecek topluma yönelik olarak hazırlanmış kimi açıklamalarda bulunduğu, olağanüstü dönemlerde ise doğrudan topluma seslenen kimi içerikleri geliştirdiği ve belirli bir süreklilik içinde yayımladığı görülmektedir. Olağan dönemlerdeki açıklamalara örnek olarak 30 Mayıs 2025'te "Tütün ve Nikotin Endüstrisinin Maskesini Düşürelim-5 Soru, 5 Cevap" başlıklı bir haberde soruların ve yanıtların yer aldığı görülmektedir.[58] 28 Temmuz 2025'te ise Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Kolu tarafından hazırlanan "Sıcak Havalarda Çalışan Emekçilerin Sağlığı İçin Hangi Önlemler Alınmalıdır?" başlıklı bir açıklama yer almaktadır.[59]

TTB'nin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesiyle ilişkilendirilebilecek çalışma örnekleri arasında "Hekimler ile Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Halka Açık Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetlerine İlişkin Kılavuz" yer almaktadır.[60] Sağlık kurum ve kuruluşları ile hekimlerin halka açık internet ve sosyal medya kullanımında sağlık hizmetinin özelliği ve tıp mesleğinin saygınlığını dikkate alarak bu kılavuzda belirtilen ilke ve kurallara uymasını beklendiği ifade dilmektedir. Kılavuzda hekimlerin yükümlülüklerine değinilmektedir. Örneğin hekimlerin "deontoloji kurallarına ve hasta haklarına uymayan, abartılı, insanları yanıltıcı, korku veya paniğe düşürücü, yanlış yönlendirici, gerçeğe aykırı ifadeler kullanamayacakları; doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış, bilim çevrelerince kabul edilmiş bilgilere aykırı, hatalı bilgilere yer veremeyecekleri, verdikleri bilgilerin doğruluğundan bizzat sorumlu oldukları" belirtilmektedir. Kılavuzda internet sayfaları ve arama motorları ile ilgili kimi kurallar getirilmektedir. "Sayfa içeriği sadece bilgilendirme amaçlıdır, tanı ve tedavi için mutlaka doktorunuza başvurunuz." ifadesinin, en az diğer yazılarla aynı puntoda ve kolaylıkla fark edilebilir biçimde yer alması gerektiği söylenmektedir. Bir diğer maddede "Arama motorlarında hekim olarak bulunabilir olmak için hekimin veya sağlık kurum ve kuruluşunun ruhsatında yer alan ve 1219 sayılı yasada belirlenen uzmanlık alanı ile ilgili bilgiler dışında anahtar kelimelere yer verilemez." ifadesi yer yer almaktadır. Kılavuz ekinde ayrıca "Sağlık Kurum ve Kuruluşları ile Hekimlerin Toplumu Bilgilendirici Tanıtımlarında Görsel Kullanım Kuralları" adlı bir doküman yer almaktadır. Bu dokümanda hastalara ait görsel içeriklerin kendilerinden izin alınmaksızın kullanılmayacağı belirtilmekte, izin alınarak kullanılması durumunda uyulması gereken ilkeler sıralanmaktadır.[60]

TTB'nin olağanüstü dönemlerde sağlık hizmetleri kategorisinde yer alabilecek ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine katkı sağlayabilecek çalışma örnekleri ise deprem dönemine ve pandemi dönemine aittir. TTB tarafından deprem döneminde yürütülen çalışmalar arasında deprem bilgi notları, deprem bültenleri, infografik çalışmaları yer almaktadır. Hazırlanan ilk bilgi notunun depremin olduğu gün olan 6 Şubat 2023 tarihli olduğu görülmektedir. "Temiz su eldesi hakkında", "ilk 72 saatte beslenme önerileri", "potansiyel tuvalet çözümleri", "afet bölgelerinden çöplerin uzaklaştırılması", "afetlerde bebeklerin beslenmesi", "deprem sonrası ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar", "geçici barınma yerlerinin şematik yerleşim biçimi", "uyuz

hastalığının önlenmesi", "enkaz kaldırma çalışmalarında asbest maruziyetinin önlenmesi", "hava kirliliği ve karbonmonoksit zehirlenmesi", bilgi notlarının konuları arasında yer almaktadır. İshal, aşılama, asbest maruziyetinin önlenmesi, ellerin yıkanması, temiz su temini vb konularına yönelik olarak hazırlanmış çeşitli infografiklerin de bu dönemde kullanıldığı görülmektedir.[61]

Deprem bültenleri, TTB Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri Kolu ve sağlık emek-meslek örgütleriyle oluşturulan deprem kriz masasının tespit ettiği sorunlar ve çözüm önerilerine yönelik olarak düzenlenen basın toplantılarına dayanmaktadır.[61] Bunlardan ilki depremin ertesi günü 7 Şubat'ta düzenlenmiştir. Koordinasyon ve iş birliği, arama ve kurtarma, yaralıların tedavisi, barınma, mevcut durumun saptanması, bilgi kirliliği ile mücadele, ilaç ve tedaviye erişim, sağlık işgücünün planlanması gibi alt başlıklar içermektedir.[62] Basın toplantılarının youtube videolarını içeren deprem bültenlerinin yirmincisinin 3 Nisan 2023'te "Deprem ve Çocuk Sağlığı" temasıyla gerçekleştirildiği görülmektedir.[63]

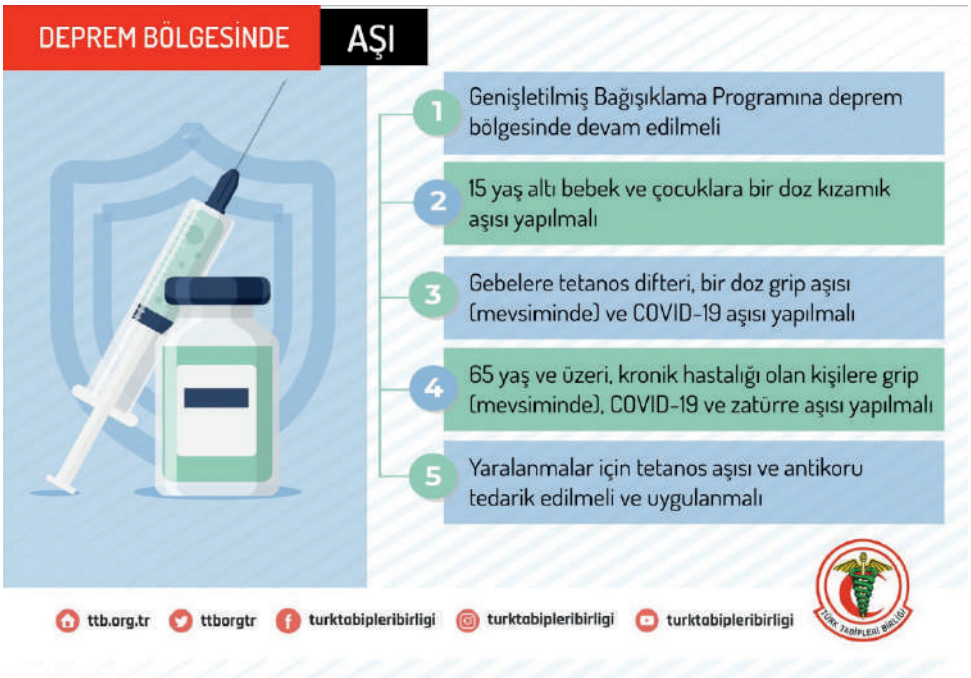
TTB'nin pandemi döneminde yürüttüğü çalışma örnekleri arasında, TTB Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB-UDEK) koronavirüs çalışma gurubu tarafından hazırlanan ve amacı "pandemi konusunda uzmanlardan güncel, güvenilir, bilimsel bilgi vermek" olarak belirtilen genel ağ sayfası yer almaktadır. Oldukça geniş bir içeriğe sahip olan sitede derneklerden başlığı altında tıpta uzmanlık dernekli kaynaklı haberler ve bilgiler vardır. Ayrıca makale başlığı altında çeşitli raporlara, video başlığı altında çeşitli bilgilendirme videolarına yer verilmiştir.[64]

7. Tıpta Uzmanlık Derneklerinin Çalışmalarından Örnekler

Bazı tıpta uzmanlık derneklerinin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik çalışmaları bulunmaktadır. KLİMİK'in (Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği) erişkin bağışıklamasına yönelik bilgilendirme amacıyla geliştirilen bir genel ağ sayfası bulunmaktadır. Bu sayfada yer alan "PozolojiMatik" adlı bir uygulamada kişiler risk gurubu, yaş gurubu, önceki aşılama durumu başlıkları altında açılır seçenekler içinden kendilerine uygun olanı işaretleyerek, hangi aşıları olmaları gerektiğini öğrenebilmektedir.[65]

Türkiye Psikiyatri Derneği'nin genel ağ sayfasında "halka yönelik" başlıklı bir sayfa yer almaktadır. Bu sayfadaki "Ruh Sağlığı Sorunları Olanlar Önce Kime Başvurmalı?" başlığında olduğu gibi sağlık hizmeti kullanımıyla ilgili yönlendirmeler, "Yaşlılıkta psikiyatri ilaçlarının kullanımı" başlığında olduğu gibi tedavi süreçleri ile ilgili bilgilendirmeler, "Sınav Kaygısı" başlığında olduğu gibi özgül ruhsal durumlarla ilgili bilgilendirmeler yer almaktadır.[66]

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği genel ağ sayfasında sık görülen çeşitli endokrinolojik has-



Şekil 4. TTB infografik çalışması örneği.

talıklar için halka yönelik bilgilendirme yapıldığı görülmektedir.[67] Bu derneğe ait "endokrin TV" başlığı altında farklı hastalıklara yönelik kısa bilgilendirme videoları yer almaktadır.[68]

Türk Dermatoloji Derneği genel ağ sayfasında "hastalarımız için" başlıklı bir sayfa yer almaktadır.[69] Bu sayfa içinde "doğru bilgi dermatoloğumda" başlığı altında kimi hastalıklara yönelik kısa videolar bulunmaktadır. "Hasta Bilgilendirme Broşürleri ve Kitapları" başlığı altında ise cilt hastalıklarına yönelik çok sayıda broşür varlığı dikkat çekmektedir.[70]

Türk Nefroloji Derneği genel ağ sayfası açılışta "sağlık profesyonellerine yönelik site" ve "hasta ve hasta yakınlarına yönelik site" olmak üzere iki ayrı sayfaya yönlendirme yapan sayfa mimarisi ile diğer uzmanlık derneklerinden ayrışmaktadır.[71] Hasta ya da yakınları böbrek sağlığım başlıklı bir siteye yönlendirilmektedir.[72] Bu sitede makaleler başlığı altında farklı hastalıklarla ilgili bilgilendirme yapılmaktadır. Ayrıca "nefroloji TV" isimli YouTube kanalındaki videolara bağlantılar yer almaktadır.

8. Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, ülkemizde sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik yürütülen çalışmaların hem kurumsal hem toplumsal düzeyde önemli ilerlemeler sağladığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın ulusal stratejileri, dijital platformlarda yürütülen iletişim kampanyaları ve meslek örgütlerinin katkıları, bireylerin doğru sağlık bilgisine ulaşmasını kolaylaştırmıştır. Bununla birlikte, sağlık okuryazarlığının sürdürülebilir biçimde artırılabilmesi için paydaşlar arası iş birliğinin güçlendirilmesi, eğitim süreçlerinde bu kavrama daha fazla yer verilmesi ve dijital okuryazarlığın desteklenmesi önem taşımaktadır. Bu doğrultuda, iyi uygulama örneklerinden elde edilen deneyimler gelecekteki politika ve programlara yön verecek niteliktedir.

KAYNAKLAR

1. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016;9(4):142-147.
2. Göçmen L, Meydan Acımış N. Dünden günümüze Türkiye'de sağlığın geliştirilmesi. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2017;4.
3. Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları; 1973. Yayın No:422. p.203-219.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Tarihçe [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://www.saglik.gov.tr/TR-11492/tarihce.html].
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Sağlığın Teşviki Daire Başkanlığı [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-55178/sagligin-tesviki-daire-baskanligi.html].
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Saha Araştırması Başladı [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-99779/turkiye-saglik-okuryazarligi-saha-arastirmasi-basladi.html].
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması Raporu [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-107354/turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasi-raporu.html].
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Sağlık Okuryazarlığı Ulusal Eylem Planı 2025-2028 [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/51749/0/saglik-okuryazarligi-ulusal-eylem-plani-2025-2028-v2pdf.pdf].
9. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Çocuk 2024 [Internet]. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2024 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2024-54197].
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Sağlıklı Çocuk Sağlıklı Gelecek Programı [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-108378/saglikli-cocuk-saglikli-gelecek-programi.html].
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Sağlıklı Çocuk Sağlıklı Gelecek Okul Sağlığı Hizmetleri İş Birliği Protokolü İmzalandı [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-108282/saglikli-cocuk-saglikli-gelecek-okul-sagligi-hizmetleri-is-birligi-protokolu-imzalandi.html].
12. World Health Organization. Oral health [Internet]. Geneva: World HealthOrganization; 2025 Mar 17 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health].
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Ağız ve Diş Sağlığı Daire Başkanlığı. Aile Diş Hekimliği Modeli Uygulaması 3 Pilot İlde Başlatıldı [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2022 Oct 17 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://shgmadsdb.saglik.gov.tr/TR-92751/aile-dis-hekimligi-modeli-uygulamasi-3-pilot-ilde-baslatildi.html].
14. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Ağızda Başlar [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://www.saglik.gov.tr/TR-100899/saglik-agizda-baslar.html].
15. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Farkındalık Etkinliği [Internet]. Ankara: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı; 2023 Nov 27 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://ta-

cese.tuseb.gov.tr/tr/haberler/koruyucu-agiz-ve-dis-sagligi-farkindalik-etkinligi-20231127].

16. Yener D. Sağlık Bakanlığı "annelik" yolculuğunu dijital platforma taşıdı [Internet]. Ankara: Anadolu Ajansı; 2025 May 19 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://www.aa.com.tr/tr/saglik/saglik-bakanligi-annelik-yolculugunu-dijital-platforma-tasidi/3572740].
17. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Gebe Okulu Yönetmeliği Yayımlandı [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-106521/gebe-okulu-yonetmeligi-yayimlandi.html].
18. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. Uzaktan Eğitim Gebe Okulu [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://khgm.saglik.gov.tr/TR,65461/uzaktan-egitim-gebe-okulu.html?Sayfa=2].
19. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğuma Hazırlık Ebe Polikliniği [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024 Dec 5 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://etliksehir.saglik.gov.tr/TR-1240735/doguma-hazirlik-ebe-polikliniği.html].
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Gölbaşı Yiğit Gençbay Sağlıklı Hayat Merkezi Sayın Bakanımızın Katılımıyla Düzenlenen Törenle Hizmete Açıldı [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-108028/golbasi-yigit-gencbay-saglikli-hayat-merkezi-sayin-bakanimizin-katilimiyla-duzenlenen-torenle-hizmete-acildi.html].
21. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıklı Hayat Akademisi (SAHA) Projesinde İlk Dersi Sağlık Bakanımız Prof. Dr. Kemal Memişoğlu Verdi [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025 Apr 11 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://bartinism.saglik.gov.tr/TR-344761/saglikli-hayat-akademisi-saha-projesinde-ilk-dersi-saglik-bakanimiz-prof-dr-kemal-memisoglu-verdi.html].
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk ve Ergen Akademilerini Hayata Geçirdik [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025 Sep 1 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-cocukergen/bebek-cocuk-ve-ergen-akademilerini-hayata-gecirdik.html].
23. T.C. Sağlık Bakanlığı. İlimizde Anne-Baba Adayları İle Sağlık Profesyonellerini Buluşturan Bebek Akademisi Eğitimleri Başladı [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025 Sep 11 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://duzceism.saglik.gov.tr/TR-360186/ilimizde-anne-baba-adaylari-ile-saglik-profesyonellerini-bulusturan-bebek-akademisi-egitimleri-basladi.html].
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. "Ergen ve Genç Akademisi" için Bilim Kurulu Toplandı [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025 Aug 29 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-cocukergen/ergen-ve-genc-akademisi-icin-bilim-kurulu-toplandi.html].
25. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028) [Internet]. Ankara: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı; 2023 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkınma-Plani_2024-2028_11122023.pdf].
26. PanAmericanHealthOrganization. HealthyAging [Internet]. Washington, D.C.: PanAmericanHealthOrganization; 2024 Oct 31 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://www.paho.org/en/healthy-aging].
27. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Gençlik ve Spor Bakanlığı ile İş Birliği Toplantısı Gerçekleştirildi [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-106921/genclik-ve-spor-bakanligi-ile-is-birligi-toplantisi-gerceklestirildi.html].
28. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Deprem Bölgesi İçin Uyuz Rehberi [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2023 Feb [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://deprem.saglik.gov.tr/depo/deprem/Deprem_Bolgesi_icin_Uyuz_Rehberi-Subat.pdf].
29. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Erken Teşhis Hayat Kurtarır - Meme Kanseri Taramanızı Yaptırın [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-106030/erken-teshis-hayat-kurtarir--meme-kanseri-taramanizi-yaptirin.html].
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Bağımlılıkla Mücadele [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-109121/bagimlilikla-mucadele.html].
31. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Fazla Kilo ile Mücadele İletişim Kampanyası [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-108376/fazla-kilo-ile-mucadele-iletisim-kampanyasi.html].
32. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Doğal Olan Normal Doğum [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-106002/dogal-olan-normal-dogum.html].
33. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Fermuar Sistemi ile Yaşama Yol Ver [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-106201/fermuar-sistemi-ile-yasama-yol-ver.html].
34. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Aile Hekimliği Muayene Sayıları %5 Arttı [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2020 Dec 20 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-57315/aile-hekimligi-muayene-sayilari-5-artti.html].
35. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Size En Yakın Hekiminiz Aile Hekiminiz [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.

tr/TR-110323/size-en-yakin-hekiminiz-aile-hekiminiz.html].

36. Yener D. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Haftası'nı 81 ilde 7 gün 7 tema ile kutlayacak [Internet]. Ankara: Anadolu Ajansı; 2025 Sep 1 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://www.aa.com.tr/tr/saglik/saglik-bakanligi-halk-sagligi-haftasini-81-ilde-7-gun-7-tema-ile-kutlayacak/3674964].
37. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. 2025 Yılı Sağlık Takvimi [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-101625/2025-yili-saglik-takvimi.html].
38. Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu. BMYK [Internet]. Ankara: Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu; 2024 Aug 19 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://bmyk.gov.tr/TR-67156/bmyk.html].
39. Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu. Başarabilirsin [Internet]. [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://www.instagram.com/cbasarabilirsin/].
40. Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu. Başarabilirsin [Internet]. [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://x.com/cbasarabilirsin].
41. Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu. Başarabilirsin [Internet]. [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://www.facebook.com/cbasarabilirsin/?locale=tr_TR].
42. Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu. Başarabilirsin [Internet]. [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sosyal.teknofest.app/@cbasarabilirsin].
43. T.C. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi. Hizmetlerimiz [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sabim.gov.tr/Hizmetlerimiz].
44. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Sağlık Hizmetlerine Erişim Rehberi [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-109435/saglik-hizmetlerine-erisim-rehberi.html].
45. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Gebelik ve Doğum Süreci "Annelik Yolculuğu" [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2022 Jul 27 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-87143/gebelik-ve-dogum-sureci-annelik-yolculugu.html].
46. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Teknoloji Bağımlılığı Ebeveyn Rehberi 2023 [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-101322/teknoloji-bagimliligi-ebeveyn-rehberi-2023.html].
47. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2022 [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2022 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Rehberler/Turkiye_Beslenme_Rehber_TUBER_2022_min.pdf].
48. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aşı Portalı [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://asi.saglik.gov.tr/].
49. T.C. Sağlık Bakanlığı. Neyim Var? [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://neyimvar.gov.tr/giris].
50. T.C. Sağlık Bakanlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı - Deprem Bilgilendirme Platformu [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2023 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://deprem.saglik.gov.tr/].
51. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Duyurular [Internet]. Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://www.hasuder.org.tr/listele/duyurular-hasuder-cat?page=1].
52. AFAD. Deprem [Internet]. Ankara: AFAD; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://deprem.afad.gov.tr/content/137].
53. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Deprem [Internet]. Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://www.hasuder.org.tr/deprem].
54. Wikipedia. Türkiye'de COVID-19 pandemisi [Internet]. [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://tr.wikipedia.org/wiki/T%C3%BCrkiye%27de_COVID-19_pandemisi].
55. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Korona Postası [Internet]. Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://korona.hasuder.org.tr/korona-postasi/].
56. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. HASUDER Yeni Koronavirüs (COVID-19) Haber Postası (15.03.2020) [Internet]. Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; 2020 Mar 15 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://korona.hasuder.org.tr/hasuder-yeni-koronavirus-covid-19-haber-postasi-15-03-2020/].
57. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. HASUDER Yeni Koronavirüs (COVID-19) Haber Postası (29.09.2020) [Internet]. Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; 2020 Sep 29 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://korona.hasuder.org.tr/hasuder-yeni-koronavirus-covid-19-haber-postasi-29-09-2020/].
58. Türk Tabipleri Birliği. Tütün ve Nikotin Endüstrisinin Maskesini Düşürelim - 5 Soru, 5 Cevap [Internet]. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=6efc4ee0-3d31-11f0-bce4-0dba7d44dd87].
59. Türk Tabipleri Birliği. Sıcak Havalarda Çalışan Emekçilerin Sağlığı İçin Hangi Önlemler Alınmalıdır? [Internet]. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=22844168-6bbb-11f0-a4f1-bd2273d9e8fe].
60. Türk Tabipleri Birliği. Hekimler ile Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Halka Açık Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetlerine İlişkin Kılavuz [Internet]. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://www.ttb.org.tr/mevzuat_goster.php?Guid=b49dd386-5e58-11f0-8892-211508e979a1].

61. Türk Tabipleri Birliği. Deprem [Internet]. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://www.ttb.org.tr/deprem/].
62. Türk Tabipleri Birliği. [Internet]. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=8bc51ca0-a6f7-11ed-b4b5-486b41055497].
63. Türk Tabipleri Birliği. [Internet]. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=-278088c8-d222-11ed-bee1-81997a9a951c].
64. Türk Tabipleri Birliği. KORONAVİRÜS [Internet]. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://www.hekimlik.org/koronavirus/].
65. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği. Klimik Aşı Platformu [Internet]. Ankara: Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği; 2023 Nov 9 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://asi.klimik.org.tr/].
66. Türkiye Psikiyatri Derneği. Halka Yönelik [Internet]. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik].
67. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Hastalıklar [Internet]. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://temd.org.tr/halk/hastaliklar].
68. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Endokrin TV [Internet]. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://temd.org.tr/temd-tv].
69. Türk Dermatoloji Derneği. Hastalarımız İçin [Internet]. Ankara: Türk Dermatoloji Derneği; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://turkdermatoloji.org.tr/hastalarimiz_icin].
70. Türk Dermatoloji Derneği. Hasta Bilgilendirme Broşürleri ve Kitapları [Internet]. Ankara: Türk Dermatoloji Derneği; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://turkdermatoloji.org.tr/icerik/detay/210].
71. Türk Nefroloji Derneği. Türk Nefroloji Derneği [Internet]. Ankara: Türk Nefroloji Derneği; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://nefroloji.org.tr/tr/].
72. Türk Nefroloji Derneği. Böbrek Sağlığım [Internet]. Ankara: Türk Nefroloji Derneği; [Erişim tarihi: 9 Ocak 2025]. Erişim adresi: [https://bobreksagligim.com.tr/index].

Türkiye'de Sağlığı Geliştirmede Dijital Sağlık Okuryazarlığı

Özgür Önal, Ersin Uskun

1. Giriş

Sağlığı geliştirme, bireylerin ve toplumların sağlık potansiyelini en üst düzeye çıkarmayı hedefleyen temel bir halk sağlığı yaklaşımıdır. Günümüzde bu yaklaşımın en önemli araçlarından biri dijital teknolojilerdir. Dijital sağlık platformları, bireylere yalnızca sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı sunmakla kalmamakta; aynı zamanda kendi sağlıklarını yönetme, bilinçli kararlar alma ve sağlıklı yaşam biçimlerini sürdürme konusunda önemli fırsatlar yaratmaktadır. Ancak bu fırsatların etkili kullanılabilmesi, bireylerin dijital sağlık okuryazarlığı (DSOY) düzeyine bağlıdır. DSOY, sağlık bilgisini bulma, anlama, değerlendirme ve kullanma becerisini dijital ortamda kazandırarak sağlığı geliştirme hedeflerine ulaşmada kritik bir köprü işlevi görmektedir.[1]

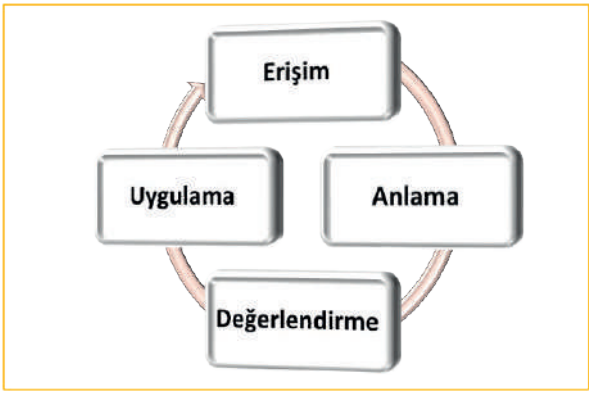
İşte bu kritik öneme sahip DSOY kavramının güncel durumunu ortaya koymak ve geleceğe yönelik bir yol haritası çizebilmek amacıyla, bu çalışmada halk sağlığı profesyonellerinin ulusal ölçekte ve son beş yıllık süreçte DSOY alanında yapılan araştırma, uygulama, program ve politikalar konusunda bilgi güncellemesini sağlamak amaçlanmıştır. Bu bağlamda öncelikle DSOY için kuramsal bir çerçeve çizilerek, mevcut güncel dijital sağlık uygulamalarının ve bu uygulamaların sağlık okuryazarlığına etkileri tartışılmış ve DSOY ile ilgili araştırmaların derlenerek bu perspektifle halk sağlığı profesyonellerine yönelik olarak kısa orta ve uzun dönemde sorun alanları ve çözüm önerileri üretilmeye çalışılmıştır.

2. Dijital Sağlık Okuryazarlığı Nedir?

DSOY, bireylerin internet, mobil sağlık uygulamaları, giyilebilir teknolojiler ve tele-sağlık platformları gibi dijital bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak sağlıkla ilişkili bilgilere erişme, bu bilgileri anlamlandırma, güvenilirliğini ve geçerliliğini eleştirel biçimde değerlendirme ile elde edilen bilgileri sağlıkla ilgili karar verme ve davranış değişikliği süreçlerine entegre etme yeterliliğini ifade eden çok boyutlu bir kavramdır.[2] Tanımdan anlaşıldığı üzere DSOY'un temeli erişim (access) – anlama (understand) – değerlendirme (appraise) ve uygulama (apply) olmak üzere dört aşamadan oluşmaktadır.[3]

Bu aşama bir yerde hiyerarşik bir sıralamayı da göstermektedir. Sağlık bilgisine ulaşma süreci ve dijital kanalları (arama motorları, resmi sağlık siteleri, mobil uygulamalar vb.) etkin biçimde kullanma ilk aşama olan erişimi oluşturmaktadır. Daha sonra elde edilen bilginin içeriğini kavrama ve sağlık terimlerini idrak etme, teknik bilgiyi günlük hayata uyarlamayı içeren anlama aşaması gelmektedir. Bilginin güvenilirliğini, doğruluğunu ve güncelliğini sorgulama ve kaynağın bilimsel mi yoksa yanıltıcı mı olduğunu ayırt etmeyi içeren değerlendirme üçüncü aşamada gerçekleşmektedir. Son olarak da doğru ve güvenilir bilgiyi sağlıkla ilgili karar ve davranışlara dönüştürme, elde edilen bilgiyi kendi sağlık durumuna uyarlayarak harekete geçmeyi içeren uygulama aşaması gelmektedir (**Şekil 1**).

DSOY, farklı okuryazarlık alanlarına özgü becerilerin bütüncül biçimde bir araya gelmesiyle oluşmaktadır. Bu yönüyle, yalnızca tek bir beceriye odaklanan diğer okuryazarlık türlerinden ayrışır. Norman ve Skinner, DSOY'un altı temel okuryazarlık bileşeninin birleşiminden meydana geldiğini belirtmektedir.[3] Bu bileşenler; metin okuma ve yazma gibi temel dil yetkinliklerini kapsayan *geleneksel* okuryazarlık, sağlıkla ilgili bilgileri anlama ve kullanma becerisini ifade eden *sağlık* okur-



Şekil 1. Dijital sağlık okuryazarlık aşamaları

yazarlığı, bilgiye erişme ve bilgiyi yönetme yeterliliğini tanımlayan *bilgi* okuryazarlığı, bilimsel kavram ve yöntemleri anlama kapasitesini içeren *bilim* okuryazarlığı, medya içeriklerini eleştirel değerlendirme yetisi olarak *medya* okuryazarlığı ve dijital cihazlar ile yazılımları etkin şekilde kullanma becerisi olan *bilgisayar* okuryazarlığıdır. Bu alt boyutların bir araya gelmesi, bireylerin dijital ortamda güvenilir sağlık bilgisine erişim, bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilinçli kararlar alma süreçlerini desteklemektedir.[3] Geleneksel, medya ve bilgi okuryazarlıkları analitik bileşeni oluşturmaktayken, bilgisayar, bilim ve sağlık okuryazarlığı bağlama özgü bileşeni oluşturmaktadır. Analitik beceriler konu veya bağlamdan bağımsız olarak çok çeşitli bilgi kaynaklarına uygulanabilirken bağlama özgü okuryazarlıklar ise belirli bir problem alanına veya duruma yönelik becerileri ifade eder (**Şekil 2**).

DSOY, yeni teknolojilerin ortaya çıkması ve kişisel, sosyal ve çevresel bağlamların değişmesiyle sürekli gelişen dinamik bir beceridir.[4] Bu nedenle, bireylerin ve sağlık sistemlerinin bu alandaki gelişimini sürekli olarak takip etmesi ve güncel kalması büyük önem taşır. Bu sürecin dinamik doğası, DSOY'un sürekli bir öğrenme ve adaptasyon becerisi gerektirdiğini gösterir.



Şekil 2. Dijital sağlık okuryazarlık alt bileşenleri

Bir bireyin bugün sahip olduğu dijital sağlık bilgisi ve becerisi, yarın yeni bir mobil uygulamanın veya elektronik teknolojinin tanıtılmasıyla yetersiz kalabilir. Bu durum, sağlık profesyonellerinin, eğitimcilerin ve politika yapıcıların DSOY'u statik bir bilgi seti olarak değil, sürekli gelişen bir yetenek olarak ele almasını zorunlu kılmaktadır.

3. Yakın Dönem Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı Dijital Sağlık Uygulamaları

Dünyada dijital sağlık alanında yaşanan hızlı gelişmelere paralel olarak, Türkiye'de de dijital sağlık uygulamalarının kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Dijital sağlık uygulamaları, kullanım amaçlarına göre koruyucu sağlık ve wellness (fitness, beslenme, uyku ve mental sağlık uygulamaları), teşhis ve tanı destek sistemleri (semptom kontrolü ve AI tabanlı görüntüleme analizleri), tedavi ve hastalık yönetimi (kronik hastalık ve ilaç takip uygulamaları) ve hasta-doktor etkileşimi (tele-tıp, elektronik hasta kayıtları gibi) olarak sınıflandırılabilir. Teknoloji temelinde ise mobil sağlık uygulamaları, giyilebilir teknolojiler (akıllı saatler, biyosensörler), yapay zeka destekli teşhis sistemleri, blockchain tabanlı veri güvenliği çözümleri ve IoT (Nesnelerin İnterneti) entegre akıllı cihazlar (tansiyon aletleri, akıllı tartılar) gibi çeşitli kategoriler bulunmaktadır.[5,6] DSOY, bu uygulamaların doğru ve etkin kullanımını sağlayarak bireylerin sağlık verilerini yönetmelerine, bilinçli kararlar almalarına ve sağlık hizmetlerinden maksimum fayda elde etmelerine olanak tanımaktadır. Bu nedenle, dijital sağlık araçlarının yaygınlaşmasıyla birlikte bu okuryazarlık becerisi, modern sağlık sistemlerinin vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. 2020 yılı, sağlık sektöründe dijital dönüşümün küresel ölçekte ivme kazandığı kritik bir eşik olarak tarihe geçmiştir. COVID-19 pandemisi, dijital sağlık çözümlerinin benimsenmesini operasyonel bir zorunluluk haline getirirken, aynı zamanda bu teknolojilere yönelik toplumsal kabulü ve adaptasyon sürecini de hızlandırmıştır.[7] Dijital izleme sistemleri, tele-sağlık hizmetleri ve mobil sağlık uygulamaları, pandemi sürecinde kritik bir rol oynamıştır. Özellikle mobil mesajlaşma uygulamaları üzerinden hekim danışmanlığı, online konsültasyon ve terapi hizmetleri, elektronik randevu sistemleri yoğun bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Türkiye'de "Hayat Eve Sığar" uygulaması; vaka takibi, risk haritalandırması ve kişisel önlemlerin yönetimi gibi işlevleriyle, gelecekte ortaya çıkabilecek salgınların yönetiminde kullanılabilecek bir model olarak öne çıkmıştır.[8] Pandemi süreciyle birlikte tele-sağlık hizmetlerine yönelik

talep kayda değer bir artış göstermiştir. 2019 yılında basit hastalıklar için uzaktan hekim konsültasyonu gerçekleştiren bireylerin oranı %38 iken, 2021 yılında bu oranın %61 seviyesine yükseldiği gözlemlenmiştir. Dijital sağlık alanındaki bu talep artışı, aynı zamanda dijital sağlık uygulamalarının çeşitliliğindeki artışla da paralellik göstermektedir.[9]

Dijital sağlık kullanımının etkinliği, kullanıcıların DSOY düzeylerine bağlıdır. DSOY, genellikle hastaların sağlık bilgilerini dijital ortamda bulma, anlama ve kullanma becerisi olarak düşünülse de günümüzde bu yetkinlik yalnızca hastalar için değil; doktorlar, hemşireler, sağlık yöneticileri, politika yapıcılar, akademisyenler ve tıp öğrencileri için de kritik öneme sahiptir. Doktorlar ve sağlık çalışanları, güncel klinik kılavuzlara, veri tabanlarına ve yapay zekâ destekli tanı araçlarına çoğunlukla dijital platformlar üzerinden erişmekte; tele-tıp, e-reçete ve online hasta portalları gibi sistemlerde doğru bilgi aktarımı için DSOY'a ihtiyaç duymaktadır. Sağlık yöneticileri, elektronik sağlık kayıtları ve hastane bilgi yönetim sistemlerinden elde edilen verileri etkin ve güvenli şekilde kullanabilmek, kaynak planlamasını doğru yapabilmek ve personel eğitimini yönlendirebilmek için bu beceriye sahip olmalıdır. Politika yapıcılar ise dijital sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini sağlamak, veri güvenliğini korumak ve etik çerçevede düzenlemeler yapmak için dijital sağlık ekosistemini iyi anlamalıdır. Akademisyenler ve öğrenciler açısından ise dijital veri tabanlarına, biyoinformatik araçlara ve çevrim içi araştırma platformlarına hâkim olmak hem bilimsel üretkenlik hem de sürekli öğrenme açısından gereklidir. Kısacası DSOY, artık sağlık sisteminin tüm paydaşları için ortak bir dil haline gelmiş; sağlık hizmetlerinin kalitesi, güvenliği ve erişilebilirliği açısından vazgeçilmez bir unsur olmuştur. DSOY'un önemi, T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı dijital sistemlerin etkin kullanımı açısından da açıkça görülmektedir. 2025 yılı itibariyle T.C. Sağlık Bakanlığı'nın kullandığı entegre dijital altyapıları arasına e-Nabız, SİNA (Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler), Karar Destek Sistemi (KDS), Ölüm Bildirim Sistemi (OBS), Teleradyoloji Sistemi (TELETIP), Acil Sağlık Otomasyon Sistemi (ASOS), İlaç Takip Sistemi (İTS), Bulaşıcı Hastalık Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi (İZCİ), Entegre Kurumsal İşlem Merkezi Birimi (İKSİS/EKİP), Merkezi Entegre Laboratuvar İşletim Sistemi (MELİS), Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS), Muayene Bilgi Yönetim Sistemi (MBYS), Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), Hastalık Yönetimi Platformu (HYP), Aşı Takip Sistemi (ATS), E-Rapor, Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS), Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS), Kimlik Paylaşım Sistemi (KPS) ve Mekansal İş Zekası Uygulaması (MİZ) yer almaktadır.[10] Bu sistemler, sağlık hizmetlerinin hızlı, güvenilir ve bütüncül bir şekilde sunulmasını sağlarken, verilerin doğru yönetilmesiyle tanı, tedavi, izlem ve raporlama süreçlerini de güçlendirmektedir. Bu kapsamda DSOY'un toplumsal düzeyde geliştirilmesi hem bireysel hem de toplum sağlık çıktılarını iyileştirmek adına artık zorunlu bir ihtiyaç haline gelmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2015 yılında hayata geçirilen e-Nabız dijital sağlık platformu, kişisel sağlık verilerine erişim yanında kullanıcıların sağlık bilgilerini anlama, yönetme ve bu bilgileri etkin şekilde kullanma becerisi gerektirdiğinden, Türkiye'de DSOY'un gelişiminde etkin bir rol oynamış olabilir.18 haziran 2025 tarihi itibariyle kullanıcı sayısı 78,5 milyona ulaşan e-Nabız, bireylerin laboratuvar sonuçları, radyolojik görüntüler, reçete bilgileri, teşhis raporları ve acil durum verileri gibi kapsamlı sağlık kayıtlarına kesintisiz erişim sağlamaktadır.[11] Son güncellemelerle birlikte "Biyometrik Giriş" ve "Karekod" özelliklerinin eklenmesinin yanı sıra ilaç satın alma gibi yeni işlevler de platforma entegre edilmiştir. Ayrıca, kullanıcılar sağlık verilerini belirledikleri süre ve kapsamda hekimleri veya yakınlarıyla paylaşabilmekte, profillerini İngilizce, Almanca, Fransızca, Arapça ve Rusça dillerinde görüntüleyebilmektedir. Platform üzerinden randevu alımı, organ ve kemik iliği bağışı beyanı gibi işlemler de gerçekleştirilebilmekte; giyilebilir teknolojilerle entegrasyon sayesinde akıllı bileklik ve diğer medikal cihazlardan elde edilen verilerin kaydı mümkün olmaktadır. Bu özellikler, e-Nabız'ı dijital sağlık yönetiminde merkezibir konuma getirmektedir.

4. Dijital Sağlık Okuryazarlığı Nasıl Ölçülür?

Sıklıkla birbirinin yerine kullanılsa da elektronik sağlık okuryazarlığı (e-SOY) daha çok internet tabanlı bilgi arama ve kullanma becerisini ifade ederken; DSOY, e-SOY'u da kapsayan ve mobil uygulamalar, tele-sağlık, yapay zekâ, sosyal medya gibi yeni nesil dijital araçları içeren daha geniş bir kavramdır. Bireylerin bu konudaki okuryazarlık düzeyini belirlemeye yönelik çalışmalarda her iki kavram da kullanılmaktadır. Ayrıca, telefon kullanımına odaklanan mobil sağlık (m-sağlık) okuryazarlığı, sağlıklı yaşam alanlarına yönelik (örneğin sağlıklı diyet, aşı) ya da belirli hastalıklara özgü (örneğin kronik hastalıklar) e-SOY türleri de bulunmaktadır (**Tablo 1**). Norman ve Skinner tarafından geliştirilen e-SOYölçeği (The eHealth literacy scale, e-HEALS)[3], ülkemizde ilk olarak Coşkun ve Bebiş tarafından, 2015 yılında, 14–21 yaş grubuna

Tablo 1. Dijital sağlık okuryazarlığı düzeyinin ölçümünde kullanılan ölçekler

	Orjinal ölçek	Uyarlama yapan	Yaş grubu	Yayınlanma yılı	Örneklem	Cronbach Alpha	Faktör Sayısı	Madde sayısı	Likert Ölçeği Dereceleri	Puan
e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	**Norman CD, Skinner HA.**[3]	**Coşkun S, Bebiş H.**[12]	14-21	2015	985	0,780	1	8	5	8-40
		Gencer ZT.[13]	13-21	2017	664	0,915				
		Uskun E, ve ark.[14]	>45	2022	400	0,970				
e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	**Chiang K, ve ark.**[15]	**Şenyurt Ş; Aslan, GK.**[16]	17-36	2023	456	0,820	3	12	5	12-60
Dijital Sağlık Okuryazarlığı	**Van Der Vaart R, Drossaert C.**[17]	**Çetin M; Gümüş R.**[18]	18-64	2023	1274	0,896	7	21	4	Ortalama
Dijital Aşı Okuryazarlığı	**Montagni I, ve ark.**[19]	**Kuday AD, Erdoğan Ö.**[20]	≥18	2025	236 Sağlık Personeli	0,730	3	7	4	7-28
Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı	**Duong TV ve ark.**[21]	**Yılmaz SK, Eskici G.**[22]	18-65	2021	240	0,785	1	4	4	(İndeks = (Ortalama-1) x 50/3)-0-50
e-Sağlıklı Beslenme Okuryazarlığı	**Duong TV, ve ark.**[23]	**Onbaşı Ö, Türker PF.**[24]	≥18	2023	158	0,770	5	15	5 ve 4	15-71
		Yılmaz SK, ve ark.[25]		2023	240 ilk, 879 ikinci	0,555	4	11	4	11-44
Kronik Hastalıklarda E-Sağlık Okuryazarlığı	**Zakaria N,ve ark.**[26]	**Day Y, Duman JGY.**[27]	19-90	2023 -yüksek lisans tezi	300	0,851	3	13	5	3 faktör toplamı
Mobil Sağlık (M-Sağlık) Okuryazarlığı	-	**Karadayı E, Duman JGY.**[28]		2022 -yüksek lisans tezi	448	0,802 (beceri) 0,813 (bilgi)	4	31	5	4 faktör toplamı
Kapsamli E-Sağlık Okuryazarlığı	-	**Arıcı G, Duman JGY.**[29]	18-31	2022 -yüksek lisans tezi	1030	0,958	4	46	5	4 faktör toplamı

(n=985, Cronbach α=0,780) uygulanmış[12], ardından Gencer tarafından, 2017'de 13–21 yaş arası gençlerde (n=664, α=0,915)[13] ve Uskun ve arkadaşları tarafından, 2022'de, 45 yaş üstü bireylerde (n=400, α=0,970)[14] geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Bunun yanı sıra, Chiang ve arkadaşlarının geliştirdiği e-SOYölçeğini[15], 2023'de, Şenyurt ve Aslan, 17–36 yaş arası bireylerde (n=456, α=0,820) Türkçe'ye uyarlamıştır[16]. DSOY düzeyini belirlemeye yönelik geliştirilen Van Der Vaart ve Drossaert'in ölçeği (Digital Health Literacy Instrument, DHLI)[17], Çetin ve Gümüş tarafından, 2023'de, 18–64 yaş grubunda (n=1274, α=0,896) kullanılmıştır[18]. Literatürde ayrıca özel alanlara yönelik olarak geliştirilen ölçekler de dikkat çekmektedir: Montagni ve arkadaşları tarafından geliştirilen Dijital Aşı Okuryazarlığı Ölçeği[19], Kuday ve Erdoğan tarafından, 2025'de sağlık personellerine uygulanarak (n=236, α=0,730)[20]; Duong ve arkadaşları tarafından geliştirilen Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği (Digital Healthy Diet Literacy Scale, DHDLS)[21], Yılmaz ve Eskici tarafından 2021'de, yetişkin bireylere uygulanarak (n=240, α=0,785)[22]; yine Duong ve arkadaşlarının geliştirdiği DHDLS[23] 2023'de Onbaşı ve Türker tarafından (n=158, α=0,770)[24] ve Yılmaz ve arkadaşları tarafından (n=1119, α=0,555)[25] Türkçeye uyarlanmıştır. Ayrıca, Zakaria ve arkadaşları tarafından geliştirilen Kronik Hastalıklarda e-SOYölçeği[26], Day ve Duman tarafından 2023'de (n=300, α=0,851) yüksek lisans tezi kapsamında Türkçe 'ye kazandırılmıştır[27]. Mobil sağlık okuryazarlığını ölçmeye yönelik olarak Karadayı ve Duman'ın 2022'deki çalışmasında 448 katılımcı üzerinde yapılan uygulama (α=0,802–0,813) geçerlik ve güvenirlik açısından yeterli bulunmuştur[28]. Son olarak, Arıcı ve Duman tarafından 2022'de geliştirilen Kapsamlı e-SOYölçeği, 18–31 yaş grubunda 1030 kişilik örneklemle yürütülen çalışmada (α=0,958) yüksek düzeyde güvenilir bulunmuştur[29]. Tüm bu çalışmalar, Türkiye'de e-SOY ve DSOY'u ölçmeye yönelik ölçeklerin giderek çeşitlendiğini ve farklı yaş grupları ile özel alanlara uyarlanarak literatüre önemli katkılar sağladığını göstermektedir.

5. Türkiyede Dijital Sağlık Okuryazarlığı Ne Düzeyde?

Türkiye'de DSOY durumunu değerlendirmek için bu konuda yapılmış çalışmalar sistematik olarak incelenmiştir. Ulusal ve uluslararası dizinlerde ve ulusal tez veri tabanında çok sayıda çalışma olduğu görülmüş, ulusal veri tabanları ve tez veri tabanı sayısal olarak değerlendirilmiş, makale bazında inceleme yapılmamıştır. Uluslararası indekslerde taranan dergilerde yayınlanmış çalışmalar ise detaylı incelenerek sonuçlar sunulmuştur.

Dizinlerdeki arama motorlarının arama özellikleri ve filtreleme seçenekleri farklı olduğu için ulaşılan arama sonuçları önce ayrı ayrı listelenmiş, daha sonra başlık ve özetler üzerinden konuyla ilgili olmayan çalışmalar ve tekrarlanan yayınlar çıkarılmıştır. Değerlendirme uluslararası indekslerden Web of Science Core Collection (WOS), PubMed ve Scopus; ulusal indekslerden DergiPark ve TR Dizin taranarak gerçekleştirilmiştir. Tezler için Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı (YÖK) Tez Merkezi'nden yararlanılmıştır.

6. Türkiye'de Dijital Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Tezler

YÖK Tez Merkezi'nin resmi web sitesinde[30] gelişmiş tarama sekmesinde "dijital sağlık"VEYA"e sağlık"VEYA"mobil sağlık (M sağlık)"VE"sağlık okuryazarlığı" anahtar kelimeleri ile yapılan taramada toplam 219 tez bulunduğu, bunların 167'sinin (%76,3) 2020 ve sonrasında yapıldığı, 105'inin (%62,9) DSOY'u ölçmeye veya değerlendirmeye yönelik çalışmalar olduğu belirlenmiştir. DSOY'u değerlendirmeye yönelik tezlerin tür ve konu (alan) dağılımları **Tablo 2**'de görülmektedir. Özellikle 2022 yılı ve sonrasında bu alanda yapılan tez çalışmalarının öncesine göre hızlı bir artış gösterdiği, 2025'in ilk yarısında da bu durumun devam ettiği görülmektedir. Tezlerin çoğunluğu yüksek lisans tezi olup (%71,4), sırasıyla sağlık yönetimi, hemşirelik ve halk sağlığı alanlarında yapılmıştır.

7. Türkiye'de Dijital Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili 2020–2025 Yılları Arasında Yapılmış Akademik Makaleler

7.1.Ulusal Dizinlerde Yer Alan Makaleler

7.1.1. TR Dizin'de Bulunan Makaleler

Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi (ULAKBİM) tarafından geliştirilen bir veri tabanı olan TR Dizin'de anahtar kelimeler kullanılarak gelişmiş arama yapılmıştır.[31] Fen Bilimleri ve Sosyal Bilimler alanlarında, sadece Türkçe anahtar kelimelerle yapılan aramada başlık düzeyinde 23, özet düzeyinde ise 46 makaleye ulaşılmıştır. İlgili arama komutu olarak "dijital sağlık okuryazarlığı" VEYA "e-sağlık okuryazarlığı" VEYA"e sağlık okuryazarlığı" kullanılmıştır. Özet düzeyinde listelenen yayınlar herhangi bir eleme yapılmadan, TR Dizin'in kendi filtre özelliklerikullanılarak değerlendirildiğinde, bu yayınların 29'unun sosyal, 25'inin fen veri tabanına ait olduğu görülmüştür. Konu kategorisi olarak ilk sırada tıp, ikinci sırada

Tablo 2. Türkiye'de 2020-2025 yılları arasında dijital sağlık okuryazarlığı konusunda yapılmış tezlerin tür ve konu (alan) dağılımları

Özellikler		Yıl						Toplam Sayı (%)
		2020	2021	2022	2023	2024	2025 (Ilk yarı)	
Tezin türü								
	Doktora	0	0	5	1	3	1	10 (9,5)
	Tıpta Uzmanlık	0	1	3	5	6	5	20 (19,0)
	Yüksek Lisans	4	3	16	23	20	9	75 (71,4)
Konu (alan)								
	Sağlık Yönetimi	2	1	4	6	11	2	26 (24,8)
	Hemşirelik	2	0	4	8	7	2	23 (21,9)
	Halk Sağlığı	0	1	4	9	2	2	18 (17,1)
	Aile Hekimliği	0	1	3	4	5	4	17 (16,2)
	Beslenme ve Diyetetik	0	0	4	1	1	0	6 (5,7)
	Eğitim ve Öğretim	0	0	1	0	2	1	4 (3,8)
	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	0	0	0	1	0	2	3 (2,9)
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	0	1	0	0	0	1	2 (1,9)
	Diğer*	0	0	4	0	1	1	6 (5,7)
Toplam; Sayı (%)		4(3,8)	4 (3,8)	24 (22,9)	29 (27,6)	29 (27,6)	15 (14,3)	105 (100,0)

*Diğer: Eczacılık= 1, İletişim Bilimleri= 1, Kadın Hastalıkları ve Doğum= 1, Spor= 2, Turizm= 1

sosyal alanların bulunduğu ve bu alanların yayınların büyük çoğunluğunu oluşturduğu; konu alanı olarak ilk sırada sağlık bilimleri ve hizmetleri (13 yayın) ile tıbbi informatik (13 yayın), sonrasında halk ve çevre sağlığı (4 yayın) ile klinik bilimlerin (kadın hastalıkları doğum/ anestezi/ genel ve dahili tıp vb.) (9 yayın) olduğu görülmüştür. Yayınların biri dışında tamamı araştırma makalesidir. 2020 yılı öncesinde yalnız 2 yayın bulunurken, 2020 yılı sonrasında yayın sayısında ciddi bir artış görüldüğü ve bu artışın 2022 ve sonrasında daha da belirgin olduğu dikkat çekmiştir.

7.1.2. DergiPark'ta Yayınlanmış Makaleler

DergiPark Akademik veri tabanı, başlık ve özetlerde, belirlenen anahtar kelimelerle (İlgili arama komutu: "dijital sağlık okuryazarlığı" VEYA "e-sağlık okuryazarlığı" VEYA ""e sağlık okuryazarlığı") tarandığında, toplam 356 makaleye ulaşılmıştır.[32] Bu makalelerin 346'sı (%97,2) 2020 yılı ve sonrasında yayımlanmış olup, 299'u (299/346: %86,4) araştırma makalesidir. Makalelerin 306'sı (306/356: %86,0) araştırma makalesidir ve araştırma makalelerinin 194'ü (194/306: %63,3) son üç yıl içinde yayımlanmıştır. 2025 yılı ilk yarısında (15 Ağustos 2025 itibariyle) yayımlanmış 52 araştırma makalesi bulunmaktadır.

Son beş yılda yayınlanmış araştırma makalelerinin çalışmalarının yürütüldüğü kurumların ilk üçü, sıklık sırasına göre, Selçuk Üniversitesi (13 yayın), Marmara Üniversitesi (10 yayın) ve Süleyman Demirel Üniversitesi'dir (10 yayın). Araştırma makalelerinin yayınlandığı dergiler incelendiğinde, en fazla makale yayınlanan ilk üç derginin sırasıyla "İletişim Bilimi Araştırmaları Dergisi" (6 yayın), "Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi" (5 yayın) ve "Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi" (5 yayın) olduğu saptanmıştır.

7.2.Uluslararası Dizinlerde Yer Alan Makaleler

Türkiye'de DSOY ile ilgili yapılmış ve uluslararası nitelikli akademik dergileri kapsayan dizinlerden, "WOS"[33], "Scopus"[34] ve "Pubmed"[35] dizinlerinde yayımlanan makaleler, gelişmiş arama sekmesinden ilgili anahtar kelimeler ile ("digital health literacy" OR "eHealth literacy" OR eHEALS OR DHLI), zaman (2020-2025) ve ülke sınırlaması (Turkey OR Türkiye) yapılarak listelenmiştir. WOS'da 48, Scopus'da 64, PubMed'de 26 makale olduğu tespit edilmiş, bunlardan konuyla ilgili olmayan ve tekrarlı yayınlar çıkarıldığında 57 makaleye ulaşılmıştır. Bu makalelerin detaylı incelemesi **Tablo 3**'te sunulmuştur.2020–2025 yılları arasında yapılan çalışmalar, Türkiye'de e-SOY düzeyinin çoğunlukla orta-yeterli

düzeyde olduğunu, ancak belirli dezavantajlı gruplarda düşük kaldığını ve eğitim programlarıyla artırılabileceğini göstermektedir. e-SOY ile ilgili araştırmalar, hem küçük ölçekli özel grup çalışmalarını hem de geniş toplum temsili örneklemleri kapsamaktadır. Bu çeşitlilik, e-SOY'un farklı yaş, meslek ve sağlık durumlarına sahip bireylerde değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Çalışmaların 28'inin (%49,1) 2025 yılının ilk yarısında yayınlandığı, bir çalışma dışında tamamının kesitsel çalışma olduğu, örnek büyüklüklerinin en küçük 102, en büyük 4700 arasında dağıldığı (ortalama 640,8) görülmektedir. Çalışmaların üçü (%5,3), örnekleminde Türkiye'yi de içeren, çok uluslu ve büyük örneklemli çalışmalardır. Makalelerin 18'i (%31,6) tıp, sağlık bilimleri veya hemşirelik fakültelerinin halk sağlığı bölümlerinden araştırmacıların ekipte yer aldığı araştırmacılar tarafından yürütülmüştür. Çalışmaların 8'i (%14,0) tıp fakültesi halk sağlığı anabilim dallarının araştırmacılarının dahil olduğu çalışmalardır. 2020-2025 yılları arasında uluslararası indekslerde taranan dergilerde yayımlanmış DSOY ile ilgili makalelerden, halk sağlığı bölümlerinden araştırmacıların yer aldığı çalışmaların en çok 2022 yılında (7 makaleden 4'ü; %57,1), daha sonra 2024 (11 makaleden 5'i; %45,5) ve 2023 yılında (11 makaleden 3'ü; %27,3) yayımlanmış olduğu görülmüştür. Bununla birlikte 2025 yılının ilk yarısında şimdiden, halk sağlıkçıların yer aldığı makalelerin sayıca yüksek olduğu ve bu hızla giderse 2022 yılındaki eğilimi yakalayacağı öngörülebilir.

Çalışmaların büyük kısmında (52 çalışma; %91,2) Norman ve Skinner'in e-SOYölçeği'nin (e-HEALS)[3] kullanıldığı; daha azında ise Van Der Vaart ve Drossaert'ın DSOYölçeği'nin (DHLI)[17] (3 çalışma; %5,3) veya COVID Sağlık Okuryazarlığı Ağı bağlamında uyarlanan DSOY aracının (1 çalışma; %1,8) veya Duong ve arkadaşlarının DHDLS'nin[21] (1 çalışma; %1,8) kullanıldığı görülmüştür.

Değerlendirmelerin genellikle toplam puan üzerinden yapıldığı, üç çalışmada ölçek puan ortalamalarının verilmediği, bir çalışmada ise kesim noktası kullanılarak ölçek puanının <26 olması durumunun yetersiz e-SOY olarak değerlendirildiği görülmüştür. Ölçüm aracı olarak e-HEALS'i kullanan çalışmalarda ölçek ortalama puanı; en düşük 14,2 ± 10,3 olarak (Niğde'de kronik hastalığı olan bireylerde) ve en yüksek 38,3±10,1 olarak (Siirt'te, Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki Kadin Doğum ve Jinekoloji Polikliniği'ne başvuran kadınlarda) bildirilmiştir. e-HEALS toplam puanı 8 ile 40 arasında bir değer alabilmesine rağmen, ölçüm aracı olarak e-HEALS'i kullanmış çalışmaların 3'ünde verilen ortalamanın 5'in altında olduğu görülmüş ve bu durum araştırmacıların toplam puanın madde ortalamasını hesaplayarak sonuçları verdikleri yönünde yorumlanmıştır. Çalışmaların çoğunda e-HEALS puan ortalamaları 25 ile 30 arasında değişmektedir ve bu değerler, katılımcıların büyük çoğunluğunun "yeterli" düzeyde e-SOY'a sahip olduğunu düşündürmektedir.

Bu sonuçlara ek olarak; e-SOY'un gruplar arası farklılıklar gösterdiği, öğrenciler, genç yetişkinler ve sağlık profesyonellerinde e-SOY puanlarının genellikle daha yüksek olduğu; yaşlı bireylerde, göçmenlerde, düşük eğitim ve düşük gelir grubunda e-SOY düzeyinin belirgin biçimde daha düşük olduğu görülmektedir. Buna ek olarak, bazı çalışmalarda, özellikle ergenler, yaşlılar ve göçmenlerde e-SOY'un yetersiz veya sorunlu düzeyde olduğu da bildirilmiştir (örneğin, göçmenlerin %80'inden fazlasında sınırlı e-SOY saptanmış olması gibi). Çalışmalar içinde yer alan tek müdahale çalışmasında ise eğitim veya bilgilendirme müdahalesi sonrası (e-Nabız temelli eğitim) e-HEALS puanlarında anlamlı artışlar elde edilmiş; bu da e-SOY düzeyinin geliştirilebilir olduğunu göstermiştir.

Çalışmaların sonuçları, e-SOY düzeylerinin bireylerin sağlık davranışları, bilgi düzeyleri, tutumları ve yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir belirleyici olduğunu göstermektedir. Araştırmalar, yüksek e-SOY düzeyinin emzirme desteği, sağlıklı yaşam tarzı davranışları, kanser taramaları, cinsel sağlık tutumları, bilişsel işlevler ve tedaviye uyum gibi farklı alanlarda olumlu etkiler yarattığını ortaya koymuştur. Ayrıca düşük e-SOY düzeyinin sağlık kaygısını artırabileceği, siberkondri ve ölüm kaygısı ile ilişkili olabileceği vurgulanmıştır. Çalışmalar; yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, gelir, internet kullanım alışkanlıkları ve teknolojik hazırlık gibi sosyodemografik faktörlerin e-SOY'u anlamlı şekilde etkilediğini bildirmiştir. Genel olarak bulgular, e-SOY'un sağlık okuryazarlığının modern bir boyutu olarak sağlık sonuçlarını, memnuniyeti ve refahı geliştirmede kritik bir rol oynadığını ortaya koymaktadır.

Araştırma sonuçları, e-SOY'un sağlığı geliştirme davranışlarıyla güçlü biçimde ilişkili olduğunu göstermektedir. Yüksek e-SOY düzeyine sahip bireylerin sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını benimseme, düzenli egzersiz yapma, sağlıklı beslenme, kanser taramalarına katılma, emzirme ve cinsel sağlık konularında olumlu tutumlar sergileme olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca e-SOY'un bireylerin sağlık sorumluluğu, öz bakım, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi gibi alanlarda da koruyucu ve destekleyici bir rol üstlendiği bulunmuştur. Bu bulgular, e-SOY'un yalnızca sağlık bilgisine erişim değil, aynı zamanda bu bilgiyi davranışa dönüştürme kapasitesinde de belirleyici olduğunu ve sağlığı geliştirme çalışmalarında kritik bir araç olarak değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 3. Türkiye'de 2020-2025 yılları arasında yapılmış ve uluslararası indekslerce taranan dergilerde yayınlanmış dijital sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaların özellikleri

	Yazar, Yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü	Amaç	Ölçme aracı; puanı	Sonuç
1	Akça, 2025[36]	Kesitsel, 2022, Türkiye'nin güneydoğusundaki bir aile sağlığı merkezi, baba olan bireyler	324	e-SOY düzeyinin emzirmeye olan etkisini incelemek	e-HEALS; 28,2 ± 5,6	e-SOY düzeyleri ile emzirmeye etkileri arasında pozitif, çok zayıf korelasyon ve e-SOY düzeyi yüksek olan babaların, özellikle yardım etme ve emzirme varlığı alt boyutlarında destekleyici davranışlar gösterme olasılığı daha yüksek bulunmuş.
2	Akkoyun, 2025[37]	Kesitsel, 2023, Türkiye'nin farklı bölgelerindeki hastanelerde, çalışan yenidoğan hemşireleri	384	e-SOY düzeyi ile bakım davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek	e-HEALS; 4,3 ± 0,6	e-HEALS düzeyi ile yaş, kadın olma, Güneydoğu Anadolu Bölgesinde olma, devlet hastanesi, mesleği için internet kullanma ve güvence alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş.
3	Korkmaz-Aslan, 2025[38]	Kesitsel, 2023, Denizli il merkezindeki aile sağlığı merkezleri, merkezlere başvuran üreme çağındaki (15-49 yaş) kadınlar	330	e-SOY düzeyi ile serviks kanseri ve insan papilloma virüsü farkındalığı arasındaki ilişkiyi belirlemek	e-HEALS; 28,7±6,8	e-SOY'un, kadınların serviks kanseri ve insan papilloma virüsü hakkındaki bilgi düzeylerini ve tehdit algılarını öngören bir faktör olduğu bulunmuş.
4	Avcı, 2025[39]	Kesitsel, 2024, Ankara, 18-64 yaş arası yetişkinler	414	Yetişkinler arasında sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının benimsenmesinde DSOY'un etkisini incelemek	DHLI; 2,9 ±0,4	DSOY düzeyi yüksek olan bireylerin sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını benimseme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuş.
5	Ayaz-Alkaya, 2025[40]	Kesitsel, 2022, Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye, 2 hemşirelik okulunda öğrenim gören öğrenciler	887	Hemşirelik öğrencilerinin e-SOY düzeyini ölçmek ve ilişkili faktörleri belirlemek	e-HEALS; 30,4 ±4,9	e-SOY puanları öğrencilerin okul, akademik düzey ve istihdam durumuna göre değişmekle birlikte genel olarak yüksek bulunmuş.
6	Aydın, 2025[41]	Kesitsel, 2022, Samsun, 65 yaş ve üzeri bireyler	773	Sağlık arama davranışı, e-SOY ve başarılı yaşlanma değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek	e-HEALS; belirtilmemiş	e-SOY algısı arttıkça sağlık arama davranışının da arttığı belirlenmiş.
7	Kefeli-Col, 2025[42]	Kesitsel, 2021-2022, yer belirtilmemiş, bir üniversitenin sağlık bölümünde öğrenim gören öğrenciler	568	e-SOY, sağlık kaygısı, siberkondri ve ölüm kaygısı düzeylerini belirlemek, bunları bağımsız değişkenler açısından değerlendirmek ve ölçekler arasındaki ilişkiyi incelemek	e-HEALS; 28,6±4,7	e-SOY asgari ücretin üzerinde kazananlarda daha yüksek bulunmuş. Düşük e-SOY'un sağlık kaygısını artırabileceğini ve bunun da siberkondri ve ölüm kaygısını kötüleştirebileceği vurgusu yapılmış.
8	Çakır, 2025[43]	Kesitsel, 2023, Türkiye genelinde online, 18-27 yaşları arasında olan sağlık bilimleri öğrencileri	1454	Sağlık eğitimi alan üniversite öğrencilerinin e-SOY ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını (HLB) belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi incelemek	e-HEALS; 29,3 ± 4,7	e-SOY ve HLB'ler arasında pozitif bir ilişki olduğu, lisans öğrencilerinin e-SOY puanlarının ön lisans öğrencilerinden daha yüksek olduğu bulunmuş.

	Yazar, Yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü	Amaç	Ölçme aracı; puanı	Sonuç
9	Çini, 2025[44]	Kesitsel, 2022, Konya, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin doğum öncesi polikliniğine başvuran gebeler	297	e-SOY düzeyi ile cinselliğe yönelik tutum arasındaki ilişkiyi incelemek	e-HEALS; 25,3 ± 7,2	e-SOY düzeyleri arttıkça gebelikte cinselliğe yönelik olumlu tutumun arttığı belirlenmiş.
10	Çöme, 2025[45]	Kesitsel, 2024, İzmir, Aile Sağlığı Merkezlerinde 65 yaş ve üzeri bireyler	211	Bilişsel işlev ile e-SOY arasındaki ilişkinin incelenmesi	e-HEALS; 22,4 ± 8,3 (erkeklerde), 21,6 ± 9,5 (kadınlarda)	Yaşlı yetişkinlerde bilişsel işlev DSOY'la güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuş; sosyodemografik faktörlerin (eğitim, gelir ve önceki teknoloji kullanımı) dijital okuryazarlık sonuçlarında önemli rol oynadığı belirtilmiş.
11	Dağ, 2025[46]	Kesitsel, 2025, Kütahya, Sağlık Bilimleri Üniversitesi öğrencileri	752	DSOY, sağlık sistemlerine güvensizlik ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkilerin ve bu iki faktörün sağlık kaygısı üzerine etkisini incelemek	DHLI; 2,9 ± 0,3	Sağlık kaygısının DSOY'dan olumsuz, sağlık sistemine güvensizlik ve çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışından ise olumlu etkilendiği bulunmuş.
12	Dibek, 2025[47]	Kesitsel, 2023-2024, yer belirtilmemiş, bir Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji kliniğinde yatan kalp yetmezliği olan 18 yaş üstü yetişkinler	250	DSOY, sağlık davranışları ve semptom durumu (sıklığı, şiddeti ve rahatsızlık düzeyi) arasındaki ilişkiyi ve sağlık davranışları ile semptom durumu arasındaki ilişkide DSOY'un aracı rolünü incelemek	e-HEALS; 21,9 ± 9,7	DSOY'un sağlık davranışlarıyla pozitif zayıf bir korelasyona, semptom durumuyla ise negatif bir korelasyona sahip olduğu bulunmuş. Aracılık analizi, sağlık davranışlarının semptom durumu üzerindeki etkisinin bir kısmının DSOY tarafından aracılık edildiğini ortaya koymuş.
13	Erdoğan, 2025[48]	Kesitsel, 2022-2023, yer belirtilmemiş, bir Üniversite Hastanesi Onkoloji ve Hematoloji Polikliniği'ne başvuran 18 yaş üstü kanser hastaları	113	Sosyodemografik özelliklerin ve bazı klinik ve internet kullanım özelliklerinin e-SOY Ölçeği ve Siberkondri Ölçeği düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek	e-HEALS; 24,1 ± 6,0	Tek başına tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamasının e-SOY Ölçeği puanındaki varyansın %40,8'ini açıkladığı bulunmuş.
14	Gözüm, 2025[49]	Randomize Kontrollü Tek Kör Çalışma, 2023, Antalya, 45-64 yaş arası yetişkinler	140	Yetersiz ve sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip 45-64 yaş arası yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı temelli e-Nabız eğitimi ve e-Nabız öğretim materyallerinin etkilerini karşılaştırmak	e-HEALS; müdahale grubu (öntest): 24,9 ± 8,3; (sontest): 30,2 ± 7,0; kontrol grubu (öntest): 24,1 ± 7,8; (sontest): 24,8 ± 7,2	HLS-EU tabanlı e-Pulse eğitiminin e-SOY üzerinde büyük bir etki büyüklüğü gösterdiği görülmüş.

Tablo 3. Türkiye'de 2020-2025 yılları arasında yapılmış ve uluslararası indekslerce taranan dergilerde yayınlanmış dijital sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaların özellikleri (devamı)

	Yazar, Yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü	Amaç	Ölçme aracı; puanı	Sonuç
15	Ivan, 2025[50]	Kesitsel, 2020-2021, Avrupa, Asya ve Kuzey Amerika'daki orta ve yüksek gelirli ülkelerde, 18 yaş üstü yetişkinler	2091	Orta ve yüksek gelirli ülkeleri karşılaştırarak, e-SOY'un pandemi sırasında yalnızlığı azaltma ve refahı sürdürme üzerindeki etkisini araştırmak	e-HEALS; 30,9 ± 5,4 (orta gelirli ülkeler) 32,1 ± 6,2 (yüksek gelirli ülkeler)	Yüksek gelirli ülkelerden gelen katılımcıların, orta gelirli ülkelere kıyasla önemli ölçüde daha yüksek e-SOY puanlarına sahip olduğu bulunmuş.
16	Keleş, 2025[51]	Kesitsel, 2022-2024, yer belirtilmemiş, üçüncü basamak bir hastanede, primer kas invaziv olmayan mesane kanseri (NIMBC) olan ve TUR-BT uygulanan hastalar	107	Primer kas invaziv olmayan mesane kanseri (NMIBC) için mesane tümörlerinin transüretral rezeksiyonu (TUR-BT) geçiren hastalarda kendi bildirilen sağlık okuryazarlığı (HL) ve DSOY düzeyinin tedaviye uyum ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmek	e-HEALS; 24,5 ± 1,7	NIMBC hastalarında kendi bildirdikleri DHL/HL seviyeleri ile tedaviye uyum ve yaşam kalitesi arasında bir bağlantı olduğu tespit edilmiş; yüksek DHL ve HL seviyelerinin, artan tedaviye uyum ile pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuş.
17	Koca, 2025[52]	Kesitsel, 2024, Malatya, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yetişkin Polikliniklerine başvuru yapan hastalar	275	e-SOY düzeylerinin kişisel sağlık sistemleri ve hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini değerlendirmek	e-HEALS; 3,6 ± 0,9	e-SOY'un, ayakta tedavi gören hastalarda duyulan memnuniyeti etkilediği ve ayakta tedavi gören hastalarda duyulan memnuniyetin, e-SOY ile kişisel sağlık sistemi perspektifleri arasında aracı görevi gördüğü belirlenmiş.
18	Madalı-Kafes, 2025[53]	Kesitsel, 2022, Konya-Karatay, bir özel eğitim uygulama okulu öğrencilerine bakım veren bireyler	138	Sağlık okuryazarlığı ve e-SOY düzeylerini değerlendirmek ve bu düzeyleri, diğer engelli öğrencilerin bakım verenleriyle karşılaştırmak	e-HEALS; 25,1 ± 7,1 (özel eğitim öğrencilerinin bakıcıları); 27,7 ± 5,90 (diğer engelli öğrencilerin bakıcıları)	Özel eğitim gerektiren öğrencilerin bakıcılarının, diğer engelli öğrencilerin bakıcılarına kıyasla anlamlı derecede daha düşük sağlık okuryazarlığına ve e-SOY'a sahip olduğu belirlenmiş.
19	Samanci-Tekin, 2025[54]	Kesitsel, 2023, Niğde, bir eğitim ve araştırma hastanesinde yatarak tedavi gören hastalar	300	Kronik hastalarda e-SOY'u ve kanser tarama tutumlarını değerlendirmek	e-HEALS; 14,2 ± 10,3	e-SOY arttıkça, katılımcıların kanser taramasına yönelik tutumlarının da olumlu yönde arttığını tespit edilmiş.
20	Selçuk-Tosun, 2025[55]	Kesitsel, 2022, Konya, 18-65 yaş arası bireyler	404	Sağlık okuryazarlığı, dijital sağlıklı beslenme okuryazarlığı ve fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek, fiziksel aktivitenin sağlık okuryazarlığı ve dijital sağlıklı beslenme okuryazarlığı ile ilişkisini değerlendirmek	DSBOYÖ; 25,1 ± 13,0	Dijital sağlıklı beslenme okuryazarlığının fiziksel aktivite düzeyinin yordayıcıları arasında olduğu belirlenmiş.
21	Yalnız-Dilcen, 2025[56]	Kesitsel, 2025, yer belirtilmemiş, 18-25 yaş arası okur-yazar yetişkin bireyler	601	Dijital okuryazarlığın, e-SOY'un cinsel sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisinde nasıl aracı bir rol oynadığını araştırmak	e-HEALS; 28,4±7,3	Yüksek bilişsel dijital okuryazarlık ve e-SOY'un daha bilinçli cinsel tutumlarla ilişkili olduğu bulunmuş.

	Yazar, Yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü	Amaç	Ölçme aracı; puanı	Sonuç
22	Yilmazel, 2025[57]	Kesitsel, 2019-2020, Türkiye'de bir ilde, 29 devlet okulunda lise son sınıf öğrencileri (ergenlerde)	1349	e-SOY düzeyleri ile seçilmiş sağlık davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi	e-HEALS; 25,9±5,7	Yeterli düzeyde Kabul edilen e-SOY düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiş.
23	Çavmak, 2024[58]	Kesitsel, yıl belirtilmemiş, yer belirtilmemiş, Türkiye'de yaşayan ve 18 yaş üstü bireyler	390	Teknolojiye hazır olma durumu, e-SOY ve uzaktan sağlık hizmetlerini kullanma niyeti arasındaki ilişkileri araştırmak	e-HEALS; belirtilmemiş	Uzaktan sağlık hizmetlerinin benimsenmesinde, teknolojik hazırlık ve DSOY'un önemli olduğu belirtilmiş.
24	Gül, 2024[59]	Kesitsel, 2024, Siirt, Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki Kadın Doğum ve Jinekoloji Polikliniği'ne başvuran kadınlar	300	e-SOY ile kadınlarda rahim ağzı kanserinin erken teşhisine yönelik tutumlar arasındaki ilişkiyi belirlemek	e-HEALS; 38,3±10,1	e-SOY ve rahim ağzı kanseriyle ilgili özelliklerin, rahim ağzı kanserinin erken teşhisine yönelik tutumları olumlu yönde etkilediği bulunmuş.
25	Keleş, 2024, effects[60]	Kesitsel, 2022, yer belirtilmemiş, üçüncü basamak bir doğum hastanesinin term gebelik takip polikliniğine başvuran gebeler	1265	e-SOY'un annelerin ve yenidoğanların sağlık çıktıları üzerindeki etkisini araştırmak	e-HEALS; median 21 (range:8-40)	Yüksek e-SOY'un, iyileştirilmiş sağlıklı yaşam davranışları, daha olumlu sağlık algıları, sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanımı ve daha iyi anne ve fetüs sonuçları ile ilişkili olduğu bulunmuş.
26	Keleş, 2024, exploring[61]	Kesitsel, 2023, yer belirtilmemiş, bir üniversite hastanesinde 80 yaşın altında böbrek taşı tedavisi olarak retrograd intrarenal cerrahi uygulanan hastalar	111	DSOY düzeyinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin araştırılması	e-HEALS (median (range)): 25 (12–40) (erkek); 28 (11–37) (kadın)	e-SOY düzeylerinin postoperatif yaşam kalitesiyle, özellikle öz bakım ve anksiyete/depresyon boyutlarıyla ilişkili olduğu bulunmuş.
27	Keleş, 2024, impact[62]	Kesitsel, 2022-2023, yer belirtilmemiş, bir üniversite hastanesinde lokalize prostat kanseri nedeniyle radikal prostatektomi geçiren erkekler	104	Yaşam kalitesi üzerinde sağlık okuryazarlığı ve e-SOY'un etkilerini değerlendirmek	e-keleşHEALS; 23,8 ± 3,9	İyileştirilmiş e-SOY ve sağlık okuryazarlığı, daha iyi genel sağlık durumu ile ilişkili bulunmuş.
28	Kılınç-İşleyen, 2024[63]	Kesitsel, 2024, yer belirtilmemiş, bir üniversitede okuyan kadın öğrenciler	589	Serviks kanseri ve insan papilloma virüsü (HPV) hakkındaki bilgi ve algılarını ve bunların e-SOY ile ilişkisini ortaya koymak	e-HEALS; özette belirtilmemiş (tam metin ulaşılamadı)	e-sağHL, CC ve HPV hakkındaki bilgi ve algıları olumlu yönde etkileyen önemli bir belirleyici faktör olarak belirlendi.

Tablo 3. Türkiye'de 2020-2025 yılları arasında yapılmış ve uluslararası indekslerce taranan dergilerde yayınlanmış dijital sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaların özellikleri (devamı)

	Yazar, Yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü	Amaç	Ölçme aracı; puanı	Sonuç
29	Korkmaz-Aslan, 2024[64]	Kesitsel, 2022, Denizli il merkezi, Aile sağlığı merkezlerine başvuran gebeler	201	e-SOY ile sağlıklı yaşam tarzı davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek	e-HEALS; 29,4 ± 6,2	e-SOY'un, gebe kadınların sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını etkileyen önemli bir faktör olduğu belirlenmiş.
30	Oflu, 2024[65]	Kesitsel, 2020-2021, Afyonkarahisar, 36-59 aylık çocukları olan anneler	440	e-SOY düzeyini belirlemek ve annelerin e-SOY'si ile" Erken Çocukluk Gelişim İndeksi" ve"Erken Ebeveynlik Uygulamaları" arasındaki ilişkiyi araştırmak	e-HEALS; yeterli e-SOY düzeyine sahip annelerin oranı %64,8	Eğitim ve gelir düzeyi yüksek olan annelerin yeterli e-SOY'a sahip olma olasılığı daha yüksek, Yeterli e-SOY seviyelerine sahip annelerin çocuklarının Erken Çocukluk Gelişim İndeksi'nin doğru yolda olma olasılığı ve günlük yeterli öğün ve atıştırmalıklara sahip olma olasılıkları daha yüksek bulunmuş.
31	Potur, 2024[66]	Kesitsel, 2023, Ankara, Şehir Hastanesi Jinekoloji kliniğine başvuran 30-65 yaş arası kadınlar	370	Çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışları, e-SOY düzeyleri ve siberkondri şiddet düzeyleri ile rahim ağzı kanseri taraması arasındaki ilişkiyi araştırmak	e-HEALS; 26,2 ± 7,4	e-SOY ile siberkondri ölçeği puanları arasında düşük pozitif korelasyon gözlenmiş; e-SOY ile taramalara katılım arasında önemli bir ilişki gözlemlen**me**miş.
32	Terzi, 2024[67]	Kesitsel, 2023, yer belirtilmemiş, bir lisedeki 14-17 yaş aralığındaki 9., 10. ve 11. sınıf ergenler	775	Nomofobi ve e-SOY düzeylerini ve bunları yordayan faktörleri belirlemek	e-HEALS; 28,0 ± 5,5	Çevrimiçi sağlık bilgisi arayan, internetteki sağlık bilgilerini yararlı bulan ve internetteki sağlık kaynaklarına erişmeyi önemli bulan erkek ergenlerin e-SOY düzeyleri daha yüksek bulunmuş.
33	Yaman-Çelik, 2024[68]	Kesitsel, 2022, İzmir, bir üniversite hastanesinin göğüs cerrahisi kliniğinde ameliyata alınacak hastalar	102	Ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri ile sağlık sorunlarına ilişkin elektronik sağlık bilgilerini bulma ve değerlendirme gibi becerilere ilişkin e-SOY düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek	e-HEALS; 24,8 ± 9,2	Hastaların orta düzeyde e-SOY'a sahip oldukları, kaygı düzeyleri ile e-SOY düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulun**ma**dığı belirlenmiş.
34	Aslantas, 2023[69]	Kesitsel, 2022, İstanbul, Bağcılar Esenler Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18 yaş üstü Türk vatandaşları	271	Siberkondri ile problemli internet kullanımı ve e-SOY arasındaki olası ilişkiyi ortaya koymak	e-HEALS; 25,9+-8,3	Problemli internet kullanımı ve e-SOY puanları arttıkça siberkondri şiddetinin arttığı ve e-SOY puanlarının 18-30 yaş grubunda ve üniversite mezunu olanlarda daha yüksek olduğu bulunmuş.
35	Baspinar, 2023[70]	Kesitsel, 2023, İstanbul, bir eğitim hastanesindeki poliklinik hastaları	417	Siberkondri veya e-SOY düzeyinin ve ilgili faktörlerin vitamin-mineral kullanım sıklığına etkisini incelemek	e-HEALS; 28,0±7,2	e-SOY'u daha yüksek olan ve eşlik eden hastalıkları olan kadınların besin takviyesi kullanıcısı olma olasılıkları yüksek bulunmuş.

	Yazar, Yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü	Amaç	Ölçme aracı; puanı	Sonuç
36	Çetin, 2023[18]	Kesitsel, 2023, Diyarbakır, 18 ile 64 yaş arası bireyler	1.274	(DHLI) Türkçe versiyonunun geçerliliğini ve güvenilirliğini değerlendirmek ve DSOY düzeyi ile sağlıklı yaşam tarzı davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek	DHLI; 3,0+-0,5	Kronik hastalığı olmayan, fiziksel egzersiz yapan, daha az fast food tüketen, normal vücut kitle indeksine sahip ve sağlık sigortası olan kişilerde DHLI puanı daha yüksek bulunmuş.
37	Değer, 2023[71]	Kesitsel, 2023, İstanbul, Suriyeli göçmenler	542	e-SOY ve akılcı ilaç kullanımını etkileyen faktörleri değerlendirmek	e-HEALS; 20,6 ± 7,3	Göçmenlerin %80,3'ünün e-SOY düzeyi sınırlı (yetersiz + sorunlu) olduğu, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, kadın cinsiyet ve düzenli ilaç kullanma durumunda e-SOY düşük olduğu bulunmuş.
38	Dolu, 2023[72]	Kesitsel, 2019, Bartın, sağlık bilimleri dışındaki alanlarda eğitim gören üniversite öğrencileri	476	e-SOY düzeyini ve SOY, dijital okuryazarlık, medya ve televizyon okuryazarlığı ve ekran süresi ile ilişkisini incelemek	e-HEALS; 28,5±6.2 (erkeklerde); 29,2±5,7 (kadınlarda)	e-SOY'un, sosyodemografik özelliklere göre farklılık göster**me**diği; dijital okuryazarlık, medya ve televizyon okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı ile orta derecede ilişkili olduğu bulunmuş.
39	Özdemir, 2023[73]	Kesitsel, 2019-2020, İstanbul, 15 yaş ve üzeri	806	e-SOY'un sosyodemografik belirleyicilerini incelemek	e-HEALS; 29,1 ± 7,0	En düşük e-SOY, sağlık durumunu çok kötü olarak belirten, 14-25 yaş ve üzeri ile 75 yaş ve üzeri olan ve son bir yılda herhangi bir sağlık profesyonelini on kez veya daha fazla ziyaret eden katılımcılarda belirlenmiş.
40	Sinan, 2023[74]	Kesitsel, 2019, Ankara, hemşirelik öğrencileri	1059	e-SOY düzeylerini belirlemek ve e-SOY'u etkileyen faktörleri tahmin etmek	e-HEALS; 29,3 ± 4,7	Öğrencilerinin çoğunluğunun e-SOY'u orta düzeyde, akademik düzey, internet kullanım sıklığı, internette sağlıkla ilgili bilgi arama, internette sağlık kaynaklarına erişmeyi önemli bulma ve sağlık kararları alırken interneti faydalı bulma, e-SOY'un belirleyicileri olarak bulunmuş.
41	Sözeri-Öztürk, 2023[75]	Kesitsel, 2023, Ankara, Gazi Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Merkezi'nde tedavi gören solid tümör tanısı almış kanser hastaları	296	İnternet kullanımını, e-SOY düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek	e-HEALS; 22,9 ± 9,7	Yaşın artması ve eğitim düzeyinin azalması e-SOY'u olumsuz; kanser hakkında bilgi edinmek için interneti kullanma ise olumlu etkilemiş; e-Soy düzeyi geliştirilmesi gereken bir düzeyde bulunmuş.
42	Şahin, 2023[76]	Kesitsel, 2021, yeri belirtilmemiş, bir il merkezinde bir hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran gebeler	238	e-SOY ile sağlık algısı ve gebelik riski algısı arasındaki ilişkileri değerlendirmek	e-HEALS; 30,5 ± 6,6	"Bebek İçin Risk" alt ölçeği üzerine e-SOY Ölçeği'nin doğrudan etkisinin olmadığı belirlenmiş.

Tablo 3. Türkiye'de 2020-2025 yılları arasında yapılmış ve uluslararası indekslerce taranan dergilerde yayınlanmış dijital sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaların özellikleri (devamı)

	Yazar, Yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü	Amaç	Ölçme aracı; puanı	Sonuç
43	Şen, 2023[77]	Kesitsel, 2021, İstanbul, Pandemi Hastanesi'nin aşı kliniklerine başvuran bireyler	422	Pandemi döneminde Covid-19 aşısına yönelik tutumda e-SOY'un rolünü değerlendirmek	e-HEALS; 30,9±8,5	e-SOY, kadınlarda ve üniversite mezunu olanlarda daha yüksek bulunmuş; e-SOY yüksek olanlarda Covid-19 Aşısına karşı 2,2 kat daha iyi bir tutum puanı olduğu belirlenmiş.
44	Yilmazel, 2023[78]	Kesitsel, 2022, Çorum, ildeki 9 lisedeki ergenler	706	sağlıklı yaşam etkinlikleri ve koruyucu sağlık uygulamaları aracılığıyla e-SOY'un yordanıp yordanmadığı incelenmiş	e-HEALS; 29,4±6,3	e-SOY'un sağlık geliştirme faaliyetlerini pozitif ve anlamlı şekilde yordadığı bulunmuş.
45	Cetinkaya, 2022[79]	Kesitsel, 2020, Van, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi hemşirelik öğrencileri	398	e-SOY düzeylerini ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek	e-HEALS; 29,4 ± 4,4	e-SOY düzeylerinin iyi düzeyde olduğu ve internet becerilerini iyi ve çok iyi algılayanlarda anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuş.
46	Dağhan, 2022[80]	Kesitsel, 2016-2017, Türkiye'nin batısındaki bir il, bir devlet ortaokulunda 6-8. sınıf öğrencileri	1347	Erken ergenlik dönemindeki e-SOY'u tanımlamak ve etkileyen faktörleri belirlemek	e-HEALS; 23,8 ± 6,9	Ergenlerin e-SOY'un oldukça düşük ve yetersiz olduğu, ergenlerin kaliteli eSağlık bilgisine nasıl ve nerede ulaşılacağı konusunda bilgi ve becerilerinde boşluklar olduğu belirlenmiş.
47	Marzo, 2022[81]	Kesitsel, 2021, 12 ülkede gerçekleştirilmiş çok uluslu, 18 yaş üstü yetişkinler	4700 (586'sı Türkiyeden)	DSOY 'u ve COVID-19 aşılamasıyla ilişkisini değerlendirmek	COVID SOY Ağı bağlamında uyarlanan DHLI; 35,1±6,9	Ulusal aşılama takvimine destek" için "evet" yanıtını verenlerin ortalama DHLI puanı "hayır" veya "bilmiyorum" yanıtını verenlere göre yüksek bulunmuş.
48	Sögüt, 2022[82]	Kesitsel, 2020, Türkiye genelinde online, ebelik öğrencileri	578	e-SOY ve öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek	e-HEALS; 28,4±7,1	20 yaş ve altı, birinci sınıf öğrencisi, düşük gelirli ailelerden gelen, günde bir saatten az internette zaman geçiren, uzaktan eğitimden düşük memnuniyet düzeyine sahip ve uzaktan eğitim yoluyla teorik dersleri almaya devam etmek isteyen öğrencilerin e-SOY ve öz yeterlilik düzeyleri düşük; e-SOY ile çevrimiçi eğitime yönelik öz yeterlilik düzeyleri arasında ilişki olduğu bulunmuş.
49	Tümer, 2022[83]	Kesitsel, 2014-2015, Muğla, lise öğrencileri	1252	DSOY düzeylerini ve gelişimine katkıda bulunan faktörleri belirlemek	e-HEALS; 27,5 ± 6,8	Çekirdek ailede yaşayan, sağlıklı olmanın önemini anlayan, internete kolay erişebilen ve yüksek gelir düzeyine sahip, eğitimli ebeveynlere sahip öğrencilerin ortalama DSOY puanları daha yüksek bulunmuş.
50	Yoğurtcu, 2022[84]	Kesitsel, 2019, İzmir, iki büyük eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşireler	451	e-SOY'u belirlemek ve sağlığı geliştirici davranışlarını incelemek	e-HEALS; 29,9 ± 5,4	e-SOY'un orta düzeyde olduğu ve genel sağlık geliştirici davranışlar, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler ile e-SOY arasında anlamlı ilişki bulunmuş.

	Yazar, Yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü	Amaç	Ölçme aracı; puanı	Sonuç
51	Yüce, 2022[85]	Kesitsel, 2020-2021, İzmir, beş popüler hastaneye başvuran kronik hastalar	604	e-SOY becerilerini anlamak	e-HEALS; 3,3+-1,1	Hastaların eğitim düzeyi, yaşı, dijital okuryazarlık ve teknoloji kullanım becerileri, hastaların eSağlık kullanımları için önemli faktörler olarak bulunmuş.
52	Aslantekin-Özçoban, 2021[86]	Kesitsel, 2021, Türkiye'nin batısındaki bir il, üniversite öğrencileri	1003	Acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeylerini, etkileyen faktörleri ve e-SOY düzeylerini belirlemek	e-HEALS; 25,7±7,0	Acil kontrasepsiyon bilgi puanlarının e-SOY puanlarıyla anlamlı ve pozitif bir korelasyon gösterdiği bulunmuş.
53	Korkmaz-Aslan, 2021[87]	Kesitsel, 2018, Denizli, lise öğrencileri	403	e-SOY düzeylerini ve sağlıklı yaşam davranışlarıyla ilişkisini belirlemek	e-HEALS; 27,9±6,2	e-SOY'un orta düzeyin biraz üzerinde olduğu; e-SOY'un sağlıklı yaşamı geliştirici davranışların altı boyutunu da anlamlı düzeyde pozitif yönde yordadığı belirlenmiş.
54	Öztürk-Eyimaya, 2021[88]	Kesitsel, 2017-2018, yer belirtilmemiş, bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören öğrenciler	390	Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve e-SOY düzeylerini belirlemek	e-HEALS; 27,5 ± 4,7	e-SOY ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (HLBS II) arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu; çekirdek ailede yaşayan ergenlerde e-SOY ölçeği puan ortalamalarının, geniş aile yapısına sahip olanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiş.
55	Taylor, 2021[89]	Kesitsel, 2018-2019, 18 ülkede gerçekleştirilmiş çok uluslu çalışma, kötü kontrollü romatoid artritli (RA) yetişkin hastalar	1624	Hastalığı modifiye edici antiromatizmal ilaçlara (DMARD) yetersiz yanıtın tedavi memnuniyeti, hastalık sonuçları ve RA hastalığının yönetimiyle ilgili hasta bakış açıları üzerindeki etkisini değerlendirmek	e-HEALS; hastaların %67,4'ünde puan <26 (yetersiz) e-SOY	RA'lı hastalardan oluşan büyük bir çok uluslu kohortta (SENSE) hasta popülasyonunun üçte ikisinin DHL'si zayıf olarak belirlenmiş .
56	Turan, 2021[90]	Kesitsel, 2016-2017, İstanbul, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencileri	232	e-SOY düzeylerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisini belirlemek	e-HEALS; 29,5 ± 5,0	e-SOY ne kadar yüksekse sağlıklı yaşam tarzı davranışları düzeyleri de o kadar yüksek bulunmuş.
57	Üstün, 2020[91]	Kesitsel, 2019, İstanbul, Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi öğrencileri	229	Mobil sağlık uygulamalarına yönelik davranışlarını ve e-SOY'u değerlendirmek	e-HEALS; 30,1±5,5	mobil sağlık uygulamaları kullananlar ve erkeklerde daha yüksek e-SOY bulunmuş.

DHLI: Dijital Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Digital Health Literacy Instrument)

DHDLS: Dijital Sağlıklı Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği (Digital Healthy Diet Literacy Scale)

DSOY: Dijital Sağlık okuryazarlığı

e-HEALS: e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (The eHealth literacy scale,)

e-SOY: e-Sağlık Okuryazarlığı

8.SONUÇ

Sonuç olarak, küresel gelişmelerle paralel bir şekilde ülkemizde de hızla yaygınlaşan dijital sağlık uygulamaları, sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir bileşeni haline gelmektedir. Bu dönüşümün başarısı, bireylerin bu teknolojilere uyum sağlama ve onları etkin bir şekilde kullanma becerilerine bağlıdır. Dolayısıyla, sağlığı geliştirme stratejilerinin öncelikli adımlarından biri, DSOY'un sistematik olarak geliştirilmesidir. Bu alanda devam eden ölçek geliştirme çalışmaları, bireylerin dijital sağlık becerilerini ölçmek ve iyileştirmek için kritik bir zemin oluşturmaktadır. Ayrıca, konuyu daha derinlemesine anlamamızı sağlayacak nedensel ilişkileri ortaya koyan araştırmalar, geleceğin dijital sağlık ekosistemini şekillendirmede ve politika oluşturmada son derece değerli bir rehberlik sunacaktır.

Sağlığı geliştirme çalışmaları, koruyucu hekimlik uygulamalarının temel yapı taşlarından biridir ve günümüzde dijital sağlık teknolojilerinin hızla yaygınlaşması, DSOY'u bu çalışmaların vazgeçilmez bir unsuru haline getirmiştir. Bulgular, özellikle 2020–2025 yılları arasında Türkiye'de halk sağlığı araştırmacılarının DSOY alanına giderek artan bir ilgi gösterdiğini ortaya koymaktadır. Halk sağlığı bölümlerinden ve tıp fakültesi halk sağlığı anabilim dallarından araştırmacıların katkılarıyla yayımlanan makalelerin sayısındaki artış, bu alanda kurumsal ve akademik bir yönelimin oluştuğunu göstermektedir. Özellikle 2022 yılında ulaşılan yüksek düzeyin, 2025 yılı itibarıyla yeniden yakalanma potansiyeli, halk sağlığı disiplininin dijital dönüşüme uyum sağlama kapasitesini ve alana katkı sunma istekliliğini yansıtmaktadır. Bu eğilim, halk sağlığı profesyonellerinin DSOY'u geliştirme konusunda etkin roller üstlenmeye başladığını, böylece sağlığı geliştirme çalışmalarında daha güçlü ve sürdürülebilir bir bilimsel zeminin oluştuğunu göstermektedir. DSOY yalnızca bireysel bir yeterlilik değil, aynı zamanda toplum sağlığını doğrudan etkileyen stratejik bir alandır. Bu nedenle, halk sağlığı profesyonellerinin bu süreçteki sorumlulukları ve katkıları özel önem taşımakta olup, DSOY'un güçlendirilmesi için farklı zaman dilimlerine yayılan somut adımların planlanmasını gerekli kılmaktadır. Kısa vadede mevcut durumun belirlenmesine yönelik ihtiyaç analizlerinin yapılması, dijital sağlık uygulamaları hakkında bilgilendirme ve farkındalık artırıcı eğitimlerin düzenlenmesi, ayrıca sağlık iletişimi materyallerinin sadeleştirilerek dijital okuryazarlık ilkelerine uygun biçimde hazırlanması önem taşımaktadır. Orta vadede, halk sağlığı eğitim müfredatına DSOY konularının entegre edilmesi, sürekli mesleki gelişim programlarının akredite edilmesi, kamu kurumları, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşları arasında iş birliğine dayalı kapasite geliştirme faaliyetlerinin yürütülmesi ve dijital sağlık uygulamalarının farklı toplumsal gruplara erişilebilir biçimde yeniden tasarlanması gerekmektedir. Uzun vadede ise DSOY'u geliştirmeye yönelik ulusal politika ve stratejilerin oluşturulması, etik, hukuki ve sosyal boyutları gözeten düzenlemelerin yapılması, ulusal düzeyde veri tabanlarının ve araştırma altyapılarının güçlendirilmesi ve nihayetinde DSOY'un halk sağlığı profesyonelleri için temel mesleki yetkinliklerden biri haline getirilerek kurumsallaştırılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Fitzpatrick PJ. Improving health literacy using the power of digital communications to achieve better health outcomes for patients and practitioners. Front Digit Health. 2023;5:1264780.
2. Dunn P, Hazzard E. Technology approaches to digital health literacy. Int J Cardiol. 2019;293:294-6.
3. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. J Med Internet Res. 2006 Jun;8(2):e9.
4. Çinibulak M. Sağlıkta e-okuryazarlık. In: Sağlık Yönetiminde Teknolojik Yaklaşımlar-I. 2024. p.169.
5. Pires IM, Marques G, Garcia NM, Flórez-Revuelta F, Ponciano V, Oniani S. A research on the classification and applicability of the mobile health applications. J Pers Med. 2020;10(1):11.
6. Tabak N, Olszar A, Książek E, Bochniak M. Mobile apps as health-supporting tools in the digital era–technological, health, and social aspects of m-Health. Nauki Inżynierskie i Technologie. 2024;40.
7. Golinelli D, Boetto E, Carullo G, Nuzzolese AG, Landini MP, Fantini MP. Adoption of digital technologies in health care during the COVID-19 pandemic: systematic review of early scientific literature. J Med Internet Res. 2020 Nov 6;22(11):e22280.
8. Noyan B, Erdem A, Kaya Ö, Demir S. COVID-19 ile mücadele kapsamında geliştirilen Hayat Eve Sığar (HES) uygulamasının kullanım özelliklerinin incelenmesi. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2022;5(3):8-26.
9. Philips. Türkiye Sağlık Trendleri 2021 Araştırması. Kasım 2021. Available from: https://www.philips.com.tr/aw/about/news/archive/standard/news/press/2021/20210911-philips-changing-with-covid-19-announced-turkey-health-trends.html
10. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. e-Nabız USS İşleyiş Rehberi. Available from: https://rehber.enabiz.gov.tr/Home/UssIsleyis
11. Haber TRT. Sağlık alanında yeni düzenlemeler Meclis gündemine gelecek. TRT Haber; 2025 Jun 18. Available from: https://www.trthaber.com/haber/saglik/saglik-alaninda-yeni-duzenlemeler-meclis-gundemine-gelecek-911021.html

12. Coşkun S, Bebiş H. Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. Gülhane Tıp Derg. 2015;57:378-384.
13. Gencer ZT. Norman ve Skinner'ın e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin kültürel uyarlaması için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi. 2017;52:131-145.
14. Uskun E. et al. e-Sağlık okuryazarlığı ölçeği: 45 yaş üstü yetişkinlerde Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. Turk Bull Hyg Exp Biol. 2022;79(4).
15. Chiang C, Yang S, Hsu W. Development and validation of the e-health literacy scale and investigation of the relationships between e-health literacy and healthy behavior among undergraduate students in Taiwan. Formosa J Ment Health. 2015;28:389-420.
16. Şenyurt Ş, Korkmaz Aslan G. Üniversite öğrencilerinde e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması: Metodolojik çalışma. Turkiye Klin J Nurs Sci. 2023;15(4).
17. Van der Vaart R, Drossaert C. Development of the digital health literacy instrument: measuring a broad spectrum of health 1.0 and health 2.0 skills. J Med Internet Res. 2017;19(1):e27.
18. Çetin M, Gümüş R. Research into the relationship between digital health literacy and healthy lifestyle behaviors: an intergenerational comparison. Front Public Health. 2023;11:1259412.
19. Montagni I, Pouymayou A, Pereira E, et al. Measuring Digital Vaccine Literacy: Development and Psychometric Assessment of the Digital Vaccine Literacy Scale. J Med Internet Res. 2022;24(12):e39220.
20. Kuday AD, Erdoğan Ö. Turkish validity and reliability study of the Digital Vaccine Literacy Scale. Acibadem Univ Saglik Bil Derg. 2025. Epub ahead of print.
21. Duong T V, Pham KM, Do BN, Kim GB, Dam HT, Le VTT, et al. Digital healthy diet literacy and self-perceived eating behavior change during COVID-19 pandemic among undergraduate nursing and medical students: a rapid online survey. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(19):7185.
22. Yılmaz SK, Eskici G. Sağlık okuryazarlığı ölçeği-kısa form ve dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. İzmir Katip Çelebi Univ Sağlık Bil Fak Derg. 2021;6(3):19-25.
23. Duong T V, Chiu CH, Lin CY, Chen YC, Wong TC, Chang P, Yang SH. E-healthy diet literacy scale and its relationship with behaviors and health outcomes in Taiwan. Health Promot Int. 2021;36(1):20–33.
24. Onbaşı Ö, Türker PF. e-Sağlıklı Beslenme Okuryazarlığı Ölçeğinin geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi. Beslenme ve Diyet Derg. 2023;51(2):24-33.
25. Karahan Yılmaz S, Eskici G, Saraç OE. Validity-reliability of the e-Healthy Diet Literacy Scale in Turkish adults. Baltic J Health Phys Act. 2023;15(3):1-13. doi:10.29359/BJHPA.15.3.09.
26. Zakaria N, Alzahrani F, Alshammari H, et al. Development of Saudi e-health literacy scale for chronic diseases in Saudi Arabia: using integrated health literacy dimensions. Int J Qual Health Care. 2018;30(4):321-328.
27. Day Y, Duman JGY. Kronik Hastalıkların Öz-Yönetiminde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliği [Master's thesis]. İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı; 2023. Tez No: 783754.
28. Karadayı E, Duman JGY. Mobil sağlık (m-sağlık) okuryazarlığı ölçeğinin geliştirilmesi [Master's thesis]. İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı; 2022. Tez No: 753697
29. Arıcı G, Duman JGY. Kapsamlı e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin geliştirilmesi [Master's thesis]. İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı; 2022. Tez No: 751209.
30. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı. Tez Merkezi [Internet]. Ankara: Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı; [cited 2025 Aug 12]. Available from: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/
31. Dizin TR. TR Dizin [Internet]. [cited 2025 Aug 15]. Available from: https://trdizin.gov.tr/
32. DergiPark. DergiPark [Internet]. [cited 2025 Aug 15]. Available from: https://dergipark.org.tr/
33. Science W. Web of Science [Internet]. [cited 2025 Aug 12]. Available from: www.webofknowledge.com
34. Scopus. Scopus [Internet]. [cited 2025 Aug 14]. Available from: https://www.scopus.com/
35. National Library of Medicine. PubMed [Internet]. [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/
36. Akça K, Şahin A, Aytekin Özdemir A. Relationship between fathers' e-health literacy levels and their effect on breastfeeding. Nurs Health Sci. 2025 Sep;27(3):e70175.
37. Akkoyun S, Taş Arslan F. The relationship between neonatal nurses' e-health literacy levels and care behaviours: a cross-sectional study. J Clin Nurs. 2025 Apr;34(4):1508-15.
38. Korkmaz Aslan G, Kılınç İşleyen E, Kartal A. Associations of eHealth literacy with cervical cancer and human papillomavirus awareness among women in Türkiye: a cross-sectional study. Comput Inform Nurs. 2025 Jul 1;43(7):e01314.
39. Avcı K. The impact of digital health literacy on healthy lifestyle behaviors among adults: the case of Ankara. Ankara Med J. 2025;25(1):67-79.
40. Ayaz-Alkaya S, Belay H. Psychological effects of the COVID-19 pandemic and eHealth literacy among nursing students in the United States and Türkiye, 2022. Public Health Rep. 2025 Jun 9:333549251341230.
41. Aydın GZ, Özer Ö, Özkan O. Examination of health-seeking behavior, e-health literacy, and successful aging in older people. J Hum Behav Soc Environ. 2024;35(3):366-76.
42. Kefeli Col B, Gümüşler Başaran A, Genc Kose B. The relationship between e-health literacy, health anxiety, cyberchondria, and death anxiety in university students that study in health-related departments. J Multidiscip Healthc. 2025 Mar 17;18:1581-95.

43. Çakır F, Öztürk S, Gerçek H, Eryildiz E, Kartal G, Polat MG. Türk sağlık bilimleri çalışmalarının e-sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam tarzı arasındaki ilişki. Sağlık Eğitimi. 2025 Apr 21;125(3):333-44.
44. Çini E, Aygör H. Relationship between pregnant women's e-health literacy and their attitudes toward sexuality. Brain Behav. 2025 Mar;15(3):e70390.
45. Çöme O, Gökdemir Ö, Bilik Sezer B, Kasapoğlu SS, Kjær NK, Güldal D. The interplay between cognitive function and digital health literacy among older adults: implications for e-health equity and accessibility. Int J Med Inform. 2025 Sep;201:105934.
46. Dağ E., Demir Y, Kayar Z, [diğer yazarlar], et al. Relationship between digital health literacy, distrust in the health system and health anxiety in health sciences students. BMC Med Educ. 2025;25:354.
47. Dibek EN, Eren MG, Sert H, Kocayigit İ. Relationship of health behaviors and symptom status mediated by digital health literacy in persons with heart failure. Nurs Res. 2025 Apr 17.
48. Erdoğan Z, Demirel U, Ceylan G. Determining e-health literacy, cyberchondria, and affecting factors in cancer patients: A cross-sectional study. Comput Inform Nurs. 2025;43(6):e01303.
49. Gözüm S, Asi E, Şıklaroğlu M, Şahin S, Öncel S, İmamoğlu D, et al. The effect of European health literacy-based e-Pulse education and e-Pulse instructional materials on health literacy levels in adults aged 45–64: A randomized controlled trial. Res Nurs Health. 2025;48(3):324-336.
50. Ivan L, Marston HR, Prabhu VG, Großschädl F, Alexandra Silva P, Buttigieg SC, et al. Successful aging across middle versus high-income countries: An analysis of the role of eHealth literacy associated with loneliness and well-being. Gerontologist. 2024;65(1):gnae170.
51. Keleş A, Somun UF, Köse M, Arıkan O, Çulpan M, Yıldırım A, et al. Exploring the influence of health and digital health literacy on quality of life and follow-up compliance in patients with primary non-muscle invasive bladder cancer: a prospective, single-center study. World J Urol. 2025;43(1):94.
52. Koca M, İnceoğlu F, Deniz S. Determining the relationship between e-health literacy and personal health system and patient satisfaction using structural equation model: an example of a training and research hospital. BMC Health Serv Res. 2025;25(1):771.
53. Madalı-Kafes B, Alkan ŞB, Kara S, Torun B, Kara HH. Health literacy and eHealth literacy in caregivers of students with special education needs: a cross-sectional survey study. Int J Dev Disabil. 2025;1–10.
54. Samanci Tekin C, Kiliç Z. eHealth literacy and cancer screening attitudes among chronic patients. Sci Rep. 2025;15(1):18877.
55. Selçuk Tosun A, Duran B, Akgül Gündoğdu N, Lök N. Digital healthy diet and health literacy as determinants of physical activity level in adults: a descriptive correlational study. Public Health Nurs. 2025;42(2):734-743.
56. Yalnız H, Ada G, Bilişli Y, Özkara Y, Yıldırım FS, Say S, et al. Digital literacy's role as a mediator in the impact of e-health literacy on sexual health literacy. Heliyon. 2025;11(9):e43304.
57. Yilmazel G, Özden S. The relationship between eHealth literacy level and selected health behaviors among adolescents. J Public Health (Berl). 2025;33:749–756.
58. Çavmak D, Söyler S, Çavmak Ş. Understanding the role of technology readiness and digital health literacy in intention to use remote healthcare services. J Health Nurs Manag. 2024;11(2):233–242.
59. Gül S, Kılıçlı A, Senim S. Cervical cancer early diagnosis behavior: The important role of electronic health literacy. J Health Lit. 2024;9(3):69–82.
60. Keleş E, Kaya L, Yakşi N, Kaya Z, Kumru P. Effects of eHealth literacy on maternal and neonatal outcomes. Women Health. 2024;64(10):829–838.
61. Keleş A, Arıkan O, Hamid-Zada İ, Somun UF, Baydili KN, Yildirim A, et al. Exploring the impact of digital health literacy on quality of life in patients undergoing retrograde intrarenal surgery for kidney stone treatment: a prospective, single-center study. Urolithiasis. 2024;52(1):77.
62. Keleş A, Köse M, Somun UF, Çulpan M, Yakşi N, Yıldırım A, et al. Impact of health and digital health literacy on quality of life following radical prostatectomy for prostate cancer: prospective single-center cohort study. World J Urol. 2024;42(1):241.
63. Kılınç İşleyen E, Korkmaz Aslan G, Kartal A. Knowledge and perceptions about cervical cancer and human papillomavirus, and relationship with e-health literacy, and affecting factors among female university students. J Adolesc Young Adult Oncol. 2024;13(3):564-572.
64. Korkmaz Aslan G, Kılınç İşleyen E, Kartal A, Koştu N. The relation between eHealth literacy and healthy lifestyle behaviours in pregnant women. Health Promot Int. 2024;39(2):daae022.
65. Oflu A, Yalçın SS. Exploring the interplay: Maternal electronic health literacy and its impact on early childhood development and parenting practices. Child Care Health Dev. 2024;50:e13261.
66. Potur İS, İşlek Seçen E, Desdicioğlu R. The relationship between e-health literacy and cyberchondria severity with participation in cervical cancer screening. Ankara Med J. 2024;24(2):98-111.
67. Terzi H, Ayaz-Alkaya S, Köse-Kabakcıoğlu N. Nomophobia and eHealth literacy among adolescents: A cross-sectional study. J Pediatr Nurs. 2024;75:158-163.
68. Yaman-Çelik SN, Durmaz-Edeer A. Anxiety and e-health literacy levels of patients scheduled for thoracic surgery. Cir Cir. 2024;92(4):517-524.
69. Başhan Aslantaş AH, Altuntaş M. Cyberchondria's possible relationship with problematic internet use and eHealth literacy. J Acad Res Med. 2023;13(2):63-69.
70. Başpınar MM. Nutritional supplement use influencing by cyberchondria and e-health literacy during the COVID-19 outbreak in Turkey. Med Bull Haseki. 2023;61:14-22.
71. Değer MS, Sezerol MA, Atak M. Suriyeli göçmenlerde akılcı ilaç ve antibiyotik kullanım durumu, e-sağlık okuryazarlığı ve ilgili faktörler: Kesitsel bir çalışma. Antibiyotikler. 2023;12(10):1531.

72. Dolu İ, Çelik Durmuş S. The relationship of e-health literacy levels of university students studying other than health sciences with health literacy, digital literacy, media and television literacy. TJPH. 2023;21(1):16-27.
73. Özdemir R, Bektemur G, Keleş E, Baydili KN. Internet use, e-health literacy, and associated factors in Istanbul, Turkey: A cross-sectional study. J Consum Health Internet. 2023;27(1):1–11.
74. Sinan O, Ayaz-Alkaya S, Akca A. Predictors of eHealth literacy levels among nursing students: A descriptive and correlational study. Nurse Educ Pract. 2023;68:103592.
75. Sözeri Öztürk E, Canbolat Ö, Polat Ü. Internet use, eHealth literacy, and influencing factors in Turkish cancer patients: A descriptive and correlational study. Semin Oncol Nurs. 2023;39(4):151469.
76. Şahin E, Çatıker A, Özdil K, Bulucu Büyüksoy GD. Predictors of eHealth literacy in pregnant women: A structural equation model analysis. Int J Gynaecol Obstet. 2023;160(3):783-789.
77. Şen M, Mercan Başpınar M, Basat O. Role of eHealth literacy in exploring attitude towards the COVID-19 vaccine. J Health Lit. 2023;8(3):34-42.
78. Yılmazel G. Are health promotion activities and preventive health practices predictors of adolescent eHealth literacy? Health Promot Int. 2023;38(5):daad109.
79. Çetinkaya S, Askan F, Güneş NEO, Todil T, Yuruk E, et al. E-health literacy of nursing students and investigation of factors affecting e-health literacy during COVID-19 pandemic process: A cross-sectional study. Medicine (Baltimore). 2022;101(35):e30148.
80. Dağhan Ş, Kalkim A, Ünlü E, Şahin HK, Yüksel M. Factors affecting eHealth literacy of early adolescents: School-based research. Compr Child Adolesc Nurs. 2022;45(4):383-394.
81. Marzo RR, Su TT, Ismail R, Htay MNN, Essar MY, Chauhan S, et al. Digital health literacy for COVID-19 vaccination and intention to be immunized: A cross sectional multi-country study among the general adult population. Front Public Health. 2022;10:998234.
82. Söğüt S, Cangöl E, Dolu İ. The relationship between eHealth literacy and self-efficacy levels in midwifery students receiving distance education during the COVID-19 pandemic. J Nurs Res. 2022;30(2):e203.
83. Tümer A, Sümen A. E-health literacy levels of high school students in Turkey: Results of a cross-sectional study. Health Promot Int. 2022;37(2):daab174.
84. Yoğurtcu H, Öztürk Haney M. The relationship between e-health literacy and health-promoting behaviors of Turkish hospital nurses. Glob Health Promot. 2022;17579759221093389.
85. Yüce AE, Albayrak A, Baran B, Kalafat Ö. Role of factors in eHealth literacy in period of COVID-19: A study of Turkey. Health Educ. 2022;122(4):469–489.
86. Aslantekin-Özcoban F, Gün M. Emergency contraception knowledge level and e-health literacy in Turkish university students. Clin Exp Obstet Gynecol. 2021;48(6):1424–1431.
87. Korkmaz Aslan G, Kartal A, Turan T, Taşdemir Yiğitoğlu G, Kocakabak C, et al. Association of electronic health literacy with health-promoting behaviours in adolescents. Int J Nurs Pract. 2021;27(2):e12921.
88. Eyimaya AÖ, Özdemir F, Tezel A, Apay SE. Determining the healthy lifestyle behaviors and e-health literacy levels in adolescents. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03742.
89. Taylor PC, Ancuta C, Nagy O, de la Vega MC, Gordeev A, Janková R, et al. Treatment satisfaction, patient preferences, and the impact of suboptimal disease control in a large international rheumatoid arthritis cohort: SENSE study. Patient Prefer Adherence. 2021;15:359–373.
90. Turan N, Güven Özdemir N, Çulha Y, Özdemir Aydın G, Kaya H, Aştı T, et al. The effect of undergraduate nursing students' e-Health literacy on healthy lifestyle behaviour. Glob Health Promot. 2021;28(3):6–13.
91. Üstün G, Söylemez SL, Uçar Yaman N, Sancar M, Okuyan B. Assessment of the pharmacy students' e-health literacy and mobile health application utilization. *J Res Pharm. 2020;24(1):23–29.*

Türkiye'de Sağlık İletişiminin Gücü 2020-2025 Dönemi Değerlendirmesi

Nezih Orhon, Deniz Odabaş

Bu değerlendirme, 2020-2025 arası dönemde Türkiye bağlamında sağlık iletişiminin sağlık ile ilgili konularda nasıl yer aldığını ve sağlık okuryazarlığını nasıl etkilediğini; mevcut durumu, politikaları, stratejileri, uygulamaları, program ve kampanyaları, karşılaşılan sorunları ve önerilen çözümleri ele almaktadır. Yer alan değerlendirmeler hem resmi kaynaklar (T.C. Sağlık Bakanlığı ve bağlı birimler, e-Nabız v.b.) hem de akademik değerlendirmeler ile saha çalışmalarına dayanmaktadır.

Özellikle, Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) Ulusal Tez Merkezi'ndeki 2020-2025 dönemine ait ve 'sağlık iletişimi' ifadesinin geçtiği ulaşılabilen tüm tezler de hem incelemeye hem de değerlendirmeye katkı sunmuştur. 2020-2025 arası döneme ait 47 teze ilişkin kayıtlara ulaşılmıştır.[1] Tam metin olarak erişilebilen tezler ışığında; tezlerin odaklandıkları temel sağlık iletişimi alanları şu şekilde dağılmaktadır:

- Yüzde 35: Sosyal medya/dijital medya ile ilgili olarak sağlık iletişimi
- Yüzde 30: Covid-19/ Kriz-risk iletişimi ile ilgili olarak sağlık iletişimi
- Yüzde 15: Sağlık okuryazarlığı ile ilgili olarak sağlık iletişimi
- Yüzde 10: Kampanya/medya değerlendirme ile ilgili olarak sağlık iletişimi
- Yüzde 10: Hasta-hekim/ tele-sağlık ile ilgili olarak sağlık iletişimi

Aşağıda yer alan değerlendirmeler de bilimsel tezlerden elde edilen bulgular, resmi kayıtlar ve alana yansıyan çalışmalar ışığında yapılandırılmıştır.

1. Mevcut Durum (2020-2025)

1.1. Pandemi İle Birlikte Sağlık İletişiminin Öncelikli Bir Alan Olarak Dikkat Çekmesi

Covid-19 süreci; risk iletişimi, kamu bilgilendirme kampanyaları, sık ve merkezi/yerel bilgilendirmeler ile sosyal medya etkileşimlerini ön plana almıştır. Bu durum, hem kriz ve risk iletişimi kapasitesini dikkat çeken şekilde değerlendirmeye almaya hem de halka ilişkiler/halk sağlığı iletişimi uygulamalarında yeni yaklaşımların hızla benimsenmesine yol açmıştır.[2]

1.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Halen Geliştirilmeye Açık Bir Alan Olarak Yer Almakta

20 Aralık 2020 tarihli ve Türkiye'yi kapsayan araştırma sonuçlarına göre yaklaşık 10 kişiden 7'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin 'yetersiz' ya da 'sınırlı' olarak raporlandığı görülmektedir. Bu durum, iletişim stratejilerinin açık, erişilebilir ve hedefe yönelik olmasını bir zorunluluk olarak sergilemektedir.[3]

1.3. Dijitalleşmenin Hızlanması ve Farklı Süreçlerde Yer Alması Önemli Bir Boyut Olarak Belirginleşti

e-Nabız gibi farklı uygulamaların yer alması çok dikkat çeken bir gelişme oldu. İhtiyaçlara ciddi anlamda yanıt vermesi de hedef grupların dijital süreçlere sağlık açısından katılımını hızlandırdı. Kişisel sağlık kayıtlarına erişim, aşı kayıtları ve sağlık hizmeti takibi için e-Nabız gibi dijital platformların kullanımı da artmış oldu. Bu platformlar aynı zamanda halka yönelik bilgilendirmenin de kanallarından biri haline geldi. Diğer yandan da, kullanıcı deneyimi açısından erişim ve dijital okuryazarlık konularında halen iyileştirme ihtiyacı olduğu da görülmektedir.[4]

2. Politikalar ve Stratejiler (2020-2025)

2.1.Krize Yönelik Merkezi İletişim Mekanizmaları

T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde Koronavirüs Bilim Kurulu ve düzenli basın açıklamaları ile merkezi açıklama/bilgilendirme akışı sağlanmış oldu; bu, tek sesli ve tek kaynaktan güvenilir bilgi verme amacı taşıdı. Ancak, zaman zaman bilgi aşırı yükü ve farklı hedef kitlelere uygunluk sorunu yaşanması da beraberinde gözlemlenmiş oldu.[2]

2.2.Sağlık Okuryazarlığını Ölçme ve Politika Geliştirme Girişimleri

2020'de yayımlanan 'Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi' çalışması gibi değerlendirmeler, politika oluşturma için temel veri sağlamıştır. Bu çalışmalardan elde edilen bulgular doğrudan politika önerilerine ve eğitim programı planlarına temeloluşturmuştur.[3]

2.3.Dijital İletişim Stratejilerinin Benimsenmesi

Sosyal medya hesapları, resmi internet/web portalları, e-devlet entegrasyonları ve e-Nabız gibi kanallar aracılığıyla hem bireysel (aşı kaydı, test sonuçları v.b.) hem de toplumsal (kamu spotları, sık sorulan sorular v.b.) iletişim uygulamaları geliştirilmiştir.



Şekil 1. Covid-19 aşısı konulu bilgilendirme afişi (T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). COVID-19 Aşı Bilgilendirme Platformu. [Internet].https://covid19asi.saglik.gov.tr/)



Şekil 2. Covid-19 aşısı konulu bilgilendirme afişi (T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). COVID-19 Aşı Bilgilendirme Platformu. [Internet]. https://covid19asi.saglik.gov.tr/)

3. Uygulamalar, Programlar ve Kampanyalar (2020-2025)

Farklı uygulamalar, programlar ve özellikle kampanyalar ile ilgili olarak paylaşılabilecek örnekler çok sayıda yer almaktadır. Özetlemek ve genel başlıklar halinde değerlendirmek gerekirse;



Şekil 3. Covid-19 aşısı konulu bilgilendirme afişi (T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). COVID-19 Aşı Bilgilendirme Platformu. [Internet]. https://covid19asi.saglik.gov.tr/)

3.1. Covid-19 Bilgilendirme ve Aşı Kampanyaları

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Covid-19 aşı bilgilendirme platformu ve aşı teşvik kampanyaları, kamu spotları, sosyal medya içerikleri, saha bilgilendirme etkinlikleri ve sağlık personeli ağları aracılığı ile yürütülmüştür. Bu kampanyalar hem nüfusun geniş kısımlarına ulaşmış hem de aşı kayıt/izleme sistemleri ile entegre olmuştur.[5]

3.2. Kamu Spotları ve Medya Kampanyaları

Televizyon, radyo ve çeşitli dijital platformlarda kullanılan kamu spotları, kriz döneminde risk algısını yönetme ve korunma davranışlarını teşvik etme amacıyla kullanılmıştır. Özellikle bu konulara yönelik yer alan bilimsel değerlendirmeler de bu spotların etkililiğini, dil açısından uygunluğunu ve kültürel bağlamda yer alışlarını incelemeye almıştır.[6]

3.3. Yerel Seferberlik ve Saha Uygulamaları

Aile Sağlığı Merkezleri, üniversite ve yerel sağlık birimleriyle koordineli aşılama/halkla iletişim uygulamalarını hayata geçirmiş; toplum tabanlı yaklaşımlar ve mobil ekipler aracılığıyla sahada bilgi sunumu gerçekleştirilmiştir.

4. Etkinlikler -Bilgilendirme, Eğitim ve Katılımcı Çalışmalar- (2020-2025)

4.1. Çevrimiçi ve Yüz Yüze Eğitimler

Sağlık personeli ve toplum liderleri için risk iletişim, kriz yönetimi eğitimleri; ayıca halk için bilgilendirici webinarlar ve sosyal medya canlı yayınları düzenlenmiştir. Bu çalışmalar üzerine yer alan bilimsel çalışmalar da bu tür etkinliklerin hızla yaygınlaştığını ve deneysel bir uygulama alanı sunduğunu işaret etmektedir.[7]

4.2. Akademi-Kamu İşbirliği

Üniversiteler, araştırma enstitüleri ve Sağlık Bakanlığı işbirliğiyle uygulamalı değerlendirme ve saha araştırmaları gerçekleştirilmiştir. Özellikle, iletişim mesajlarının etkisi ve halk algısı üzerine çalışmaların yoğunlaşması da dikkat çekicidir.[7]

5. Karşılaşılan Sorunlar (2020-2025)

Yer alan çalışmalar, bilimsel değerlendirmeler ve sağlık hizmetlerinden yararlananlar arasındaki ilişki incelendiğinde aşağıdaki şu temel noktaların temel sorunlar ya da üzerinde daha fazla çalışılması gereken konular olarak dikkati çektiği görülmektedir.

5.1. Düşük Sağlık Okuryazarlığı

Bilgi anlayışı ve eyleme dönüştürme kapasitesinin hala belli ölçüde sınırlı olduğu görülmektedir. Örneğin bu durum, özellikle karmaşık tıbbi mesajların etkinliğini azaltmaktadır.[3]

5.2. Bilgi Kirliliği ve Dezenformasyon

Özellikle sosyal medyada hızla yayılan yanlış bilgiler kriz dönemlerinde davranışları olumsuz etkilemiş; resmi kaynaklara erişimde karmaşıklıklara neden olmuştur. Aynı zamanda da, temel kaynakların yalan içerik kaynakları gibi kaynaklarla mücadeleye girmesi gibi bir durumu da ortaya çıkarmıştır.

5.3. Hedef Kitleye Uygun Mesaj Sınırlılığı

Tek tip, teknik açıdan yoğun mesajların farklı sosyo-demografik gruplarauygunluk gösteremediği gözlemlenmeye başlamıştır.

5.4. Dijital Eşitsizlikler

Dijital kanallara erişimde ve dijital okuryazarlıkta söz konusu eşitsizlikler, e-hizmetlerin ve bilgilendirmelerin etkinliğini belli ölçüde sınırlı hale getirmiştir.

5.5. Değerlendirme ve İzlemede Sınırlılıklar

İletişim kampanyalarının etkililiğine ilişkin sürekli, nicel ve nitel izleme-değerlendirme mekanizmalarının her zaman yeterli olmaması durumu dikkate alındığında hangi mesajın/kanalın/mecranın ne derece etkili olduğunun tam olarak net olamaması gibi bir sorunu da ortaya çıkartmaktadır.

6. Önerilen Çözümler (Kısa ve Orta Vade)

6.1. Mesajların Anlaşılabilirliğini Artırmak

Sade, kısa ve kültürel özelliklere uygun dil kullanımı; sağlık okuryazarlığı seviyesine göre uyarlanmış materyallerin ve içeriklerin hazırlanması. Hedef gruplara özgün özel içeriklerin hazırlanması.

6.2. Hasta-hekim/ Sağlık Personeli İletişimi

Etkili iletişimin sağlık sisteminden yararlananlar açısından güveni arttırması dikkate alınmalı; iletişim becerilerine, tele-sağlık uygulamalarına ve benzerlerine yönelik kapasitenin geliştirilmesi .

6.3. Hedefe Yönelik Çok Kanallı İletişim

Geleneksel medya, sosyal medya, saha aktörleri (saha çalışanları, aile hekimleri, dini liderler/mahalli liderler v.b.) bir arada yer alarak aynı mesajın farklı formatlarda tekrarlanmasını sağlamak.

6.4. Dezenformasyonla Aktif Mücadele

Hızlı doğrulama (fact-checking) mekanizmaları, resmi kanallardan hızlı düzeltme/doğrulama yaklaşımları ve popüler mecralarda işbirlikleri kurma gibi yaklaşımların daha aktif olarak kullanıma sokulması.

6.5. Dijital Kapsayıcılığı Güçlendirme

e-Nabız ve e-Devlet gibi hizmetlerin her geçen süreç içerisinde daha kullanıcı dostu yapıya kavuşturulması; dijital okuryazarlık eğitimlerinin sağlanması; çevrimdışı alternatif bilgi kanallarının aktif olarak sürdürülmesi.

6.6. İzleme ve Değerlendirme Mekanizmalarının İyileştirilmesi

Kampanya performans göstergeleri (erişim, anlaşılırlık, davranış değişikliği ölçümleri v.b.) için standart metrikler ve düzenli raporlamanın sağlanması; akademi-kamu ortaklığı ile bağımsız etki değerlendirmelerinin yer almasının sağlanması.

7. Geleceğe İlişkin Stratejik Öneriler (Uzun Vade)

7.1. Ulusal Sağlık İletişimi Çerçevesi Oluşturulması

Kriz ve farklı süreçlerde kullanılacak standart protokollerin geliştirilmesi. Hedef kitle segmentasyonu, mesaj çerçeveleri ve izleme planları içeren politika belgesinin hazırlanması.

7.2. Sağlık Okuryazarlığını Milli Eğitim Stratejisine Entegre Etme

Okullarda temel sağlık okuryazarlığı müfredatının sağlanması; yetişkinler için toplumsal öğrenme programları ve yaşam boyu öğrenme yaklaşımlarının geliştirilmesi.

7.3. Toplum Temelli İletişim Ağları

Çok daha dar düzeyde yerel ya da mahalle düzeyinde 'sağlık elçileri', yerel sivil toplum ve meslek kuruluşları ile iletişim ağları kurulması. Bu ağlar hem bilgilendirme hem de geri bildirim toplama işlevi de görebilecektir.

7.4. Dijital ve Veri Odaklı Yaklaşım

e-Nabız ve diğer veri kaynaklarından anonimleştirilmiş veriyle nüfusun bilgi ihtiyaçları analizinin yer alması; bu analiz sonuçlarına göre kişiselleştirilmiş bilgilendirme stratejilerinin geliştirilmesi.

7.5. Araştırma ve Kapasite Geliştirme

Sağlık iletişimi uygulamalarının etkinliğini ölçen uygulamalı araştırma fonları; kriz sonrası derslerin sistematik olarak derlenmesi ve paylaşılması.

Son Söz

2020 sonrası süreç Türkiye'de sağlık iletişimini merkezi bir politika ve uygulama alanı getirmiştir. Pandemi hem zorlukları hem de öğrenme fırsatlarını beraberinde sunmuştur. Sağlık iletişimi, halk sağlığı hedeflerine ulaşmada güçlü bir araçtır; ancak bu gücü sürdürülebilir olması için hedefe uygun yaklaşımlar, uygun mesaj tasarımları, dijital kapsayıcılık, sağlık okuryazarlığın arttırılması ve güçlü izleme-değerlendirme mekanizmalarına ihtiyaç durulmaktadır. Bu alanda yer alacak yatırımlar, uzun vadede toplumun sağlık seviyesini ve özellikle krizlere dirençliliğini arttıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Yüksek Öğretim Kurumu Tez Merkezi [Internet]. Available from: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. Koronavirüs Bilim Kurulu toplantısına ilişkin basın açıklaması. [Internet]. Available from: https://www.saglik.gov.tr/TR-77587/koronavirus-bilim-kurulu-toplantisina-iliskin-basin-aciklamasi.html?
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020, 20 Aralık). Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçüldü. Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. [Internet]. Available from: https://sggm.saglik.gov.tr/TR%2C57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html?
4. e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi [Internet]. Available from: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-e-nabiz-kisisel-saglik-sistemi
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). COVID-19 Aşı Bilgilendirme Platformu. [Internet]. Available from: https://covid19asi.saglik.gov.tr/
6. Meriç E. Pandemi Döneminde Dijital Sağlık İletişimi: T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Kamu Spotları Üzerine Stratejik Bir İnceleme. Kronotop İletişim Dergisi, 2(1) 2025;77–106.
7. Elbülken NB. Strategic Health Communication During Covid-19 Outbreak In Turkey: Social Media Use Of Turkish Ministry Of Health. 2022
8. Özgür ÖF. Kriz Yönetimi ve Kriz İletişimi Bağlamında Sağlık Bakanlığının Covid 19 Aşı Teşvik Faaliyetlerinin Halkla İlişkiler Süreci Çerçevesinden Değerlendirilmesi. ODÜ Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi (ODÜSOBİAD) 2022;2483–514.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı. İlgili Görseller. Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. [Internet]. Available from: https://sggm.saglik.gov.tr/TR-4062/ilgili-gorseller--spot-filmler-.html
10. Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi ve Desteklenmesi Projesi (SSGDP). (2020). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması (TSOY-32). Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. [Internet]. Available from: https://sggm.saglik.gov.tr/TR-56524/turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasi-kitabi.html?utm

Türkiye'de Sağlığı Geliştirme Alanında Geleceğe Yönelik Değerlendirme

Deniz Odabaş

Sağlığı geliştirme stratejileri, iklim krizi, bulaşıcı olmayan hastalıklar, yaşlanan nüfus, sağlık okuryazarlığı eksikliği ve afetler gibi çok boyutlu güncel halk sağlığı sorunlarının çözümünde hizmet sunumu; yönetim, iletişim, dijitalleşme ve yerel katılım ekseninde yalnızca önleyici değil; aynı zamanda dönüştürücü bütüncül bir güç olarak öne çıkmaktadır.

Sağlığın geliştirilmesinde temel eylemler; sağlıklı kamu politikalarının oluşturulması, destekleyici sağlık çevrelerinin yaratılması, sağlığa yönelik işbirliği ve toplum katılımının sağlanması, kişisel becerilerin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin yeniden organizasyonudur. Bu çerçevede sağlığı geliştirmeye yönelik çok sayıda müdahale yapılmaktadır. Müdahalelerin etkili olup olmadığı, uygulanmaların hedef kitlenin bulunduğu ortamda sürdürülebilir bir iyileşme sağlayıp sağlamadığı ile değerlendirilir. İyi uygulama gerçek yaşamda uygulanan, yeterlilik (etik ve kanıt) ve hakkaniyet açısından olumlu değerlendirilen, süreç ve sonuçlarla ilgili etkinlik ve verimlilik açısından da olumlu değerlendirilen ilgili politika veya müdahaleler olarak tanımlamaktadır. Uygulamaların en önemli değerlendirme kriteri istenen hedeflerle ilgili olumlu değişiklikler yapma, farklı ortamlara başarılı bir şekilde uyarlanabilme, aktarılabilme düzeyidir. Kalkınma ve stratejik eylem planlarında sağlığın geliştirilmesinde önemli yeri olan sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılması için sektörler ve kurumlar arası iş birliğiyle; birinci basamak sağlık kuruluşlarının rolünün güçlendirilerek bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemeleri ve uygulamalarına ilişkin hedefler yer almaktadır. Kamu sektörleri başta olmak üzere pek çok sektörün kendi olanaklarıyla destekleyici çevre ve bireysel davranışların geliştirilmesi sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik program ve uygulamaları bulunmaktadır. Yürütülen program ve uygulamaların "iyi uygulama örneği olması için gerekli kriterleri" değerlendirilecek kadar sonuçlarına ilişkin bilgiye veriye ulaşılamamıştır.

Bireylerin kendi sağlıklarını yönetme ve toplumsal sağlık savunuculuğuna katılma kapasitelerini artıran kritik bir araç olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramı, ilk olarak Bangkok Sözleşmesi'nde (2005) anılmış ve Sürdürülebilir Kalkınma için 2030 Gündemi'nde ve Şanghay Deklarasyonu'nda (2016) sağlığı geliştirme stratejisinin önemli bir tamamlayıcısı olarak yer almıştır. Türkiye'de son yıllarda yürütülen araştırmalar ve politika belgeleri, SOY alanında önemli bir farkındalık ve kurumsal kapasite gelişimi yaşandığını göstermektedir.

Son beş yılda ülkemizde SOY'u geliştirmeye yönelik yürütülen çalışmaların hem kurumsal hem toplumsal düzeyde önemli ilerlemeler sağladığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın ulusal stratejileri, dijital platformlarda yürütülen iletişim kampanyaları ve meslek örgütlerinin katkıları, bireylerin doğru sağlık bilgisine ulaşmasını kolaylaştırmıştır. Bununla birlikte, sağlık okuryazarlığının sürdürülebilir biçimde artırılabilmesi için paydaşlar arası iş birliğinin güçlendirilmesi, eğitim süreçlerinde bu kavrama daha fazla yer verilmesi ve dijital okuryazarlığın desteklenmesi önem taşımaktadır.

Küresel gelişmelerle paralel bir şekilde ülkemizde de hızla yaygınlaşan dijital sağlık uygulamaları, sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir bileşeni haline gelmektedir. Bireylerin internet, mobil sağlık uygulamaları, giyilebilir teknolojiler ve tele-sağlık platformları gibi dijital bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak sağlıkla ilişkili bilgilere erişme, bu bilgileri anlamlandırma, güvenilirliğini ve geçerliliğini eleştirel biçimde değerlendirme ile elde edilen bilgileri sağlıkla ilgili karar verme ve davranış değişikliği süreçlerine entegre etme yeterlili-

ğinin dijital okuryazarlığının (DSOY) sistematik olarak geliştirilmesi sağlığı geliştirme stratejilerinin öncelikli adımlarından biri olarak görülmektedir. Türkiye'de özellikle 2020–2025 yılları arasında halk sağlığı araştırmacılarının DSOY alanına giderek artan bir ilgi gösterdiğini ortaya koymaktadır. Yayımlanan makalelerin sayısındaki artış, bu alanda kurumsal ve akademik bir yönelimin oluştuğunu göstermektedir. Özellikle 2022 yılında ulaşılan yüksek düzeyin, 2025 yılı itibarıyla yeniden yakalanma potansiyeli, halk sağlığı disiplininin dijital dönüşüme uyum sağlama kapasitesini ve alana katkı sunma istekliliğini yansıtmaktadır. Bu eğilim, halk sağlığı profesyonellerinin DSOY'u geliştirme konusunda etkin roller üstlenmeye başladığını, böylece sağlığı geliştirme çalışmalarında daha güçlü ve sürdürülebilir bir bilimsel zeminin oluştuğunu göstermektedir. DSOY'un güçlendirilmesi için kısa vadede mevcut durumun belirlenmesine yönelik ihtiyaç analizlerinin yapılması, dijital sağlık uygulamaları hakkında bilgilendirme ve farkındalık artırıcı eğitimlerin düzenlenmesi, ayrıca sağlık iletişimi materyallerinin sadeleştirilerek dijital okuryazarlık ilkelerine uygun biçimde hazırlanması önem taşımaktadır.

Sağlık iletişimi, halk sağlığı hedeflerine ulaşmada güçlü bir araçtır; ancak bu gücü sürdürülebilir olması için hedefe uygun yaklaşımlar, uygun mesaj tasarımları, dijital kapsayıcılık, sağlık okuryazarlığın arttırılması ve güçlü izleme-değerlendirme mekanizmalarına ihtiyaç durulmaktadır. Bu alanda yer alacak yatırımlar, uzun vadede toplumun sağlık seviyesini ve özellikle krizlere dirençliliğini arttıracaktır.

Önümüzdeki beş yıl içinde sağlığı geliştirme politikalarının etkisini artırmak için müdahalelerin çok sektörlü, yerel yönetimler ve toplum katılımı ile geliştirilmesi gerekmektedir. Eğitim, çevre, sosyal politika ve yerel yönetimler olmak üzere ilgili tüm sektörlerin "Tüm Politikalarda Sağlık" ilkesi (sağlığın sosyal belirleyicileri) etrafında yasal ve kurumsal mekanizmalarla bir araya getirildiği ve göstergelerle izlenen kalıcı bir iletişim yapısı oluşturulmalıdır.

Sağlığı geliştirmenin sürdürülebilir bir parçası olarak SOY, bireysel farkındalık ve davranış değişikliğinin ötesinde; eğitim, sağlık, medya ve yerel yönetim politikalarının kesişiminde yer alan çok boyutlu bir kalkınma alanıdır. Türkiye'nin bu alandaki kazanımlarını kalıcı hale getirebilmesi için disiplinler arası iş birliği, yaşam boyu öğrenme yaklaşımı ve toplum temelli uygulamaların güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

SOY kazanımların davranış değişikliğine dönüşmesi için, dezavantajlı grupları önceleyen hedefli programlar, dijital sağlık uygulamaları ve sade dil ilkesiyle güçlendirilmiş, iki yönlü ve şeffaf bir iletişim sistemi kurulması önem taşımaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi, SOY, DSOY ve sağlık iletişimi konusunda yetkin insan gücünün yetiştirilmesi ve yetkin kuruluşların desteklenmesi, yetkin teknoloji ve inovasyonun sağlanması gerekmektedir.

Bireylerin yetkinleştirilmesi, toplum katılımının güçlendirilmesi ve halk sağlığı sorunlarına hızlı yanıt verilmesi, sağlık geliştirme stratejilerinin uygulanmasında eğitim ve iletişim stratejileri birlikte geliştirilmelidir.

Yanlış bilgi ve dezenformasyonun artması ve dijital okuryazarlık ve DSOY'ın önemini ortaya çıkarmıştır. Sağlıkta eşitsizlikleri en aza indirecek şekilde dijital teknolojiye yaygın erişimin yanı sıra DSOY, dijital teknolojinin mevcut ve gelecekteki sağlık geliştirme stratejileri için olası faydaları ve zorlukları göz önünde bulundurulmalıdır.

Sağlığın geliştirilmesi, sağlık sorunlarında risk yaklaşımından, sağlığın belirleyicilerine, bireyselden toplumsala ve refaha doğru bütüncül bir geçişe işaret etmektedir. Sağlık geliştirme alanındaki politika, uygulama ve araştırmaların da sağlığı geliştirme, SOY, DSOY ve sağlık iletişiminde değişen bağlamlara ve zorluklara ayak uydurabilmesi için benzer şekilde gelişmesi gerekecektir.

Halk sağlığı profesyonellerinin sağlığı destekleyen, güçlendiren etmenleri yükseltmeye yönelik savunuculuk yapmaları, bütün insanların sağlıkta eşitliğe ulaşmasını olanaklı kılma çabaları ve ortamı uygun hale getirmede, sektörler arası işbirliği sağlamaya aracılık etme rollerini güçlendirmeleri, sağlıklı kamu politikalarına dijital inovasyonların entegre edilmesi, hem sağlık sisteminin dayanıklılığını hem de toplumun sağlıklı olma kapasitesini artıracaktır.

"*Doğduğunuz, büyüdüğünüz, yaşadığınız, çalıştığınız ve yaşlandığınız ortamları iyileştirmede katkılarınız için*" şükran ve teşekkürlerimizle…


9 786259 370910