



SAĞLIK YÖNETİMİ ALANINDA ULUSLARARASI ÇALIŞMALAR

EDİTÖR **DOÇ. DR. HİLAL KUŞCU KARATEPE**

 **SERÜVEN**
YAYINEVİ

Genel Yayın Yönetmeni / Editor in Chief•C. Cansın Selin Temana
Kapak & İç Tasarım / Cover & Interior Design•Serüven Yayınevi
Birinci Basım / First Edition•© MART 2026
ISBN• 978-625-8671-89-6

© copyright

Bu kitabın yayın hakkı Serüven Yayınevi'ne aittir.

Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin almadan hiçbir yolla çoğaltılamaz. The right to publish this book belongs to Serüven Publishing. Citation can not be shown without the source, reproduced in any way without permission.

Serüven Yayınevi / Serüven Publishing

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

Ümit Apt No: 22/A Çankaya/ANKARA

Telefon / Phone: 05437675765

web: www.seruvenyayinevi.com

e-mail: seruvenyayinevi@gmail.com

Baskı & Cilt / Printing & Volume

Sertifika / Certificate No: 47083

SAĞLIK YÖNETİMİ ALANINDA ULUSLARARASI ÇALIŞMALAR

EDİTÖR **DOÇ. DR. HİLAL KUŞCU KARATEPE**

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1 TEK SAĞLIK EKONOMİSİ

Elif ÇAPAR 1

BÖLÜM 2 TÜRKİYE'DE YAŞLI SAĞLIĞI EŞİTSİZLİKLERİNİ YENİDEN DÜŞÜNMEK

Rukiye ÇELİK 21

BÖLÜM 3 TRAKYA BÖLGESİ'NDE ÜRETİM TESİSİ BULUNAN İLAÇ FİRMALARININ WEB SİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bahar SEREZ ARSLAN 45

Pınar ÖZDEMİR KARACA 45

BÖLÜM 4 TEK SAĞLIK VE KALKINMA

Elif ÇAPAR 67



Bölüm 1

TEK SAĞLIK EKONOMİSİ

“

Elif ÇAPAR¹

¹ Dr.Öğr.Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Ekonomisi ve Politikaları Anabilim Dalı, elifcapar0@gmail.com, ORCID:0000-0002-9555-7340.

GİRİŞ

Tek Sağlık, insanların, hayvanların ve ekosistemlerin sağlığını dengelemek ve optimize etmek için bütünlük ve birleştirici bir yaklaşımdır. Bu alanlar arasındaki yakın ve birbirine bağımlı bağlantıları kullanarak yeni gözetim ve hastalık kontrol yöntemleri oluşturmaktadır. Örneğin, arazinin kullanım şekli sıtma vakalarının sayısını etkileyebilmekte, hava koşulları ve insan yapımı su kontrol sistemleri dang humması gibi hastalıkları etkileyebilmekte, Canlı, vahşi hayvan ticareti, bulaşıcı hastalıkların insanlara bulaşma olasılığını artırabilmektedir. COVID-19 pandemisi, daha iyi gözetim ve daha bütünsel, entegre bir sistem için küresel bir çerçeveye duyulan ihtiyacı ön plana çıkarmıştır. Tek Sağlık bilgisi, önleme ve entegre yaklaşımlardaki eksiklikler, pandeminin temel itici güçleri olarak görüldü. İnsan, hayvan ve çevre sağlığı arasındaki bağlantıları ele alan Tek Sağlık, küresel sağlığın iyileştirilmesi için dönüştürücü bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Tek Sağlık yaklaşımı, antimikrobiyal direnç, zoonotik hastalıklar, vektör kaynaklı hastalıklar, gıda güvenliği, çevre sağlığı gibi bir dizi konuyu kapsamaktadır. Antimikrobiyal direnç, bakteri ve parazit gibi mikropların kendilerini öldürmek için tasarlanmış ilaçları alt etme yeteneği geliştirip büyümeye ve yayılmaya devam etmesi durumudur. Zoonotik hastalıklar, Ebola, kuş gribi, kuduz vb. gibi hayvanlar ve insanlar arasında yayılan mikropların neden olduğu bulaşıcı hastalıklardır. Vektör kaynaklı hastalıklar, vektörler (sivrisinekler, keneler, bitler ve pireler) tarafından ısırılan insanları etkileyen ve dang humması, Batı Nil virüsü, Lyme hastalığı ve sıtmayı içeren hastalıklardır. Gıda güvenliği ve gıda kaynaklı hastalıklar, gıdaların kontaminasyonundan kaynaklanan ve gıda üretim, dağıtım ve tüketim zincirinin herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilen norovirüs, salmonella, listeria vb. hastalıklardır. Çevre sağlığı ise örneğin su kirliliği, hava kirliliği ve iklim değişikliğidir (WHO, 2026).

Dünya Bankası'na göre, Tek Sağlık yaklaşımının küresel topluma sağlayacağı beklenen faydanın 2022 yılında yılda en az 37 milyar ABD doları olduğunu tahmin etmiştir. Önlemeye yönelik yıllık harcama ihtiyacının ise bu faydaların %10'undan daha az olduğu tahmin edilmektedir. 2003 yılından bu yana, dünya genelinde hastalıklar ve pandemiler nedeniyle 15 milyondan fazla insan hayatını kaybetti ve 4 trilyon ABD doları ekonomik kayıp yaşandı. Ayrıca gıda ve su güvenliği tehlikelerinden kaynaklanan büyük kayıplar da oldu ki bunlar Tek Sağlık yaklaşımıyla ilgili sağlık tehditleridir. Tek Sağlık yaklaşımıyla sektörler ve disiplinler arası iş birliği, toplumumuzun karşı karşıya olduğu karmaşık sağlık sorunlarına çözüm bulmak için hayati önem taşımaktadır. Ortaya çıkan sağlık sorunlarını önlemek, tespit etmek ve bunlara yanıt vermek için, ilgili tüm sektörler, tek başına hiçbir sektörün başaramayacağı şeyleri birlikte başarmak üzere bütünlükli bir şekilde iş birliği yapması gerekmektedir (WHO, 2026).

Bu çalışmada Tek Sağlıkın kavramsal çerçevesi, disiplinler arası yaklaşımı, nasıl ortaya çıktığı, ekonomi bilimiyle ilişkisi dolayısıyla maliyetlere ve verimliliği etkisi, uygulamada ekonomik değerlendirmenin nasıl yapıldığı ve Tek Sağlıkın sosyoekonomik belirleyicileri ele alınacaktır.

1. Tek Sağlık'ın Kavramsal Çerçevesi

Sağlık kavramı bireysel, nüfus ve ekosistem sağlık düzeyi olmak üzere en az üç farklı düzeyde tanımlanabilmektedir. Bireysel sağlık düzeyi, insan sağlığı ve hayvan sağlığı olmak üzere iki kavramdan oluşmaktadır. Nüfus düzeyinde sağlık; insan hekimliğinde halk sağlığı ve veteriner hekimliğinde sürü (popülasyon) sağlığı olmak üzere en az iki kavramdan oluşmaktadır. Ekosistem düzeyinde sağlık ise ekosistem sağlığından oluşmaktadır. Tek Sağlık için verimli olabilecek olasılıklardan birisi tüm insanlar ve hayvanları kapsayacak bir sağlık tanımı bulmaktır. Hem hayvan etiğinde hem de tıp felsefesinde hayvanlara nasıl bakmamız gerektiği konusunda bir tartışma vardır. Homo sapiens dışındaki tüm hayvan türlerini ifade eden “insan olmayan hayvanlar” terimi yıllardır kullanılmaktadır. İnsanları hayvanlardan, hayvanları da insanlardan ayıran neden oldukça normatif bir konudur. Hayvanlar alemi çok çeşitli yaşam formları sunduğu için ve bu yaşam formlarını bir bütün olarak ele almak tartışmalı görünmektedir. Bu durum özellikle ruh sağlığı açısından geçerli görünmektedir (Lerner ve Berg, 2015: 3).

Günümüzün risk ortamı, epidemiyolojik küreselleşme, patojen adaptasyonu, gıda güvensizliği, değişen insan demografisi, gelişen hayvansal üretim sistemleri ve iklim değişikliği gibi faktörlerin de aralarında bulunduğu karmaşıklık, birbirine bağlılık ve yakınsama ortamından oluşmaktadır. Sağlık sorunlarını ele alma ve sağlıklı yaşam hedeflerine ulaşma fırsatı ve kritik ihtiyacı konusunda artan bir farkındalık sözkonusudur. Son yıllarda yaşanan bir dizi önemli uluslararası bulaşıcı hastalıklardan dolayı sağlık yönetimi daha çok ekosistem sağlığı, hayvan sağlığı ve insan sağlığı arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Bu hastalıklar arasında Lassa ateşi, edinilmiş bağışıklık yetmezliği sendromu (AIDS) ve Lyme hastalığı gibi zoonotik hastalıkların ortaya çıkması ve son derece patojenik H1N1, H5N1 ve H7N9 influenza virüsleri, Nipah ve Hendra virüsleri, Batı Nil virüsü, Ebola ve diğer filovirüsler ile şiddetli akut solunum yolu sendromu ve Orta Doğu solunum yolu sendromu koronavirüsleri gibi virüsler yer almaktadır. Ayrıca kuduz, Chagas hastalığı, sıtma, leptospiroz, insan ve sığır tüberkülozu ve şap hastalığı gibi hastalıklardan kaynaklanan tehditler devam etmektedir ve amfibilerde ve beyaz benekli hayvanlarda görülen kitrid mantarı gibi hastalıklar sonucunda vahşi hayvan popülasyonlarında büyük bir düşüş yaşanmıştır (Evans ve Leighton, 2014).

Tek Sağlık kavramının henüz evrensel olarak kabul görmüş bir Tek Sağlık tanımı yoktur. Sosyal, ekonomik ve politik etkileri, birçok kişinin Tek Sağlık'ı oldukça sınırlı bir şekilde tanımlamasına ve tek amacın yalnızca insan sağlığına ulaşmak olmasına yol açmıştır. Diğerleri içinse hayvan sağlığı veya dayanıklı, sürdürülebilir ekosistemler aynı derecede önemli hedefler olmuştur. Tek Sağlık kavramının özü, bu üç hedefin birbirine bağlı olması ve aslında tek bir hedef oluşturmasıdır, çünkü üçüne birden aynı anda ulaşmak, herhangi birine ulaşmanın tek yoludur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1946 tarihli Anayasası'nda sağlığı, "sadece hastalık veya sakatlığın yokluğu değil, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah hali" olarak tanımlamıştır. İnsan, hayvan ve ekosistem sağlığı arasındaki etkileşimler bu tanımın içinde örtük olarak yer almaktadır. Tarih boyunca insanlar, doğrudan tüketim yoluyla evcil ve vahşi hayvanlara (kara ve su hayvanları) gıda için güvenmişlerdir. Ayrıca, yüzyıllar boyunca hayvan gücü de gıda yetiştirmek, hasat etmek ve taşımak için kritik öneme sahip olmuştur. Zihinsel ve sosyal refahın DSÖ sağlık tanımına dahil edilmesi, hayvanların ve ekosistemlerin insan sağlığına yaptığı katkıları dolayısıyla da önemlidir. Hayvanlar açısından; insanların hayvanlarla ilişkilerinden elde ettikleri geniş kapsamlı faydaları ve hayvanların günlük yaşamda ve toplumda oynadıkları rolleri kabul eder. Giderek artan sayıda insanın fiziksel, duygusal ve zihinsel refahının iyileştiği açıkça gösterilmiştir. Toplum, eğitilmiş hizmet hayvanı arkadaşları ve evcil hayvanlarla olan karşılıklı bağımlılıkları sayesinde büyük ölçüde iyileşmektedir.

Ayrıca hayvanlar, boş zaman aktivitesi ve eğlencenin kaynaklarıdır ve aynı zamanda bizi doğal ortamdaki değişikliklere karşı uyaran kritik bekçilerdir. Ekosistemler açısından; DSÖ'nün sağlık tanımı, insan ve hayvanların fiziksel refahında önemli bir rol oynayan ekosistemin geniş kapsamını odak noktasına getirmektedir. Bunlar arasında fotosentez, oksijen ve su bulunabilirliği, toprak verimliliği, besin döngüsü ve detoksifikasyon yer almaktadır. Dahası, birçok yeni ilacın biyolojik bir kaynağı vardır ve biyoçeşitlilik, salgın hastalıklara, zararlılara ve felaket düzeyindeki ürün kayıplarının sonuçlarına karşı önemli bir tampon görevi görür. Dahası, ekosistem hizmetlerinin, doğayla ilişkilendirilen kültürel ve manevi değer, ekoturizm ve sürdürülebilir avcılık ve balıkçılık için sunduğu fırsatlar ve müzisyenlere, yazarlara ve resamlara sağladığı ilham nedeniyle zihinsel ve sosyal refah üzerinde de etkisi olduğu görülebilmektedir. Ayrıca, hastalıklar ekosistemin işlevi, dayanıklılığı ve evriminde önemli roller oynar, bu nedenle hastalığın yokluğu her zaman sağlıklı olduğunu göstermemektedir. Ancak, Tek Sağlık'ın uygulanabilir bir kavram olarak insanların ve hayvanların sağlık hedefleri üzerinde olumsuz etki yaratma kapasitesini de dikkate almak gerekmektedir. Edward O. Wilson, ekosistemlere en fazla zarar veren, dolayısıyla biyolojik çeşitliliği azaltan ve Tek Sağlık hedeflerine ulaşılmasını engelleyen temel insan faaliyetlerini habitat tahribatı, kirlilik, aşırı nüfus artışı ve aşırı hasat olarak belirlemiştir. Sonuç

olarak, ortaya çıkmaya devam eden birçok sağlık sorununun temelinde yatan neden ve sonuçları anlamak ve etkili bir şekilde ele almak için gerçek bir Tek Sağlık yapısı, hem insan faaliyetlerini hem de su kalitesi, biyolojik çeşitlilik, genetik çeşitlilik ve ekosistem sağlığı üzerinde etkisi olan doğal olarak meydana gelen olayları kapsamalıdır. Dolayısıyla, Tek Sağlık'ın yalnızca kritik öneme sahip bulaşıcı ve zoonotik hastalıklarla ilgilenmediği görülebilmektedir. Tek Sağlık, sağlığın ekosistemler, insan ve hayvan popülasyonları arasında geniş, kapsayıcı ve birbirine bağlı bir neden-sonuç ilişkisi tarafından belirlendiği ve gıda güvenliği, biyolojik çeşitlilik, ekonomik refah, duygusal ve zihinsel refahı tam anlamıyla ele alan bir paradigmadır (Evans ve Leighton, 2014).

Tek Sağlık şemsiyesi altında bir dizi bilim alanı mevcuttur. Bunlar biyoloji, insan hekimliği, veterinerlik, halk sağlığı, çevre kimyası ve sağlık ekonomisi, en önemlilerinden bazılarıdır. Tek Sağlık, birçok disiplinin katkıda bulunabileceği geniş ve kapsayıcı bir alandır. Tek Sağlık'ın gerçek anlamda çok disiplinli ve disiplinlerarası bir yaklaşımı, yani çok daha geniş bir kavramı temsil etmesidir (Lerner ve Berg, 2015).

Tek Sağlık, genellikle insan dışı hayvan türlerinde bulunan ve insanları enfekte etme ve hastalığa neden olma potansiyeline sahip mikroorganizmalardan kaynaklanan insan sağlığı risklerini azaltmaya yönelik bir yaklaşım olarak sunulmaktadır. Bu mikroorganizmalar, bilinen patojenlerin yanı sıra, uygun koşullar altında insanları enfekte edebilen veya insan enfeksiyon formlarına dönüşebilen, henüz bilinmeyen mevcut mikroorganizmaları da içermektedir. Son yıllarda hayvan rezervuarlarından insan patojenlerinin ortaya çıkmasının endişe verici sayısı ve ciddi sonuçları göz önüne alındığında (sığır süngerimsi ensefalopatisi, BSE; Nipah virüsü; şiddetli akut solunum yolu sendromu, SARS; yüksek derecede patojenik kuş gribi, HPAI H5N1; ve influenza A H1N1), Tek Sağlık kavramının arkasındaki mantık, yani zoonotik hastalık risklerini araştırmak, planlamak ve azaltmak için daha uyumlu ve bütünlük bir yaklaşımın teşvik edilmesidir. Son beş yılda, özellikle uluslararası toplumdan, sağlık araştırmaları, sistemleri ve hizmetlerinin Tek Sağlık yaklaşımını uygulaması yönünde artan bir talep olmuştur. Sağlık mesleklerinde çalışanların tepkileri kutuplaşmış, insan sağlığı sektöründe çalışanların çoğunluğu Tek Sağlık'a katılmamışken, hayvan ve çevre sağlığı alanında çalışan profesyonellerin çoğunluğu bu yaklaşıma ilgi duymakta ve bazıları da değerini kabul etmektedir. Tek Sağlık savunucuları, mikrobiyal sağlık tehlikelerinin daha bütünsel bir şekilde yönetilmesinin, hastalık riskinin azaltılması için mevcut kıt kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlayacağını varsaymaktadırlar (Häsler vd., 2012).

Tek Sağlık, insanların, hayvanların, bitkilerin ve çevrenin yakından bağlantılı olduğunu kabul eden bulaşıcı hastalıkları araştırmaya yönelik bir yaklaşımdır. 20. yüzyılın ortalarında, Amerika Birleşik Devletleri'nde Calvin Schwabe adlı bir veteriner cerrah, insan ve hayvan sağlığı ve refahına yönelik

yaklaşımları karşılaştırmış ve “Tek Tıp” kavramını önermiştir. Schwabe, meslek üyelerinin genel tıbbı katkıda bulunabileceği bütünlük ve disiplinler arası bakış açısını vurgulamıştır. Ayrıca, bulaşıcı hastalıkları kontrol altına alma çabalarında toplumla birlikte çalışmayı iyileştirmek için sosyal bilimlerin katılımını ve iletişim becerilerinin geliştirilmesini savunmuştur. 21. yüzyılda bu fikir, bitkiler, vahşi hayvanlar ve coğrafi alanlar da dahil olmak üzere daha geniş ekosistemin sağlığını kapsayacak şekilde daha da geliştirildi. 2004’te yayınlanan Manhattan Koruma İlkeleri, insanlar ve hayvanlar arasındaki etkileşimlere daha bütünlük bir bakış açısı çağrısında bulundu. 2002-2004 yıllarındaki Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu koronavirüsünün (SARS-CoV-1) küresel salgını, zoonozların insanlar için oluşturduğu riskleri keskin bir şekilde vurgulamıştır. Tek Sağlık terimi ilk olarak bu sıralarda ortaya çıktı. Bu kavram, insanların, hayvanların, davranışlarının ve çevrelerinin sağlıklarının yakından bağlantılı olduğunu kabul etmektedir (Pitt ve Gunn,2024). Daha sonra 1 Aralık 2021 tarihinde Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), Dünya Hayvan Sağlığı Örgütü (WOAH), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çevre Programı (UNEP) tarafından Dörtlü İttifak oluşturuldu. Dörtlü ittifak, Tek Sağlık Yüksek Düzey Uzman Panelinde (OHHLEP), Tek Sağlık’ı “Tek Sağlık, insanların, hayvanların ve ekosistemlerin sağlığını sürdürülebilir biçimde dengelemeyi ve en iyi hâle getirmeyi amaçlayan bütünlük ve birleştirici bir yaklaşımdır.” şeklinde tanımlamıştır (Zhou vd., 2022; Rodríguez vd., 2025).

1.1. Tek Sağlık ve Disiplinlerarası Yaklaşım

Tek sağlık yaklaşımı çok disiplinli ve disiplinlerarası bir yaklaşımdır. Disiplinlerarası çalışmalar yürütmek için temel disiplinlere ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca, Tek Sağlık yaklaşımı, belirli bir hastalık veya sendromun tüm olası yönlerinin her bilimsel çalışmaya dahil edilmesi gerektiği anlamına gelmemektedir. Böyle bir yaklaşım oldukça karmaşık ve anlaşılır olmaktan uzaktır. Tek Sağlık’a daha pratik bir yaklaşım, diğer türler, gruplar veya ekosistemlerle birbirleriyle ilişkilidir ve gerektiğinde bu tür unsurları dahil edilmektedir.

Tek Sağlık bakış açısı, farklı geçmişlere sahip araştırmacıların iş birliği yapmasıyla farklı bakış açılarının bir araya gelmesiyle daha bütünsel çalışmalara yol açabilmektedir. Hem hayvanların hem de insanların dahil olduğu Tek Sağlık bakış açısı, hem insanlara hem de hayvanlara aynı anda odaklanan disiplinlerarası bir yaklaşım olmaktadır (Lerner ve Berg, 2015).

Sosyal bilimler, Tek Sağlık araştırmalarının karşı karşıya olduğu sorunların inşasında önemli bir rol oynamaktadır. Bulaşıcı veya toksik risklerin anlaşılması, yalnızca biyolojik veya kimyasal bileşenlerine indirgenemez. İnsan toplumlarının kırılabilirliğini, değişkenliğini ve hassasiyetini ve ayrıca hayvanlar ve ekosistemlerle etkileşim kurma biçimlerini de dikkate almak

önemlidir. Disiplinlerarası ve sektörlerarası bir yaklaşımı teşvik eden Tek Sağlık kavramı, küresel düzeyden yerel düzeye kadar farklı sağlık yönetişimi düzeylerinde, toplulukları, bilimsel uzmanları, yönetimleri ve diğer kilit oyuncularını (STK'lar, endüstri, hukuk uzmanları vb.) bir araya getiren katılımcı yaklaşımları teşvik etmekte yer almaktadır. Bulaşıcı ve toksik riskler, gözetim ve önleme sistemlerinin iyileştirilmesine ve toplumların sağlık krizleri karşısında dayanıklılığına katkıda bulunmak için algıları ve etkileri aracılığıyla da ele alınmaktadır (Destoumieux-Garzón vd., 2018).

Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların ortaya çıkışı ve yeniden ortaya çıkışı ve yenilikçi kontrol stratejilerinin oluşturulması, bununla birlikte, toplumlarımızda araştırmanın gerçek organizasyonu ve kaynakların sektörel dağılımı, disiplinlerarası yaklaşımların ve bütünlük operasyonel eylemlerin geliştirilmesini hâlâ sınırlamaktadır. Ekolojik, çevresel ve evrimsel bilimleri insan ve hayvan tıbbından hâlâ ayıran disiplinlerarası engellerin kaldırılması, bilimin ötesine geçen ve siyaseti (sağlık, tarım, su ürünleri yetiştiriciliği, arazi yönetimi, şehircilik ve biyolojik koruma), hukuku ve etiği etkileyen “Tek Sağlık” kavramının uygulanması önünde büyük bir zorluktur. Tek Sağlık yaklaşımının hükümetler, araştırmacılar, fon sağlayan kuruluşlar ve paydaşlar için katma değeri hakkında kanıt sağlanması gerekmektedir. Son olarak, “Tek Sağlık” kavramından beklenen bütünlük sağlayıcı faydaların teşvik edilmesi, henüz inşa edilmesi gereken insan, sosyal ve hukuk bilimleriyle yeni bir arayüz gerektirmektedir (Destoumieux-Garzón vd., 2018).

2. Tek Sağlık'ın Tarihsel Çerçevesi

Tek Sağlık perspektifinden bakıldığında, hayvan ve insan sağlığını korumak, Antik çağlara kadar uzandığı tespit edilmiştir. İlk kayıtlardan biri, Hindistan'da Kral Ashoka'nın (yaklaşık MÖ 304-232) saltanatından kalma On Dört Kaya Fermanı'ndan (yolların yakınına yerleştirilen düzenlemeleri içeren taşlar) gelmektedir. Söz konusu ferman: “Tıbbi kök veya meyvelerin bulunmadığı her yerde, ithal ettirip yetiştirdim. Yollar boyunca kuyular kazdırdım ve insanların ve hayvanların yararına ağaçlar diktirdim” sözüyle her yerde insanlar veya hayvanlar için uygun tıbbi bitkilerin bulunmadığı, ithal ettirip yetiştirdiği bilinmektedir (Lerner ve Berg, 2015: 1).

Çok eski zamanlardan beri, insanların sağlığı ve refahı, hayvanlarla ve paylaştıkları gezegenle yakından bağlantılı olmuştur. Tek Sağlık'ın temelini oluşturan insanların, hayvanların ve toprağa ve suya saygının karşılıklı bağımlılığı, birçok kadim medeniyetin ve modern yerli halkın kültürünün ve manevi inançlarının ayrılmaz bir parçasıdır. Temelde sosyal, tıbbi ve ekolojik bir kavram olduğu için, Batı düşüncesinin tarihsel kayıtlarında da çeşitli formülasyonlara rastlamak mümkündür. Tek Sağlık kavramı, hekim Hipokrat'ın (MÖ 460-367). ‘Havalarda, Sular ve Yerler Üzerine’ adlı eserinde halk sağlığı ile temiz çevrenin birbirine bağımlılığını ortaya koymuştur. Aristoteles

(MÖ 384-322), insanlar ve diğer memeliler de dahil olmak üzere farklı türler arasındaki ortak özellikleri inceleyerek karşılaştırmalı tıp kavramını ortaya atmış ve çeşitli kitaplarında hayvan hastalıkları üzerine yazdığı yazılara yansımıştır. Yaklaşık 2000 yıl sonra, İtalyan hekim Giovanni Maria Lancisi öncü bir epidemiyolog, hekim ve veteriner olan (1654-1720), hastalıkların insanlara ve hayvanlara yayılmasında çevrenin oynadığı önemli rolden bahsetmiştir. Hayvan popülasyonunun azaltılması ve karantina stratejilerini savunmasıyla sığırlarda sığır vebasının yönetiminde öncü olarak kabul edilir ve bataklıkların kurutulmasını ve insan sıtmasının önlenmesi ve tedavisinde ısırğan sineklere karşı koruma önlemlerinin kullanılmasını öneren ilk kişi olabileceği öne sürülmektedir. Claude Bourgelat (1712-1779) tarafından Fransa'nın Lyon kentinde kurulan ilk veterinerlik fakültesi, Avrupa'da hayvan sağlığı ve insan sağlığıyla etkileşimleri konusunda resmi bir eğitimin temelini oluşturmuştur. Louis-René Villermé (1782-1863) ve Alexandre Parent- Duchatelet'in (1790-1835) yine Fransa'da yürüttüğü çalışmalar, kamu hijyeni alanında veterinerlik uzmanlık alanının gelişmesine yol açmıştır.

Alman hekim ve patoloğ Rudolf Virchow (1821-1902) “zoonoz” terimini ortaya atmış ve şöyle demiştir: “Hayvan ve insan ilaçları arasında ayırım çizgisi yoktur ve olmamalıdır da. Amaç farklıdır, ancak elde edilen deneyim tüm tıbbın temelini oluşturmaktadır”. İnsanlarda ve hayvanlarda sağlık ve hastalığın yalnızca ayrıntılarda farklı olduğunu, türde farklı olmadığını savunmuştur. Çevresel faktörlerin sağlık sonuçlarının temel belirleyicileri olduğunu kabul etmiştir. örneğin, bizzat araştırdığı kalıcı bir tifüs salgınını sona erdirmek için önerdiği reçete, etkilenen bölgeye özgürlük, iyileştirilmiş yollar ve iyi okullar sağlamak olmuştur. Daha yakın zamanlarda, Amerika Birleşik Devletleri'nden (ABD) James Steele (1913-2013) ve Calvin Schwabe (1927-2006), hayvan ve insan sağlığının ekolojik doğasını desteklemedeki vizyoner liderlikleriyle tanınmışlardır. 1947'de Steele, ABD'de Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri haline gelen kurumda veteriner halk sağlığı birimini kurdu ve halk sağlığı alanında lisansüstü eğitimin yeni bir veterinerlik uzmanlığı olarak yerleşmesine yardımcı olmuştur. Zoonotik hastalıkların sosyo-ekonomik sonuçları hakkındaki uyarıları, DSÖ tarafından bir veteriner halk sağlığı biriminin kurulmasına yol açtı. Schwabe, Kaliforniya Üniversitesi, Davis Veterinerlik Fakültesi'nde veteriner koruyucu hekimlik alanında öncü bir program kurdu (Evans ve Leighton, 2014).

Ayrıca, 1964'te Veterinerlik ve Veterinerlik ve halk sağlığı sorunlarının yönetiminde hayvan, insan ve çevre sağlığının bütünleştirilmesini talep eden İnsan Sağlığı kitabında Tek Tıp'ın önemine değinmiş ve ‘insanın kritik ihtiyaçları arasında hastalıklarla mücadele, yeterli gıda, yeterli çevre kalitesi ve insani değerlerin hakim olduğu bir toplum'un yer aldığını’söylemiştir. Tek sağlık, veteriner epidemiyolog Calvin Schwabe tarafından 1960'larda, tek bir ilaç olmadığını göstermek için ortaya atılan tek ilaç teriminden türemiştir. İnsan

ve veteriner hekimliği arasındaki paradigma farkını ortaya koyarak bütünlük çalışmaya olanak tanımaktadır. Bugüne kadar hem sosyal hem de ekolojik sistemleri göz önünde bulundurarak bütünlük analizler yürütmek için sınırlı çaba sarf edilmiştir. Ancak bu yaklaşım kavramsal olarak yeni değildir ve sağlığa ekosistem yaklaşım veya eko-sağlık uygulanmıştır (Narrodd vd., 2012).

21. Yüzyılda Tek Sağlık kavramının en yeni ve dolayısıyla belirleyici özelliği, insan ve hayvan sağlığının temel belirleyicileri olarak ekolojik süreçlere ve çevresel faktörlere odaklanmasıdır. Dolayısıyla kavram, veterinerlik ve insan hekimliğinin yanı sıra ekoloji felsefesi ve biliminin entelektüel tarihine de dayanmaktadır. Tek Sağlık kavramının kendisi gibi, yeryüzündeki canlı ve cansız unsurlar arasındaki etkileşimler ve insanın bunlara bağımlılığı ve müdahalesi, tarihin başlangıcından beri insan düşüncesinin ve deneyiminin ön saflarında yer almıştır. Batı düşünce tarihinde, bunlar zaten MÖ 2500 civarından kalma Gılgamış efsanelerinin ve Cennet Bahçesi hikâyesinin birçok farklı yorumunda merkezi bir temadır. Felsefedeki tüm okullar ve akımlar bu temel ilişkileri sonraki 4500 yıl boyunca ele alırken, bir bilim olarak ekoloji ancak 20. yüzyılın başlarında ortaya çıkmıştır. Ekoloji terimi, 1866 yılında Alman filozof, hekim, biyolog, sanatçı ve profesör Ernst Haeckel (1834-1919) tarafından ortaya atıldı (Evans ve Leighton, 2014).

2004 yılında, Yaban Hayatı Koruma Derneği, insan, evcil hayvan ve yaban hayatı popülasyonları arasında bildirilen ve potansiyel hastalık hareketlerini tartışmak ve bunlara yanıt vermek üzere çeşitli disiplinlerden uluslararası uzmanların katıldığı bir konferansa ev sahipliği yaptı. Sempozyum, başlığı mevcut bağlamında Tek Sağlık teriminin ortaya çıkmasına yol açan Tek Sağlık Manhattan İlkeleri'nin yayınlanmasıyla sonuçlandı. Bunu iki ek uluslararası gelişme izledi. 2008 yılında, DSÖ, Dünya Hayvan Sağlığı Örgütü (OIE) ve Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu ve Birleşmiş Milletler Sistem Grip Koordinasyonu'nun desteğiyle, hayvan, insan ve ekosistem ara yüzünü ele almak için daha yakın bir şekilde birlikte çalışmak üzere bir üçlü anlaşma geliştirdi. Ardından, Haziran 2012'de Dünya Bankası, Tek Sağlık'ın ekonomik faydalarının bir değerlendirmesini yayınlamıştır. Son on yılda, çok sayıda uluslararası toplantı, sempozyum, yayın, üniversite programı, sağlık yönetimi önlemleri ve araştırma projeleri, sürekli genişleyen bir uygulama topluluğunun ve terimin kullanımını ve Tek Sağlık'ın ilke ve prensiplerini ilerleten giderek artan sayıda ağın oluşmasına hizmet etti (Evans ve Leighton, 2014).

Günümüzün Tek Sağlık fikirleri, küresel insan nüfusunun artmasıyla paralel olarak son 100 yılda katlanarak hızlanan çevresel değişikliklere yanıt olarak sağlık yönetiminin yeniden kavramsallaştırılmasını teşkil etmektedir. Dünyadaki insan sayısı, faaliyetlerimizin yoğunluğu ve çevresel değişimin hızı ve kapsamı hiçbir zaman bugünkü kadar büyük olmamıştır.

Evcil hayvanların küresel popülasyonları ve tüm doğal kaynakların kullanımı, insan nüfusuyla paralel olarak, büyük oranlarda ve ölçeklerde artmıştır. İnsanların, hayvanların ve ortak çevremizin sağlığı için tüm risk faktörleri, artık insanların ve hayvanların biyolojik adaptasyon hızını büyük ölçüde aşan çevresel değişikliklerin doğrudan veya dolaylı sonucudur. Dolayısıyla Tek Sağlık, umut verici ve uyarlanabilir bir yaklaşımdır (Evans ve Leighton, 2014).

3. Tek Sağlık Ekonomisi

Gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde insan ve hayvan sağlığı hizmetlerinin sunumu için sınırlı kaynakları bulunmaktadır. Aynı zamanda küresel sağlık ve gıda güvenliğini korumak için insan ve hayvan sağlığı hizmetlerini iyileştirmeye yönelik artan bir ihtiyaç sözkonusudur (Häsler vd., 2012).

Tek Sağlık'ın ilişkili olduğu disiplinlerden biri de ekonomi bilimidir. Doğada insan ihtiyaçları sonsuz ve bu ihtiyaçları karşılayacak kaynaklar sınırlıdır. Sınırsız olan insan ihtiyaçları ve kıt kaynaklar ekonomi biliminin temel doğuş sebebidir. Ekonomi sınırlı kaynaklarla sınırsız ihtiyaçların nasıl en iyi şekilde karşılanacağı ile ilgilidir. Başka bir deyişle, kıt kaynakların mal ve hizmet üretiminde nasıl kullanılacağı ve üretilen mal ve hizmetlerin toplumda nasıl dağıtılacağını inceleyen bilim dalıdır (Çelik, 2016; Dinler, 2015).

Ekonomi, kaynak kullanım dinamiklerini anlamak ve değişim argümanları sunmak için gerekli bir disiplindir. Sağlık hizmeti sunumunda bir paradigma değişimi sağlamak için, büyük bir değişimin maliyetlerinin önemli net faydalar sağlayacağına dair ikna edici argümanlar olması gerekmektedir. Kıt kaynakların dağıtımını inceleyen bir disiplin olan ekonominin, Tek Sağlık üzerine sadece maliyetler değil aynı zamanda kaynak kullanımının verimliliğini ele almaktadır (Häsler vd., 2012). Bu bağlamda tek sağlığın maliyetlere ve verimliliğe etkisi ele alınmaktadır. İnsanlarda ve hayvanlarda hastalıkların önlenmesi veya azaltılması için maliyetlerin düşürülmesi ve verimliliğin yükseltilmesi ekonomik değerlendirme açısından önem arz etmektedir. Tek sağlık ekonomisi sadece maliyet ve verimliliği içeren ekonomik değerlendirmeyi değil aynı zamansa sosyoekonomik belirleyicileri de ele almaktadır.

3.1. Tek Sağlığın Maliyetlere Etkisi

Yeni hastalıkların ortaya çıkmasındaki belirgin artış veya çoğu zoonotik olan mevcut hastalıkların yeniden ortaya çıkması nedeniyle hastalık gözetimi, acil müdahale ve hastalık kontrolüne olan talebi arttırmaktadır. Yeni hastalıkların veya mevcut hastalıkların yeniden ortaya çıkmasını etkileyen faktörler arasında insan nüfusu ve davranış değişiklikleri, artan hayvancılık üretimi, üretimin yoğunlaşması, ticaret, habitat değişikliği, biyolojik çeşitliliğin kaybı ve küreselleşme yer almaktadır (Häsler vd., 2012). Zoonotik etkenlerin

hayvanlar, insanlar ve çevre arasında dolaşımı nedeniyle, insan sağlığını ve faaliyetlerini etkilemesinin yanı sıra hastalığın maliyetini ve diğer ekonomik sektörleri etkilemektedir. Son yıllarda zoonotik hastalıkların doğrudan maliyeti on yılda 20 milyar dolardan fazla olduğu ve etkilenen ekonomilerin tamamında 200 milyar doların üzerinde dolaylı kayba yol açtığı tahmin edilmektedir (Narrodd vd.,2012:150). Maliyetleri arttıran diğer bir faktör ise antimikrobiyal dirençtir. Aynı zamanda Antimikrobiyal direnç (AMD), virüslerin, mantarların, parazitlerin ve bakterilerin kendilerini baskılamak için tasarlanmış ilaçlara karşı direnç geliştirdiği bir süreçtir. Bu antimikrobiyallere direnç kazanan patojenlerin sayısı dünya çapında artmakta ve insan, hayvan ve çevre sağlığı üzerinde derin bir etki yaratmaktadır. Örneğin, antibakteriyel dirençli enfeksiyonların 2021 yılında 1,1 milyon insan ölümüne neden olduğu tahmin edilmektedir ve 2050 yılına kadar 1,9 milyona çıkması öngörülmektedir (Keenan vd., 2025).

Bir diğer örnek HPAI, yüksek derece patojenik kuş gribi ve H5N1 virüsü sebep olmaktadır. Yüksek patojenik kuş gribi, H5N1, geleneksel olarak kümes hayvanları ve yabani kuşlarla ilişkilendirilmiştir. Ancak son zamanlarda süt sığırları için ciddi bir endişe kaynağı haline gelmiş ve Amerika Birleşik Devletleri'nin her yerinde salgınlara neden olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2014 ve 2015 yılları arasında yüksek patojenik kuş gribinin (HPAI) yeniden ortaya çıkması, 232 vaka ve tahmini 950 milyon ABD doları ekonomik etkiyle ABD tarihindeki en büyük kuş gribi salgınına yol açmıştır. Salgının hindi yetiştiriciliği sektörü üzerinde önemli bir ekonomik etkisi olmuştur. Sözleşmeli hindi yetiştiricileri, salgınları takip eden sekiz ayda yönetim ücretlerinde %9,3'lük bir azalmanın yanı sıra ortalama %38 üretim kaybı yaşamışlardır. Sonuç olarak, üretim ve işletme gelirleri sırasıyla %36 ve %39 oranında azaldı. Boş üretim dönemlerinde, üreticilerin yaklaşık %93'ü ek iş aramadı ve %59'u işçilik maliyetlerini karşılamak için tasarruflarından ortalama 3200 ABD doları kullanmak zorunda kaldı. Ayrıca, üreticilerin %62'si operasyonlarını genişletmeyi düşündü ancak salgın nedeniyle bu planlarını erteledi. H5N1 salgını yumurta sektörünü de etkileyerek Ocak-Ağustos 2006 arasında 60 milyon ABD dolarını aşan kayıplara yol açtı. GSYİH'nin 2004'te 72,1 milyar ABD doları olduğu Nijerya'da HPAI H5N1 yalnızca mali kayıplara yol açmakla kalmadı, aynı zamanda ticaret, turizm ve gıda güvenliğini de etkiledi. Virüs hakkındaki kamuoyundaki yanlış kanılar hayvansal protein bulunabilirliğinin azalmasına, alternatif ürünlerde fiyat artışlarına ve hayvancılık çiftçileri için üretim maliyetlerinin artmasına neden oldu. Mısır'da HPAI yaklaşık 36 milyon tavuğun ölümüne veya itlaf edilmesine yol açtı. Şubat 2007 ile Haziran 2008 arasında 1,6 milyon kuş öldürüldü, ayrıca 287 salgında 277.000 tavuk öldü ve etkilenen çiftliklerde 2,2 milyon yumurta daha imha edildi (Owusu ve Sanad, 2025).

Hayvancılık popülasyonlarında çabalar, öncelikle önleme ve yok etme tedbirlerinin uygulanmasına odaklanmış olup, azaltma (bulaşma kontrolü) stratejilerinin etkisine çok daha az vurgu yapılmış ve makro (ulusal ekonomi, çevre) veya mikro (küçük çiftçilerin sağlığı, geçim kaynakları, gıda güvenliği) düzeylerdeki ekonomik ve kalkınma etkileri dikkate alınmıştır. Dünyadaki kırsal kesimdeki yoksulların %70'inin geçimini hayvancılık ve iş hayvancılığına borçlu olduğu göz önüne alındığında, hayvanlar çözümlerin dışında bırakılmaz (Narrodd vd., 2012: 151).

Ekonomik etkiler, hayvancılık ve hayvansal ürün satışlarındaki düşüş nedeniyle hane gelirinde doğrudan düşüşler, gıda güvenliğinin azalması nedeniyle tüketim etkileri, hayvancılığın riskle başa çıkma mekanizması olarak kullanıldığı durumlarda hane halkı kırılganlığının artması ve tasarrufları ve cinsiyet eşitliğini etkileyen hane halkı serveti üzerindeki etkiler dahil olmak üzere riskleri kontrol altına almak maliyetin ötesinde bir öneme sahiptir (Narrodd vd., 2012).

Son 60 yılda, birçok sanayileşmiş ülke, test ve kesim, yem yasakları, evcil hayvanların ve yaban hayatının toplu aşılınması, sağlık eğitimi ve süt pastörizasyonu gibi koordineli müdahaleleri kolaylaştıran maliyetli kamu yatırımları yoluyla zoonotik hastalıkları başarıyla kontrol altına almış veya ortadan kaldırmıştır. Bunlar, önemli operasyonel, yasal ve finansal teminatlar gerektiren zoonotik hastalıkları ortadan kaldırmanın oldukça etkili yöntemleridir. Çoğu gelişmekte olan ülkede, zoonotik hastalıkların gözetimi, veteriner tıbbi ve beşeri tıp arasında tek sağlık iş birliği olarak kabul edilmemektedir. Ayrıca, birçok ülkede tanı kapasitesi ve sağlık altyapısı yetersizdir (Narrodd vd., 2012).

Ayrıca, yem ve girdi sektörü veya diğer analiz edilebilir girdi ve çıktı sektörlerini içeren daha geniş ekonomi gibi sektör düzeyinde de etkiler mevcuttur. Bu ilişkili maliyetler, karar alma süreci için önemli olan farklı düzeylerde (hane halkı, uygulayıcılar, politika) davranış değişikliğini etkileyebilmektedir. Tek sağlık yaklaşımı halk ve hayvan sağlığını iyileştirme ve kamu ve özel sektörlerde maliyet tasarrufu sağlama konusunda muazzam bir potansiyele sahiptir. Bütünleşik bir çalışma tasarımında insan ve hayvanları aynı anda örneklemek, zoonotik hastalıkların tespit süresini kısaltmaktadır. Bütünleşik analiz yoluyla, bir hayvan-insan bulaşma modelini sektörler arası ekonomik ilişkilere bağlayarak hastalığın tam toplumsal maliyeti tahmin edilebilmektedir. Tam toplumsal maliyeti göstermek için analiz, hayvanların toplu aşılınmasının maliyeti genellikle halk sağlığı fayda tasarruflarından çok daha yüksektir. Özellikle halk sağlığı açısından bakıldığında, bu tür müdahaleler maliyet etkin değildir. Bir örnek olarak, Moğolistan'daki bruselloz kontrolü gösterilebilir; burada müdahale maliyetleri, özel ve tarım sektörleri dahil edildiğinde hastalığın toplam maliyetinin üçte birinden daha azdır ve toplumsal fayda-maliyet oranı 3,2'dir. Zoonozların maliyetinin birden fazla

sektörde değerlendirilmesi, ayrılabilir maliyet yöntemi gibi maliyet paylaşımı seçeneklerinin belirlenmesini kolaylaştırmaktadır. Hayvanların toplu aşılmasıyla brusellozun kontrolü, halk sağlığı sektörü açısından maliyet etkin olmasa da maliyetler halk sağlığı ve tarım sektörleri arasında faydalarına orantılı olarak paylaşıldığında oldukça maliyet etkin hale gelmektedir. Dolayısıyla, zoonotik hastalık kontrolü için bütünleşmiş değerlendirmeler hayati önem taşımaktadır (Narrod vd., 2012).

Genel olarak, Tek Sağlık yaklaşımında sektörler arası iş birliğiyle önemli etkinlik kazanımları elde edilebilmektedir. Bu, genellikle bir hastalıkla mücadeleden daha uygun maliyetli olan kaynakta kontrolü içermektedir. Bu bağlamda daha hızlı ve daha kesin bir teşhis için izleme ve teşhis açısından iş birliğini, kapsamı artırmak için aşılama gibi önleyici tedbirler açısından iş birliğini ve vaka sayısını azaltmak için ayrıntılı ve acil bir iletişim gerektirmektedir. Şaşırtıcı bir şekilde, salt ekonomik bir bakış açısı, hem hayvanlar için kaynakta önleme hem de insanlar için kontrole dayanan küresel bir sağlık yaklaşımını da gerektirmektedir. Bu iki taraflı yaklaşımın uygulanması ve optimize edilmesinin yılda 1,9 ila 3,4 milyar dolar arasında bir maliyete yol açacağı tahmin edilmektedir (Destoumieux-Garzón vd.,2018). Ancak bu miktar, salgın hastalıklar sonucu tarihsel olarak yaşanan yıllık ortalama 6,7 milyar dolarlık ekonomik kaybın çok altında kalmaktadır. Bu yöntemler, insan, hayvan ve bitki hastalıklarının kontrolü için bölgesel, ulusal ve uluslararası biyogüvenlik yaklaşımlarının birleştirilmesini ve insan ve hayvanlarda yaygın olan hastalıkların izlenmesi ve araştırılması için bütünleşmiş, disiplinler arası, sektörler arası bir yaklaşımın uygulanmasını gerektirecektir. Gerekli ilk adım, demografi, sıhhi durum, sağlık belirleyicileri (insan, hayvan ve ekosistem) ve risk faktörleri hakkında temel istatistikleri içeren bir veritabanının geliştirilmesidir. İlgili araştırmaların sonuçlarıyla beslenen bu çok ve sektörler arası işbirlikleri, (bazen) çelişkili yönetim hedefleri (gıda üretimi, sağlık, biyoçeşitliliğin korunması vb.) arasında biyoekonomik, sosyal ve ekolojik olarak kabul edilebilir uzlaşmaların belirlenmesinde de önemlidir (Destoumieux-Garzón vd.,2018).

3.2. Tek Sağlıkın Ekonomik Verimliliğe Etkisi

Tek Sağlık geleneksel ve sektörel yaklaşımlar altında halihazırda uygulanan önlemlere kıyasla hastalık riskini azaltmanın etkinliğini ve verimliliğini artırdığına inanıldığı için yaygın olarak desteklenmektedir. Tek Sağlık ve geleneksel yaklaşımların aynı temel değere göre bağımsız seçenekler olarak karşılaştırılması, ekonomik verimliliklerinin gösterilmesine olanak tanımaktadır (Häsler vd.,2012). Bazı ülkelerde ve bölgelerde, hükümetler kaynak yetersizliği nedeniyle temel hayvan ve halk sağlığı hizmetlerini sunmakta zorlanmaktadır. Hayvan ve halk sağlığı hizmetlerinin kaynaklarını birleştirerek sağlık hizmetlerini sunmaları için finansal bir teşvik oluşturulmakta ve asgari düzeyde altyapı hizmetleri ve maliyet yapılarının paylaşılmasıyla

hizmet sunumu iyileştirilmektedir. Hayvan ve halk sağlığı hizmetlerinin entegre edilmesinin ekonomik mantığı açıktır. Eş zamanlı olarak yürütülen lojistik, personel ve malzeme açısından benzer yapılara ihtiyaç duyulduğunda, kaynaklar paylaşılabilen ve bazı durumlarda sektörler arası ortaklıklar sayesinde tasarruf sağlanabilmektedir. Bu tür maliyet paylaşımı girişimleri, verimliliğini artırmaya hizmet etmektedir (Häsler vd., 2012).

Bütçe ve kaynak tahsisi, hayvanlarda endemik zoonotik hastalıkların riskini azaltmak için yeterli finansman ve insanlarda fayda sağlamaktadır. Bu, hastalık yönetimine proaktif ve önleyici bir yaklaşım ve hastalığın daha ileri aşamalarda yönetilebileceğinin kabul edilmesini gerektirmekte, bu da kaynak tahsisinde önemli değişiklikler yol açmaktadır. Azaltma faaliyetleri, birden fazla sektörü kapsayan birden fazla noktada veya yalnızca belirli bir popülasyonda, diğer sektörün mali katkısıyla başlatılmaktadır. Yeni ortaya çıkan zoonotik hastalıklarla ilgili son deneyimler, bunların insan ve hayvan popülasyonları üzerinde, doğrudan hayvanlarda veya insanlarda morbidite ve mortalite nedeniyle veya dolaylı olarak hastalığa verilen yanıt, kontrol önlemleri, ticaret üzerindeki etki veya hastalık korkusu ve ilişkili davranış değişikliği nedeniyle büyük etki yaratma potansiyelini göstermiştir. Bu durum, bütünleşmiş gözetim veya gelecekteki yeni ortaya çıkan hastalık tehditlerine hızlı müdahale için disiplinlerarası ortaklıkların kurulmasını teşvik etmiştir (Häsler vd., 2012). Bu tür ortaklıklar iyi koordine edilirse, (yeniden) ortaya çıkan veya egzotik bir hastalık yaygınlaşmadan önce erken tespit edilebilmekte ve bu da kontrol altına alınmasını daha kolay ve daha az maliyetli hale getirmektedir. Ekonomik değerlendirmeler, değer kayıplarını önlemek için gereken ek kaynak kullanımını dikkate almadan eksik kalacağından, planlama, hazırlık, veri analizi ve iletişim için gereken personel, zamanı ve yeni yapıların (örneğin paylaşılan veritabanları ve iletişim kanalları) kurulması için gereken maliyetler gibi ek maliyetleri hesaba katılması gerekmektedir (Häsler vd., 2012).

3.3. Uygulamada Tek Sağlık'ın Ekonomik Değerlendirmesi

Bir programın planlama aşamasındaki ön değerlendirmeler, karar vericilere en verimli seçeneğin seçimi konusunda bilgi sağlamaktadır. Bu tür çalışmalar alternatif stratejilere odaklanmakta ve olası sonuçlar hakkında tahminlerde bulunmakta yani beklenen maliyetler ve değerlerle ilgilenmektedirler. Teknik uygulanabilirlik ve ekonomik uygulanabilirlik hakkında bilgi sağlamaktadır. Uygulamadaki olası zorlukları işaret etmektedir. Uygulama sırasında, başarılı bir sonuç elde etme olasılığının değişip değişmediğini görmek için, örneğin önemli bir teknolojik ilerleme olup olmadığını veya katılımcıların uyumunun öngörülenden düşük olup olmadığını görmek amacıyla, ön çalışmada kullanılan varsayımları gözden geçirmek ve gerekirse değiştirmek için ara değerlendirmeler yapılmaktadır. Alternatif olarak, ön analiz yapılmamışsa, devam eden bir programın değerini değerlendirmek için ara değerlendirme kullanılabilmektedir. Program beklentilerden sapıyorsa, fonlar öngörülen

sonuçlara ulaşmak için yeniden yönlendirilebilmektedir. Bir programın tamamlanmasından sonra, pozitif bir net değer üretilip üretilmediğini değerlendirmek için son değerlendirmeler yapılmaktadır ve bunlar, yalnızca alınmış kararlara geriye dönük olarak baktıkları için kaynak tahsis kararını asla tam olarak bilgilendirmezler ancak gelecekteki stratejilerin ön değerlendirmeleri için önemli bilgiler sağlarlar, yani bir programın başarısı veya başarısızlığı ve ekonomik değeriyle ilgili faktörler hakkında dersler çıkarılmasını sağlar. Bu temel hususlar Tek Sağlık için de aynı şekilde geçerlidir. Standartlaştırılmış ekonomik değerlendirmeler, fonların yanlış tahsis edilmesini önlemeye ve maliyet etkin azaltma başarısını artırmaya yardımcı olmaktadır. Tek Sağlık faaliyetleri için kullanılan kaynakların değeri, temel veya karşıt olgusal değerlere göre ortaya çıkan ekonomik, sosyal ve çevresel faydalardan daha yüksek olmamalıdır (Häsler vd., 2012).

Ancak, Ekonomik faydalarının değerlendirilmesi hedeflenirken dikkate alınması gereken Tek Sağlık'ın önemli özelliği bulaşıcı zoonotik hastalık riskinin azaltılmasına rehberlik edebilen ve iyileştirebilen, insan ve hayvan sağlığı arasındaki yakın ilişkiye dikkat çeken bir yaklaşım olarak kabul edilmesidir. Ampirik analiz veya modelleme için, bir sistem genellikle daha yönetilebilmekte ve ayrı ayrı incelemeye olanak tanıyan parçalara ayrılmaktadır. Sonuçlar, ancak her bir bileşen değerlendirilip modellendikten sonra birleştirilmektedir. Ancak, bu tür bir ayırıştırma, analiz ve yeniden yapılandırma çoğu durumda tüm sistemin nasıl işlediğine dair ayrıntıları kaybeder; yani geri bildirim mekanizmalarının ve önemlerinin değerlendirilmesi için gereken kapasite azalır. Tek Sağlık projelerinin geniş bir yelpazesi, tanımlanmış gereği bilinmeyen yeni ortaya çıkan hastalıkları tespit etmeyi, bunlarla mücadele etmeyi ve/veya önlemeyi amaçlamaktadır. Henüz meydana gelmemiş bir şey hakkında veri toplamak imkansızdır ve ortaya çıkan bir patojenin türü, coğrafi konumu, konak tercihi, virülansı, bulaşıcılığı veya bulaşma yolları ve en önemlisi böyle bir patojenin insanlarda yerleşip yerleşmeyeceği hakkında ampirik veri mevcut olmayacaktır. Bu nedenle, ne olabileceğini tahmin etmeye çalışan herhangi bir model, uzman değerlendirmesine, eğitilmiş tahminlere ve patojenlerin ve maruz kalan insan nüfus gruplarının olası kaynaklarının biyolojik olarak araştırılmasına veya taranmasına dayanmak zorunda kalacaktır. Anekdot niteliğindeki kanıtlar, Tek Sağlık ve diğer disiplinlerarası veya sektörlerarası stratejilerin, diğer stratejilerin istenen etkiyi yaratmada başarısız olmasından kaynaklanabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla, bazı girişimler bilimsel kanıtlardan ziyade inanç ve kanaatlere dayanıyor olabilir. Geniş kapsamlı hedefler formüle edilebilse de belirli faaliyetler ve neden-sonuç kalıpları daha az net olabilmektedir. Yani, fırsatlardan yararlanan ve yeni bilgiler ortaya çıktıkça bunları entegre eden, gelişen bir öğrenme süreci olarak görülebilmektedir. Sonuç olarak, Tek Sağlık programlarının ekonomik değerlendirmesi için herkese uyan tek bir plan yoktur ancak, belirli Tek Sağlık zorluklarını da göz

önünde bulundurarak, sağlam ekonomik kavramlar ve ölçütler kullanılarak, her bir durum için uygun değerlendirme ölçütleri seçilmesi gerekmektedir (Häsler vd., 2012).

3.4. Sosyoekonomik Belirleyiciler

İnsan sağlığı ve hayvan sağlığı ile belirli sosyoekonomik değişkenler arasındaki bağlantıları araştırmak ve anlamak üzere PBASS çalışma platformu, tasarlanmıştır. Kötü insan sağlığının nedenlerini değerlendirmek için bütünleşik bir insan-hayvan sağlığı ve ekonomik çerçevesine olanak tanıyan bu Tek Sağlık yaklaşımı benimsenmiştir. Çalışma, insan sağlığı ile hayvan sağlığının 3 ana faktör üzerinden bağlantılı olabileceğini varsaymaktadır. Birincisi, gelişmiş hayvancılık üretiminin sağlıklı hayvancılıkla ilişkilendirildiği ve bunun sonucunda hane halkı gelir ve refahının, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişimi arttırdığı sosyoekonomik bir faktör olduğu ikincisi ,sağlıklı hayvan sahibi olmanın hayvansal gıdalara erişimi artırdığı ve bunun sonucunda yetersiz beslenme ve hastalık riskini azalttığından dolayı beslenme faktörü olduğu ve üçüncüsü daha sağlıklı hayvanların zoonotik ve gıda kaynaklı enfeksiyonları bulaştırma olasılığının daha düşük olduğu zoonotik bir faktör olduğu belirlenmiştir (Thumbi vd., 2015).

İnsan ve hayvan hastalıkları, insan ve hayvan kaynaklı olabilmektedir. Sağlık yönetimi, beslenme ve sağlık hizmeti alma faaliyetleri, aracılık etmektedir. Servet, gelir, kredi ve likidite kısıtlamaları gibi sağlık belirleyicileri iyi bilinmektedir ve düşük sosyoekonomik statüye sahip kişilerde kötü sağlıkla ilişkili olma olasılığı daha yüksektir. (Thumbi vd., 2015; Cantas ve Suer, 2014). İnsan sağlığı ve refahının hayvan sağlığıyla bağlantılı olduğu yolların araştırılmasına, anlaşılmasına ve nicelendirilmesine olanak tanımakta ve belirli hastalıklar, eş zamanlı enfeksiyonlar ve bunların etkileşimlerine odaklanan bilimsel araştırmalar da dahil olmak üzere tek sağlık ile ilgili hipotezlerin test edilmesi için bir platform sağlamaktadır. Hayvanlarda gastrointestinal veya solunum yolu hastalıklarını kontrol altına almak için yapılan müdahalelerin insan hastalıkları üzerinde doğrudan etkiye sahip olabileceğini öne sürülse de hane halkı refahı verileri, belirli bir hastalık sendromuyla ilişkili olmasa da hayvan sağlığı müdahalelerinin hane halkı refahını artırdığını ve bunun da insan sağlığı üzerinde en büyük etkiye sahip olabileceğini gösterebilmektedir. Bu tür veriler ve analizler, kaynak kısıtlı alanlarda sağlık politikalarına ve yatırımlara rehberlik etmede yeni katkılar sağlayabilmektedir (Thumbi vd., 2015).

Zoonotik hastalıkların toplum sağlığına olan yükü ve sosyoekonomik etkileri coğrafi konuma göre değişebilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde hastalık yüküne ilişkin veri eksikliği, bu etkilerin hafife alınmasına yol açmaktadır (Asante vd., 2019).

Antimikrobiyal direnç (AMD) mikropları, tarihsel, ekolojik ve biyolojik süreçlerin bir araya gelmesi sonucu çevre- hayvan-insan arayüzlerinde eşitsiz bir şekilde gelişmekte ve yayılmaktadır. İnsan ve hayvan gözetim verileri hem bölgesel hem de ulusal ölçeklerde direnç ve AMD ölüm yükünde coğrafi eşitsizliği göstermektedir. Ve bu durum genellikle kaynak açısından fakir ve sosyoekonomik açıdan daha eşitsiz toplumlarda daha yüksektir (Keenan vd., 2025)

Birçok ülkede. Daha yüksek AMD çevresel yükleri, daha yüksek nüfus yoğunluğuna sahip kentsel alanlarda, su kaynaklarının veya çevrelerinin kirlenmiş olabileceği yerlerde (yağmur mevsimi selleri ve hayvan teması dahil) bulunmuştur. Hem bölgesel hem de bireysel düzeyde, aşırı kalabalık, evsizlik, düşük gelir ve düşük eğitim dahil olmak üzere daha düşük sosyoekonomik durum ve yoksulluk da daha yüksek AMD oranlarıyla ilişkilidir (Keenan vd., 2025).

Latin Amerika'da Tek Sağlık eylemi, düşük sosyoekonomik statü, sağlık profesyoneli eksikliği ve tıbbi kaynakların kıtlığı gibi nedenlerin profesyonellerin birlikte çalışmasını gerektirebileceği kırsal ve yetersiz hizmet alan kentsel alanlarda özellikle uygulanmıştır. Yerli halklar da dahil olmak üzere farklı sosyal ve ekonomik statülere sahip yerel topluluklar, uzun yıllardır kurumlar ve sosyal örgütlerle birlikte çalışarak tabandan gelen hareketler aracılığıyla sonuçlar elde etmektedir. Bu aşağıdan yukarıya sosyo-toplum yaklaşımları aynı zamanda hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için de araçlar olmuştur. Bu tür uygulamalar Latin Amerika ülkelerinde Tek Sağlık kavramlarından önce gelmiştir. Toplumsal odaklı iş birlikçi, çok disiplinli, politik ve ekonomik girişimlerin, küresel, ekonomik ve sağlık zorlukları karşısında önemli sonuçlar elde etmeye yönelik yatırımlar haline gelebileceğine kapsayıcılık, eşitlik ve adaletle daha sağlıklı bir dünya için çalışılabileceğine inanılmaktadır (Pettan-Brewer vd., 2021).

SONUÇ

Tek Sağlık kavramı, ekosistem sağlığı, hayvan sağlığı ve insan sağlığı sorumluluğunun, insan ilişkilerinin birçok farklı disiplini ve sektörü tarafından kabul edilmesi ve paylaşılması gerektiğini ele almaktadır. zoonatik hastalıklar, antimikrobiyal direnç gibi insan hayvan ve çevre sağlığını tehlikeye sokan sağlık problemlerinin önlenmesini veya riskinin azaltılmasına yönelik faaliyet göstermek Tek Sağlık'ın ana hedefidir. Tek sağlık biyolojik, fiziksel, sosyal ve ekonomik ortamlardaki değişiklikleri inceleyerek bu değişiklikleri insan sağlığıyla ilişkilendirmektedir. Hastalıkların ortaya çıkmasını önlemek için, riskli ortamlar, temaslar ve davranışlar, zoonotik hastalıkların ortaya çıkma olasılığını azaltacak şekilde organize etmektedir. Bu, yalnızca hastalık ortaya çıkış faktörleri hakkında bilgi sahibi olmayı değil, aynı zamanda hizmet sağlayıcıların sonuçları oldukça belirsiz faaliyetlere kaynak ayırmayı da gerektirmektedir.

Dengeli bir ortamda insan ve hayvanların sağlığı ve refahı için bilimsel ve çok disiplinli bir yaklaşım olan Tek Sağlık her şeyin özünde bağlantılı olduğunu göstermektedir. Ayrıca, insanlar ile evcil veya vahşi hayvanlar arasında, esas olarak

gıda ürünleri ve insan-hayvan etkileşimleri nedeniyle artan karşılıklı bağımlılık da göz önünde bulundurularak, tıp ve veterinerlik meslekleri, refah ve küresel sağlık için iş birliği kapsamında birlikte çalışmaya yönlendirilmiştir. Sonuç olarak, böyle bir yaklaşım, insanlar, bitkiler, hayvanlar ve çevre için optimum sağlık sağlamak amacıyla farklı bölge ve kıtalardaki birbiriyle ilişkili gruplar arasında sürdürülebilir ortaklıklar yürütme çalışmalarını teşvik etmektedir.

Geleneksel yaklaşımlara kıyasla Tek Sağlık'ı tercih etmek, Tek Sağlık'a kaynak tahsis etme kararları ideal olarak epidemiyoloji, biyolojik ve sosyal bilimlerden elde edilen kanıtları birleştiren rafine ekonomik değerlendirmelere dayanmaktadır. Zoonotik hastalıkların etkisini ve risk azaltma önlemlerinin toplumsal maliyet ve faydalarını değerlendirmek için kapsamlı çerçeveler uygulanarak, zoonotik hastalık yönetimi kaynakları daha verimli bir şekilde kullanılmaktadır. Örneğin düşük düzeyde sektörler arası entegrasyon, işletme maliyetlerini paylaşmak ve tasarruf etmek için yeterli olabilmektedir. Bu durum, örneğin sağlık hizmeti sunumunda maliyet düşüşlerinin ölçek ekonomileri yoluyla sağlandığı ortamlarda geçerlidir. Böylece aynı hastalık riski düzeyi daha düşük maliyetle elde edilebilmekte ve tasarruf edilen kaynaklar başka amaçlar için kullanılabilir. İnsan nüfusunun düşük ,hayvancılığın yüksek olduğu bölgelerde, yüksek ulaşım maliyetleri, yetersiz altyapı ve düşük toplam talep nedeniyle, sübvansiyon sağlanmadığı sürece, temel insan veya hayvan sağlığı hizmetlerinin uygun bir fiyata sağlanamamaktadır. İşletme maliyetlerinin paylaşılmasıyla elde edilebilecek potansiyel tasarruflara bir başka örnek de, tehlikeli egzotik patojenlerin teşhisi ve araştırılması için kullanılan yüksek güvenli laboratuvarlar gibi yüksek maliyetli araştırma altyapılarının ortak finansmanla yapılabilir. Sektörler arası entegrasyon yoluyla insan, hayvan ve çevre sağlığında düşük maliyet ve yüksek verimlilik sağlanacağı düşünülmektedir.

Hastalık riskinin dışsal etkilerinin ulusal ve bölgesel sınırların ötesine uzandığı göz önüne alındığında, uluslararası kuruluşların Tek Sağlık uygulaması konusunda ülkelere ve bölgelere normatif rehberlik sağlamada önemli bir rolü vardır. Kurumsal düzeyde, sağlık yönetiminin genişletilmesinin ve daha güvenli, hastalıklara daha dirençli tarım alanlarının oluşturulmasının veterinerlik ve beşeri tıbbi hizmetlerin ötesine geçtiği açıktır. Sürdürülebilir tarım ve kırsal kalkınma, çevre koruma ve sosyoekonomik kalkınma yönündeki çabaların genişletilmesi, ortaklıkların ve iletişimin geliştirilmesi açısından büyük bir zorluk gerektiren birçok kurumsal paydaşın katılımını gerektirmektedir. Tek Sağlık'ı ileriye taşımak yeni kurumsal organizasyon kuralları, finansmanın nasıl dağıtılacağı ve yönetileceği konusu önem arz etmektedir. Maliyetlerin tahmin edilmesi ve daha iyi hastalık yönetimi ve önleme açısından elde edilen faydalarla karşılaştırılması üzerinde durulması gereken diğer önemli konulardan biri olmuştur.

KAYNAKÇA

- Asante, J., Noreddin, A., & El Zowalaty, M. E. (2019). Systematic review of important bacterial zoonoses in Africa in the last decade in light of the ‘One Health’ concept. *Pathogens*, 8(2), 50.
- Cantas, L., & Suer, K. (2014). The important bacterial zoonoses in “one health” concept. *Frontiers in public health*, 2, 144.
- Çelik, Y. (2016). Sağlık ekonomisi. Ankara: Siyasal kitabevi.
- Destoumieux-Garzón, D., Mavingui, P., Boetsch, G., Boissier, J., Darriet, F., Duboz, P., ... & Voituren, Y. (2018). The one health concept: 10 years old and a long road ahead. *Frontiers in veterinary science*, 5, 14.
- Dinler, Z. (2015). İktisat. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Evans, B. R., & Leighton, F. A. (2014). A history of One Health. *Rev Sci Tech*, 33(2), 413-420.
- Häsler, B., Gilbert, W., Jones, B. A., Pfeiffer, D. U., Rushton, J., & Otte, M. J. (2012). The economic value of One Health in relation to the mitigation of zoonotic disease risks. *One Health: The Human-Animal-Environment Interfaces in Emerging Infectious Diseases: The Concept and Examples of a One Health Approach*, 127-151.
- Keenan, K., Silva Corrêa, J., Sringernyung, L., Nayiga, S., & Chandler, C. I. (2025). The social burden of antimicrobial resistance: what is it, how can we measure it, and why does it matter?. *JAC-antimicrobial resistance*, 7(2), dlae208.
- Lerner, H., & Berg, C. (2015). The concept of health in One Health and some practical implications for research and education: what is One Health?. *Infection ecology & epidemiology*, 5(1), 25300.
- Narrod, C., Zinsstag, J., & Tiongo, M. (2012). A one health framework for estimating the economic costs of zoonotic diseases on society. *EcoHealth*, 9(2), 150-162.
- Owusu, H., & Sanad, Y. M. (2025). Comprehensive insights into highly pathogenic avian influenza H5N1 in dairy cattle: transmission dynamics, milk-borne risks, public health implications, biosecurity recommendations, and one health strategies for outbreak control. *Pathogens*, 14(3), 278.
- Pettan-Brewer, C., Martins, A. F., Abreu, D. P. B. D., Brandão, A. P. D., Barbosa, D. S., Figueroa, D. P., ... & Biondo, A. W. (2021). From the approach to the concept: one health in Latin America-experiences and perspectives in Brazil, Chile, and Colombia. *Frontiers in public health*, 9, 687110.
- Rodríguez, Á., Couto, P., Acevedo, A., Herrera, B. A., Astudillo, O., Avaro, M., ... & Vicari, A. S. (2025). Strengthening the surveillance and response to public health events with a One Health approach: a perspective from 12 countries in Latin America and the Caribbean. *The Journal of Infectious Diseases*, 231(Supplement_2), S108-S113.

Thumbi, S. M., Njenga, M. K., Marsh, T. L., Noh, S., Otiang, E., Munyua, P., ... & McElwain, T. F. (2015). Linking human health and livestock health: a “one-health” platform for integrated analysis of human health, livestock health, and economic welfare in livestock dependent communities. *PloS one*, *10*(3), e0120761.

WHO (2026). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/one-health>.

Zhou, XN, Guo, X. ve Zhang, X. (2025). Küresel Tek Sağlık Endeksi Raporu 2022 (s. 311). Springer Nature.



TÜRKİYE'DE YAŞLI SAĞLIĞI EŞİTSİZLİKLERİNİ YENİDEN DÜŞÜNMEK

“

Rukiye Çelik¹

¹ Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi İletişim Fakültesi, ORCID ID: 0000-0002-2538-0228, rukiyecelik@sdu.edu.tr

Giriş

Dünya genelinde nüfusun yaşlanması, sağlık ve sosyal politika alanlarında giderek daha merkezi bir tartışma konusu hâline gelmiştir. Tıbbi ilerlemeler, yaşam beklentisinin uzaması ve doğurganlık oranlarındaki düşüş, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payını artırırken, bu demografik dönüşüm yaşlılık döneminde ortaya çıkan sağlık sorunlarının yalnızca biyomedikal bir perspektiften ele alınamayacağını da açık biçimde ortaya koymaktadır. Yaşlı bireylerin sağlık durumları, hastalık örüntüleri ve sağlık hizmetlerine erişimleri; içinde buldukları sosyal, ekonomik ve çevresel koşullarla yakından ilişkilidir. Bu bağlamda, yaşlılıkta sağlık eşitsizlikleri, bireysel risk faktörlerinin ötesinde, daha geniş toplumsal yapıların ve sosyal belirleyicilerin bir sonucu olarak değerlendirilmelidir.

Sağlığın sosyal belirleyicileri yaklaşımı, bireylerin sağlık durumlarının yalnızca genetik özellikler ya da sağlık hizmetlerine erişimle değil; eğitim düzeyi, gelir, çalışma koşulları, sosyal destek ağları, yaşanılan çevre ve toplumsal cinsiyet gibi çok sayıda yapısal faktörle şekillendiğini vurgulamaktadır. Bu yaklaşım, özellikle yaşlı nüfus söz konusu olduğunda ayrı bir önem kazanmaktadır. Çünkü yaşlılık dönemi, yaşam boyu biriken avantaj ve dezavantajların sağlık üzerindeki etkilerinin en görünür hâle geldiği bir evreyi temsil eder. Erken yaşam koşulları, eğitim ve istihdam deneyimleri, sosyal güvenceye erişim ve toplumsal konum, yaşlılıkta ortaya çıkan sağlık eşitsizliklerinin temelini oluşturmaktadır.

Yaşlanma süreci, yalnızca nüfus yapısındaki niceliksel bir değişimi değil; aynı zamanda sağlık gereksinimleri, bakım ilişkileri ve sosyal koruma mekanizmaları açısından niteliksel bir dönüşümü de beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda yaşlılık, biyolojik bir evre olmanın ötesinde, sosyal ve yapısal koşullar tarafından şekillenen bir yaşam dönemi olarak ele alınmalıdır (World Health Organization 2008). Türkiye, son otuz yılda belirgin bir demografik dönüşüm sürecine girmiş ve bu dönüşüm, yaşlı nüfusun hızlı artışıyla birlikte sağlık ve sosyal politika alanlarında yeni eşitsizlik biçimlerini görünür kılmıştır.

Türkiye’de yaşlılıkta sağlık eşitsizlikleri, yaşam boyu biriken sosyoekonomik dezavantajlar, toplumsal cinsiyet temelli işbölümü ve bölgesel gelişmişlik farklarıyla iç içe geçerek derinleşmektedir (Ayhan, 2025; Sönmez & Çevik, 2021). Yaşlılık döneminde sağlık eşitsizliklerinin derinleşmesinin bir diğer nedeni, sağlık ve sosyal hizmet sistemlerinin bu nüfus grubunun ihtiyaçlarına her zaman eşit ve kapsayıcı biçimde yanıt verememesidir. Sağlık hizmetlerine erişimdeki bölgesel ve sosyoekonomik farklılıklar, uzun dönemli bakım hizmetlerinin yetersizliği ve sosyal destek mekanizmalarındaki eşitsizlikler, yaşlı bireylerin sağlık durumlarını doğrudan etkilemektedir. Bu bağlamda, sağlık eşitsizlikleri yalnızca bireylerin yaşam tarzı tercihleriyle değil, aynı zamanda yapısal ve kurumsal düzenlemelerle de yakından ilişkilidir.

Bu bölüm, Türkiye’de demografik yaşlanmanın temel özelliklerini ortaya koymakta ve yaşlılıkta sağlık eşitsizliklerinin neden daha görünür ve kalıcı hale geldiğini sosyal belirleyiciler çerçevesinde tartışmaktadır. Bu bölüm, Türkiye’de yaşlılıkta sağlık eşitsizliklerini sağlığın sosyal belirleyicileri çerçevesinde bütüncül ve analitik bir yaklaşımla ele alarak mevcut literatüre özgün bir katkı sunmaktadır. Demografik yaşlanma, refah rejimi özellikleri, aile temelli bakım düzenlemeleri ve bölgesel eşitsizlikleri birlikte analiz eden bölüm, yaşlı sağlığındaki eşitsizliklerin yalnızca yaşlılık dönemine özgü sorunlardan değil, yaşam boyu biriken yapısal dezavantajlardan kaynaklandığını göstermektedir. Bu yönüyle bölüm, hem Türkiye literatürünü sistematik biçimde sentezlemekte hem de hızlı yaşlanan orta gelirli ülkeler için karşılaştırmalı ve politika odaklı çıkarımlar üretmektedir. Bu bölüm, yaşlılıkta sağlık eşitsizliklerini yalnızca sonuçlar üzerinden değil, bu sonuçları üreten yapısal mekanizmalar üzerinden okumayı amaçlamaktadır. Türkiye örneği, biçimsel olarak kapsayıcı bir sağlık sistemine rağmen sağlık eşitsizliklerinin aileci refah rejimi, yaşam boyu biriken dezavantajlar ve mekânsal farklılıklar aracılığıyla nasıl yeniden üretildiğini göstermesi bakımından özgün bir analitik zemin sunmaktadır. Bölüm ayrıca, mevcut literatürden hareketle Türkiye’de yaşlılık politikalarına ve uygulamalarına yönelik çıkarımlar üretmeyi hedeflemektedir. Bu yönüyle çalışma, yalnızca betimleyici bir literatür derlemesi değil; aynı zamanda politika yapıcılar ve uygulayıcılar için analitik bir çerçeve sunmayı amaçlamaktadır.

1. Türkiye Literatüründe Yaşlı Sağlığına İlişkin Kullanılan Kavramsal ve Analitik Yaklaşımlar

Türkiye’de yaşlı sağlığına ilişkin literatür, son yıllarda niceliksel olarak belirgin biçimde genişlemiş olsa da, kullanılan kavramsal çerçeveler ve analitik yaklaşımlar açısından belirli eğilimler ve sınırlılıklar sergilemektedir. Bu literatür, yaşlı sağlığını ele alma biçimi bakımından çoğu zaman benzer teorik hatlar üzerinde yoğunlaşmakta; bazı yaklaşımlar baskın hâle gelirken, bazıları ise görece geri planda kalmaktadır. Bu bölüm, Türkiye’de yaşlı sağlığında eşitsizlikleri inceleyen çalışmalarda öne çıkan başlıca kavramsal ve analitik yaklaşımları tartışmakta; hangi çerçevelerin literatüre yön verdiğini, hangilerinin ise henüz yeterince geliştirilemediğini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Türkiye’de yaşlı sağlığı literatüründe en yaygın kullanılan çerçevelerden biri, sağlığın sosyal belirleyicileri yaklaşımıdır. Özellikle halk sağlığı ve epidemiyoloji alanlarında benimsenen bu yaklaşım, gelir düzeyi, eğitim, istihdam geçmişi ve yaşam koşulları gibi sosyoekonomik değişkenlerin sağlık çıktıları üzerindeki etkisini niceliksel analizler yoluyla incelemektedir (Perez vd., 2022; Northwood vd., 2018). Bu çerçeve, yaşlılıkta sağlık durumunun bireysel tercihlerden ziyade toplumsal koşullarla yakından ilişkili olduğunu göstermesi açısından önemli bir katkı sunmaktadır.

Türkiye’de yapılan çalışmaların önemli bir bölümü, sosyal belirleyicileri bağımsız değişkenler olarak ele almakta ve bu değişkenlerin öznel sağlık algısı, kronik hastalık yükü ve sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkilerini analiz etmektedir (Çelik Keçili vd., 2025; Mandıracıoğlu, 2016; Değer & Ordu, 2022). Bu çalışmalar, yaşlılıkta sağlık eşitsizliklerinin sosyoekonomik temellerini görünür kılmakta ve politika yapımcılar için önemli ampirik kanıtlar üretmektedir.

Bununla birlikte, literatürde sosyal belirleyiciler çoğu zaman listeleyici bir biçimde ele alınmakta; bu belirleyicilerin sağlık üzerinde nasıl, hangi süreçler ve aracılık mekanizmaları yoluyla etki gösterdiği sınırlı ölçüde tartışılmaktadır. Bu durum, sosyal belirleyiciler yaklaşımının eleştirel, tarihsel ve yapısal boyutlarının Türkiye literatüründe yeterince derinleştirilemediğine işaret etmektedir (Marmot vd., 2020). Bu bağlamda, Türkiye literatüründe sağlık eşitsizliklerinin çoğu zaman statik göstergeler üzerinden ele alındığı; eşitsizliklerin zaman içinde nasıl biriktiği ve kurumsal yapılar tarafından nasıl yeniden üretildiğine ilişkin analizlerin sınırlı kaldığı görülmektedir. Sağlık eşitsizliklerinin yalnızca “kimler daha kötü durumda” sorusuyla değil, “neden ve nasıl bu noktaya gelindiği” sorusuyla ele alınması gerekmektedir.

Bu noktada yaşam boyu yaklaşımı, yaşlı sağlığı literatürüne önemli bir analitik derinlik kazandırmaktadır. Bu yaklaşım, yaşlılıkta gözlenen sağlık eşitsizliklerini bireylerin tüm yaşamları boyunca maruz kaldıkları sosyal, ekonomik ve çevresel koşulların bir sonucu olarak ele almaktadır (Kuh & Ben-Shlomo, 2004). Türkiye literatüründe yaşam boyu yaklaşımı görece yeni olmakla birlikte, son yıllarda özellikle demografi ve halk sağlığı alanlarında daha görünür hâle gelmiştir.

Türkiye’de yapılan bazı çalışmalar, erken yaşam yoksulluğu, düşük eğitim düzeyi ve düzensiz ya da güvencesiz çalışma yaşamının yaşlılık döneminde daha kötü sağlık göstergeleriyle güçlü biçimde ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Yılmaz vd., 2025; Pekçetin vd., 2025). Bu bulgular, yaşlı sağlığındaki eşitsizliklerin yalnızca yaşlılık dönemine yönelik müdahalelerle değil, yaşamın erken evrelerinden itibaren şekillenen yapısal koşullar dikkate alınarak ele alınması gerektiğini açık biçimde göstermektedir.

Ancak Türkiye’de uzunlamasına (longitudinal) veri setlerinin sınırlı olması, yaşam boyu yaklaşımının analitik potansiyelini önemli ölçüde kısıtlamaktadır. Çoğu çalışma kesitsel verilere dayandığından, sağlık eşitsizliklerinin zaman içindeki birikimli ve nedensel mekanizmaları sınırlı biçimde analiz edilebilmektedir (Dannefer, 2003). Bu durum, yaşam boyu yaklaşımının teorik gücünün ampirik düzeyde tam olarak karşılık bulmasını zorlaştırmaktadır.

Kesişimsel yaklaşım, sağlık eşitsizliklerinin tekil sosyal kategorilerle açıklanamayacağını; sınıf, cinsiyet, yaş ve mekân gibi eksenlerin birbirini keserek özgün deneyimler ürettiğini savunmaktadır (Crenshaw, 2013).

Türkiye’de yaşlı sağlığı literatüründe bu yaklaşım henüz sınırlı olmakla birlikte, özellikle toplumsal cinsiyet odaklı analizlerde giderek daha fazla kullanılmaya başlanmıştır.

Yaşlı kadınların sağlık durumuna odaklanan çalışmalar, cinsiyetin tek başına değil; düşük eğitim düzeyi, güvencesiz istihdam geçmişi, bakım yükü ve dul kalma gibi faktörlerle birlikte ele alındığında çok daha açıklayıcı hâle geldiğini göstermektedir (Arun & Holdsworth, 2018). Toplumsal cinsiyet normlarının yardım arama ve duygusal tepki örüntülerini şekillendirebildiği de dikkate alındığında, kırılmanın yalnızca ekonomik değil davranışsal boyutları da olduğu söylenebilir (Özdemir vd., 2026). Buna karşın, bölgesel eşitsizlikleri toplumsal cinsiyetle birlikte ele alan çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır. Bu durum, yaşlı sağlığının çoğu zaman homojen bir kategori olarak ele alındığını ve yaşlı nüfus içindeki derin farklılıkların yeterince görünür kılınmadığını göstermektedir. Kesişimsel yaklaşımlar, bu açıdan önemli bir analitik potansiyel taşımaktadır.

Türkiye literatürünün görece güçlü olduğu alanlardan biri, aile ve bakım ilişkilerine odaklanan çalışmalardır. Sosyal politika ve gerontoloji alanlarında yapılan araştırmalar, Türkiye’nin aileci refah rejiminin yaşlı sağlığı üzerindeki etkilerini kapsamlı biçimde tartışmaktadır (Buğra & Keyder, 2006). Bu perspektif, yaşlı sağlığını yalnızca bireysel bir durum olarak değil; hane içi ilişkiler, bakım düzenlemeleri ve toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında ele alması açısından önemli bir katkı sunmaktadır.

Bununla birlikte, bu çalışmaların önemli bir kısmı bakımın yarattığı sağlık eşitsizliklerini daha çok nitel betimlemeler düzeyinde ele almakta; bakım yükünün yaşlılar ve bakım verenler üzerindeki niceliksel sağlık etkileri sınırlı ölçüde incelenmektedir (Oğlak, 2017; Atagün vd., 2011). Bu durum, bakımın sağlık eşitsizliklerini nasıl yeniden ürettiğine dair daha güçlü ampirik analizlere duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, Türkiye’de yaşlı sağlığı literatürü sosyal belirleyiciler ve yaşam boyu yaklaşımı açısından önemli bir birikim sunmakla birlikte, bazı kavramsal ve analitik boşluklar barındırmaktadır. Özellikle yaş ayrımcılığı (ageism), sağlık sisteminde kurumsal ayrımcılık ve politik ekonomi perspektifleri, literatürde görece sınırlı biçimde ele alınmıştır (Başpınar vd., 2021).

Ayrıca nitel ve karma yöntem çalışmalarının azlığı, yaşlı bireylerin sağlık deneyimlerinin, sağlık hizmetleriyle kurdukları ilişkilerin ve gündelik yaşam pratiklerinin derinlemesine anlaşılmasını zorlaştırmaktadır. Bu durum, Türkiye literatüründe yaşlı sağlığı eşitsizliklerinin yalnızca ölçülen göstergeler üzerinden değil; yaşanan, hissedilen ve müzakere edilen bir süreç olarak da ele alınması gerektiğine işaret etmektedir.

2. Türkiye’de Demografik Yaşlanmanın Kısa Profili

Türkiye, uzun yıllar boyunca “genç nüfuslu” bir ülke olarak tanımlanmış olsa da, son yıllarda demografik yapıda yaşanan dönüşüm bu tanımın giderek geçerliliğini yitirdiğini göstermektedir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı hızlı bir artış eğilimi sergilemekte; bu artış, yalnızca niceliksel bir değişimi değil, toplumsal yapı ve sosyal politika alanlarında köklü sonuçlar doğuracak bir dönüşümü işaret etmektedir (Tekin & Kara, 2016; Yeşilkaya, 2025). TÜİK verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfus oranı 2018 yılında %7,2 iken, 2023 itibarıyla %10,2’ye yükselmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024). Nüfus projeksiyonları, bu oranın 2040 yılında %16’nın, 2060 yılında ise %22’nin üzerine çıkacağını; başka bir ifadeyle her dört kişiden birinin 65 yaş ve üzerinde olacağını öngörmektedir. Bu veriler, Türkiye’nin kısa bir zaman dilimi içinde “çok yaşlı toplumlar” kategorisine doğru ilerlediğini göstermektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Türkiye’de demografik yaşlanmayı özgün kılan unsurlardan biri, bu sürecin birçok Avrupa ülkesine kıyasla çok daha kısa bir zaman aralığında gerçekleşmesidir. Ulusal ve uluslararası raporlar, Türkiye’yi “hızlı yaşlanan ülkeler” arasında sınıflandırmakta; bu hızın sosyal güvenlik, sağlık ve bakım sistemleri üzerinde ciddi baskılar yaratacağına dikkat çekmektedir (Arun & Arun, 2011; WHO, 2022; Henderson vd., 2023; Szymańska, 2025). Yaşlanma sürecinin bu denli hızlı ilerlemesi, yaşlı nüfusun ihtiyaçlarına yönelik politika ve hizmetlerin henüz yeterince kurumsallaşmamış olmasıyla birleştiğinde, sağlık ve refah alanındaki eşitsizlik risklerini daha da artırmaktadır.

Demografik yaşlanma Türkiye genelinde homojen bir biçimde gerçekleşmemektedir. Bölgesel farklılıklar, yaşlı nüfusun mekânsal dağılımında belirgin eşitsizlikler yaratmaktadır (Yakar & Özgür, 2024). Batı ve Karadeniz bölgelerinde yaşlı nüfus oranı ülke ortalamasının üzerinde seyrederken, Doğu ve Güneydoğu Anadolu’da bu oran daha düşüktür (TÜİK, 2024). Ancak bu durum, söz konusu bölgelerde yaşlı sağlığının daha iyi olduğu anlamına gelmemektedir. Aksine, sağlık ve sosyal hizmetlere erişimin daha sınırlı olduğu bu bölgelerde yaşlı bireylerin yaşadığı dezavantajlar çoğu zaman daha görünmez hâle gelmekte ve yeterince kayıt altına alınamamaktadır.

Yaşlılıkta sağlık eşitsizliklerinin derinleşmesinin temel nedenlerinden biri, bireylerin çalışma yaşamları boyunca maruz kaldıkları sosyal ve ekonomik koşulların yaşlılık dönemine taşınmasıdır. Türkiye’de uzun yıllar süren kayıt dışı istihdam, düzensiz gelir yapıları ve sınırlı sosyal güvenlik kapsamı, özellikle düşük eğitilmiş ve kırılabilir gruplar için yaşlılıkta ciddi bir gelir güvencesizliği yaratmaktadır (Buğra & Keyder, 2006; OECD, 2022; Doğan vd., 2025). Sosyal güvenlik sisteminin kapsayıcılığı zaman içinde artmış olsa da, emekli aylıklarının düşüklüğü ve sosyal transferlerin sınırlı düzeyi, yaşlı bireylerin sağlıkla ilişkili harcamalarını karşılamasını güçleştirmektedir.

Türkiye’de yapılan çalışmalar, düşük gelirli yaşlı bireylerde kronik hastalık yükünün daha yüksek olduğunu ve sağlık hizmetlerinden yararlanma sıklığının gelir düzeyine göre anlamlı biçimde farklılaştığını ortaya koymaktadır (Sözmen & Ünal, 2014; Arun & Holdsworth, 2018; Çam & Şengül, 2024; Doğan vd., 2025). Bu bulgular, yaşlılıkta sağlık eşitsizliklerinin yalnızca biyolojik yaşlanma süreçleriyle değil, yaşam boyu biriken sosyoekonomik dezavantajlarla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Yaşlılıkta sağlık eşitsizlikleri, toplumsal cinsiyet boyutu dikkate alındığında daha da belirginleşmektedir. Kadınların çalışma yaşamına erkeklere kıyasla daha düşük oranlarda ve çoğu zaman güvencesiz biçimde katılması, emeklilik haklarından yararlanma olasılıklarını azaltmakta; bu durum yaşlılık döneminde kadınları hem ekonomik hem de sağlık açısından daha kırılgan bir konuma yerleştirmektedir (Karaca & Kocabaş, 2011; Doğan vd., 2025).

Ayrıca yaşlılık döneminde dul kalma ve yalnız yaşama oranlarının kadınlarda daha yüksek olması, bu kırılganlığı derinleştiren bir başka faktördür (TÜİK, 2024). Sosyal destek ağlarının zayıflamasıyla birlikte yaşlı kadınlar, hem sağlık hizmetlerine erişimde hem de gündelik yaşamlarını sürdürmede daha fazla zorlukla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu durum, yaşlılıkta sağlık eşitsizliklerinin cinsiyet, sınıf ve yaşam boyu deneyimlerin kesişiminde şekillendiğini açık biçimde ortaya koymaktadır. Dolayısıyla Türkiye’de demografik yaşlanma, yalnızca yaşlı nüfusun artışıyla değil; bu nüfusun hangi sosyoekonomik koşullarda yaşlandığı sorusuyla birlikte ele alınmalıdır.

3. Türkiye’de Yaşlı Sağlığını Şekillendiren Yapısal Bağlam

Sağlığın sosyal belirleyicileri yaklaşımı, bireylerin sağlık durumlarını yalnızca biyolojik özellikler ve sağlık hizmetleriyle açıklamanın yetersiz olduğunu savunur. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre sağlığın sosyal belirleyicileri; bireylerin doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşullar ile bu koşulları şekillendiren güç, para ve kaynakların dağılımını kapsar (WHO, 2008). Bu yaklaşım, sağlıkta gözlenen eşitsizliklerin temel nedenlerinin bireysel tercihlerden ziyade toplumsal ve yapısal süreçlerde aranması gerektiğini vurgular. Yaşlılıkta sağlık eşitsizliklerini anlamak, bireysel özelliklerin ötesine geçerek bu eşitsizlikleri üreten ve yeniden üreten yapısal bağlamın incelenmesini gerektirir. Türkiye’de yaşlı sağlığı, refah rejiminin niteliği, sağlık sisteminin örgütlenme biçimi ve sosyal politikaların öncelikleri tarafından belirlenen çok katmanlı bir yapı içerisinde şekillenmektedir. Bu bölümde, Türkiye’nin refah rejimi özellikleri, sağlık sisteminin yaşlılar açısından sunduğu olanaklar ve sosyal politikalarda yaşlılığın konumu, sağlık eşitsizlikleriyle ilişkisi bağlamında ele alınmaktadır.

3.1. Refah Rejimi ve Sosyal Devlet Yapısı

Türkiye'nin refah rejimi, literatürde sıklıkla “aile temelli” ya da “aileci” (familialist) bir yapı olarak tanımlanmaktadır. Bu rejim tipinde, sosyal risklerin karşılanmasında devletin rolü sınırlı kalmakta; bakım ve destek sorumluluğu büyük ölçüde aileye devredilmektedir (Esping-Andersen, 2019; Buğra & Keyder, 2006). Yaşlılık, bu aileci refah rejiminin en belirgin şekilde hissedildiği yaşam evrelerinden biridir.

Türkiye'de yaşlı bakımının büyük bölümü hâlen aile üyeleri tarafından karşılanmaktadır. TÜİK verileri, yaşlı bireylerin önemli bir kısmının çocuklarıyla birlikte yaşadığını veya bakım desteğini aile içinden aldığını göstermektedir (TÜİK, 2024). Bu durum, bakımın kamusal bir hak olmaktan ziyade özel bir sorumluluk olarak kurgulandığını ortaya koymaktadır. Ancak aile yapısındaki dönüşüm, kentleşme, kadınların işgücüne katılımındaki artış ve çekirdek aile modelinin yaygınlaşması, bu bakım modelinin sürdürülebilirliğini giderek zorlaştırmaktadır (Aysan & Aysan, 2016; Ünver vd., 2016).

Aileci refah rejimi, yaşlı sağlığı açısından çift yönlü bir etki yaratmaktadır. Bir yandan güçlü aile bağları sosyal destek sağlayarak bazı sağlık risklerini azaltabilmektedir; diğer yandan, ailesi olmayan ya da aile içi kaynaklara erişimi sınırlı olan yaşlı bireyler için ciddi eşitsizlikler üretmektedir (Daatland & Lowenstein, 2005). Türkiye'de yalnız yaşayan yaşlıların oranı her ne kadar OECD ortalamasının altında olsa da, bu grubun yoksulluk ve kötü sağlık göstergeleri açısından daha dezavantajlı olduğu görülmektedir (Doğan vd., 2025; Özsoy & Gürler, 2022).

3.2. Sağlık Sisteminin Genel Özellikleri ve Yaşlılar Açısından Erişim

Türkiye'de sağlık sistemi, 2000'li yıllardan itibaren uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile önemli yapısal değişimler geçirmiştir. Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi sayesinde nüfusun büyük bir kısmı sağlık güvencesi kapsamına alınmıştır (Akdağ & Koç, 2012). Bu gelişme, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini niceliksel olarak artırmış olsa da, erişimin niteliği ve eşitliği konusunda tartışmalar devam etmektedir.

Yaşlı bireyler, kronik hastalıkların yaygınlığı nedeniyle sağlık hizmetlerine daha sık başvurmakta ve sürekli ilaç kullanımı gereksinimi duymaktadır. Ancak Türkiye'de katkı payları, ilaç katılım ücretleri ve tamamlayıcı sağlık harcamaları, düşük gelirli yaşlılar için önemli bir mali yük oluşturmaktadır (Öncebe, 2024; Boyraz, 2024). Bu durum, biçimsel olarak kapsayıcı görünen bir sağlık sisteminin pratikte sosyoekonomik eşitsizlikleri yeniden üretebildiğini göstermektedir.

Bölgesel eşitsizlikler de sağlık sisteminin yaşlılar açısından önemli bir yapısal boyutunu oluşturmaktadır. Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde sağlık hizmeti sunumunun nicelik ve nitelik açısından daha sınırlı olduğu; uzman hekim, uzun süreli bakım ve rehabilitasyon hizmetlerine erişimin daha

güç olduğu bilinmektedir (Boğa, 2023; Şantaş & Şantaş, 2018). Yaşlı bireyler için ulaşım, fiziksel çevre ve dijital sağlık hizmetlerine uyum gibi faktörler, bu bölgesel farkları daha da derinleştirmektedir.

3.3. Sosyal Politikalarda Yaşlılığın Konumu

Türkiye’de sosyal politikalar uzun yıllar boyunca çalışma çağındaki nüfusu ve aileyi merkeze alan bir anlayışla şekillenmiştir. Yaşlılık, çoğunlukla emeklilik sistemi üzerinden ele alınmış; sağlık ve bakım gereksinimleri ikincil bir politika alanı olarak kalmıştır (Canatan, 2008). Emekli aylıkları ve yaşlılık aylıkları, yaşlı bireylerin temel gelir kaynaklarını oluşturmakla birlikte, bu ödemelerin düzeyi yaşlı yoksulluğunu önlemede çoğu zaman yetersiz kalmaktadır (Karadeniz & Öztepe, 2013; Boyraz, 2024).

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri ve evde bakım maaşı uygulamaları, yaşlı bakımında önemli bir politika aracı olarak öne çıkmaktadır. Ancak bu uygulamalar, bakımın kurumsallaşmasından ziyade aile içi bakımın finansal olarak desteklenmesine dayanmaktadır (Arun & Holdsworth, 2018). Bu durum, bakım verenlerin, çoğunlukla kadınların fiziksel ve psikososyal yükünü artırmakta ve dolaylı sağlık eşitsizliklerine yol açmaktadır.

Türkiye’de uzun süreli bakım politikalarının parçalı yapısı, yaşlı sağlığında eşitsizlikleri azaltma kapasitesini sınırlamaktadır (Kara, 2025). Yapılan değerlendirmeler, Türkiye’de yaşlılara yönelik önleyici sağlık hizmetlerinin ve toplum temelli bakım modellerinin yeterince gelişmediğine işaret etmektedir (Dalmaç & Karaağaç, 2025). Bu yapısal eksiklikler, yaşlı bireylerin sağlık durumunun büyük ölçüde aile kaynaklarına ve bireysel sosyoekonomik konumlarına bağlı hale gelmesine neden olmaktadır.

Bu yapısal koşullar, yaşlılıkta sağlık eşitsizliklerinin yalnızca bireysel risk faktörleriyle açıklanamayacağını; aksine sosyal politika tercihleri ve sağlık sisteminin örgütlenme biçimiyle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, yaşlı sağlığında eşitsizliklerle mücadele, sosyal belirleyicileri hedef alan bütüncül ve yapısal müdahaleleri gerektirmektedir.

4. Türkiye’de Yaşlı Sağlığında Sosyal Eşitsizlik Alanları

Türkiye’de yaşlı sağlığındaki eşitsizlikler tek bir sosyal faktöre indirgenemeyecek ölçüde çok boyutlu bir yapı sergilemektedir. Gelir, eğitim, cinsiyet, mekânsal konum ve sosyal destek ağları gibi belirleyiciler, yaşlı bireylerin sağlık durumlarını hem doğrudan hem de dolaylı mekanizmalar yoluyla etkilemektedir. Bu kısım, Türkiye bağlamında yaşlı sağlığında öne çıkan temel eşitsizlik alanlarını ampirik bulgulara dayalı olarak ele almakta ve bu eşitsizliklerin nasıl üretildiğini analitik bir çerçeve içinde tartışmaktadır.

4.1. Sosyoekonomik Eşitsizlikler

Sosyoekonomik durum, yaşlılıkta sağlık eşitsizliklerinin en belirleyici boyutlarından biridir. Türkiye’de yaşlı yoksulluğu, özellikle düşük emekli aylıkları ve sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan gruplar nedeniyle önemli bir sorun alanı olarak öne çıkmaktadır. TÜİK verilerine göre, yaşlı nüfus içinde göreceli yoksulluk oranı genel nüfusa kıyasla daha düşük görünse de, tek başına yaşayan yaşlılar ve kadınlar bu ortalamanın oldukça üzerinde risk altındadır (TÜİK, 2024). Düşük gelir düzeyine sahip yaşlı bireylerin, kronik hastalık sıklığının daha yüksek olduğu ve sağlık hizmetlerinden yararlanırken maddi engellerle karşılaştıkları gösterilmiştir (Doğan vd., 2025). Bu durum, sosyoekonomik dezavantajın yalnızca yaşam koşullarını değil, aynı zamanda sağlıkla ilişkili fırsatları da sınırladığını ortaya koymaktadır.

Türkiye’de yapılan çalışmalar, düşük gelirli yaşlı bireylerde çoklu kronik hastalık (multimorbidite) oranlarının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Gelir düzeyi düştükçe hipertansiyon, diyabet ve kas-iskelet sistemi hastalıklarının yaygınlığı artmakta; öznel sağlık algısı belirgin biçimde kötüleşmektedir (Çelik Keçili vd., 2025; Sözmen & Ünal, 2014). Bu bulgular, “sosyal gradyan” yaklaşımıyla uyumludur: sağlık eşitsizlikleri yalnızca en yoksullarla sınırlı değildir, gelir dağılımının tüm basamaklarında kademeli olarak ortaya çıkmaktadır (Marmot, 2002; Marmot vd., 2008; Marmot, 2020).

Kır-kent ayrımı da sosyoekonomik eşitsizliklerin önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. Kırsal bölgelerde yaşayan yaşlı bireyler, daha düşük gelir düzeylerine ve sınırlı sağlık hizmeti seçeneklerine sahip olup, bu durum sağlık sonuçlarını olumsuz etkilemektedir (Yılmaz vd., 2025; Pekçetin vd., 2025).

4.2. Eğitim, Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı

Eğitim düzeyi, yaşlılıkta sağlık davranışlarını ve sağlık hizmetlerinden etkin yararlanma kapasitesini belirleyen önemli bir sosyal belirleyicidir. Türkiye’de yaşlı nüfusun büyük bir bölümünün düşük eğitim düzeyine sahip olması, sağlık okuryazarlığı açısından yapısal bir dezavantaj yaratmaktadır. TÜİK’in “İstatistiklerle Yaşlılar” verilerine göre, 65 yaş ve üzeri bireylerin yaklaşık yarısı ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahiptir; bu oran kadınlarda daha da yüksektir (TÜİK, 2024). Bu durum, sağlık bilgisine erişim, sağlık hizmetlerini kullanma ve tedaviye uyum açısından ciddi eşitsizlikler yaratmaktadır.

Türkiye’de sağlık okuryazarlığına ilişkin çalışmalar, yaşlı bireylerin önemli bir bölümünün sağlık bilgilerini anlama ve kullanma konusunda zorluk yaşadığını göstermektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı, ilaç kullanım hataları, gereksiz acil servis başvuruları ve önleyici hizmetlerden yararlanamama ile ilişkilidir (Durmaz vd., 2021; Hazer & Ateşoğlu, 2109).

Uluslararası literatürle paralel biçimde, Türkiye çalışmalarında da eğitim düzeyi yükseldikçe yaşlı bireylerin öznel sağlık algısının iyileştiği ve sağlık

hizmetlerinden daha etkin yararlandığı gösterilmiştir (Gu vd., 2009; Landefeld, 2003). Eğitim, bu bağlamda yalnızca bireysel bir kaynak değil, sağlık sisteminde yön bulmayı kolaylaştıran yapısal bir avantaj olarak işlev görmektedir.

4.3. Cinsiyet Temelli Eşitsizlikler

Yaşlılıkta sağlık eşitsizlikleri, toplumsal cinsiyet boyutuyla birlikte değerlendirildiğinde daha karmaşık bir görünüm kazanmaktadır. Türkiye’de yaşlılık, toplumsal cinsiyet açısından derin eşitsizliklerle şekillenmektedir. Yaşlı kadınlar, yaşam boyu maruz kaldıkları cinsiyet temelli işbölümü, düşük ücretli ve güvencesiz çalışma biçimleri nedeniyle yaşlılıkta daha düşük emeklilik gelirlerine sahiptir (Arun & Holdsworth, 2018). TÜİK verileri, yaşlı kadınların emekli olma oranlarının erkeklere kıyasla anlamlı biçimde daha düşük olduğunu göstermektedir (TÜİK, 2024).

Mevcut veriler, yaşlı kadınların erkeklere kıyasla sosyoekonomik ve sağlıkla ilişkili birçok alanda daha dezavantajlı bir konumda olduğunu ortaya koymaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, yaşlı kadınlar erkeklere göre daha düşük gelir düzeyine sahip olmakta, daha sık yalnız yaşamakta ve genel sağlık durumlarını daha olumsuz algılamaktadır (TÜİK, 2024). Bu eşitsizliklerin önemli nedenlerinden biri, kadınların yaşamları boyunca üstlendikleri ve büyük ölçüde görünmez kalan bakım verme rollerinin yaşlılık döneminde de devam etmesidir. Kadınlar, aile içinde bakım sorumluluğunu önceliklendirmeleri nedeniyle kendi sağlık gereksinimlerini sıklıkla ikinci plana itmekte; bu durum, yaşlılıkta kronik hastalıkların artması ve sağlık hizmetlerine erişimin gecikmesi gibi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir.

Bunun yanı sıra, kadınlar yaşlılık döneminde yalnız yaşama ve dul kalma açısından erkeklere göre daha yüksek risk altındadır. Eş kaybı ve yalnız yaşama durumu, yaşlı kadınların sosyal destek ağlarının zayıflamasına neden olmakta; bu da sosyal izolasyon, yalnızlık hissi ve ruhsal sorunların ortaya çıkma olasılığını artırmaktadır. Türkiye’de gerçekleştirilen çeşitli çalışmalar, yaşlı kadınlarda depresif belirti prevalansının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermekte; bu bulgu, toplumsal cinsiyet temelli yaşam deneyimlerinin ruh sağlığı üzerindeki uzun vadeli etkilerine işaret etmektedir.

Öte yandan yaşlı kadınlar, yalnızca bakım alan bireyler olarak değil, aynı zamanda eşlerine, çocuklarına veya torunlarına bakım veren aktif bakım sağlayıcılar olarak da sıklıkla önemli roller üstlenmektedir. Bu durum, yaşlı kadınların hem fiziksel hem de duygusal açıdan yoğun bir yük altında kalmasına neden olmakta ve literatürde “çifte yük” olarak tanımlanan bu sorumluluk, sağlık durumları üzerinde olumsuz etkilere yol açabilmektedir (Arun & Holdsworth, 2018). Dolayısıyla yaşlı kadınların sağlık ve refahının değerlendirilmesinde, yalnızca biyolojik yaşlanma süreçlerinin değil, yaşam boyu biriken toplumsal cinsiyet temelli eşitsizliklerin de dikkate alınması gerekmektedir.

4.4. Bölgesel ve Mekânsal Eşitsizlikler

Türkiye’de bölgesel eşitsizlikler, yaşlı sağlığı alanında belirgin ve yapısal bir sorun alanı oluşturmaktadır. Özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde yaşayan yaşlı bireyler, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık altyapısının yeterliliği ve uzman hekim sayısı bakımından ülkenin diğer bölgelerine kıyasla daha dezavantajlı koşullarda bulunmaktadır (Boğa, 2023). Bu bölgelerde sağlık kuruluşlarının sayıca sınırlı olması, coğrafi erişim güçlükleri ve nitelikli sağlık personelinin yetersizliği, yaşlı bireylerin düzenli sağlık kontrollerine ulaşmasını önemli ölçüde zorlaştırmaktadır.

Mekânsal temelli bu eşitsizlikler, yaşlılık döneminde yaygın olarak görülen kronik hastalıkların izlenmesi ve etkin biçimde yönetilmesini olumsuz etkilemektedir. Hipertansiyon, diyabet ve kas-iskelet sistemi hastalıkları gibi süregelen sağlık sorunlarının düzenli takibinde aksaklıklar yaşanmakta; rehabilitasyon, evde bakım ve uzun süreli bakım hizmetlerine erişim ise önemli ölçüde sınırlı kalmaktadır. Özellikle kırsal alanlarda yaşayan yaşlı bireyler açısından ulaşım olanaklarının kısıtlı olması, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı daha da güçleştirmekte ve tedavi süreçlerinde gecikmelere yol açabilmektedir.

Bölgesel eşitsizlikler yalnızca fiziksel sağlık hizmetlerine erişimle sınırlı kalmamakta, aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetleri ile psikososyal destek mekanizmalarını da olumsuz etkilemektedir. Bu durum, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini düşürmekte ve sağlık sonuçları açısından bölgeler arası farklılıkların derinleşmesine neden olmaktadır. Bu bağlamda, yaşlı sağlığına yönelik politikaların geliştirilmesinde bölgesel farklılıkları gözeten ve dezavantajlı bölgelerde hizmet sunumunu güçlendirmeyi hedefleyen bütüncül yaklaşımların benimsenmesi önem taşımaktadır.

Öte yandan, kentsel alanlarda yaşayan yaşlı bireyler sağlık hizmetlerine fiziksel erişim açısından görece avantajlı bir konumda bulunsalar da, sosyal izolasyon ve yalnızlık riskleriyle daha sık karşı karşıya kalmaktadır. Özellikle büyükşehirlerde yalnız yaşayan yaşlı nüfus oranının artması, ruh sağlığı açısından yeni eşitsizlik alanlarının ortaya çıkmasına neden olmakta ve yaşlı bireylerin mental iyilik hâlini olumsuz yönde etkilemektedir (Rueda vd., 2008).

4.5. Sosyal Destek, Aile Yapısı ve Yalnızlık

Sosyal destek ağları, yaşlılık döneminde fiziksel, ruhsal ve bilişsel sağlığın korunmasında en önemli koruyucu faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir. Aile üyeleri, akrabalar, komşuluk ilişkileri ve yakın sosyal çevre; yaşlı bireylerin günlük yaşamlarını sürdürmelerinde, sağlık hizmetlerine erişimlerinde ve psikososyal iyilik hâllerinin devamında kritik roller üstlenmektedir. Türkiye’de, sınırlı kamusal bakım hizmetleri ve kurumsal destek mekanizmaları nedeniyle aile, yaşlılar için hâlen temel sosyal destek kaynağı olma niteliğini büyük ölçüde korumaktadır. Ancak son yıllarda aile yapısında yaşanan dönüşümler,

hanehalkı küçülmesi, kırdan kente ve uluslararası göç, kadınların ücretli istihdama artan katılımı ve kuşaklar arası mekânsal ayrışma gibi yapısal süreçler, yaşlı bireylerin aile temelli sosyal destek ağlarını zayıflatmaktadır (Khan, 2014; Huang vd., 2022).

Bu dönüşümler, özellikle tek başına yaşayan, eşi vefat etmiş ya da çocuklarıyla aynı hanede yaşamayan yaşlı bireyler için sosyal destek eksikliğini daha görünür ve kırılğan bir mesele hâline getirmektedir. Sosyal destek ağlarının zayıflaması, yalnızca duygusal destek kaybı anlamına gelmemekte; aynı zamanda bakım ihtiyacının karşılanamaması, sağlık hizmetlerine erişimde güçlükler ve gündelik yaşamın sürdürülmesinde artan riskler doğurmaktadır. Bu durum, sosyoekonomik dezavantajlarla birleştiğinde yaşlılıkta sağlık eşitsizliklerini derinleştiren bir mekanizma olarak işlev görmektedir.

Yalnızlık ve sosyal izolasyon, bu bağlamda Türkiye’de yaşlı sağlığı literatüründe giderek daha fazla dikkat çeken ve tartışılan konular arasında yer almaktadır. Yerel düzeyde yürütülen ampirik çalışmalar, yalnız yaşayan yaşlı bireylerde depresyon belirtilerinin daha yaygın olduğunu, bilişsel gerileme riskinin arttığını ve öznel sağlık algısının daha olumsuz seyrettiğini ortaya koymaktadır (Özgün-Başbüyük vd., 2021). Bunun yanı sıra sosyal izolasyonun, kronik hastalıkların yönetimini zorlaştırdığı ve sağlık davranışları üzerinde olumsuz etkiler yarattığı da vurgulanmaktadır.

Uluslararası literatürle uyumlu biçimde, Türkiye bağlamında da yalnızlığın yalnızca yaşlılığın kaçınılmaz bir sonucu değil, bağımsız ve yapısal bir sağlık riski faktörü olarak ele alınması gerektiği giderek daha açık hâle gelmektedir (Noguchi vd., 2021). Bu çerçevede yalnızlık, bireysel düzeyde psikolojik bir sorun olmanın ötesinde; demografik dönüşümler, sosyal politika eksiklikleri ve bakım rejimlerinin sınırlılıklarıyla ilişkili toplumsal bir mesele olarak değerlendirilmelidir. Dolayısıyla yaşlı sağlığını iyileştirmeye yönelik politika ve müdahalelerin, yalnızlığı azaltmaya yönelik topluluk temelli sosyal destek mekanizmalarını güçlendirmeyi ve aileye aşırı bağımlı refah modelinin yarattığı kırılğanlıkları gidermeyi hedeflemesi büyük önem taşımaktadır.

5. Türkiye’de Yaşlı Sağlığında Sosyal Belirleyicilerin Etki Mekanizmaları

Türkiye’de yaşlı sağlığındaki eşitsizlikler, yalnızca belirli sosyal gruplar arasındaki sağlık farklarının bir yansıması değildir; bu farkların yaşam boyunca nasıl üretildiğini, hangi toplumsal ve kurumsal mekanizmalar aracılığıyla yaşlılık döneminde yoğunlaştığını gösteren yapısal süreçlerin sonucudur. Başka bir ifadeyle, yaşlılıkta gözlenen sağlık eşitsizlikleri ani ya da tesadüfi değil; eğitim, çalışma hayatı, gelir güvencesi, bakım ilişkileri ve sosyal dışlanma gibi alanlarda biriken dezavantajların geç dönem yansımalarıdır. Sosyal belirleyiciler, yaşlı bireylerin sağlık durumunu yalnızca doğrudan etkilemekle kalmamakta; yaşam boyu birikimli dezavantajlar, sağlık hizmetlerine erişim biçimleri, bakım rejimleri ve psikososyal mekanizmalar

aracılığıyla dolaylı ve çoğu zaman daha kalıcı etkiler yaratmaktadır. Bu bölüm, Türkiye bağlamında söz konusu etki mekanizmalarını yaşam boyu yaklaşımı çerçevesinde sistematik biçimde ele almaktadır.

Yaşam boyu yaklaşımı, yaşlılıkta ortaya çıkan sağlık eşitsizliklerinin kökeninin erken yaşam koşullarında, eğitim olanaklarına erişimde ve çalışma hayatı boyunca maruz kalınan yapısal risklerde yattığını vurgulamaktadır (Dannefer, 2003; Kuh & Shlomo, 2004). Türkiye’de bu mekanizma özellikle belirgindir; zira bugün yaşlı nüfusun önemli bir bölümü yaşamlarının büyük kısmını düşük eğitim düzeyi, kırsal yoksulluk, kayıt dışı istihdam ve güvencesiz çalışma koşulları altında geçirmiştir. Bu koşullar yalnızca ekonomik refahı değil, sağlıklı ilişkili bilgi, davranış ve kaynaklara erişimi de uzun vadede sınırlamıştır.

Türkiye’de yapılan çalışmalar, çocukluk döneminde yoksulluk, yetersiz beslenme ve eğitimden erken ayrılma gibi faktörlerin yaşlılıkta kronik hastalık prevalansını anlamlı biçimde artırdığını göstermektedir (Doğan vd., 2025). Kayıt dışı istihdamın yaygınlığı ise bireylerin emeklilik haklarından sınırlı biçimde yararlanmasına, düşük emekli gelirlerine ve sosyal güvenlikten kopuk bir yaşlılık deneyimine yol açmaktadır. Bu durum, yaşlılıkta gelir güvencesizliğini artırmakta ve sağlık hizmetlerine erişimi dolaylı biçimde kısıtlamaktadır (Buğra & Keyder, 2006).

Bu birikimli dezavantajlar, yaşlılık döneminde “sağlıkta eşitsizliklerin yoğunlaşması” şeklinde görünür hâle gelmektedir. Marmot ve arkadaşlarının (2020) vurguladığı gibi, sağlık eşitsizlikleri yaşlılıkta başlamamakta; aksine yaşam boyunca süren eşitsizliklerin bir sonucu olarak bu dönemde daha belirgin ve daha kırılğan bir hâl almaktadır. Türkiye deneyimi, bu kuramsal çerçeveyi güçlü biçimde desteklemekte ve yaşlılık döneminin, toplumsal eşitsizliklerin adeta bir “toplamı” olarak işlediğini göstermektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişim, Genel Sağlık Sigortası’nın sağladığı formel kapsayıcılığa rağmen sosyoekonomik ve mekânsal faktörlere bağlı olarak eşitsiz biçimde gerçekleşmektedir. Yaşlı bireyler açısından erişim sorunu, yalnızca sigortalı olup olmama meselesi değildir; ulaşım olanakları, sağlık hizmetinin niteliği, sağlık personeliyle kurulan iletişimin dili ve niteliği, randevu sistemlerinin karmaşıklığı ve dijital teknolojilere uyum gibi çok boyutlu unsurları kapsamaktadır (Boğa, 2023).

Düşük gelirli yaşlı bireyler, katkı payları, ilaç masrafları ve cepten yapılan ek harcamalar nedeniyle sağlık hizmetlerini erteleyebilmekte ya da daha düşük nitelikli hizmetlere yönelmek zorunda kalabilmektedir. Türkiye’de yapılan nicel analizler, gelir düzeyi azaldıkça düzenli doktor kontrolü, tarama programları ve önleyici sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının belirgin biçimde düştüğünü ortaya koymaktadır (Çelik Keçili vd., 2025). Bu durum, sağlık sistemine formel erişim ile fiili kullanım arasındaki farkın altını çizmektedir.

Buna ek olarak, yaşlı bireyler arasında sağlık okuryazarlığının görece düşük olması, sağlık sistemi içinde etkin biçimde yön bulmayı zorlaştırmaktadır. Dijital randevu sistemleri, e-Nabız uygulaması ve uzaktan sağlık hizmetleri, bazı yaşlılar için hizmete erişimi kolaylaştırırken; dijital becerileri sınırlı olanlar açısından yeni bir eşitsizlik kaynağına dönüşebilmektedir (Hazer & Ateşoğlu, 2019). Böylece erişim, kâğıt üzerinde mümkün olmakla birlikte pratikte sınırlı kalan bir yapıya bürünmektedir.

Türkiye’de yaşlı bakımının temelini aileye dayalı bakım rejimi oluşturmaktadır. Evde bakım maaşı uygulaması, bakım yükünü kısmen hafifletmeyi amaçlasa da, bakımın kurumsallaşmasını ve kamusal sorumluluğun paylaşılmasını sağlamaktan ziyade, bakım emeğini aile içinde tutan bir yapıya sahiptir (Arun & Holdsworth, 2018). Bu bakım yükü, çoğunlukla kadınlar tarafından üstlenilmekte ve bakım verenlerin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarını olumsuz etkilemektedir.

Bakım veren aile üyeleri üzerine yapılan çalışmalar, yoğun bakım yükünün depresyon, tükenmişlik sendromu ve kronik sağlık sorunlarıyla güçlü biçimde ilişkili olduğunu göstermektedir (Oğlak, 2017; Atagün vd., 2011). Bu bağlamda bakım, yalnızca yaşlı bireyin değil, bakım verenin de sağlık eşitsizliklerine maruz kaldığı çift yönlü bir mekanizma olarak işlev görmektedir. Dolayısıyla yaşlı sağlığına ilişkin eşitsizlikler, hane içi ilişkiler ve toplumsal cinsiyet rolleriyle iç içe geçmektedir.

Uzun süreli bakım hizmetlerinin ve toplum temelli destek mekanizmalarının sınırlı olması, özellikle ailesi olmayan ya da aile desteği zayıf olan yaşlı bireyler için ciddi sağlık ve bakım riskleri yaratmaktadır. Çalışmalar, Türkiye’de kurumsal bakım ve toplum temelli hizmetlerin yetersizliğinin, yaşlı sağlığındaki eşitsizlikleri derinleştiren temel yapısal faktörlerden biri olduğunu vurgulamaktadır (Kalaycı, 2024; İsmail & Hussein, 2021).

Psikososyal faktörler, yaşlı sağlığında sosyal belirleyicilerin etkisini aracılık eden kritik mekanizmalardır. Türkiye’de yalnız yaşayan yaşlı bireylerin sayısının artması, sosyal izolasyon ve yalnızlık sorunlarını daha görünür ve yaygın hâle getirmektedir (TÜİK, 2024). Yalnızlık; depresyon, bilişsel gerileme, işlev kaybı ve kötü algılanan sağlık durumu ile güçlü biçimde ilişkilidir (Donovan vd., 2017).

Türkiye bağlamında yapılan çalışmalar, sosyal destek düzeyi düşük olan yaşlı bireylerin öznel sağlık algılarının daha kötü olduğunu, sağlık hizmetlerini daha geç kullanma eğiliminde olduklarını ve kronik hastalık yönetiminde daha fazla güçlük yaşadıklarını göstermektedir (Özgün-Başbüyük vd., 2021). Bu bulgular, psikososyal mekanizmaların yalnızca ruh sağlığıyla sınırlı olmadığını; fiziksel sağlık sonuçları üzerinde de belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır.

Son olarak, algılanan yaş ayrımcılığı (ageism) yaşlı sağlığında önemli ancak Türkiye’de görece az çalışılmış bir psikososyal mekanizma olarak öne çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinde yaşlı bireylerin şikâyetlerinin yeterince ciddiye alınmaması ya da sorunların “yaşın doğal sonucu” olarak geçiştirilmesi, sağlık arama davranışlarını ve hizmet kullanımını olumsuz etkileyebilmektedir (Başpınar vd., 2021). Türkiye’de bu konuya ilişkin ampirik çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, nitel bulgular yaşlı bireylerin sağlık sistemi içinde değersizleştirilmiş ve dışlanmış hissetme deneyimlerine işaret etmektedir (Canatan, 2008). Bu tür değersizleştirilme deneyimleri, bireylerin sosyal etkileşimlerde sürdürülebilir psikolojik enerji ve işlevsellik kapasitesini zayıflatabilir; bu durum sağlık arama davranışları üzerinde dolaylı etkiler yaratabilir (Özdemir, 2025).

6. Tartışma ve Sonuç

Bu çalışma, Türkiye’de yaşlı sağlığındaki sosyal eşitsizliklerin yalnızca bireysel sosyoekonomik göstergelerle açıklanamayacağını; refah rejiminin kurumsal yapısı, aile temelli bakım düzenlemeleri ve bölgesel eşitsizliklerin birlikte ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Türkiye yaşlı sağlığı alanında ne evrenselci refah devleti modelleriyle ne de düşük gelirli ülke örüntüleriyle bütünüyle örtüşmemektedir. Bu “ara konum”, Türkiye’yi yaşlılık ve sağlık eşitsizlikleri literatürü açısından kuramsal olarak anlamlı ve karşılaştırmalı analizlere açık bir vaka hâline getirmektedir.

Uluslararası literatürde yaşlı sağlığı eşitsizlikleri çoğunlukla refah rejimi tipolojileri çerçevesinde ele alınmaktadır (Esping-Andersen, 2019; Bambra, 2009; Hurrelman vd., 2011). Bu çalışmalarda, evrenselci refah rejimlerinde sağlık eşitsizliklerinin görece sınırlı kaldığı; liberal ve aileci rejimlerde ise bu eşitsizliklerin daha derin ve kalıcı olduğu vurgulanmaktadır. Ancak Türkiye örneği, bu ikili ayrımın ötesine geçen daha karmaşık bir tablo sunmaktadır.

Bir yandan Genel Sağlık Sigortası’nın kapsayıcı yapısı, yaşlı nüfusun temel sağlık hizmetlerine erişimini önemli ölçüde artırmıştır. Öte yandan gelir, eğitim ve bölgesel farklılıklar, yaşlılık döneminde sağlık çıktıları üzerinde güçlü ve kalıcı etkiler yaratmaya devam etmektedir. Bu durum, Türkiye’de sağlık sisteminin formel olarak kapsayıcı görünmesine rağmen, sağlık eşitsizliklerinin yapısal düzeyde yeniden üretildiğini göstermektedir. Bu bağlamda Türkiye, “formel kapsayıcılık ile enformel eşitsizliklerin bir arada var olduğu” özgün bir örüntü sunmaktadır. Bu örüntü, refah rejimi literatüründe henüz yeterince kavramsallaştırılmamış bir alanı işaret etmektedir.

Türkiye’de aile temelli bakım düzenlemelerinin yaşlı sağlığı üzerindeki etkileri çelişkili ve sınıfsal olarak farklılaşmaktadır. Uluslararası literatürde aile desteği çoğu zaman yaşlı sağlığı açısından koruyucu bir unsur olarak değerlendirilirken (Litwin & Shiovitz-Ezra, 2011), Türkiye örneği bu ilişkinin her zaman eşit biçimde işlemediğini göstermektedir. Özellikle formel bakım hizmetlerine erişimi sınırlı olan gruplar açısından aile, önemli bir güvenlik ağı

işlevi görebilmektedir. Ancak düşük gelirli hanelerde bakımın niteliği, sürekliliği ve bakım verenlerin yükü, yaşlı bireyler için yeni sağlık riskleri yaratabilmektedir.

Bu süreçten özellikle yaşlı kadınlar orantısız biçimde etkilenmektedir. Yaşam boyu biriken dezavantajlar nedeniyle hem bakım veren hem de bakım alan konumunda daha kırılgan bir pozisyonda yer alan yaşlı kadınlar, sağlık eşitsizliklerinin kesişimsel boyutunu açık biçimde görünür kılmaktadır. Bu bulgu, bakımın yalnızca bir “kaynak” ya da “koruyucu mekanizma” olarak değil, aynı zamanda sağlık eşitsizliklerini yeniden üretebilen bir eşitsizlik mekanizması olarak ele alınması gerektiğine işaret etmektedir. Türkiye literatürü bu yönüyle bakım çalışmaları alanına eleştirel ve özgün bir katkı sunmaktadır.

Türkiye’de yaşlı sağlığındaki eşitsizlikler, yalnızca bireysel özelliklerle değil, güçlü bir mekânsal boyutla da şekillenmektedir. Kırsal alanlarda ve sosyoekonomik olarak dezavantajlı bölgelerde yaşayan yaşlı bireyler, sağlık hizmetlerine erişim, ulaşım olanakları ve hizmet sürekliliği açısından çoklu dezavantajlarla karşı karşıya kalmaktadır. Uluslararası literatürde mekânsal sağlık eşitsizlikleri yaygın biçimde tartışılrsa da (Macintyre vd., 2002), Türkiye örneği bu eşitsizliklerin merkez-çevre ilişkileri ve bölgesel kalkınma farklarıyla nasıl iç içe geçtiğini açık biçimde göstermektedir. Bu durum, yaşlı sağlığı çalışmalarında mekânın yalnızca bir “kontrol değişkeni” olarak değil, başlı başına analitik bir kategori olarak ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Genel olarak bu çalışma, yaşlı sağlığındaki eşitsizlikleri tekil bir teorik çerçeveye açıklamanın yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışma, sağlığın sosyal belirleyicileri yaklaşımı, yaşam boyu perspektif ve refah rejimi analizlerinin birlikte ele alındığı çok katmanlı bir analitik çerçevenin gerekliliğine işaret etmektedir. Türkiye örneği, özellikle orta gelirli ülkelerde yaşlı sağlığı eşitsizliklerinin nasıl özgün biçimler aldığını göstermesi bakımından literatüre önemli bir katkı sunmaktadır. Bu bağlamda çalışma, yaşlı sağlığı araştırmalarının ağırlıklı olarak yüksek gelirli ülke deneyimlerine dayanmasının yarattığı sınırlılıkları görünür kılmakta; Türkiye’de yaşlı sağlığındaki eşitsizliklerin bireysel yaşlanma süreçlerinin doğal bir sonucu değil, yaşam boyu biriken sosyal dezavantajların ve yapısal politika tercihlerinin ürünü olduğunu göstermektedir. Yaşlılık döneminde gözlenen sağlık farklılıklarının yalnızca gelir düzeyi ya da sağlık hizmetlerine biçimsel erişimle açıklanamayacağı; aile temelli bakım rejimi, bölgesel eşitsizlikler ve toplumsal cinsiyete dayalı işbölümü gibi yapısal faktörler aracılığıyla derinleştiği ortaya konmaktadır. Kapsayıcı görünen sağlık sistemine rağmen, bu eşitsizliklerin farklı kanallar üzerinden yeniden üretildiği açık biçimde ortaya çıkmaktadır.

Bu yönüyle çalışma, yaşlı sağlığı literatürüne üç düzeyde katkı sunmaktadır. İlk olarak, Türkiye’de dağınık halde bulunan yaşlılık, sağlık ve sosyal politika literatürünü sağlığın sosyal belirleyicileri çerçevesinde bütüncül bir biçimde bir araya getirerek kavramsal ve analitik bir sentez sunmaktadır.

İkinci olarak, Türkiye’yi yaşlı sağlığı eşitsizlikleri açısından bir “ara refah rejimi” örneği olarak tartışmaya açmakta ve literatürde görece ihmal edilen orta gelirli ülke deneyimlerini kuramsal olarak görünür kılmaktadır. Üçüncü olarak ise yaşlı sağlığındaki eşitsizliklerin yalnızca sağlık politikalarıyla sınırlı biçimde ele alınamayacağını; yaşam boyu biriken dezavantajlar ve sosyal politika tercihleriyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini açık biçimde ortaya koymaktadır.

Çalışma, yaşlılık dönemindeki sağlık eşitsizliklerinin büyük ölçüde erken yaşam ve çalışma hayatında biriken dezavantajların sonucu olduğunu göstermektedir. Bu nedenle politika müdahalelerinin yalnızca yaşlılık dönemine odaklanması yetersiz kalmaktadır. Eğitim, istihdam ve sosyal güvenlik politikalarının yaşlı sağlığı hedefleriyle ilişkilendirildiği, yaşam boyu eşitlik yaklaşımının benimsendiği bütüncül bir politika çerçevesine ihtiyaç vardır.

Türkiye’de aile, yaşlı bakımının temel aktörü olmaya devam etmektedir. Ancak bu durum, özellikle kadınlar açısından ciddi sağlık ve refah maliyetleri doğurmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin yalnızca nakit transferleriyle sınırlı kalmaması; bakım verenlerin fiziksel ve ruhsal sağlığını koruyacak psikososyal destekler, geçici bakım hizmetleri ve bakım yükünü paylaşan kamusal mekanizmalarla güçlendirilmesi gerekmektedir. Aksi halde bakım, yaşlı sağlığını koruyan bir kaynak olmaktan ziyade yeni eşitsizlikler üreten bir mekanizmaya dönüşebilmektedir.

Yaşlı sağlığındaki eşitsizlikler Türkiye’de güçlü bir mekânsal boyut da taşımaktadır. Kırsal alanlarda ve sosyoekonomik olarak dezavantajlı bölgelerde yaşayan yaşlı bireyler, sağlık hizmetlerine erişim, ulaşım olanakları ve hizmet sürekliliği açısından çoklu dezavantajlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, evde sağlık ve mobil hizmetlerin yaygınlaştırılması ve yaşlı dostu ulaşım çözümlerinin geliştirilmesi öncelikli politika alanları arasında yer almalıdır.

Toplumsal cinsiyet boyutu, yaşlı sağlığı eşitsizliklerinin bir diğer temel eksenini oluşturmaktadır. Düşük emeklilik oranları, yalnız yaşama olasılığının yüksekliği ve yaşam boyu taşınan bakım yükü nedeniyle yaşlı kadınlar çoklu dezavantajlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle yaşlılık politikalarının toplumsal cinsiyet etkisi değerlendirmeleri (gender impact assessment) temelinde tasarlanması; özellikle yaşlı kadınların ekonomik güvencelerinin ve sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

Bu çalışma aynı zamanda Türkiye’de yaşlı sağlığı eşitsizlikleri alanındaki önemli araştırma boşluklarına da işaret etmektedir. Uzunlamasına (longitudinal) çalışmaların yetersizliği, kesişimsel (sınıf–cinsiyet–bölge) analizlerin sınırlı oluşu ve nitel araştırmaların azlığı, yaşlı bireylerin sağlık deneyimlerinin derinlemesine anlaşılmasını zorlaştırmaktadır. Bu alanlarda yapılacak çalışmalar, Türkiye’nin yaşlanma deneyimini uluslararası literatür içinde daha görünür kılacak ve karşılaştırmalı analizlere önemli katkılar sunacaktır.

Sonuç olarak, Türkiye’de yaşlı sağlığı eşitsizlikleri yalnızca yaşlılara yönelik politikaların değil, yaşam boyu sosyal politika tercihlerinin bir sonucudur. Bu nedenle çözüm, sağlık sisteminin sınırlarını aşan; refah rejimini bütüncül biçimde yeniden düşünen bir yaklaşımı gerektirmektedir. Çalışma, Türkiye’de yaşlı sağlığı eşitsizliklerinin kapsayıcı sağlık politikalarına rağmen aileci refah yapıları, yaşam boyu biriken dezavantajlar ve mekânsal eşitsizlikler aracılığıyla yeniden üretildiğini net biçimde ortaya koymaktadır. Bu çerçevede Türkiye deneyimi, yaşlı sağlığı eşitsizliklerinin yalnızca “yaşlılık politikaları” ile değil, yaşam boyu sosyal politika tercihleriyle birlikte ele alınması gerektiğini gösteren güçlü bir örnek sunmaktadır.

KAYNAKÇA

- Akdağ, R., & Koç, Y. (Eds.). (2012). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003–2011): Herkes için sağlık. T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Arun, Ö., & Arun, B. K. (2011). Widowhood: The most salient problem for elderly women in Turkey. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 10(4), 1515–1527.
- Arun, Ö., & Holdsworth, J. K. (2018). Generational care and support mechanisms in Turkey: Identifying at-risk populations. In *Research on family structures in Turkey: Advanced statistical analysis*.
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513–552.
- Ayhan, E. E. (2025). Yaşlılıkta kırılabilirlik: Risk toplumu, bakım düzeni ve yapısal belirleyiciler. *Senectus*, 3(2), 253–275.
- Aysan, M. F., & Aysan, U. (2016). Who cares? Elderly care in Turkey. *Economia & Lavoro*, 50(3), 33–46.
- Bambra, C., Pope, D., Swami, V., Stanistreet, D., Roskam, A., Kunst, A., & Scott-Samuel, A. (2009). Gender, health inequalities and welfare state regimes: A cross-national study of 13 European countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(1), 38–44.
- Başpınar, A., Şengelen, M., & Aslan, D. (2020). Halk sağlığı bakış açısıyla yaşlı bireylere yönelik yaş ayrımcılığı (ageism): Kavramsal çerçeve ve önleme yaklaşımları. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 5(2), 334–345.
- Boğa, E. (2023). The relationship between regional inequalities in the provision of emergency health services and other health services. *Medicine*, 102(45), e35930.
- Boyras, G. Ö. (2024). Yaşlı bireylerin sosyal haklarının eşitsizlikler bağlamında incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 42(4), 603–617.
- Buğra, A., & Keyder, Ç. (2006). The Turkish welfare regime in transformation. *Journal of European Social Policy*, 16(3), 211–228.
- Canatan, A. (2008). Sosyal yönleriyle yaşlılık. *Palme Yayıncılık*.
- Crenshaw, K. (2013). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. In *Feminist legal theories* (pp. 23–51). Routledge.
- Çam, S., & Şengül, S. (2024). Prevalence of obesity and risk of chronic diseases in the elderly: The case of Türkiye. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 431–445.

- Çelik Keçili, M., Sezgin Kiroğlu, B., & Esen, E. (2025). Does where you live affect your health? Evidence from households in Türkiye. *Review of Regional Research*. Advance online publication.
- Daatland, S. O., & Lowenstein, A. (2005). Intergenerational solidarity and the family-welfare state balance. *European Journal of Ageing*, 2(3), 174–182.
- Dalmaz, M., & Karaağaç, H. (2025). Türkiye’de yaşlı hizmetlerinin gelişimi: BM Sağlıkla Yaşlanma On Yılı bağlamında bir değerlendirme. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 9(1), 79–94.
- Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(6), S327–S337.
- Değer, T. B., & Ordu, Y. (2022). Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler: Bir taşra örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 574–585.
- Doğan, H., Özmen, K., Serçemeli, C., & Alkan, Ö. (2025). Demographic and socioeconomic factors affecting relative poverty level of older adults in Türkiye. *BMC Geriatrics*, 25, 496.
- Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., & Glymour, M. M. (2017). Loneliness, depression and cognitive function in older US adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(5), 564–573.
- Durmaz, S., Özvuramaz, S., Kırşan Büyüktarakçı, M., & Aykaç Koçak, A. (2021). Yaşlılarda ilaç kullanım hataları: Bir sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği, Hukuku ve Tarihi Dergisi*, 29(1).
- Esping-Andersen, G. (2019). Social foundations of postindustrial economies. In *Social stratification, class, race, and gender in sociological perspective* (2nd ed., pp. 830–845). Routledge.
- Gu, D., Zhang, Z., & Zeng, Y. (2009). Access to healthcare services makes a difference in healthy longevity among older Chinese adults. *Social Science & Medicine*, 68(2), 210–219.
- Hazer, O., & Ateşoğlu, L. (2019). Yaşlılarda sağlık okuryazarlığının başarılı yaşlanma üzerine etkisi: Ankara ili örneği. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 5(2), 48–56.
- Henderson, D. G., Donaghy, E., Dozier, M., Guthrie, B., Huang, H., Pickersgill, M., & Mercer, S. W. (2023). Understanding primary care transformation and implications for ageing populations and health inequalities. *BMC Medicine*, 21(1), 319.
- Huang, Y., Li, Y., & Clark, W. A. (2022). Families in transition: Living arrangements and intergenerational support in 21st century China. *Transactions in Planning and Urban Research*, 1(1-2), 115-134.
- Hurrelmann, K., Rathmann, K., & Richter, M. (2011). Health inequalities and welfare state regimes. *Journal of Public Health*, 19(1), 3–13.
- Ismail, M., & Hussein, S. (2021). An evidence review of ageing, long-term care provision and funding mechanisms in Turkey. *Sustainability*, 13(11), 6306.

- Kalaycı, I. (2024). Care services for older adults with dementia in Türkiye. In *Care of older persons* (pp. 325–336). Routledge India.
- Kara, B. (2025). Uzun süreli bakım sigortasının Türkiye bağlamında politika analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 28(1), 127–150.
- Karaca, N. G., & Kocabaş, F. (2011). The position of women in social and economic life. *Eurasian Economic Review*, 1(1), 66–94.
- Karadeniz, O., & Öztepe, N. D. (2013). Türkiye’de yaşlı yoksulluğu. *Çalışma ve Toplum*, 3(38), 77–102.
- Khan, H. T. (2014). Factors associated with intergenerational social support. *Ageing International*, 39(4), 289–326.
- Kuh, D., & Ben-Shlomo, Y. (Eds.). (2004). *A life course approach to chronic disease epidemiology* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Landefeld, C. S. (2003). Improving health care for older persons. *Annals of Internal Medicine*, 139(5 Pt 2), 421–424.
- Litwin, H., & Shiovitz-Ezra, S. (2011). Social network type and subjective well-being. *The Gerontologist*, 51(3), 379–388.
- Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002). Place effects on health. *Social Science & Medicine*, 55(1), 125–139.
- Mandıracıoğlu, A. (2016). Yaşlı sağlığının sosyal belirleyicileri. *Ege Tıp Dergisi*, 55, 6–11.
- Marmot, M. (2002). The influence of income on health. *Health Affairs*, 21(2), 31–46.
- Marmot, M. (2020). Health equity in England: The Marmot review 10 years on. *BMJ*, 368, m693.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669.
- Noguchi, T., Saito, M., Aida, J., Cable, N., Tsuji, T., Koyama, S., & Kondo, K. (2021). Association between social isolation and depression onset. *BMJ Open*, 11(3), e045834.
- Northwood, M., Ploeg, J., Markle-Reid, M., & Sherifali, D. (2018). Integrative review of the social determinants of health. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 45–60.
- Oğlak, S. (2017). Long-term care in Turkey. In *The Routledge handbook of social care work around the world* (pp. 187–200). Routledge.
- Öncebe, Ş. (2024). Türkiye’de yaşlı bağımlı nüfus, sağlık harcamaları ve iç borç ilişkisi. *ISPEC International Journal of Social Sciences & Humanities*, 8(4), 103–122.
- Özdemir, K. (2025). Canlılık (vigor) ve iş yeri canlılığı: Kavramsal çerçeve, öncüller ve sonuçlar. S. Güngör (Ed.), *Yönetim ve organizasyon alanında uluslararası derleme, araştırma ve çalışmalar* içinde (ss. 299–320). Serüven Yayınevi.
- Özdemir, K., Cengiz, H., & Çelik, R. (2026). Apologies by gender motivation: Facing shame or avoiding it. *Social Sciences & Humanities Open*, 13, 102588.

- Özgün-Başbüyük, G., Kaleli, I., Efe, M., Tiryaki, S., Ulusal, F., Demirdaş, F. B., & Tufan, İ. (2021). Depression tendency caused by social isolation: An assessment on older adults in Turkey. *Advances in Gerontology*, 11(3), 298–304.
- Özsoy, Ö., & Gürler, M. (2022). Poverty and social exclusion of older people in the ageing European Union and Turkey. *Journal of Public Health*, 30(8), 1969–1983.
- Pekçetin, E., Pekçetin, S., Sağlamoğlu, E., & Ekici, G. (2025). Kentsel ve kırsal kesimdeki yaşlı yetişkinler: Mesleki denge ve yaşam kalitesi karşılaştırması. *BMC Geriatrics*, 25(1), 49.
- Perez, F. P., Perez, C. A., & Chumbiauca, M. N. (2022). Insights into the social determinants of health in older adults. *Journal of Biomedical Science and Engineering*, 15(11), 261–268.
- Rueda, S., Artazcoz, L., & Navarro, V. (2008). Health inequalities among the elderly in western Europe. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(6), 492–498.
- Sönmez, S., & Çevik, C. (2021). Yaşlılık ve sağlıkta eşitsizlikler. *Humanistic Perspective*, 3(2), 496–511.
- Sözmen, K., & Ünal, B. (2014). Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and self-assessed health in Turkey. *Iranian Journal of Public Health*, 43(6), 736–748.
- Szymańska, A. (2025). How do OECD countries differ in population ageing and the situation of people aged 65 and older? Evidence using cluster analysis. *Social Policy & Administration*, 59(1), 73–100.
- Şantaş, F., & Şantaş, G. (2018). Türkiye'nin bölgelerinin ve illerinin sağlık değişkenleri açısından mevcut durumu ve sıralanması. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(3), 2419–2432.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2018). On Birinci Kalkınma Planı (2019–2023): Yaşlanma özel ihtisas komisyon raporu. Ankara.
- Tekin, Ç. S., & Kara, F. (2016). Dünyada ve Türkiye'de yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD)*, 3(1), 219–229.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024, Mart). İstatistiklerle yaşlılar, 2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710>
- Unver, V., Basak, T., Tosun, N., Aslan, O., & Akbayrak, N. (2016). Care burden and self-efficacy levels of family caregivers of elderly people in Turkey. *Holistic Nursing Practice*, 30(3), 166–173.
- World Health Organization, & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). WHO clinical consortium on healthy ageing 2021: Report of the consortium meeting held virtually, 5–6 November 2021. World Health Organization.

- Yakar, M., & zgür, E. M. (2024). Revealing ageing regions through spatial patterns: The evidence from Türkiye. *Finisterra*, 59(125), 105–123.
- Yeşilkaya, F. (2025). The link between environmental degradation and aging: An application on Türkiye. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(3), 931–953.
- Yılmaz, M., Uyanık, G., Ağartıoğlu Kundakçı, G., Subaşı Baybuğa, M., Altay, B., Cingil, D., & Fidan, G. (2025). Kırsal ve kentsel alanlardaki yaşı yetişkinlerin sosyal katılımı: Türkiye’de kesitsel bir araştırma. *Yaşlanma ve Sosyal Politika Dergisi*, 37(2), 341–358.



TRAKYA BÖLGESİ'NDE ÜRETİM TESİSİ BULUNAN İLAÇ FİRMALARININ WEB SİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

“

”

Bahar SEREZ ARSLAN¹
Pınar ÖZDEMİR KARACA²

1 Öğr. Gör., Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, bahar.serezarslan@klu.edu.tr, ORCID: 0000-0003-3863-0190.

2 Dr. Öğr. Üyesi, Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, pinar.ozdemir@klu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-6952-8028.

1. GİRİŞ

Günümüzde sağlık sektörünün temel taşlarından biri olan ilaç endüstrisi, yalnızca üretim ve dağıtım faaliyetlerini yürütmekle kalmayıp, aynı zamanda bilgi şeffaflığı ve dijital erişilebilirlik açısından da önemli bir sorumluluk üstlenmektedir. Hastalar ve sağlık profesyonelleri başta olmak üzere birçok paydaş, ilaç firmalarının web siteleri üzerinden doğru, güncel ve güvenilir bilgilere ulaşmayı istemektedir. Bu bağlamda, firmaların dijital platformlarda sundukları içeriklerin niteliğinin kurumsal şeffaflık, etik duruş ve bilimsel katkılar açısından değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Her alanda etkinliğini arttıran dijitalleşme, sağlık endüstrisinde de etkisini göstermektedir. Artık firmalar kalite düzeyleri, kullanıcı deneyimi, içerik doğruluğu, güncellik, mevzuata uyum ve veri güvenliği gibi çok boyutlu kriterler çerçevesinde web sitelerinde bilgi paylaşımında bulunmaktadır. Sektörel rekabet gücüne ve kurumsal sürdürülebilirlik stratejilerine doğrudan etki eden bu kriterler, firmaların paydaşlarla kurduğu iletişimin niteliğini belirlemektedir. İlaç firmalarının kurumsal web siteleri, kurumların dış paydaşlarla iletişim kurdukları başlıca kanallardan biri olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca kurumsal web siteleri, ürün çeşitliliğine ilişkin teknik dokümanların, ürünlerin ruhsatlandırma süreçlerinin, kurumsal kalite politikalarının ve Ar-Ge faaliyetlerinin de paylaşıldığı dijital iletişim platformu niteliği de taşımaktadır. Kurumsal iletişim alan yazınında web sitelerinin, bir kurumun kamusal yüzünü temsil eden temel iletişim araçlarından biri niteliğinde olduğu ve bu iletişim ortamında kullanıcıya ulaştırılan bilgilerin kurumsal hesap verebilirlik, paydaş güveni ve marka itibarı açısından belirleyici olduğu savunulmaktadır (Yeygel ve Temel 2006: 220). Bu çerçevede, bu çalışmanın da amaç edindiği kurumsal web sitelerinin içerik bakımından analizi, firmaların bilgi yönetim uygulamalarının, dış paydaş bilgilendirme sorumluluklarının ve kurumsal şeffaflık politikalarının ortaya konulması açısından önemlidir.

Trakya Bölgesi, coğrafi konumunun vermiş olduğu avantajla Türkiye'nin ilaç üretim ve dağıtım ağında stratejik bir merkez olarak öne çıkmaktadır. Trakya Bölgesi üretim, dağıtım ve Ar-Ge faaliyetlerinin merkezinde yer alan İstanbul'a yakınlığı ve Avrupa'ya açılan sınır kapılarına olan konumu sayesinde ilaç firmaları için ekonomik ve lojistik açıdan önemli avantajlar sağlamaktadır. Dolayısıyla bölgenin, ilaç üretim firmalarına lojistik üstünlük, tedarik zinciri etkinliği ve dış pazarlara kolay erişim imkânı sunduğu ifade edilebilir.

Trakya Bölgesi'nde üretim tesisi bulunan ilaç firmalarının kurumsal kimliğini dijital ortamda temsil eden web sitelerini inceleyerek, ilaç sektörünün dijital dönüşümüne ilişkin değerli veriler elde etmeyi amaçlayan bu araştırma kapsamında, Trakya Bölgesi'ndeki ilaç firmalarının web siteleri kalite, güvenlik, güvenilirlik ve bilgi şeffaflığı açısından analiz edilmiştir. Bu çalışma ile bölgede faaliyet gösteren ilaç firmalarının dijital kurumsal performanslarının net şekilde

ortaya konulacağı ve bölgesel sağlık endüstrisinin dijital görünürlüğüne iyileştirilmesine katkı sunulacağı düşünülmektedir. Bu çalışma ile Trakya Bölgesi'nde üretim yapan ilaç firmalarının dijital bilgi sunumuna katkı sağlamanın yanı sıra, firmaların dijital iletişim stratejilerini geliştirilebilmeleri için bölgedeki sektörel paydaşların faydalanabileceği nitelikte uygulanabilir sonuçlar ortaya koymak hedeflenmiştir. Alan yazında ilaç firmalarının web sitelerinin incelenmesine yönelik az sayıda çalışmanın (Kayıran vd., 2020; Yalım ve Şengül, 2024; Yeğenoğlu vd., 2005) olması ve Trakya Bölgesi özelinde doğrudan benzer bir çalışmanın bulunmaması çalışmanın önemini ortaya koymaktadır. Netice itibarıyla bölgesel sonuçlar ortaya koyan bu çalışmanın, bölgedeki ilaç firmalarının dijital kurumsal iletişimindeki güçlendirmeleri gereken yönleri belirlemelerine katkı sunmanın yanı sıra benzer çalışmalar yürütecek araştırmacılara akademik, sağlık alanında faaliyet gösteren firmalara ise sektörel düzeyde yol gösterici nitelikte bir çalışma olduğu ifade edilebilir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Doküman analizi tekniğiyle yürütülen bu çalışmada, toplanan verilerin analiz edilmesi sırasında içerik analizi yönteminden faydalanılmıştır. Doküman inceleme yöntemi, araştırmada birincil veya ikincil kaynak niteliğindeki çeşitli basılı ya da dijital materyallerin sistematik olarak toplanması, gözden geçirilmesi ve analiz edilmesi sürecini ifade etmektedir (Bowen, 2009: 27). İçerik analizi ise, yazılı veya görsel materyallerin belirli bir sistematik doğrultusunda incelenip çözümlenmesine dayanan bir analiz yöntemidir (Aziz, 2015: 133).

Çalışmanın evrenini, Marmara Bölgesi'nin bir parçası olan ve TR21 olarak da adlandırılan Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ illerinden oluşan Trakya Bölgesi'ndeki ilaç firmalarının tamamı oluşturmaktadır. Çalışma sırasında herhangi bir örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Bu kapsamda, 16 Şubat-2 Mart 2026 tarihleri arasında evrende yer alan tüm ilaç firmalarının web sitelerinin olup olmadığı tespit edilerek, var olan web sitelerinin işlerliği kontrol edilmiştir. Bu inceleme sonucunda Edirne'de üretim tesisi bulunan herhangi bir ilaç firmasının olmadığı görülmüştür. Kırklareli ve Tekirdağ'da üretim tesisi bulunan 25 ilaç firmasından 4'ü kurumsal web sitelerinin bulunmaması (Elvin Pharma, Laurus İlaç ve Ziyade İlaç) ya da halihazırda kurulum aşamasında olması ve üretim tesisinin henüz faaliyete geçmemesi (Vefa İlaç) nedeniyle çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Bu bağlamda, Trakya Bölgesi'nde üretim tesisi bulunan ve çalışmaya dahil edilen 21 ilaç firmasının isimleri, bu çalışmada kullanılacak kodları, hangi ilde faaliyet gösterdikleri ve kurumsal web adresleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Trakya Bölgesi'nde Üretim Tesisi Bulunan İlaç Firmalarına İlişkin Bilgiler

Faaliyet Gösterdiği İl	İlaç Firmaları	Web Siteleri
TEKİRDAĞ	T1. Ais İlaç	https://www.aispharma.com
	T2. Biem İlaç	https://www.biemilac.com.tr/
	T3. Bilim İlaç	https://www.bilimilac.com.tr
	T4. Com İlaç	https://comilac.com.tr/
	T5. Deva İlaç	https://www.deva.com.tr/tr/
	T6. Exeltis İlaç	https://exeltis.com.tr/
	T7. Hada İlaç	https://hadapharma.com/
	T8. Haver Farma İlaç	https://haverpharma.com.tr/
	T9. Humanis İlaç	https://humanis.com.tr/
	T10. Koçak Farma İlaç	https://www.kocakfarma.com/
	T11. Nobel İlaç	https://www.nobel.com.tr/
	T12. Polifarma İlaç	https://www.polifarma.com.tr/
	T13. Recordati İlaç	https://www.recordati.com.tr/
	T14. Rompharm İlaç	http://rompharmilac.com/
	T15. Teknovet İlaç	https://www.teknovet.com.tr
	T16. Vem İlaç	https://www.vemilac.com/
	T17. World Medicine İlaç	https://www.worldmedicine.com.tr
	T18. Yerlika Biopharma İlaç	https://www.yerlika.com/
KIRKLARELİ	K1. Arven İlaç	https://www.arvenilac.com.tr/
	K2. Farmatek İlaç	https://farma-tek.com
	K3. Sanofi	https://www.sanofi.com/tr/turkiye/

Kaynak: Trakya'da üretim tesisi bulunan ilaç firmaları tespit edilerek yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

Temel çıkış noktası; Trakya Bölgesi'nde üretim tesisi bulunan ilaç firmalarının kurumsal web sitelerinin içerik ve kurumsal bilgi sunumu ile etik ilkeler ve iletişimsel şeffaflık kriterlerini karşılama düzeyini belirlemek olan bu çalışmada, şu alt araştırma sorularının cevapları aranmıştır:

1. Trakya Bölgesi'nde üretim tesisi bulunan ilaç firmalarının kurumsal web sitelerinde, "içerik ve kurumsal bilgi sunumu" unsurlarının bulunma düzeyi nedir?

2. Çalışmada kapsamında değerlendirilen ilaç firmalarının kurumsal web sitelerinde, "etik ilkelere" ilişkin bilgilerinin paylaşılma düzeyi nedir?

3. Bu ilaç firmalarının kurumsal web sitelerinin, "iletişimsel şeffaflık" kriterlerini karşılama düzeyi nedir?

Alan yazında kurumsal web sitelerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiş olan çalışmalar (Kent ve Taylor, 1998: 326-331; Uğurluoğlu, 2009: 90; Yalım ve Şengül, 2024: 32; Yeğenoğlu vd., 2005: 686-687) incelenmiş ve bu analiz sonucunda yazarlar tarafından alan yazını destekler nitelikte bir değerlendirme formu hazırlanmıştır. Elde edilen değerlendirme formu, iki boyut ve sekiz ana kriter altında yapılandırılmıştır:

1. İçerik ve Kurumsal Bilgi Sunumu Boyutu

- Kurumsal bilgi sunumu
- Ürün hakkında bilgilendirme
- Regülasyonlara uyum
- AR-GE faaliyetleri ve bilimsel yayınlar

2. Etik ve İletişimsel Şeffaflık Boyutu

- Etik ilkelere bağlılık
- İletişim olanakları
- Güvenlik/güvenilirlik
- Kalite

İlaç firmalarının kurumsal web siteleri 16 Şubat-2 Mart 2026 tarihleri arasında ziyaret edilerek Tablo 2’de yer alan değerlendirme kriterleri formu aracılığıyla veriler toplanmıştır. 8 ana ve 65 alt kriterden oluşan değerlendirme kriterlerinin, incelenen ilaç firmalarının web sitelerinde bulunup bulunmamasına göre veri toplama formuna “var” ya da “yok” şeklinde işaretleme yapılmıştır. Elde edilen veriler Microsoft Excel programına aktarılarak, tanımlayıcı istatistikler (frekans ve yüzde dağılımlar) hesaplanmış, sonuçlar tablo aracılığıyla özetlenerek yorumlanmıştır. Ayrıca çalışma kapsamında belirlenen kriterler çerçevesinde il ve firma bazında da incelemeler gerçekleştirilmiş ve sonuçlar değerlendirilmiş. Veri toplama sırasında, araştırmacıların form üzerinde farklı kodlamalar yapmaması amacıyla tüm kodlama işlemi araştırmacılardan yalnızca biri tarafından gerçekleştirilmiştir.

Tablo 2: Web Sitesi Değerlendirme Kriterleri Formu

Boyut	Ana Kriterler	Alt Kriterler		
İçerik ve Kurumsal Bilgi Sunumu	Kurumsal Bilgi	1. Misyon	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		2. Vizyon	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		3. Değerler	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		4. Hedefler	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		5. Genel Bilgiler	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		6. Organizasyon Şeması	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		7. Yönetim Kadrosu	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		8. Liderlik Hakkında Bilgi	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		9. Yerel ve Uluslararası Şubeler	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		10. Distribütörler ve İş Ortakları	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		11. Hakkımızda	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		12. Logo/Amblem	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		13. Slogan	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		14. Foto Galeri	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		15. Tanıtım Filmi	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		16. Çalışma Alanları	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		17. Kurumsal Yayınlar	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
İçerik ve Kurumsal Bilgi Sunumu	Ürün Hakkında Bilgi	1. Ürün Portföy Bilgisi	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		2. Ürünlerin Özellikleri	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		3. Ürünlerin Görselleri	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		4. Ürünlerin Kullanım Talimatları ve Yan Etkileri Hakkında Bilgi	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		5. Ürün Güvenliği	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		6. Ürün Kalite Kontrol Prosedürleri	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		7. Yeni Ürün Duyuruları	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		8. Ürün Filtreleme	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
İçerik ve Kurumsal Bilgi Sunumu	Regülasyon Uygunluğu	1. cGMP (Güncel İyi Üretim Uygulamaları) / cGLP (Güncel İyi Laboratuvar Uygulamaları) Tick (Türk İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu) Uygunluğu	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		2. FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) Uygunluğu	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		3. EMA (Avrupa İlaç Ajansı) Uygunluğu	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		4. İlaçların Onay Süreçleri	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		5. Regülasyon Belgeleri	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
İçerik ve Kurumsal Bilgi Sunumu	Ar-Ge Faaliyetleri ve Bilimsel Yayınlar	1. Yapılan Klinik ve Bilimsel Araştırmalar	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		2. Bilimsel Yayınlar	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		3. Yeni İlaç Geliştirme Süreçleri	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		4. AR-GE Departmanının Çalışmaları	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		5. Ar-Ge Raporları	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>

Etik ve İletişimsel Şeffaflık	Etik İlkelere Bağlılık	1. Etik Politikasına İlişkin Bilgi	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		2. Firmanın Toplumsal Sorumluluk Projeleri	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		3. Çalışan Hakları	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		4. Çevreye Duyarlılık	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		5. Ürün Güvenliği	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		6. Uluslararası Etik Değerlere İlişkin Bilgi	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		7. Genel Yasal Uyarılar	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
	İletişim Olanakları	1. Adres Bilgisi	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		2. Telefon	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		3. Fax	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		4. E-Mail	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		5. Google Maps'te Adres Tarifi	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		6. İletişim Formu	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		7. Çağrı Merkezi ya da Müşteri Hizmetleri	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
8. WhatsApp ile İletişim		Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	
9. Canlı Yardım		Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	
10. Öneri-Şikâyet Sekmesi		Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	
11. Sosyal Medya İletişim Bağlantıları ya da Butonları		Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	
Güvenlik/Güvenilirlik	1. Güvenlik Bilgisi	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	
	2. KVKK Hakkında Aydınlatma Metni	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	
	3. Ziyaretçi Bilgisi/Sayısı	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	
	4. Telif Hakkı Bilgisi/Copyright	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	
	5. Son Güncelleme Tarihi	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	
	6. Gizlilik İlkeleri	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	
	7. Alan Adında Firma İsminin Görünürlüğü	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	
Kalite	1. Kalite Politikasına İlişkin Bilgi	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	
	2. Kalite Yönetimine İlişkin Bilgi	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	
	3. Kalite Belgelerine İlişkin Bilgi	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	
	4. Akreditasyon Belgelerine İlişkin Bilgi (JCI vb.)	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	
	5. ISO Sertifikaları	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	

Kaynak: Kent ve Taylor, 1998: 326-331; Uğurluoğlu, 2009: 90; Yalım ve Şengül, 2024: 32; Yeğenoğlu vd., 2005: 686-687'den faydalanılarak yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

Değerlendirme kriterleri formu aracılığıyla elde edilen veriler şu sayılı ve sınırlılıklar çerçevesinde değerlendirilmiştir:

1. Çalışma kapsamına alınan ilaç firmalarının web sitelerinde sunulan bilgilerin firmaların kurumsal yaklaşımlarını yansıttığı varsayılmıştır.

2. Yazarlar tarafından hazırlanan veri toplama formunun araştırmanın amacına uygun olduğu varsayılmıştır.

3. İncelenen ilaç firmalarının kurumsal web sitelerindeki içeriklerin veri toplama sürecinde sabit kaldığı varsayılmıştır.

4. Çalışma yalnızca Trakya Bölgesi'nde üretim tesisi bulunan ilaç firmaları ile sınırlı tutulmuştur.

5. Çalışmada yalnızca bu firmaların kurumsal web sitelerinden elde edilen veriler kullanılmış; sosyal medya hesapları, basın açıklamaları veya üçüncü taraf platformlardaki bilgiler analiz edilmemiştir.

6. İncelenen ilaç firmalarının kurumsal web sitelerinin içerikleri analiz tarihindeki mevcut durum üzerinden değerlendirilmiş, bu tarihler sonrasındaki güncellemeler dikkate alınmamıştır.

7. Firmaların kurumsal web sitelerindeki bilgilerin doğruluğu ve güncelliği tamamen firmaların kendi beyanına dayanmaktadır.

8. Kodlamanın araştırmacılardan yalnızca biri tarafından yapılmış olması yorum tarafsızlığını artırsa da öznel hata olasılığı tamamen ortadan kaldırılamamıştır.

Tüm kamunun açık erişiminin bulunduğu internet ortamındaki veriler üzerinden yürütülen bu çalışmada, insanlar veya hayvanlar üzerinde doğrudan bir etki yaratılmadığından dolayı etik kurul izni alınmamıştır.

3. BULGULAR

Trakya Bölgesi'nde üretim tesisi bulunan 21 ilaç firmasının web siteleri 2 boyut, 8 ana ve 65 alt kriterden oluşan bir değerlendirme formu aracılığıyla içerik analizine tabi tutulmuş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3: Trakya Bölgesi'nde Üretim Tesisi Bulunan İlaç Firmalarının Web Sitelerinin İçerik Analizi

Boyut	Ana Kriterler	Alt Kriterler	Frekans	Yüzde
Kurumsal Bilgi		1. Misyon	19	90,47
		2. Vizyon	18	85,71
		3. Değerler	10	47,61
		4. Hedefler	18	85,71
		5. Genel Bilgiler	21	100
		6. Organizasyon Şeması	5	23,80
		7. Yönetim Kadrosu	5	23,80
		8. Liderlik Hakkında Bilgi	9	42,85
		9. Yerel ve Uluslararası Şubeler	12	57,14
		10. Distribütörler ve İş Ortakları	10	47,61
		11. Hakkımızda	21	100
		12. Logo/Amblem	21	100
		13. Slogan	19	90,47
		14. Foto Galerisi	8	38,09
		15. Tanıtım Filmi	7	33,3
		16. Çalışma Alanları	19	90,47
		17. Kurumsal Yayınlar	10	47,61
	Ortalama			64,97
Ürün Hakkında Bilgilendirme		1. Ürün Portföy Bilgisi	19	90,47
		2. Ürünlerin Özellikleri	19	90,47
		3. Ürünlerin Görselleri	16	76,19
		4. Ürünlerin Kullanım Talimatları ve Yan Etkileri Hakkında Bilgi	19	90,47
		5. Ürün Güvenliği	19	90,47
		6. Ürün Kalite Kontrol Prosedürleri	18	85,71
		7. Yeni Ürün Duyuruları	8	38,09
		8. Ürün Filtreleme	13	61,90
	Ortalama			77,97
Regülasyon Uygunluğu		1. cGMP (Güncel İyi Üretim Uygulamaları) / cGLP (Güncel İyi Laboratuvar Uygulamaları) Tick (Türk İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu) Uygunluğu	19	90,47
		2. FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) Uygunluğu	6	28,57
		3. EMA (Avrupa İlaç Ajansı) Uygunluğu	6	28,57
		4. İlaçların Onay Süreçleri	6	28,57
		5. Regülasyon Belgeleri	12	57,14
	Ortalama			46,66
Ar-Ge Faaliyetleri ve Bilimsel Yayınlar		1. Yapılan Klinik ve Bilimsel Araştırmalar	12	57,14
		2. Bilimsel Yayınlar	4	19,04
		3. Yeni İlaç Geliştirme Süreçleri	12	57,14
		4. AR-GE Departmanının Çalışmaları	15	71,42
		5. Ar-Ge Raporları	6	28,57
	Ortalama			46,66

Etik ve İletişimsel Şeffaflık	Etik İlkelere Bağlılık	1. Etik Politikasına İlişkin Bilgi	13	61,90
		2. Firmanın Toplumsal Sorumluluk Projeleri	13	61,90
		3. Çalışan Hakları	13	61,90
		4. Çevreye Duyarlılık	14	66,66
		5. Ürün Güvenliği	19	90,47
		6. Uluslararası Etik Değerlere İlişkin Bilgi	8	38,09
		7. Genel Yasal Uyarılar	20	95,23
		Ortalama		68,02
	İletişim Olanakları	1. Adres Bilgisi	21	100
		2. Telefon	21	100
		3. Fax	10	47,61
		4. E-Mail	21	100
		5. Google Maps'te Adres Tarifi	18	85,71
		6. İletişim Formu	20	95,23
		7. Çağrı Merkezi ya da Müşteri Hizmetleri	2	9,52
		8. WhatsApp ile İletişim	1	4,76
		9. Canlı Yardım	0	0
		10. Öneri-Şikâyet Sekmesi	18	85,71
		11. Sosyal Medya İletişim Bağlantıları ya da Butonları	16	76,19
	Ortalama		64,06	
	Güvenlik/ Güvenilirlik	1. Güvenlik Bilgisi	20	95,23
		2. KVKK Hakkında Aydınlatma Metni	17	80,95
		3. Ziyaretçi Bilgisi/Sayısı	0	0
		4. Telif Hakkı Bilgisi/Copyright	20	95,23
		5. Son Güncelleme Tarihi	14	66,66
		6. Gizlilik İlkeleri	15	71,42
		7. Alan Adında Firma İsmi'nin Görünürlüğü	21	100
	Ortalama		60,49	
	Kalite	1. Kalite Politikasına İlişkin Bilgi	17	80,95
		2. Kalite Yönetimine İlişkin Bilgi	14	66,66
		3. Kalite Belgelerine İlişkin Bilgi	15	71,42
		4. Akreditasyon Belgelerine İlişkin Bilgi (JCI vb.)	0	0
		5. ISO Sertifikaları	12	57,14
Ortalama		55,23		

Kaynak: Trakya'da üretim tesisi bulunan ilaç firmalarının web siteleri incelenerek yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

Trakya Bölgesi'nde üretim tesisi bulunan ilaç firmalarının web siteleri Tablo 3'te "İçerik ve Kurumsal Bilgi Sunumu" boyutunda "Kurumsal Bilgi", "Ürün Hakkında Bilgilendirme", "Regülasyon Uygunluğu" ile "Ar-Ge Faaliyetleri ve Bilimsel Yayınlar"; "Etik ve İletişimsel Şeffaflık" boyutunda ise "Etik İlkelere Bağlılık", "İletişim Olanakları", "Güvenlik/Güvenilirlik" ve "Kalite" ana kriterleri bakımından incelenmiştir. "Kurumsal Bilgi" açısından ilaç firmalarının web sitelerinde en fazla "Hakkımızda" (%100), "Logo/Amblem"

(%100), “Genel Bilgiler” (%100) ile “Misyon” (%90,47) ve “Slogan” (%90,47); daha düşük oranda ise “Organizasyon Şeması” (%23,80), “Yönetim Kadrosu” (%23,80), “Tanıtım Filmi” (%33,3), “Foto Galeri” (%38,09), “Liderlik Hakkında Bilgi” (%42,85) alt kriterlerine ilişkin bilgileri paylaştıkları görülmüştür. İlaç firmalarının “Kurumsal Bilgi” ana kriterlerine web sitelerinde ortalama %64,97 oranında yer verdikleri belirlenmiştir. Firma bazında inceleme yapıldığında ise T5 firmasının tüm kurumsal bilgi kriterleri bakımından eksiksiz bilgi (17/17) sunduğu, T9 firmasının “Tanıtım Filmi” dışındaki (16/17), T12 firmasının ise “Foto Galeri” alt kriteri dışındaki (16/17) tüm kurumsal bilgi kriterlerini karşılayarak, web sitelerinde oldukça bütünlüklü bir yapı oluşturduğu ve firmalarının profesyonel imajını destekleyen yüksek kurumsal şeffaflık sergiledikleri tespit edilmiştir.

“Kurumsal Bilgi”nin alt kriterleri il bazında incelendiğinde, Tekirdağ (T1-T18) ve Kırklareli (K1-K3) firmalarının hem güçlü hem de zayıf yönler bakımından aynı doğrultuda bir dağılım sergilediği gözlemlenmektedir. Her iki grubun web sitelerinde de en fazla karşılanan kriterler “Hakkımızda”, “Logo/ Amblem”, “Genel Bilgiler”, “Misyon”, “Slogan”, “Çalışma Alanları” ve “Vizyon” olurken, en az karşılanan kriterler “Organizasyon Şeması”, “Yönetim Kadrosu”, “Tanıtım Filmi”, “Foto Galeri” ve “Liderlik Hakkında Bilgi” olmuştur. Her iki şehirdeki firmaların temel kurumsal kimlik unsurlarını web sitelerinde öne çıkarma konusundaki gelişmişlik düzeyleri ile kurumsal şeffaflık ve örgütsel yapı bilgisi gerektiren kriterlerdeki eksikliklerin benzer düzeyde olduğu görülmüştür.

“Ürün Hakkında Bilgilendirme” ana kriteri açısından yapılan değerlendirmede, ilaç firmalarının web sitelerinde en fazla “Ürün Portföy Bilgisi” ve “Ürün Özelliklerine” ve “Ürün Güvenliği” ve “Ürün Kullanım Talimatları”na (%90,47) yer verdikleri, en az ise “Yeni Ürün Duyuruları” (%38,09) hakkında bilgilendirme yaptıkları görülmüştür. İlaç firmalarının web sitelerinde “Ürün Hakkında Bilgilendirme” ana kriterlerine ortalama %77,97 oranında yer verdikleri belirlenmiştir. Firma bazında yapılan değerlendirmede, T9, T10, T11 ve T12 firmalarının ürün hakkında bilgilendirme kriterlerini eksiksiz biçimde (8/8) karşıladığı, T5, T8, T13 ve T16 (7/8) firmalarının ise yeni ürün duyuruları dışında kalan tüm ürün hakkındaki bilgilendirme kriterlerini karşıladıkları tespit edilmiştir. K2 firmasının ise “Ürün Güvenliği” ve “Ürün Kalite Kontrol Prosedürleri” kriterlerinin dışında hiçbir veriye sahip olmadığı belirlenmiştir.

“Ürün Hakkında Bilgilendirme” ana kriterleri il bazında incelendiğinde, Tekirdağ (T1-T18) ve Kırklareli’ndeki (K1-K3) firmaların yine benzer bir eğilim sergilediği görülmektedir. Her iki grubun web sitesinde de en fazla karşılanan kriterler “Ürün Portföy Bilgisi”, “Ürünlerin Özellikleri”, “Ürün Güvenliği” ve “Ürün Kalite Kontrol Prosedürleri” olurken, en az karşılanan kriter her iki grupta da “Yeni Ürün Duyuruları” olmuştur. “Ürün Filtreleme” kriteri ise Tekirdağ grubunun yaklaşık yarısında yer alırken, Kırklareli grubunda yalnızca K3 firmasında karşılanmıştır.

“Regülasyon Uygunluğu” ana kriteri açısından yapılan değerlendirmede, ilaç firmalarının en yüksek oranda “Güncel İyi Üretim Uygulamaları (cGMP)/Güncel İyi Laboratuvar Uygulamaları (cGLP) ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) Uygunluğu”na (%90,47) yer verdiği; “ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA)” (%28,57) ve “Avrupa İlaç Ajansı (FDA)” (%28,57), “İlaç Onay Süreçleri” (%28,57) alt kriterlerine ilişkin bilgilere ise düşük düzeyde yer verdiği tespit edilmiştir. İlaç firmalarının “Regülasyon Uygunluğu” ana kriterlerine web sitelerinde ortalama %46,66 oranında yer verdikleri görülmektedir. Firma bazında değerlendirme yapıldığında, T11 firmasının “Regülasyon Uygunluğu” alt kriterlerinin tamamını (5/5) karşıladığı belirlenmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda T3, T5 ve T6 firmalarının “İlaç Onay Süreçleri” (4/5); K1 firmasının ise “Regülasyon Belgeleri” (4/5) kriteri dışındaki tüm kriterleri karşıladıkları görülmüştür. T4 ve K2 firmalarının “Regülasyon Uygunluğu” alt kriterlerinin hiçbirini karşılamadığı (0/5) tespit edilmiştir. Bu bulgu ise, söz konusu firmaların regülasyon uyumuna ilişkin bilgileri web sitelerinde yeterli düzeyde yansıtmadığını ortaya koymaktadır. “Regülasyon Uygunluğu” ana kriteri kapsamında firmaların ulusal regülasyon vurgusunu ön plana çıkardığı, buna karşın uluslararası düzenleyici çerçeveye ilişkin bilgilendirme düzeyinin sınırlı kaldığı tespit edilmiştir.

“Regülasyon Uygunluğu” ana kriteri il bazında incelendiğinde, gruplar arasında bazı kriterlerde benzer eğilimler gözlenmekle birlikte, bazı alt kriterlerde belirgin farklılıklar mevcuttur. Her iki grupta da en fazla karşılanan kriter “cGMP/cGLP/TİTCK Uygunluğu” iken, en az karşılanan kriterler “FDA Uygunluğu” ve “EMA Uygunluğu” olmuştur. “İlaçların Onay Süreçleri” kriteri Kırklareli grubunda yalnızca bir firmada (K2) yer almazken, Tekirdağ grubunda bu kriterin yalnızca 18 firmadan 6’sında yer aldığı ve karşılanma oranının yaklaşık %33 düzeyinde kaldığı belirlenmiştir. Öte yandan, “Regülasyon Belgeleri” alt kriteri açısından da gruplar arasında belirgin bir farklılık gözlenmiştir. Bu kritere Kırklareli grubundaki firmaların hiçbirinde rastlanmazken, Tekirdağ grubundaki 18 firmanın 12’sinin (%66,7) web sitelerinde bu alt kritere ilişkin bilgilerin yer aldığı tespit edilmiştir. Bu bulgular, Tekirdağ firmalarının bazı alt kriterlerde Kırklareli firmalarına kıyasla daha yüksek düzeyde uyumluluk gösterdiğini ortaya koymaktadır, ancak her iki grupta da geliştirilmesi gereken alanlar olduğu açıktır.

“Ar-Ge Faaliyetleri ve Bilimsel Yayınlar” ana kriteri açısından yapılan değerlendirmede, ilaç firmalarının web sitelerinde “Ar-Ge Departmanının Çalışmaları”na (%71,42) yüksek oranda; “Bilimsel Yayınlar”a (%19,04) ve “Ar-Ge Raporları”na (%28,57) ise düşük oranda yer verdikleri tespit edilmiştir. Yapılan “Klinik ve Bilimsel Araştırmalar” (%57,14) ile “Yeni İlaç Geliştirme Süreçleri”ne (%57,14) ilişkin bilgilendirmelerin ise firmaların neredeyse yarısı tarafından yapıldığı belirlenmiştir. İlaç firmalarının web sitelerinde “Ar-Ge Faaliyetleri ve Bilimsel Yayınlar” kriterlerine ortalama %46,66 oranında yer verdiği saptanmıştır.

Firma bazında yapılan değerlendirmede ise, T11, T12 ve T17 firmalarının “Ar-Ge Faaliyetleri ve Bilimsel Yayınlar” kapsamındaki kriterlerin tamamını (5/5) karşıladığı; T3 ve T9 firmalarının ise bu kriterlerden yalnızca “Bilimsel Yayınlar” alt kriterine ilişkin bilgiye yer vermediği (4/5) tespit edilmiştir. Firma bazında yapılan değerlendirmede, T4, T7, T8 firmalarının ilgili kriterlere ilişkin web sitelerinde herhangi bir veriye yer vermediği (0/5) belirlenmiştir.

“Ar-Ge Faaliyetleri ve Bilimsel Yayınlar” ana kriteri il bazında incelendiğinde, Tekirdağ (T1-T18) ve Kırklareli (K1-K3) firmalarının tüm ana kriterler içerisinde en zayıf performansı bu başlık altında sergiledikleri görülmektedir. Her iki grupta da en fazla karşılanan kriter “AR-GE Departmanının Çalışmaları” iken, en az karşılanan kriterler “Bilimsel Yayınlar” ve “Ar-Ge Raporları” olmuştur. “Bilimsel Yayınlar” kriteri Tekirdağ grubunda yalnızca T11, T12 ve T17 firmasında (%16,7), Kırklareli grubunda K2 firmasında (%33,3) yer alırken; “Ar-Ge Raporları” kriteri Tekirdağ grubunda T3, T9, T11, T12 ve T17 firmalarında (%27,8), Kırklareli grubunda K3 firmasında (%33,3) karşılanmıştır. “Yapılan Klinik ve Bilimsel Araştırmalar” kriteri Tekirdağ grubundaki firmaların yaklaşık yarısında (%50), Kırklareli grubunda K2 ve K3 firmalarında (%66,7) yer almıştır. “Yeni İlaç Geliştirme Süreçleri” kriteri ise Tekirdağ grubunda 11 firmada (%61,1), Kırklareli grubunda yalnızca 1 firmada (%33,3) karşılanmıştır.

“Etik ve İletişimsel Şeffaflık” boyutunda yer alan “Etik İkelere Bağlılık” ana kriteri çerçevesinde yapılan değerlendirmede, firmaların web sitelerinde en yüksek oranda “Genel Yasal Uyarılar”a (%95,23) kriterine yer verdiği; bunu “Ürün Güvenliği” (%90,47) alt kriterinin izlediği tespit edilmiştir. Buna karşılık web sitelerinde “Uluslararası Etik Değerlere İlişkin Bilgiler” (%38,09) alt kriterinin ise düşük düzeyde yer aldığı belirlenmiştir. İlaç firmalarının web sitelerinde “Etik İkelere Bağlılık” kriterlerine ortalama %68,02 oranında yer verdiği tespit edilmiştir. Yapılan firma bazlı değerlendirmede, T5, T6, T9, T11, T12, T13, T17 ve T18 firmalarının ilgili kriterlerin tamamını (7/7) karşıladığı görülmüştür. T3 ve T10 firmalarının web sitelerinin “Uluslararası Etik Değerlere İlişkin Bilgi” kriteri haricindeki tüm kriterleri (6/7) sağladığı; T4 firmasının web sitesinin ise tüm kriterler arasından sadece “Genel Yasal Uyarılar” alt kriterini karşıladığı saptanmıştır.

İl bazında yapılan “Etik İkelere Bağlılık” kriteri incelemesinde, Tekirdağ (T1-T18) ve Kırklareli (K1-K3) firmalarının benzer bir eğilim sergilediği görülmektedir. Her iki grupta da en fazla karşılanan kriterler “Genel Yasal Uyarılar” ve “Ürün Güvenliği” olurken, en az karşılanan kriter “Uluslararası Etik Değerlere İlişkin Bilgi” olmuştur. Bu kriter Tekirdağ grubunda yalnızca T5, T6, T9, T11, T12, T13, T17 ve T18 firmalarında yer alırken, Kırklareli grubunda hiçbir firmada karşılanmamıştır. Her iki gruptaki firmaların web sitelerinde “Çevreye Duyarlılık” ve “Firmanın Toplumsal Sorumluluk Projeleri” kriterlerinin ise sınırlı düzeyde yer aldığı dikkat çekmektedir.

Trakya Bölgesi'nde üretim tesisi bulunan ilaç firmalarının web siteleri "İletişim Olanakları" açısından değerlendirildiğinde, ilaç firmalarının tamamının web sitelerinde "Adres Bilgisi" (%100), "Telefon Bilgisi" (%100) ve "E-Mail"e (%100) yer verdiği; bunu, "İletişim Formu" (%95,23), "Google Maps'te Adres Tarifi" (%85,71) ile "Öneri-Şikâyet Sekmesi"nin (%85,71) izlediği belirlenmiştir. Buna karşın web sitelerinde "WhatsApp ile İletişim" (%4,76) "Çağrı Merkezi ya da Müşteri Hizmetleri" bilgisinin düşük (%9,52) oranda yer aldığı görülmüştür. "Canlı Yardım" uygulamasına ise hiçbir firmanın web sitesinde rastlanmamıştır. İlaç firmalarının web sitelerinde "İletişim Olanakları" ana kriteri altındaki kriterlere ortalama %64,06 oranında yer verdiği görülmüştür. Firma bazlı değerlendirme yapıldığında, T5 ve T6 firmalarının "WhatsApp ile İletişim" ve "Canlı Yardım" kriterleri dışındaki tüm kriterleri karşıladıkları belirlenmiştir. Buna karşın T10 firmasının "Adres Bilgisi", "Telefon", "E-Mail" ve "Öneri-Şikâyet Sekmesi" ve "Sosyal Medya İletişim Bağlantıları"; T18 firmasının ise yalnızca "Adres Bilgisi", "Telefon", "İletişim Formu", "E-Mail" ve "Öneri-Şikâyet Sekmesi" alt kriterleri bakımından içerik sundukları ve web sitelerinde diğer iletişim kriterlerine ilişkin herhangi bir bilgiye yer vermedikleri görülmüştür.

"İletişim Olanakları" açısından il bazında yapılan değerlendirmede, Tekirdağ (T1-T18) ve Kırklareli (K1-K3) firmalarının benzer bir eğilim sergilediği görülmektedir. Her iki grupta da en fazla karşılanan kriterler "Adres Bilgisi", "Telefon", "E-Mail", "İletişim Formu" ve "Öneri-Şikâyet" olurken, en az karşılanan kriterler "Canlı Yardım", "Çağrı Merkezi ya da Müşteri Hizmetleri" ve "WhatsApp ile İletişim" olmuştur. "Canlı Yardım" kriteri her iki gruptaki ilaç firmalarının hiçbirinde yer almazken "Çağrı Merkezi ya da Müşteri Hizmetleri" kriterine Tekirdağ grubundaki T5, T6; "WhatsApp ile İletişim" alt kriterine ise yalnızca T8 firmasında yer verilmiş; Kırklareli grubundaki firmalarda ise her iki kritere de yer verilmediği belirlenmiştir.

"Güvenlik/Güvenilirlik" ana kriteri kapsamında yapılan değerlendirmede, firmaların tamamının "Alan Adında Firma İsmi'nin Görünürlüğü" (%100) kriterini sağladığı; bunu "Güvenlik Bilgisi" (%95,23) ve "Telif Hakkı Bilgisi/Copyright" (%95,23) kriterlerinin izlediği tespit edilmiştir. Buna karşılık web sitelerinde "Son Güncelleme Tarihi" bilgisinin %66,66 oranında yer aldığı; "Ziyaretçi Bilgisi/Sayısı" kriteri hakkında ise hiçbir firmanın bilgi sunmadığı saptanmıştır. İlaç firmalarının web sitelerinde "Güvenlik/Güvenilirlik" kriterlerine ortalama %60,49 oranında yer verdiği belirlenmiştir. Firma bazlı değerlendirmede K1, K2, T3, T6, T10, T11, T12, T13, T17 ve T18 ve firmalarının "Güvenlik/Güvenilirlik" kapsamındaki alt kriterlerden "Ziyaretçi Bilgisi/Sayısı" kriteri dışındaki tüm kriterleri karşıladığı (6/7) tespit edilmiştir. Bununla birlikte, K1 firmasının "Güvenlik Bilgisi" ile "Alan Adında Firma İsmi'nin Görünürlüğü" (2/7) kriterlerini sağlayarak "Güvenlik/Güvenilirlik" ana kriteri kapsamında 21 firma içerisinde en düşük oranda içerik sunduğu belirlenmiştir.

“Güvenlik/Güvenirlilik” kriterleri il bazında incelendiğinde, Tekirdağ (T1-T18) ve Kırklareli (K1-K3) firmalarının benzer bir eğilim sergilediği görülmektedir. Her iki grupta da en fazla karşılanan kriterler “Alan Adında Firma İsmi’nin Görünürlüğü”, “Güvenlik Bilgisi” ve “Telif Hakkı Bilgisi/Copyright” olurken, en az karşılanan kriter “Ziyaretçi Bilgisi/Sayısı” olmuştur. Bu kriterin hem Tekirdağ hem de Kırklareli grubunda hiçbir firmada yer almadığı belirlenmiştir. “Son Güncelleme Tarihi” kriteri Tekirdağ grubunun 12 firması (%66,66) tarafından karşılanırken, Kırklareli grubunda bu kriteri yalnızca K2 ve K3 firmalarının karşıladığı görülmüştür. “KVKK Hakkında Aydınlatma Metni” kriterinin Tekirdağ grubunda 15 firma (%83,33) tarafından karşılandığı, Kırklareli grubunda ise 2 firma (%66,66) tarafından karşılandığı belirlenmiştir. “Gizlilik İlkeleri” kriteri ise Tekirdağ grubunda 13 firma (%72,22) tarafından karşılanırken, Kırklareli grubunda 2 firma (%66,66) tarafından karşılandığı tespit edilmiştir.

Tablo 3’teki veriler ışığında, Trakya Bölgesi’nde üretim tesisi bulunan ilaç firmalarının web siteleri, “Etik ve İletişimsel Şeffaflık” boyutunda “Kalite” ana kriterleri bakımından da incelenmiştir. İlaç firmalarının “Kalite” kriterlerinden en fazla “Kalite Politikasına İlişkin Bilgi”ye (%80,95) yer verdiği; bunu “Kalite Belgelerine İlişkin Bilgi”nin (%71,42) izlediği tespit edilmiştir. Web sitelerinde “Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO) Sertifikaları”nın %57,14 oranında sunulduğu görülmüştür. “Akreditasyon Belgelerine İlişkin Bilgi (JCI vb.)”ye ise hiçbir firmanın web sitesinde yer verilmediği saptanmıştır. İlaç firmalarının web siteleri genel olarak değerlendirildiğinde, firmaların %55,23 oranında “Kalite” kriterlerine yer verdiği belirlenmiştir. Firma bazlı değerlendirme yapıldığında, T1, T3, T5, T9, T10, T11, T12, T16, T17 ve T18 firmasının “Kalite” başlığı kapsamında yer alan kriterlerden yalnızca “Akreditasyon Belgelerine İlişkin Bilgi (JCI vb.)” (4/5) başlığında içerik sunmadığı tespit edilmiştir. Öte yandan T7, T8, K2 firmalarının ise “Kalite” ana kriteri altında yer alan kriterlerin hiçbirine (0/5) web sitelerinde yer vermediği belirlenmiştir.

“Kalite” kriterleri çerçevesinde ilaç firmalarına ilişkin inceleme il bazında gerçekleştirildiğinde, Tekirdağ (T1-T18) ve Kırklareli (K1-K3) firmalarının bu boyutta belirgin farklılıklar sergilediği görülmektedir. Tekirdağ grubunda en fazla karşılanan kriterler “Kalite Politikasına İlişkin Bilgi” ve “Kalite Belgelerine İlişkin Bilgi” olurken, Kırklareli grubunda bu kriterleri K2 firmasının hiç karşılamadığı dikkat çekmektedir. Her iki grupta da en az karşılanan kriter “Akreditasyon Belgelerine İlişkin Bilgi” olmuş; bu kriterin hem Tekirdağ hem de Kırklareli grubunda hiçbir firmada yer almadığı tespit edilmiştir. “Kalite Yönetimine İlişkin Bilgi” kriterinin ise Tekirdağ grubunda 13 firmanın, Kırklareli grubuna ise yalnızca 1 firmanın web sitesinde yer aldığı, tespit edilmiştir.

4. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, Trakya Bölgesi'nde üretim tesisi bulunan ilaç firmalarının kurumsal web siteleri "İçerik ve Kurumsal Bilgi Sunumu" ile "Etik İlkelere Bağlılık ve İletişimsel Şeffaflık" boyutları kapsamında incelenerek resmi web sitelerinde sundukları içeriklerin kurumsal şeffaflık, etik duruş ve bilimsel katkılar açısından değerlendirilmesi ve Trakya Bölgesi'ndeki ilaç firmalarının dijital dönüşüm düzeyinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Elde edilen bulgular, ilaç firmaların web sitelerinin içerik kapsamı ve sunum kalitesi bakımından genel bir değerlendirmesini yansıtmaktadır.

"İçerik ve Kurumsal Bilgi Sunumu" boyutu kapsamında incelenen alt kriterler genel olarak değerlendirildiğinde, firmaların web sitelerinde en yüksek temsil oranına sahip unsurların "Genel Bilgiler", "Hakkımızda" ve "Logo/Amblem" olduğu görülmektedir. Bu kriterlerin firmaların tümünde (%100) yer alması, temel kurumsal bilgi sunumunun sektörde yaygınlaştığını göstermektedir. "Misyon", "Slogan", "Çalışma Alanları" "Ürün Portföy Bilgisi", "Ürünlerin Özellikleri" "Ürünlerin Kullanım Talimatları ve Yan Etkileri Hakkında Bilgi", "Ürün Güvenliği" ve "cGMP/cGLP/TİTCK Uygunluğu" kriterleri de %91 oranıyla yüksek temsil düzeyine sahip kriterler arasında yer almaktadır. "Vizyon", "Hedefler", "Ürün Kalite Kontrol Prosedürleri" ve "Ürünlerin Görselleri" alt kriterlerinin %76,19 ile %85,71 arasında değişen oranlarda web sitelerinde yer aldığı dikkat çekmektedir. Bu durum, firmaların ürün ve coğrafi varlık bilgilerini web sitelerine dahil etme konusunda görece daha istekli olduklarını ancak tutarlı bir standart yakalanamadıklarını ortaya koymaktadır. Boyutun en düşük temsil oranlarına sahip kriterleri ise "Bilimsel Yayınlar" (%19,04), "Organizasyon Şeması" (%23,80), "Yönetim Kadrosu" (%23,80) ile "FDA Uygunluğu", "EMA Uygunluğu", "Ar-Ge Raporları" (%28,57)'dir. Bu alt kriterler diğerlerine oranla oldukça sınırlı bir düzeyde web sitelerinde paylaşılmıştır. Bu bulgular, firmaların bilimsel faaliyetlerini ve kurumsal iç yapılarını dijital ortamda yansıtma konusunda yetersiz kaldığına işaret etmektedir.

"Etik ve İletişimsel Şeffaflık" boyutu kapsamında incelenen alt kriterler bir bütün olarak ele alındığında, firmaların web sitelerinde en yüksek temsil oranına ulaşan unsurların "Adres Bilgisi", "Telefon", "E-mail" ve "Alan Adında Firma İsmi'nin Görünürlüğü" kriterleri olduğu görülmektedir. Bu kriterlerin incelenen tüm firmalarda (%100) yer alması, temel iletişim ve kimlik bilgilerinin dijital platformda eksiksiz biçimde sunulmasının sektörde standart bir uygulama haline geldiğine işaret etmektedir. "Genel Yasal Uyarılar"(%95,23), "İletişim Formu" (%95,23), "Güvenlik Bilgisi" (%95,23), "Telif Hakkı Bilgisi/Copyright" (%95,23), "Ürün Güvenliği" (%90,47), "Google Maps'te Adres Tarifi" (%85,71), "Öneri-Şikâyet Sekmesi" (%85,71) ve "Kalite Politikasına İlişkin Bilgi" (%80,95) gibi kriterler de yüksek temsil oranlarıyla bu bulguyu destekler niteliktedir. Bu bulgular, firmaların yasal yükümlülüklerini karşılama konusunda firmaların belirli bir farkındalık düzeyine sahip olduklarını; ancak bu yaklaşımı kurumsal uygulamalarına ve stratejik süreçlerine tam olarak yansıtamadıklarını göstermektedir. Boyut genelinde "Canlı

Yardım”, “Ziyaretçi Bilgisi/Sayısı” ve “Akreditasyon Belgelerine İlişkin Bilgi” alt kriterlerinin hiçbir firmanın web sitesinde yer almadığı; “WhatsApp ile İletişim” (%4,76), “Çağrı Merkezi ya da Müşteri Hizmetleri” (%9,52) ve “Uluslararası Etik Değerlere İlişkin Bilgi” (%38,09) alt kriterlerinin ise sınırlı bir düzeyde firmaların web sitelerinde yer bulduğu görülmektedir. Bu durum, firmaların web sitelerinde anlık iletişim kanalları ile kalite akreditasyonlarına ilişkin bilgilere sınırlı düzeyde yer verdiğini ve söz konusu alanlarda içerik sunumunun geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

“İçerik ve Kurumsal Bilgi Sunumu” ile “Etik ve İletişimsel Şeffaflık” boyutları karşılaştırmalı olarak ele alındığında, her iki boyutta da bazı kriterlerin tüm firmalarda eksiksiz biçimde karşılandığı belirlenmiştir. Tüm firmaların web sitelerinde yer alan “İçerik ve Kurumsal Bilgi Sunumu” boyutundaki kriterlerin “Genel Bilgiler”, “Hakkımızda” ve “Logo/Amblem”; “Etik ve İletişimsel Şeffaflık” boyutundaki kriterlerin ise “Adres Bilgisi”, “Telefon” ve “Alan Adında Firma İsmi’nin Görünürlüğü” olduğu tespit edilmiştir. Alt kriter ortalamaları incelendiğinde her iki boyutun genel ortalama düzeylerinin birbirine yakın olduğu, bununla birlikte “İçerik ve Kurumsal Bilgi Sunumu” boyutunun “Ar-Ge ve Regülasyon” alt kriterlerinde, “Etik ve İletişimsel Şeffaflık” boyutunun ise “Kalite” alt kriterinde belirgin biçimde geride kaldığı görülmektedir. “İçerik ve Kurumsal Bilgi Sunumu” boyutunda “Bilimsel Yayınlar” ve “Yeni Ürün Duyuruları” alt kriterleri diğer kriterler arasında en düşük orana sahipken, “Etik ve İletişimsel Şeffaflık” boyutunda “Canlı Yardım”, “Ziyaretçi Bilgisi/Sayısı” ve “Akreditasyon Belgelerine İlişkin Bilgi” alt kriterlerinin ise hiçbir firmanın web sitesinde yer almadığı belirlenmiştir. Bu tablo, firmaların her iki boyutta da şeffaflık ve etkileşim gerektiren içerikleri kurumsal web siteleri üzerinden sunmayı henüz öncelikli olarak benimsemediklerine işaret etmektedir. Özellikle akreditasyon belgelerine ilişkin bilginin hiçbir firmada yer almaması, yalnızca teknik bir tercihle açıklanamayacak düzeyde şeffaflık ve hesap verebilirlik açısından önemli bir eksiklik olarak değerlendirilmektedir.

Firmaların web sitelerinde temel kimlik ve yasal zorunluluk niteliği taşıyan kriterlere belirli ölçüde yer verdikleri; ancak şeffaflık, bilimsel içerik ve çift yönlü iletişim gibi alanlarda web sitelerinin sağladığı imkanları tam anlamıyla kullanmadıkları dikkat çekmektedir. Bu durum, sektörde dijital dönüşümün henüz tamamlanmadığını ve firmaların web sitelerini bilgilendirme ve tanıtımın ötesinde bir işlevle kullanmadıklarını düşündürmektedir.

Elde edilen bulgular, ilaç sektöründe kurumsal web sitelerinin içerik kalitesini inceleyen benzer çalışmalarla büyük ölçüde örtüşmektedir. İlgili alan yazında da ilaç firmalarının web sitelerinde temel kurumsal bilgilerin yeterli düzeyde sunulduğu, ancak şeffaflık, Ar-Ge içerikleri ve çift yönlü iletişim araçları konusunda eksikliklerin sürdüğü vurgulanmaktadır. Bu çalışmanın bulguları, söz konusu eğilimin Trakya Bölgesi özelinde de geçerliliğini koruduğunu ve bölgesel düzeyde dijital iletişim stratejilerinin geliştirilmesi gerektiğini destekler niteliktedir.

Yalım ve Şengül'ün (2024: 37-38) Türkiye'de faaliyet gösteren yerli ve yabancı ilaç firmalarının kurumsal web sitelerini diyalojik iletişim doğrultusunda yürüttükleri ve Uğurluoğlu'nun (2009: 99-100) İstanbul'daki hastanelerin web sitelerini incelediği çalışmalarda da web sitelerinin daha çok bilgilendirme ve tanıtım odaklı bir yapıya sahip olduğu ancak web sitelerinde kullanıcı katılımını ve çift yönlü iletişim yaklaşımını destekleyen unsurların zayıf kaldığı tespit edilmiştir. Bu yönüyle iki çalışmanın bulguları birlikte ele alındığında, çalışmanın karşılıklı etkileşim ve iletişime dayalı iletişim, şeffaflık boyutları bakımından ortak sınırlılıklar taşıdığı ve dijital iletişimde benimsedikleri tutumların kullanıcı odaklı, bilgilendirici ve katılımcı bir anlayışla geliştirilmesi gerektiği ortaya konulmaktadır.

Alan yazında yer alan diğer çalışmalar incelendiğinde, kurumsal web sitelerinin çoğunlukla tek yönlü bilgilendirme ve tanıtım amacıyla kullanıldığı, şeffaflık, kalite ve çift yönlü iletişim boyutlarında ise eksikliklerin süregeldiği görülmektedir (Çeber ve Polat, 2021: 1426; Demirci ve Uğurluoğlu, 2020: 348; Tokgöz ve İmik Tanyıldızı, 2022: 21). Bu çalışmada elde edilen bulgular da ilgili alan yazındaki tespitlerle örtüşmektedir. Trakya Bölgesi'nde üretim tesisi bulunan ilaç firmalarının kurumsal web siteleri "İçerik ve Kurumsal Bilgi Sunumu" ile "Etik ve İletişimsel Şeffaflık" boyutları çerçevesinde incelendiğinde, her iki boyutta da bazı kriterlerin tüm firmalarda eksiksiz karşılandığı, buna karşın "Bilimsel Yayınlar", "Yeni Ürün Duyuruları", "Canlı Yardım", "Ziyaretçi Bilgisi/Sayısı" ve "Akreditasyon Belgelerine İlişkin Bilgi" gibi şeffaflık ve etkileşim gerektiren kriterlerin paylaşımının nispeten düşük düzeyde kaldığı ya da hiçbir firmanın web sitesinde bu kriterlere yer verilmediği saptanmıştır. "Güvenlik/Güvenirlilik" kriterleri açısından ise Tekirdağ ve Kırklareli'ndeki firmaların benzer bir eğilim sergilediği; "KVKK Hakkında Aydınlatma Metni" ve "Gizlilik İlkeleri" gibi yasal zorunluluk içeren kriterlerin büyük çoğunlukta karşılandığı, ancak "Ziyaretçi Bilgisi"nin her iki gruptaki firmaların web sitelerinde yer almadığı belirlenmiştir. Kayıran vd.'nin (2020: 62) de vurguladığı üzere, ekonomik hedeflerin toplumu bilgilendirme sorumluluğunun önüne geçmesi etik ve şeffaf içerik sunumunu olumsuz etkilemektedir. Tüm bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde, firmaların web sitelerini henüz tam anlamıyla stratejik bir kurumsal iletişim aracı olarak kullanmadıkları ve dijital platformlarını etik sorumluluk, bilgi şeffaflığı ve karşılıklı etkileşim ilkeleri doğrultusunda yeniden yapılandırmaları gerektiği mevcuttaki eksikliklerin vurgulanması açısından kıymetli bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışma, Türkiye'nin önemli sanayi bölgelerinden biri olan Trakya bölgesinde üretim tesisi bulunan ilaç firmalarının dijital iletişim düzeyini sistematik biçimde ortaya koyarak alan yazındaki boşluğun doldurulmasına katkı sunmaktadır. Elde edilen bulgular, bölgedeki sektör paydaşları ve yetkili kurumlar açısından mevcut durumu değerlendirme ve iyileştirme konusunun yanı sıra Trakya bölgesinde üretim tesisi bulunan ilaç firmalarının kurumsal

web sitelerindeki kalite ve şeffaflık eksikliklerini gidermede yöneticilere ve ilgili paydaşlara da yol gösterici nitelikte olduğu düşünülmektedir. Ayrıca çalışma, ilaç firmalarının web sitelerinin sahip olması gereken içerik, şeffaflık ve çift yönlü iletişim özelliklerine ilişkin yapılacak sonraki araştırmalar için önemli bir başvuru noktası olarak değerlendirilebilir.

Birtakım sınırlılıklar çerçevesinde gerçekleştirilen bu çalışmanın sonuçları ve kısıtları kapsamında getirilebilecek öneriler değerlendirildiğinde, evreninin Türkiye genelindeki ilaç firmalarını kapsayacak biçimde genişletilmesi önerilmektedir. Bu sayede ülkedeki ilaç sektörünün dijital iletişim stratejilerinin ve bu sektördeki bölgesel farklılıkların daha net bir şekilde ortaya konulabileceği düşünülmektedir. Ayrıca ilaç firmalarının web sitesi içeriklerinin yanı sıra sosyal medya platformlarının da analize dahil edilmesi, firmaların dijital iletişim stratejilerinin geniş bir çerçeveden yorumlanmasına olanak tanıyabilir. İçerik analizi yöntemiyle sınırlı kalan bu çalışmanın kapsamı firma yöneticileriyle gerçekleştirilecek nitel araştırmalarla genişletilerek ilaç firmalarının web sitesi içerik tercihlerinin ardındaki nedenler daha kapsamlı bir şekilde değerlendirilebilir. Bu alanda gelecekte yürütülecek araştırmalarda, bu çalışmada ele alınmayan internet kullanıcılarının ilaç firmalarına ait web sitelerini kullanım sıklıkları, güven algıları ve bilgi edinme davranışlarının da analiz edilmesinin, araştırma alanına yeni bakış açılarının kazandırılmasına katkı sağlayacağı açıktır.

Trakya Bölgesi'ndeki ilaç firmalarının web sitelerinde kurumsal şeffaflığı artırabilmeleri adına örgüt şeması, yönetim yapısı ve liderlik kadrosu gibi kurumsal yapı unsurlarına yer vermeleri önerilmektedir. Ar-Ge faaliyetleri, bilimsel yayınlar ve klinik araştırmalara ilişkin içeriklerin web sitelerinde düzenli olarak güncellenmesi, firmaların bilimsel kimliklerini güçlendirebilmeleri ve kurumsal güvenilirliklerini artırmaları açısından kritik bir öneme sahiptir. Uluslararası regülasyon standartlarına uyuma ilişkin bilgilerin daha görünür hale getirilmesinin ise küresel pazarda firmaların güvenilirliği açısından olumlu bir etki yaratacağı öngörülmektedir. Ayrıca bölgedeki ilaç firmalarının canlı yardım, WhatsApp ile iletişim ve çağrı merkezi gibi interaktif iletişim araçlarını web sitelerine entegre etmelerinin, kullanıcı deneyimlerini iyileştirmeleri ve paydaşlarıyla daha etkin şekilde iletişim kurabilmeleri açısından önem taşıdığı ifade edilebilir.

Bu çalışma doğrultusunda Trakya Bölgesi'nde üretim gerçekleştiren ilaç firmalarının web sitelerinde temel ve geleneksel iletişim unsurlarını büyük ölçüde ve eksiksiz şekilde sundukları söylenebilir. Ancak firmaların web sitelerini anlık ve etkileşimli bilgi sunumu, etik standartlar, akreditasyon kriterleri, kalite, şeffaflık ve kullanıcı odaklılığa uygun şekilde stratejik bir dönüşüme tabi tutarak yeniden yapılandırmalarının kurumsal itibarlarının ve paydaş güvenlerinin sürdürülebilirliği açısından firmalara önemli katkılar sağlayacağını belirtmek de çalışmanın kıymetli bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

KAYNAKÇA

- AİS Pharma. (2025). Anasayfa. <https://www.aispharma.com>. Erişim Tarihi: 16.02.2026.
- Arven İlaç. (2025). Anasayfa. <https://www.arvenilac.com.tr>. Erişim Tarihi: 16.02.2026.
- Aziz, A. (2015). Sosyal bilimlerde araştırma ve yöntem teknikleri. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Biem İlaç. (2025). Anasayfa. <https://www.biemilac.com.tr>. Erişim Tarihi: 17.02.2026.
- Bilim İlaç. (2025). Anasayfa. <https://www.bilimilac.com.tr>. Erişim Tarihi: 19.02.2026.
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27–40.
- Çeber, B., & Polat, A. F. (2021). Diyalojik iletişim teorisi perspektifinden ülkelerin sağlık bakanlıkları web sitelerine yönelik bir değerlendirme. *Selçuk İletişim Dergisi*, 14(3), 1398–1432.
- Com İlaç. (2025). Anasayfa. <https://comilac.com.tr>. Erişim Tarihi: 19.02.2026.
- Demirci, Ş. & Uğurluoğlu, Ö. (2020). Dijital pazarlama kanalları: Özel sağlık kuruluşlarına yönelik bir inceleme. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (39), 339–351.
- Deva Holding. (2025). Anasayfa. <https://www.deva.com.tr/tr>. Erişim Tarihi: 22.02.2026.
- Exeltis İlaç. (2025). Anasayfa. <https://exeltis.com.tr>. Erişim Tarihi: 22.02.2026.
- Farmatek İlaç. (2025). Anasayfa. <https://farma-tek.com>. Erişim Tarihi: 23.02.2026.
- Hada Pharma. (2025). Anasayfa. <https://hadapharma.com>. Erişim Tarihi: 23.02.2026.
- Haver Farma İlaç. (2025). Anasayfa. <https://haverpharma.com.tr>. Erişim Tarihi: 23.02.2026.
- Humanis. (2025). Anasayfa. <https://humanis.com.tr>. Erişim Tarihi: 26.02.2026.
- Kayıran, B., Sözen Şahne, B. & Yeğenoğlu, S. (2020). Sağlık ile ilgili bilgi içeren web sitelerine yönelik etik düzenlemeler: İlaç firmaları örneği. *Lokman Hekim Dergisi*, 10(1), 58–63.
- Kent, M. L. & Taylor, M. (1998). Building dialogic relationships through the world wide web. *Public Relations Review*, 24(3), 321–334.
- Koçak Farma İlaç. (2025). Anasayfa. <https://www.kocakfarma.com>. Erişim Tarihi: 26.02.2026.
- Nobel İlaç. (2025). Anasayfa. <https://www.nobel.com.tr>. Erişim Tarihi: 26.02.2026.
- Polifarma İlaç. (2025). Anasayfa. <https://www.polifarma.com.tr>. Erişim Tarihi: 26.02.2026.
- Recordati İlaç. (2025). Anasayfa. <https://www.recordati.com.tr>. Erişim Tarihi: 27.02.2026.

- Rompharm İlaç. (2025). Anasayfa. <http://rompharmilac.com>. Erişim Tarihi: 27.02.2026.
- Sanofi Türkiye. (2025). Anasayfa. <https://www.sanofi.com/tr/turkiye/>. Erişim Tarihi: 27.02.2026.
- Teknovet İlaç. (2025). Anasayfa. <https://www.teknovet.com.tr>. Erişim Tarihi: 28.02.2026.
- Tokgöz, E. & İmik Tanyıldızı, N. (2022). Türk kamu yönetiminde merkezi yönetimin diyalojik iletişimi: Bakanlıkların web siteleri örneği. *Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi Yeni Düşünceler Hakemli E-Dergisi*, (17), 4-27.
- Uğurluoğlu, Ö. (2009). İstanbul'daki hastanelerin web sitesi özellikleri üzerine bir inceleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 12(1), 87-104.
- Vem İlaç. (2025). Anasayfa. <https://www.vemilac.com>. Erişim Tarihi: 01.03.2026.
- World Medicine İlaç. (2025). Anasayfa. <https://www.worldmedicine.com.tr>. Erişim Tarihi: 01.03.2026.
- Yalım, F. & Şengül, B. (2024). Türkiye'deki yerli ve yabancı ilaç firmalarının kurumsal web sitelerinin diyalojik iletişim açısından incelenmesi. *International Journal of Arts & Social Studies (ASSTUDIES)*, 7(12), 23-41.
- Yeğenoğlu, S., Aslan, D., Acar, A. & Calgan, Z. (2005). What is missing on their web sites? An evaluation of national and international pharmaceutical companies in Turkey. *Telemedicine and e-Health*, 11(6), 684-691.
- Yerlika Biopharma İlaç. (2025). Anasayfa. <https://www.yerlika.com>. Erişim Tarihi: 02.03.2026.
- Yeygel, S. & Temel, A. (2006). *İşletmelerin kurumsal imajlarının hedef kitlelere iletilmesinde bir araç olarak kurum web siteleri*. II. Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu: 21. Yüzyılda Halkla İlişkilerde Yeni Yönelimler, Sorunlar ve Çözümler, 27-28 Nisan, 213-234, Kocaeli.



Bölüm

4

TEK SAĞLIK VE KALKINMA

“ ”

Elif ÇAPAR¹

¹ Dr. Öğr. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Ekonomisi ve Politikaları Anabilim Dalı, elifcapar0@gmail.com, ORCID:0000-0002-9555-7340.

GİRİŞ

Dünya, zoonotik hastalık salgınları, antimikrobiyal dirençteki artış, iklim değişikliğinin yol açtığı tehditler ve gıda güvensizliği gibi giderek karmaşıklaşan sağlık sorunlarıyla mücadele etmektedir. Bu koşullarda bütüncül bir bakış açısına duyulan ihtiyaç her zamankinden daha belirgin hale gelmektedir. Son yirmi yılda, dünya zoonotik hastalıkların tetiklediği çok sayıda önemli halk sağlığı kriziyle karşı karşıya kaldı. Önemli örnekler arasında 2002-2004 yılları arasında yaşanan şiddetli akut solunum yolu sendromu (SARS) salgını, 2013-2016 yılları arasında Batı Afrika'daki Ebola virüsü salgını, 2015-2016 yılları arasında Amerika'da yayılan Zika virüsünün etkisi ve 2019'da başlayan COVID-19 pandemisi yer almaktadır. Zoonotik hastalıkların ortaya çıkışı, küresel ölçekte ciddi acil sağlık durumlarına yol açmıştır. 1970'lerden bu yana, yeni veya yeniden ortaya çıkan bulaşıcı hastalıkların %75'inden fazlası zoonotik kökenlidir. Bu da yılda yaklaşık 2,5 milyar vaka ve 2,7 milyon ölüm anlamına gelmektedir. Yalnızca COVID-19 pandemisi (Şubat 2022 itibarıyla) yaklaşık 440 milyon vaka ve 6 milyon ölüme neden olmuştur. Bu olaylar, söz konusu sağlık tehditlerini ele almak için bütünsel ve birleştirici bir yaklaşıma duyulan acil ihtiyacın altını çizmektedir. Tüm teknolojik ilerlemelere rağmen, zoonotik hastalıkların erken tanı, önleme ve kontrol süreçlerinde insan, hayvan ve çevre sağlığı sektörleri arasında koordinasyon eksikliği devam etmektedir. Bu eksiklikleri gidermek amacıyla 1 Aralık 2021 tarihinde Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), Dünya Hayvan Sağlığı Örgütü (WOAH), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çevre Programı (UNEP) tarafından Dörtlü İttifak oluşturuldu. Dörtlü ittifak, Tek Sağlık Yüksek Düzey Uzman Panelinde (OHHLEP), Tek Sağlık'ı "Tek Sağlık, insanların, hayvanların ve ekosistemlerin sağlığını sürdürülebilir biçimde dengelemeyi ve en iyi hâle getirmeyi amaçlayan bütünleşik ve birleştirici bir yaklaşımdır." şeklinde tanımlamıştır (Zhou vd., 2022).

Diğer taraftan antimikrobiyal direnç şimdiye kadar enfeksiyonların tedavisi ve azalan antimikrobiyal stoklara müdahale şeklinde hasta odaklı bir bakış açısını ele alırken şimdi insan sağlığının ötesinde insanları ve çevrelerini, çiftçilerin hayvanlarını ve geçim kaynaklarını ele almaktadır (Keenan vd., 2025). Bu sorun artık en önemli sorunlardan birini temsil etmektedir. DSÖ için küresel sağlık, gıda güvenliği ve kalkınmaya yönelik ciddi tehditler oluşturmaktadır. Antimikrobiyal direnç, çok boyutlu küresel bir sağlık krizidir. Tıbbi eko-evrimsel dinamiklerdeki köklü temel kavramlardan bazılarıyla ilişkilendiren bir Tek Sağlık yaklaşımının kullanılması, direncin daha yavaş geliştiği bakteriyel enfeksiyon tedavisine yönelik yeni yaklaşımlar geliştirmek için gerekmektedir. Araştırmaların ötesinde, antimikrobiyallere ve pestisitlere direnç örnekleri, halk sağlığı, tarım ve çiftçilikle ortak bir politika çerçevesi geliştirme ihtiyacının göstergesidir (Destoumieux-Garzón vd., 2018).

Antimikrobiyal direnç müdahaleleri patojenlerin direnç geliştirme hızını önlemek veya yavaşlatmak için antimikrobiyal kullanımını azaltmaya ya da insanlar veya hayvanlar ile insanlar arasında patojenlerin bulaşmasını azaltmaya odaklanır (Hurtado vd., 2025).

Tek Sağlık üçlemesinde çevrenin insan ve hayvan sağlığıyla başarılı bir şekilde bütünleştirilmesindeki en büyük zorluklardan biri, ekosistemlerimizin sağlık durumunu tanımlayabilme becerisidir. Ekoloji araştırmacıları, sürdürülebilir kalkınma, türlerin korunması ve insan, hayvan ve bitki sağlığı konularında karar alma süreçlerine rehberlik etmek için çok işlevli ekosistemlerin sağlığı ve istenen denge veya dinamikleri hakkında ayrıntılı ve ilgili bilgilere yönelik artan bir taleple karşı karşıyadır (Destoumieux-Garzón vd., 2018). Tek Sağlık yaklaşımı, antimikrobiyal direnç, zoonotik hastalıklar, vektör kaynaklı hastalıklar, gıda güvenliği, çevre sağlığı gibi bir dizi konuyu kapsamaktadır. Antimikrobiyal direnç, bakteri ve parazit gibi mikropların kendilerini öldürmek için tasarlanmış ilaçları alt etme yeteneği geliştirip büyümeye ve yayılmaya devam etmesi durumudur. Zoonotik hastalıklar, Ebola, kuş gribi, kuduz vb. gibi hayvanlar ve insanlar arasında yayılan mikropların neden olduğu bulaşıcı hastalıklardır. Vektör kaynaklı hastalıklar, vektörler (sivrisinekler, keneler, bitler ve pireler) tarafından ısırılan insanları etkileyen ve dang humması, Batı Nil virüsü, Lyme hastalığı ve sıtmayı içeren hastalıklardır. Gıda güvenliği ve gıda kaynaklı hastalıklar, gıdaların kontaminasyonundan kaynaklanan ve gıda üretim, dağıtım ve tüketim zincirinin herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilen norovirüs, salmonella, listeria vb. hastalıklardır. Çevre sağlığı ise örneğin su kirliliği, hava kirliliği ve iklim değişikliğidir (WHO, 2026).

İnsanların, hayvanların ve ekosistemlerin sağlığı birbirine yakından bağlıdır. Bu ilişkilerdeki değişiklikler, yeni insan ve hayvan hastalıklarının gelişme ve yayılma riskini artırabilmektedir. İnsan, hayvan ve çevre sağlığı arasındaki yakın bağlantılar, ilgili sektörler arasında yakın iş birliği, iletişim ve koordinasyon gerektirmektedir. Tek sağlık, insan, hayvan ve ekosistemlerin sağlığını ayrı tutmak yerine bütünleştirerek optimize etmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır. Dünya genelinde bildirilen yeni ortaya çıkan bulaşıcı hastalıkların yaklaşık %60'ı, hem vahşi hem de evcil hayvanlardan kaynaklanmaktadır. Son 30 yılda 30'dan fazla yeni insan patojeni tespit edilmiş olup, bunların %75'i hayvanlardan kaynaklanmıştır. İnsan faaliyetleri ve baskı altındaki ekosistemler, hastalıkların ortaya çıkması ve yayılması için yeni ortamlar yarattı. Bu stres faktörleri arasında hayvan ticareti, tarım, hayvancılık, kentleşme, madencilik, iklim değişikliği, habitat parçalanması ve vahşi alanlara tahribat yer almaktadır (WHO, 2026).

Dünya genelindeki profesyoneller, sürekli değişen bir ortamda sağlık ve refah arasındaki disiplinler arası etkileşimi ve karşılıklı bağımlılığı değerlendirmek için çalışmaktadır. Tek Sağlık'ın özü, çevresel, ekolojik, sosyal ve ekonomik faktörleri hesaba katarak insan ve hayvan sağlığı risklerinin azaltılmasını amaçlayan, sektörler arası entegrasyonla birleştirilmiş disiplinler

arası bir yaklaşımdır (Häsler vd., 2012: 127). Tek Sağlık konsepti, sürdürülebilir iş birliği ortaklıklarını teşvik etmek ve insanlar, hayvanlar, bitkiler, çevre ve tüm gezegen için optimum sağlığı desteklemek amacıyla geliştirilmiştir (Pettan-Brewer vd., 2021).

Ülkelerin kalkınmalarına katkı sağlamak amacıyla tek sağlık çalışmaları yapmaları ve dünyada tek sağlığın ölçülebilmesi açısından küresel tek sağlık endeksinin geliştirilmesi, sürdürülebilir kalkınma hedeflerine tek sağlık yaklaşımının dahil edilmesi tek sağlığın önemini göstermektedir.

Bu bölümde küresel tek sağlık endeksi, tek sağlığın kalkınmaya etkisi, bazı ülkelerin kalkınmalarına katkı sağlamak amacıyla yaptıkları tek sağlık çalışmaları ve sürdürülebilir kalkınma hedeflerinde tek sağlığın önemi ele alınmaktadır.

1. Küresel Tek Sağlık Endeksi

Küresel Tek Sağlık endeksi (KTSE), insan, hayvan ve çevre sağlığı alanlarında iş birliğine dayalı bir stratejiyi vurgulamak amacıyla geliştirilmiştir. Küresel tek sağlık endeksi 160'tan fazla ülke/bölgede Tek Sağlık yaklaşımının uygulama ve geliştirme durumunu değerlendirmektedir. Ayrıca KTSE, Tek Sağlık gelişiminin dışsal, içsel ve temel itici güçleri dahil olmak üzere çeşitli yönlerini de değerlendirilmektedir. Çok disiplinli bir iş birliğini vurgulayan KTSE Tek Sağlık yaklaşımının küresel performansına dair içgörüler sunarak iyileştirme alanlarını vurgulamaktadır. Nihai amacı, ulusların etkili stratejiler benimsemelerine, sağlık uygulamalarını optimize etmelerine ve insanlar, hayvanlar ve çevre arasındaki karmaşık etkileşimi kapsayan politikalar oluşturmalarına rehberlik etmektir. Bu olaylar, küresel ölçekte bütüncül, disiplinler arası bir yaklaşımın yani Tek Sağlık yaklaşımının zorunluluğunu açıkça göstermiştir (Zhou vd., 2022).

Küresel Tek Sağlık Endeksi: insan, hayvan ve çevre sağlığına yönelik bütüncül yaklaşımı değerlendirmek üzere geliştirilen kapsamlı bir ölçüm aracıdır (Zhou vd., 2022).

Küresel Tek Sağlık Endeksi'nin temel ilkeleri şunlardır.

- İnsan, hayvan ve çevre sağlığının birbirine bağlılığı
- Küresel sağlık sorunlarını ele almak için bütüncül bir bakış açısının gerekliliği
- Bu sistemler arasında koordineli gelişmenin teşvik edilmesi (Zhou vd., 2022).

Küresel Tek Sağlık Endeksi üç katmandan oluşur:

- Dış Etkenler Endeksi (External Drivers Index, EDI): Tek Sağlığın gelişimini etkileyen sosyal, ekonomik ve kültürel faktörleri değerlendirmektedir.

- İç Etkenler Endeksi (Intrinsic Drivers Index, IDI): İnsan, hayvan ve çevre sağlığı arayüzlerinde yürütülen Tek Sağlık uygulamalarını ölçmektedir.
- Temel Etkenler Endeksi (Core Drivers Index, CDI): Zoonotik hastalıklar, antimikrobiyal direnç, gıda güvenliği, iklim değişikliği ve yönetim gibi temel alanlardaki yönetim ve uygulama düzeylerini değerlendirmektedir (Zhou vd., 2022).

Küresel Tek Sağlık Endeksi çerçevesi, Tek Sağlık yaklaşımının üç temel bileşeni üzerine kuruludur:

1. Dış katman (external layer): Tek Sağlık uygulamaları için uygun toplumsal ve kurumsal ortamı temsil eder.

2. İç katman (intrinsic layer): İnsan, hayvan ve çevre sistemlerinin bütünlük gelişimini ifade eder.

3. Temel katman (core layer): Zoonotik hastalıklar, gıda güvenliği, iklim değişikliği ve antimikrobiyal direnç ve yönetim gibi kilit konulara yanıt kapasitesini ölçer. (Zhou vd., 2022)

Küresel Tek Sağlık Endeksi sıralamasında en yüksek puanı alan ilk 10 ülke şunlardır:

1. Finlandiya (79,10)
2. Hollanda (78,57)
3. İsveç (77,96)
4. Almanya (77,64)
5. Danimarka (77,18)
6. Norveç (76,92)
7. İsviçre (76,13)
8. Japonya (74,33)
9. Kanada (73,77)
10. Avustralya (72,94)

Bu ülkeler, güçlü yönetim sistemleri, gelişmiş sağlık altyapıları, hayvan ve çevre sağlığı arasındaki koordinasyon düzeyleriyle öne çıkmaktadır.

En düşük puanı alan ülkeler ise genellikle Sahra Altı Afrika bölgesindedir.

Bunlar arasında Çad, Orta Afrika Cumhuriyeti, Güney Sudan, Somali ve Nijer yer almaktadır; ortalama skorları 30'un altındadır. Türkiye ise 59.66 puanla 43. sırada yer almaktadır (Zhou vd., 2022).

Küresel Tek Sağlık Endeksi'nin 160 ülke ve bölgeyi kapsayan sonuçları, küresel Tek Sağlık uygulamalarında önemli ilerlemeler sağlandığını, ancak büyük oranda eşitsizliklerin devam ettiğini göstermektedir. Bazı ülkelerde sağlık sistemleri güçlü biçimde entegre olmuşken, diğerlerinde Tek Sağlık hâlâ parçalı bir yaklaşımla sürdürülmektedir. Özellikle COVID-19 pandemisi, Tek Sağlık yaklaşımının eksikliğinin ne kadar ciddi sonuçlara yol açabileceğini açık biçimde göstermiştir. Bu durum, Tek Sağlık'ın artık bir seçenek değil, küresel sağlık güvenliğinin zorunlu bileşeni hâline geldiğine dikkat çekmektedir. Tek Sağlık performansı genellikle ülkelerin sosyoekonomik gelişmişliği, yönetim kalitesi ve sağlık sistemlerinin dayanıklılığı ile paraleldir. Ancak yalnızca ekonomik zenginlik, yüksek performans için yeterli olmayabilir. Kurumsal iş birliği, veriye dayalı karar alma ve sürdürülebilir politika sahiplenimi de gerekli olabilmektedir. (Zhou vd., 2022). COVID-19 pandemisi tüm dünyada hizmet sektörü başta olmak üzere iş gücü piyasalarını etkilemiş ve milyonlarca kişi işsiz kalmıştır (Sayan, 2021). Bu dönemde elektronik bankacılık hizmetlerinin kullanımının artma eğilimi göstermiştir (Dayı, 2021). ABD ekonomik politika belirsizliğinde artış yaşanmış ve borsa ve petrol fiyatlarında büyük bir tepkiye neden olduğu ortaya çıkmıştır (Doğan, 2021).

2. Tek Sağlık ve Kalkınma

Ekonomik kalkınma bir ülkenin üretim yapısının yüksek katma değerli ürünler üretecek biçimde dönüştürülmesi ve ortaya çıkan ürünün o toplumu oluşturan gelir gruplar arasında adaletli bir şekilde dağıtılarak yaşam standartlarının (refah düzeyinin) yükseltilmesidir.

Eğer bir ülke tüm insanların barınma, yiyecek, giyecek ve minimum eğitim düzeyi gibi temel ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamıyorsa o ülkenin tam olarak kalkınabildiğini söylemek mümkün değildir. Amartya Kumar sen'e göre kalkınma, kişilerin kendilerine çok az seçim yapma şansı veren çok çeşitli 'mahkûmiyet' unsurlarından kurtarılmasıdır. Temel mahkûmiyet kategorileri ise kıtlık, iyi beslenememe, kötü sağlık koşulları, temel ihtiyaç mallarından yoksunluk, siyasi özgürlüklerinin bulunmaması temel sivil hakların olmaması ve ekonomik güvensizliktir. Ekonomik kalkınmada önemli bir unsur olan insanın iyi bir eğitim düzeyine, sağlıklı bir yaşama ve yüksek bir yaşam standardına sahip olması gerektiği düşüncesidir (Kaynak, 2014). Aynı zamanda kalkınmayı çevreye en az zararı vererek gerçekleştirmek ekonomik kalkınmanın çabaları arasındadır (Kaynak, 2014).

Kalkınmadaki en önemli faktörlerden biri ülkenin dünyada bulunduğu coğrafya ve iklimdir en yoksul ülkelerin sıcak olduğu, toprağın daha az verimli olduğu, suyun daha az olduğu, hastalıkların geliştiği tropik bölgelerde olması tesadüf değildir. Tersine Avrupa ve Kuzey Amerika çok verimli topraklardan alınan bir iklimten ve iyi yağışlardan oluşan topraklardan yararlanmaktadır. İklimin aşırı sıcak ya da aşırı soğuk olması kalkınma olgusunu çok fazla

etkileyen bir unsurdur. Kötü beslenme, yaşam döngüsü boyunca bodur fiziksel büyüme, koroner kalp hastalığı inme diyabet ve Abdominal obezite gibi hem acil ve uzun vadeli sağlık sorunlarına hem de beşerî sermaye kaybından kaynaklanan ekonomik maliyetlere katkı yapan ölümcül ve erken yaştaki yetersiz beslenme ile ilişkilidir. Bu durum Gıda güvensizliği ve yetersiz beslenme riskini beraberinde getirmektedir. Gıda güvensizliği beslenme kalitesini azaltan normal yeme alışkanlıklarını bozan ve beslenme sağlık ve refah için olumsuz sonuçlara yol açabilen gıdaya sürekli erişim eksikliğini ifade etmektedir (Bakırtaş, 2020).

Tek Sağlık, zoonotik hastalıklar, antimikrobiyal direnç, gıda güvenliği gibi ortak sağlık tehditlerini ele almak için insan, hayvan, bitki ve çevre arasında koordinasyon, iş birliği ve iletişimi iyileştirerek küresel sağlık güvenliğini desteklemektedir. Tek Sağlık eylemlerinin potansiyel fayda ve sonuçlarına örnek olarak, yerel, ulusal ve küresel sağlık eşitliği standartlarını izlemek ve geliştirmek, hastalık salgınlarını önleme, tespit etme ve bunlara müdahale etme stratejileri de dahil olmak üzere sağlık alanında yeterli kapasiteyi sağlamak, acil durum hazırlık müdahaleleri geliştirmek, disiplinlerarası iş birliği ortaklıklarını desteklemek, yüksek oranda enfekte olmuş patojenlerin ve yeniden ortaya çıkan hastalıkların kontrolünü sağlamak ve bilimsel araştırmalar yürütmek verilebilmektedir. Tek Sağlık, yerel, bölgesel, ulusal ve küresel düzeylerde çalışan, kapsayıcı, işbirlikçi, çok sektörlü ve disiplinlerarası bir yaklaşımdır. Bu bağlamda insanlar, hayvanlar, bitkiler ve bunların paylaştıkları çevre arasındaki bağlantıyı kabul ederek en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmayı hedeflemektedir. Ayrıca, küresel sağlık güvenliğinin ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin ilerletilmesinde Tek Sağlık yaklaşımının önemi artmaktadır (Petan-Brewer vd., 2021).

İnsan hekimliğinde, yararlanıcılarına faydasını ve dolayısıyla topluma katkıda bulunma kabiliyetini artıran güçlü bir kamusal mal veya hizmet olduğu tartışılmaz bir gerçektir. Ancak veterinerlik hekimliğinde kamusal mal ve hizmetin üretimi, müdahalenin niteliğine göre değişebilmektedir. Veterinerlik hekimliğinde dışsallıklar yer almaktadır. Bu dışsallıklar ise hayvancılığın yoksullara daha iyi geçim kaynakları sağlama yeteneğidir. Geçim kaynaklarındaki iyileşmeler ile sağlıktaki iyileşmeler arasındaki bağlantı iyi bir şekilde belirlenmiştir. Tanısal veya tedavi edici olan veterinerlik müdahaleleri, küçük çiftçi veya çoban düzeyinde ele alındığında kamusal mal bileşeni içerir. Bu tür sistemlerde yaşayan insanların, altyapının zayıf olduğu bölgelerde yaşama, sağlık sorunları hakkında daha az bilgi sahibi olma, hastalıkların getirdiği riski taşıma kapasitelerinin daha düşük olması ve bu nedenle temel tıbbi ve veterinerlik hizmetlerine en çok ihtiyaç duyan kişiler olma olasılıkları daha yüksektir (Häsler vd., 2012). Örneğin Afrika ülkelerinin çoğu düşük ve orta gelirli olarak sınıflandırılmaktadır. Afrika, zoonotik hastalıklar açısından yüksek risk altındadır ve bu bölgelerde hayvancılıkla yakın temas halinde olan topluluklarda hastalık bulaşma riski, çiftlik hayvanları, tarımsal faaliyetler

ve yetersiz sağlık hizmetleriyle daha da artmaktadır. Ayrıca, risk yoksullukla ilişkilidir. Dahası, Afrika'daki bazı ülkeler, özellikle Batı ve Doğu Afrika, yoksulluk nedeniyle hayvancılıkla yakın temas halinde olan topluluklarda hastalık bulaşma riskinin yüksek olduğu bir ortamdır. Hayvancılığın yoğun olarak yaşandığı bölgelerde zoonotik hastalık riskleri yüksektir. Tarımsal faaliyetler ve yetersiz sağlık hizmetleri, hayvancılıkla yakın temas halinde olan topluluklarda hastalık bulaşma riski yoksulluk nedeniyle daha da artmaktadır. (Asante vd., 2019: 3). İnsan nüfusundaki artış, ekonomik kalkınmayla birleşince, hayvancılıktan elde edilen gıda ürünlerine olan talep artmış, bu da daha büyük hayvancılık popülasyonlarına, artan üretim yoğunluğuna ve ticaret hacimleri ile modellerinde değişikliklere yol açmıştır. Bu durum, antibiyotik direnç genlerine sahip olanlar da dahil olmak üzere bulaşıcı zoonotik patojenlerin evrimini ve yayılmasını kolaylaştıran bir ortam yaratmıştır (Häsler vd., 2012).

Nijerya'da kolera vakalarının artışına birçok faktör katkıda bulunmaktadır. Bunlar arasında içme suyunun olmaması da yer almaktadır. Temiz suya sahip olmak, uygun hijyeni sağlamak için elzemdir. Diğer faktörler arasında sel, okuma yazma bilmeme, yoksulluk (her ne kadar kolera tedavisi şu anda tüm devlet kurumlarında ücretsiz olarak sağlansa da), atık su kaynaklarının bertarafı için altyapının yetersizliği, sağlık tesislerinin yetersizliği ve yerinden edilmiş kişiler arasında aşırı kalabalığa neden olan çatışmalar bulunmaktadır. Kolerayı kontrol altına almak ve daha düşük bir nüfusa ulaşmak için bütüncül bir yaklaşım şarttır (Aborode vd., 2025).

Nijerya'da devam eden kolera salgını, kapsamlı ve bütünleşik bir halk sağlığı stratejisine duyulan kritik ihtiyacın altını çizmektedir. İnsan, hayvan ve çevre sağlığının birbirine bağlılığını vurgulayan Tek Sağlık yaklaşımı, kolera bulaşma ve önlenmesinin çok yönlü yapısını ele almak için sağlam bir çerçeve sunmaktadır. Bu yaklaşım, disiplinler ve sektörler arası iş birliğini teşvik ederek sürdürülebilir ve etkili müdahalelerin geliştirilmesini kolaylaştırmaktadır. Sonuç olarak, bu yaklaşım mevcut salgının yönetilmesine yardımcı olur ve küresel sağlık güvenliğini sağlama ve Nijerya ve ötesinde halk sağlığı sonuçlarını iyileştirme gibi daha geniş kapsamlı hedeflere katkıda bulunur (Aborode vd., 2025).

Tek Sağlık yaklaşımı, uygun teşhis ve tedavi müdahaleleriyle birlikte etkili gözetim teknikleri geliştirmek için klinisyenlerin, veteriner hekimlerin, çevrecilerin, tarım ve halk sağlığı yetkililerinin çabalarını birleştirmeyi ve iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Bu bütünsel ve koordineli yaklaşım, daha kapsamlı ve etkili politikaların yürürlüğe girmesini sağlayacaktır. Gerçek bir Tek Sağlık yaklaşımının başarısı, insan sağlığı, evcil ve vahşi hayvanlar ve çevre arasındaki karmaşık etkileşimin farkına varılmasına bağlıdır. Bakteriyel zoonotik bulaşıcı hastalıkların artan tehditleriyle mücadele etmek ve bunları azaltmak için Afrika'daki düşük gelirli ve kaynakları kısıtlı ülkelerde tek sağlık bileşenlerini uygulamak hayati önem taşımaktadır (Asante vd., 2019).

Bu düşük gelirli ve kaynakları kısıtlı olan insanların hayvanlarına olan bağılıkları, onları zoonotik hastalık bulaşma riskiyle karşı karşıya bırakmaktadır. Tek Sağlık, bu gibi durumlarda tıbbi ve veterinerlik hizmeti sunma kapasitesini artırmak için bir fırsat sunmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde toplum sağlık çalışanları veya toplum hayvanı sağlık çalışanlarının kullanımıyla birincil sağlık hizmeti sunumunun genişletilmesi iyi belgelenmiştir. Ancak, önemli olumlu sonuçlar elde edilmesine rağmen proje finansmanı çekildiğinde bu tür planların genellikle sürdürülemez olduğu kanıtlanmıştır. Nispeten izolasyon bölgelerinde veya mevsimsel insan işgali olan bölgelerde, talebin uzmanlaşmış hizmetleri sürdürmek için yeterli olmadığı durumlarda, Tek Sağlık konsepti altında entegrasyon, bu tür hizmetlerin sürdürülebilir olmasını sağlamaktadır. Ayrıca, insan kaynaklarının mevcudiyeti gelişmekte olan ülkelerde sağlık müdahalelerinin uygulanmasını kısıtlamaktadır. Dolayısıyla, insan ve hayvan sağlığı hizmet sağlayıcıları arasındaki koordinasyon ve iş birliğinin entegre bir veterinerlik ve sağlık hizmeti sağlayıcısı olarak bir araya getirilmesi, eğitilmiş personel gibi kritik kaynakların potansiyel tasarrufunun yanı sıra olası maliyet paylaşım fırsatları da sunmaktadır. Bu tür girişimler sadece zoonotik hastalıklar değil aynı zamanda insan veya hayvan sağlığı önceliğine odaklanması gerekmektedir. Bir diğer husus, hizmetlerin birleştirilmesiyle daha geniş bir nüfus grubuna ulaşma potansiyelidir. Çad'da, insanlar ve sığırlar için ortak bir aşılama programı, hayvan aşılama programı eş zamanlı olarak sunulduğu bir dönemde, özellikle kadınlar ve çocuklar arasında daha yüksek bir katılım oranına sahipti. Ayrıca, çoğu daha önce hiç sağlık merkezine gitmemiş göçebeler ile halk sağlığı hizmetleri arasında bir temas fırsatı da sağladı. Güney Sudan'da çocuk felci ve sığır vebası aşılama programının aynı anda sunulmasıyla benzer etkiler gözlemlendi. Aşılama kampanyaları, yüksek ilk kuruluş maliyetleriyle karakterize edilirken, kapsam genişledikçe marjinal maliyetler azaldığından, kapsamın artması, aşılama hayvan başına maliyet azaldıkça ve sürü bağışıklığı eşiğine ulaşıldıkça bu da ekonomik verimlilikte bir artış anlamına gelmektedir. Kırsal Çad'da tıbbi ve veteriner aşılama kampanyaları arasında maliyet paylaşımı girişiminin sonuçlarını açıklamaktadır. Gezici veteriner aşılama ekipleri, veteriner aşılama uygulamak üzere bu bölgedeki çoban hayvan yetiştiricilerini ziyaret etmiş ve bunun sonucunda, mevcut personel ve altyapı kullanılarak hayvanlara şarbon, kara bacak, bulaşıcı sığır plöropnömonisi ve pastörelloz, insanlara ise boğmaca, tetanos, difteri ve çocuk felci aşılması yapmak üzere ortak bir insan-hayvan kampanyası başlatılmıştır. Maliyet değerlendirmesi, ayrı aşılama kampanyalarına kıyasla operasyonel maliyetlerde %15'lik bir azalma olduğunu göstermiştir (Häsler vd., 2012).

Hayvancılığa bağımlı hanelerde ve toplumlarda, insanların, hayvanların ve hayvanların sağlığı hanehalkı ekonomik refahı yakından bağlantılıdır. Yaklaşık bir milyar insanı kapsadığı tahmin edilmektedir. Günde 2 dolardan az bir gelire, Sahra Altı Afrika'da yaşayan 300 milyon insan geçim ve beslenme kaynağı olarak hayvancılığa bağımlıdır. Bu rakamlar, kırsal kesimdeki nüfusun üçte ikisini temsil etmektedir.

Yoksullar ve kentsel yoksulların üçte biri, gıda, gelir, sosyal statü ve serveti hayvancılığa bağlıdır. Yoksullukla mücadele ve halk sağlığı müdahalelerinin geliştirilmesi için insan ve hayvan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi kritik bir öneme sahiptir.

Hayvancılık ile insan beslenmesi ve sağlık sonuçları arasındaki bağlantı, bir hanenin sağlık ve refah durumunu genel olarak iyileştiren hayvancılığın olumlu etkilerini ve hayvan sahipliğinin olumsuz etkilerini içermektedir. Hayvancılığın olumlu etkileri arasında gıdaya erişimin artması, et, süt ve yumurta gibi besleyici hayvansal kaynaklı gıdalar ve gıda ürünleri için satın alma gücü ve sağlık ve eğitim için satın alma gücünü arttıran daha yüksek hane halkı geliri yer almaktadır. Ayrıca hayvansal gıdaların tüketimi, temel ihtiyaç olan yüksek kaliteli protein, yapısal yağlar ve yüksek oranda temel mikro besinler (örneğin çinko, demir, kalsiyum, vitamin B12, B12 vitamini) sağlar. Dolayısıyla çocukların bulaşıcı hastalıklara karşı direncini artırır ve iyileşme sağlar. Tüm bunlar, daha iyi beslenen çocukların toplum düzeyinde çarpan etkilerine sahiptir ve daha zeki, daha sağlıklı ve daha üretken yetişkinler yetişmesi demektir (Thumbi vd., 2015).

Hayvancılığın olumsuz etkiler arasında ise, insan sağlığını ve beslenme durumunu kötüleştirilebilmesi ve hastalığın bulaşma riski de yer almaktadır. Hayvanlardan insanlara geçen zoonotik patojenler (örneğin şarbon, leptospiroz, tripanosomiyazis, kuduz) bunların çoğu ihmal edilmektedir. Gıda kaynaklı hastalıklar (örneğin kistiserkoz, teniyoz, kriptosporidiyoz ve bruselloz), antimikrobiyal direnç gelişimi ve enerji yoğun yüksek seviyede doymuş hayvansal gıdaların aşırı tüketimiyle ilişkili kardiyovasküler hastalık, kanser ve diyabet gibi kronik hastalıklara neden olmaktadır. Örneğin, Batı Kenya'da aynı anda hem yüksek düzeyde yoksulluk yaşamakta hem de Q-ateşi, kist nezlesi gibi zoonotik olanlar da dahil olmak üzere kriptosporidyum ve tripanosomiyazis gibi bulaşıcı hastalıkların yüksek yükü yaşanmaktadır. Burada yoksulluğu azaltmayı amaçlayan politikaların geliştirilmesindeki amaç, hayvancılığın olumlu etkilerini en üst düzeye çıkarırken, özellikle yoksul bölgelerde yaşayan insanlar için olumsuz etkilerini en aza indirmektir (Thumbi vd., 2015).

2.1. Dünyada Tek Sağlık Çalışma Örnekleri

Sağlık yaklaşımı, Tek Sağlık terimi ortaya çıkmadan çok önce 20. yüzyılda Veterinerlik ve Tarım Okullarının kurulmasından bu yana, tarım ve sağlık bilimleri uzmanları, sağlık yardımına erişimi olmayan yerli, kırsal ve yoksul topluluklarda birlikte çalışmaktaydı (Pettan-Brewer vd., 2021). Günümüzde de gelişmiş, gelişmekte ve az gelişmiş ülkeler tek sağlık yaklaşımı üzerinde durmakta ve ilgili çalışmalar yapmaktadır. Latin Amerika ülkeleri kalkınmaya katkı sağlamak amacıyla Latin Amerika ülkelerinde 2010 yılında, Gıda ve Tarım Örgütü, Dünya Hayvan Sağlığı Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü iş

birliğiyle Tek Sağlık Üçlüsünü resmen kurdu. Buna ek olarak, Avrupa Birliği, Tek Sağlık şemsiyesi altında faaliyet gösterme taahhüdünü yineledi ve 2011 yılında Avustralya'da ilk Uluslararası Tek Sağlık Kongresi düzenlendi. 2014 yılında, Uluslararası Bulaşıcı Hastalıklar Derneği ve ProMED, Skoll Küresel Tehditler Fonu, HealthMap ve Epidemiyoloji ve Halk Sağlığı Müdahale Ağı Eğitim programları ile birlikte, hastalık gözetimi için bir başka yenilikçi araç olan EpiCore programı üzerinde çalışmaya başladı. EpiCore, bildirilen ve şüphelenilen hastalık salgınlarını doğrulayabilecek saha epidemiyologları ve sağlık profesyonellerinden oluşan bir ağ kurmak amacıyla oluşturuldu. ProMED moderatörleri, ülke veya bölgeden bağımsız olarak dünyanın belirli bir bölgesindeki EpiCore üyelerine doğrudan bilgi talepleri gönderir. EpiCore üyelerinin uzmanlık alanları, hareketin tamamında temsil edilen hayvan, çevre ve insan sağlığı uzmanlarıyla ProMED'in Tek Sağlık yaklaşımını yansıtır. O zamandan bu yana, giderek artan sayıda uluslararası örgüt, Latin Amerika ülkeleri de dahil olmak üzere dünya çapında Tek Sağlık yaklaşımını ve eylemlerini yerleştirme çabalarını teşvik etmektedir. Haziran 2021'de, Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO), Yürütme Komitesi'nin 168. Oturumunda, "insan-hayvan-çevre arayüzündeki sağlık tehditlerini ele almak için kapsamlı bir yaklaşım" olarak Tek Sağlık'ı resmi gündemine dahil etti ve zoonotik ve vektör kaynaklı endemik hastalıkları, ortaya çıkmış ve yeniden ortaya çıkan zoonotik kaynaklı bulaşıcı hastalıkları, antimikrobiyal direnci ve gıda güvenliğini önceliklendirdi. Bununla birlikte, PAHO, özellikle veteriner halk sağlığı alanında, 1968 ve 2016 yıllarındaki Amerika Sağlık ve Tarım Bakanlar Toplantısı'na kadar uzanan, sonuncusu "Tek Sağlık ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri" başlıklı toplantılardan bu yana, çok sektörlü bir yaklaşımı teşvik etmektedir (Pettan-Brewer vd., 2021).

Tek Sağlık Brezilya Latin Amerika Derneği", 2015 yılında Dünya Veteriner Hekimler Birliği'nin resmi üyesi oldu. Dernek, Brezilya, Kolombiya, Peru ve Şili'den işbirlikçileri içermektedir. Zamanla, Brezilya kurumlarından öncü üyeler yeniden örgütlenerek, Brezilya'da Tek Sağlık, Eko Sağlık ve Gezegenel Sağlık alanlarında sürdürülebilir, disiplinlerarası bir ağ oluşturmak, iş birliği yapmak, organize etmek ve merkezileştirmek amacıyla Tek Sağlık Brezilya'yı kurdular (Pettan-Brewer vd., 2021).

Şili'de Tek Sağlık'ın ilk girişimleri 2014 yılında Şili'de başlamış ve ulusal üniversiteler ve kamu hizmetlerini içeren ilk iş birliği grubu (Una Salud Chile) kurulmuştur. Ardından, 2016 yılından bu yana, Tek Sağlık ile ilgili bazı faaliyetler, 3 Kasım'daki Tek Sağlık Günü kapsamında Şili'nin güneyinde de tekrarlanan etkinlikler olarak gerçekleştirilmektedir (Pettan-Brewer vd., 2021).

Tek Sağlık yaklaşımını yalnızca akademik alanda değil, aynı zamanda genel topluluklarda da uygulayan bir diğer önemli ağ, Kolombiya'nın kuzeyindeki Monteria'daki Cordoba Üniversitesi'dir. Bu Üniversite, Tek Sağlık Komisyonu ve Uluslararası Öğrenci Tek Sağlık İttifakı tarafından ulusal ve uluslararası

alandan tanınan Tek Sağlık Kolombiya Ağı'nı oluşturmuştur. Bu kurum, 2018'de ilk Tek Sağlık Kolombiya Uluslararası Sempozyumu'nu ve 2019'da ikinci Tek Sağlık Kolombiya Uluslararası Sempozyumu'nu düzenlemiştir (Pettan-Brewer vd., 2021).

Bu Tek Sağlık yaklaşımında, temel hedeflere iş birliğine dayalı sinerji ve rekabet dışılık, farklı toplum aktörlerini duyarlı hale getirme, kültürel kapsayıcılık ve çeşitlilik ve pratik disiplinlerarası çalışma grupları ile ulaşılmıştır. Latin Amerika'daki bu Tek Sağlık ağlarının hedefleri, iş birliğine dayalı sinerji ve rekabet dışılıktan hareketle, toplumun farklı aktörlerini duyarlı hale getirmek ve küresel sağlığın farklı alanlarında uluslararası çalışma grupları oluşturmak için Tek Sağlık yaklaşımıyla çalışmaya öncelik vermiştir. İnsan, hayvan ve ekosistem sağlığının farklı alanlarıyla bağlantılı farklı profesyonelleri bir araya getirmek ve yalnızca bilimsel bilgi alışverişine değil, aynı zamanda Tek Sağlık etrafında farklı kültürlerin, düşüncelerin ve girişimlerin birleşmesine de olanak sağlamak için bir platform görevi görmüştür. Tüm Latin Amerikalıların köklerini bilmek ve onları korumaya ve zaman içinde daha da aktif tutmaya çalışmak gibi kültürel farklılıklara büyük önem verilmiştir. Bu tür ağların bir diğer temel amacı, uluslararası bulaşıcı hastalık risklerinin ortak değerlendirilmesi için standart bir sistemin oluşturulması, insan sağlığı ve hayvan sağlığından sorumlu kurumlar ve bakanlıklar arasında sürdürülebilir işbirliği ve iletişim mekanizmalarının oluşturulması ve ulusal, bölgesel ve uluslararası stratejilerin uyumlu hale getirilmesidir (Pettan-Brewer vd., 2021).

3. Sürdürülebilir Kalkınma ve Tek Sağlık

Sürdürülebilir kalkınma, bugünün ihtiyaçlarını gelecek kuşakların ihtiyaçlarını karşılama yeteneğinden ödün vermeden karşılayan kalkınmaya sürdürülebilir kalkınma denir. Sürdürülebilir kalkınma kavramıyla ifade edilmek istenen husus ekonomik büyümenin tek başına yeterli olamayacağı yaratılan zenginliklerin ülkeler bölgeler ve gelir grupları arasında adaletli bir şekilde dağıtılması ve bu arada çevresel değerlerin de korunması gerektiğidir. Kalkınma kavramının yalnızca ekonomik değil sosyal siyasal ve ulusal kurumlardaki temel değişiklikleri de içeren çok boyutlu bir nitelik taşıdığı vurgulanmıştır. Yoksulluğun azaltılması beslenme, barınma, sağlık ve korunma gibi ihtiyaçların karşılanması daha çok iş, daha iyi eğitim kültürel ve insani değerlere daha fazla önem verilmesi ve bireylerin ekonomik ve sosyal seçeneklerinin artırılması kalkınmanın temel hedefleri konumuna yükselmiştir (Kaynak, 2014).

Birleşmiş Milletler sürdürülebilir kalkınma hedefleri 2019 raporuna göre Evrensel sağlık kapsamı ve sağlık için sürdürülebilir finansman sağlamak ruh sağlığı dahil bulaşıcı olmayan hastalıkların artan yükünü ele almak, hava kirliliği güvenli bir şekilde yönetilen su ve sanitasyon eksikliği gibi antimikrobiyal direnç ve hastalık sağlığına katkıda bulunan çevresel faktörlerin

üstesinden gelmek için bu ve diğer cephelerde ortak çabalara ihtiyaç olduğunu belirtmiştir.149 tropikal ve subtropikal ülkedeki çeşitli bulaşıcı hastalıklar grubunu ifade eden ihmal edilmiş tropikal hastalıklar yavaş yavaş yok olmakta ancak yoksul ülkelerde sorun olmaya devam etmektedir Bu hastalıklar milyarlarca insan ve özellikle yoksulluk içinde yaşayan yeterli sanitasyona sahip olmayan ve bulaşıcı vektörlerle ve evcil hayvanlarla yakın temasta bulunanları etkilemektedir. Bugün bu tür hastalıklardan etkilenen insan sayısı bir buçuk milyar civarındadır. Çevre sağlığındaki sapmalar hastalık ve ölüme büyük katkıda bulunanlar olarak giderek daha fazla farkına varılmaktadır sağlık sorununun etkisi olarak ölçülen yükün yetersiz su sanitasyon ve hijyen ishalle bağlantılı topraktan bulaşan parazit kurtlar yoluyla enfeksiyondan kaynaklanan yükün %100 ve yetersiz beslenmeden dolayı ortaya çıkan yükün ise %16 olduğu belirlenmiştir (Bakırtaş, 2020).

Tek Sağlık, insan, hayvan, çevre sağlığı alanları arasındaki etkileşimleri içeren karmaşık sorunlara sistematik bir yaklaşım sunmaktadır. Bu yaklaşım, iklim değişikliği de dahil olmak üzere çevrede hızlı değişimlerin yaşandığı bir çağda giderek daha önemli hale gelmiştir. Yeni disiplinlerarası iş birliği türleri, entegre değerlendirmeler yapmak için yerel topluluklarla doğrudan katılım ve insanların, hayvanların ve çevrenin birbiriyle bağlantılı sağlığını dikkate alan müdahaleler gerektirmektedir. Tek Sağlık terimleri aynı Tek Sağlık temeline bağlı farklı kavramları temsil etmektedir. Ancak, insan ve hayvanların refahı, bunların arasındaki bağlantı Tek Refah ve Tek Sağlık, çevre sağlığı ekonomi sağlığı ve gezegenin sağlığı'nın karmaşık entegrasyonu için tartışmanın sürdürülmesi, 17 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi ve gezegenin ve üzerindeki tüm yaşamın gelecekteki sağlığı için 169 hedefi izleyen tüm ülkeler tarafından dikkate değer bir sürekli küresel anlaşma olarak sürdürülmesi elzemdir (Petan-Brewer vd., 2021).

Tek Sağlık'ın temel taşı, her bir sorunu ayrı ayrı ele almanın, insan, hayvan ve çevre sağlığının nasıl iç içe geçtiğini anlama yeteneğimizi engelleyeceği inancıdır. Kolera salgını örnek vermek gerekirse Kolera bir sağlık ve sosyoekonomik kalkınma sorunudur ve bu sağlık sorununu ele almada sektörler arası iş birliğinin değerini vurgulamak, uzun vadeli sürdürülebilir bir etki elde etmek için çok önemlidir. Tek Sağlık yaklaşımı, yalnızca kolera dinamiklerinin anlaşılmasını geliştirmekle kalmaz, aynı zamanda gelecekteki salgınları önlemek için sürdürülebilir çözümleri de teşvik eder ve nihayetinde küresel sağlık güvenliği hedefine katkıda bulunur (Aborode vd., 2025).

Birleşmiş Milletler (BM) Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, sağlık ve refah, temiz su ve sanitasyon, iklim eylemi ve deniz ve kara ekosistemlerinde sürdürülebilirlik hedeflerini içerdiğinden Tek Sağlık ile ilgilidir. Disiplinler arası, çok uluslu çalışmanın önemini kabul eden dört küresel kuruluş, Tek Sağlık Dörtlüsünü oluşturmayı kabul etti. Bu kuruluşlar, Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Hayvan Sağlığı Örgütü, BM Gıda ve Tarım Örgütü ve BM Çevre

Programı'ndan oluşmaktadır. Tek Sağlık Dörtlüsü odaklanılacak altı alan belirlenmiştir, bunlar şunlardır (Pitt ve Gunn, 2024:2).

- Laboratuvar hizmetleri
- Zoonotik hastalıkların kontrolü
- İhmal edilen tropikal hastalıklar
- Antimikrobiyal direnç
- Gıda güvenliği
- Çevre sağlığı

3.1. Laboratuvar Hizmetlerinde Tek Sağlık

Laboratuvar incelemeleri, bulaşıcı hastalıkların teşhisinde önemli bir unsurdur. Bunun nedeni, semptomlarının genellikle spesifik olmaması (ishal, ateş, sarılık gibi) ve bulaşıcı hastalığa neden olan organizmanın tam olarak tanımlanmasının tedavi seçeneklerini belirlemek için önemli olmasıdır. Birçok insan patojeni ya zoonotik olarak edinilir ya da diğer hayvanları etkileyen yakın temastan edinilir. Bu nedenle, Tek Sağlık yaklaşımı, tıbbi ve veteriner laboratuvar bilim insanlarını, laboratuvar test protokollerinin geliştirilmesinde iş birliği yapmaya teşvik eder. Tıbbi ve veteriner parazitologlar, etimologlarla birlikte çeşitli testler geliştirmek ve optimize etmek için birlikte çalışırlar. Bu da Tek Sağlık yaklaşımının insan ve veteriner hekimliğinin yanı sıra çevre araştırmalarında uzmanlığı paylaşmak ve yetenekleri geliştirmek için nasıl kullanılabileceğini göstermektedir. Laboratuvar hizmetleri, bulaşıcı hastalıkların gözetiminde kilit bir role sahiptir. Birçok ülke insan patojenleri hakkında rutin olarak veri toplayıp ve bir araya getirmektedir. Bu enfeksiyonların bazıları bildirim zorunlu enfeksiyonlardır. Bu da vakaların yasalar gereği merkezi bir makama bildirilmesi gerektiği anlamına gelir. Bildirim kriterleri genellikle tanının laboratuvar tarafından doğrulanmasını içermektedir (Pitt ve Gunn, 2024).

3.2. Zoonotik Hastalıkların Kontrolünde Tek Sağlık

Zoonotik enfeksiyonlar, insanların bulaşıcı hastalıklara sahip vahşi veya evcil hayvanlarla doğrudan veya dolaylı olarak etkileşime girmesiyle meydana gelmektedir.

Bu nedenle zoonotik enfeksiyonlarda kontrol, hem bu etkileşimlerin nasıl meydana geldiğini hem de bu hayvanlarda enfeksiyonların devam etmesinden sorumlu faktörlerin anlaşılmasını gerektirmektedir. Tek Sağlık yaklaşımı, dikkatli hareket etmeyi ve her zaman beklenmedik sonuçlara hazırlıklı olmayı teşvik eder. Örneğin, kuduz aşısı içeren yemlerin dağıtılmasıyla Kuzey Avrupa'nın büyük bir bölümünde kuduz, ortadan kaldırılmıştır (Pitt ve Gunn, 2024: 3). Eğitim yoluyla potansiyel hayvan rezervuarları veya omurgasız

enfeksiyon vektörleriyle teması azaltma stratejileri, tedavi veya profilaksi programlarıyla birlikte rasyonel olabilir ancak etkileri genellikle sınırlı olmuştur. Daha geniş bir bakış açısına sahip Tek Sağlık yaklaşımı faydalı olabilir Sıtma paraziti Plasmodium knowlesi ilk olarak 1931'de Makak maymunlarında tespit edilmiş ve uzun yıllar boyunca insan Plasmodium türlerinin patogenezi için bir model olarak kullanılmıştır İnsanlarda ilk enfeksiyon vakası, 1965 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nden bir erkekte kaydedilmiştir. (Pitt ve Gunn, 2024: 3). En fazla risk altında olan grupların aşılınması, haklı bir halk sağlığı önlemi olacaktır. Bu, hem Batı ve Orta Afrikadaki vaka ve ölüm oranlarını hem de insanların başka ülkelerden ziyaretleri sırasında hastalığa yakalanma riskini azaltmaktadır. Bu nedenle, dünya genelindeki insanların birbiriyle bağlantılı olduğunu ve enfeksiyon kaynağı hayvanlardan zoonotik bulaşmaya neden olan faktörleri göz önünde bulundurarak, bu enfeksiyonun etkili bir şekilde kontrol altına alınması için Tek Sağlık yaklaşımı şarttır (Pitt ve Gunn, 2024).

3.3. İhmal Edilen Tropikal Hastalıkların Kontrolünde Tek Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü 20 ihmal edilmiş tropikal hastalığı kabul etmektedir.

Bunlar, çeşitli virüs, bakteri, mantar ve parazitlerin yanı sıra yılan ısırığı zehirlenmesinin neden olduğu hastalıklardır. Bunlar çoğunlukla düşük ve orta gelirli, daha yoksul topluluklar arasında bulaşmakta ve yetişkin erkeklerden ziyade kadınları ve çocukları belirgin şekilde etkilediği düşünülmektedir. İhmal edilmiş tropikal hastalık örnekleri arasında, insanların kazara enfekte olduğu zoonozlar olan kuduz ve ekinokokkoz, ara omurgasız konakçıları içeren, karmaşık yaşam döngülerine sahip parazitlerin neden olduğu drakunkuliyazis ve şistosomiyaz; sivrisinek vektörleri ve misetom aracılığıyla insanlara bulaşan lenfatik filaryaz ve topraktaki enfeksiyöz ajanlara veya tahriş edici maddelere maruz kalmanın neden olduğu podokonyoz bulunmaktadır. Mikobakteriyel enfeksiyon Buruli ülseri durumunda, organizma çevrede bulunur ancak insanlara bulaşma şekli hala belirsizdir. İnsanların yaşadığı koşullar, yiyeceklerinin, içme sularının ve barınmalarının kalitesi, ihmal edilmiş tropikal hastalıklara maruz kalma ve bunlardan kaynaklanan hastalık risklerine sebep olmaktadır. Bu nedenle, Tek Sağlık yaklaşımı, bu hastalıkların epidemiyolojisini daha iyi anlamak ve daha iyi kontrol sağlamanın anahtarlarını bulmak için önemlidir. Biyomedikal bilim insanları, laboratuvar tanısı, gözetimi ve test kitlerinin değerlendirilmesi yoluyla uzmanlıklarını kullanarak bu konuda kilit roller oynayabilmektedirler (Pitt ve Gunn, 2024).

Trypanosoma cruzi adlı protozoan parazitin neden olduğu Chagas hastalığı, birçok Güney Amerika ülkesinde ve Güney Amerika Birleşik Devletleri'nin bazı bölgelerinde endemiktir. İnsanlar tarafından Avustralya, Kanada ve Avrupa'nın bazı bölgeleri de dahil olmak üzere birçok uzak yere yayılmıştır. Endemik bölgelerde, parazit genellikle Reduviidae familyasına ait

triatomin böcekler tarafından bulaştırılır. Dünyanın diğer bölgelerinde, çeşitli reduviid böcekler ve diğer kan emen omurgasızlar vektör görevi görür. Enfekte böcekler, memeli bir konakçıdan kan emerken *T. cruzi* tripomastigotlarıyla kirlenmiş dışkı salgırlar. Kayaların arasında, hayvan yuvalarında ve odun veya ağaç kabuğu yığınlarının arasında barınak ararlar. Ayrıca, kalitesiz konutların duvarlarındaki çatlaklarda da yaşayabilirler. Bu aynı zamanda Tek Sağlık'ın önemli bir bölümünün insanların yaşadığı çevreyi ele almak olduğunu göstermektedir. Tek Sağlık yaklaşımı, bu enfeksiyonun kontrolünde yaşam koşullarının önemini kabul etmektedir (Pitt ve Gunn, 2024).

3.4. Antimikrobiyal Dirençle Mücadelede Tek Sağlık

Antimikrobiyal direnç, önümüzdeki yılların en ciddi tehditlerinden biridir. *Mycobacterium tuberculosis* ve *Staphylococcus aureus* gibi birçok patojenik bakteri, mevcut tüm antibiyotiklerimize karşı giderek daha dirençli hale gelmektedir. Bu durum, büyük ölçüde ortadan kaldırıldıkları ülkelerde hastalıkların yeniden ortaya çıkmasına kadar her şeyi etkilemesi beklenmektedir. Direnç gelişimi doğal bir olgu olmasına ve zamanla gerçekleşmesi beklenmesine rağmen, çok sayıda patojen arasında direncin gelişme ve yayılma hızı, büyük ölçüde antimikrobiyal ve antiparaziter ilaçların bilinçsizce kullanılma biçimlerinin ve kullanılmaya devam edilmesinin bir sonucudur (Pitt ve Gunn, 2024).

Tarımın antimikrobiyal direncin yayılmasında oynadığı kabul edilen role rağmen, önümüzdeki yıllarda tüketiminin önemli ölçüde artacağı tahmin edilmektedir. (Pitt ve Gunn, 2024) Nüfusu artan bir dünyada küresel talebi karşılamak için hayvancılığın daha da yoğunlaştırılması veya artırılması gerekmektedir. Ancak, çiftlik hayvanları halihazırda dünya çapında antibiyotiklerin başlıca tüketicileridir ve bu durum Tek Sağlık perspektifinden bakıldığında yüksek bir küresel risk oluşturmaktadır. Antibiyotikler aşırı veya uygunsuz kullanıldığında, patojenlerin hem hayvanlarda hem de insanlarda dirençli hale gelme riski vardır. Bu da dünyanın önde gelen on küresel sağlık tehdidinden biri olan antimikrobiyal dirence yol açmaktadır. 2019'da dünya çapında tahmini 4,95 milyon ölüm bakteriyel antimikrobiyal dirençle ilişkilendirilmiştir ve bu ölümlerin çoğu Batı Sahra Altı Afrika'da meydana gelmiştir (Klapp vd., 2025). Bu nedenle, sorunla mücadele etmek için çok disiplinli yaklaşımları ve çok sayıda ulusal ve uluslararası kuruluşun iş birliğini içeren Tek Sağlık yaklaşımı gerekmektedir (Pitt ve Gunn, 2024).

Antimikrobiyal direnç (AMR), yani mikropların antibiyotiklere dirençli hale gelmesi, küresel sağlık ve refah için en ciddi tehditlerden biridir. Antibiyotikler etkisini yitirdiğinde, basit enfeksiyonlar hayati tehlike oluşturabilir. 2050 yılına kadar AMR her yıl 10 milyondan fazla ölüme neden olabilir. AMR'nin temel nedeni antibiyotiklerin aşırı ve yanlış kullanımınıdır ve antibiyotik kullanımının azaltılması hayati önem taşımaktadır. Birçok düşük

ve orta gelirli ülkede AMR halihazırda tam ölçekli bir krizdir, ancak Norveç ve İskandinav ülkelerinde AMD birçok kişinin hala sinsice ilerleyen bir kriz olarak adlandırdığı bir durumdur (Mølster, 2025).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre antimikrobiyal direnç (AMR), küresel sağlık tehditleri arasında ilk 10'da yer almaktadır ve 2050 yılına kadar yılda 10 milyon ölüme yol açacağı tahmin edilmektedir. Tüm ülkelerin hedef kitleler için bir AMR gündemi olmalıdır ve ülkelerin iletişim yoluyla farkındalığı nasıl yaratacakları konusunda bir ikilem olsa da özellikle de gerçek ulusal istatistikler mevcut olduğunda hedefli iletişim mümkündür (Othieno vd., 2020).

2025 için yeni Eylem Planlarını nasıl uygulayacağını ve Norveç Hükümeti'nin özellikle halk arasında AMR konusunda farkındalık yaratma bağlamında neden Tek Sağlık yaklaşımını seçtiğini ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır (Roe, 2025).

Antibiyotik direnci krizi sıklıkla ve haklı olarak Tek Sağlık sorunu olarak sunulmaktadır. Aslında, antibiyotik direncinin, Tek Sağlık sorununun özü olduğu iddia edilmiştir Tek Sağlık paradigması, insan, hayvan ve çevre sağlığı arasındaki birçok bağlantıyı ve bağlantıyı kabul etmekte ve vurgulamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, çevre sağlığı terimi, kimyasalların, radyasyonun ve biyolojik ajanların patolojik etkilerinin yanı sıra geniş fiziksel, psikolojik, sosyal ve estetik çevrenin etkileri de dahil olmak üzere, çevredeki faktörler tarafından belirlenen insan sağlığı ve hastalık yönlerini ifade etmektedir (Alkorta ve Garbisu, 2025).

3.5. Gıda Güvenliğini Sağlamak İçin Tek Sağlık

Kirlenmiş ve güvenli olmayan gıdalar nedeniyle gıda kaynaklı hastalıklar her yıl 600 milyon insanı etkilemekte ve yıllık 420.000 ölüme ve 110 milyar ABD doları ekonomik kayba neden olmaktadır. Sığır, tavuk, domuz ve hindi gibi gıda üreten hayvanlar, *Campylobacter* türleri, *Salmonella enterica*'nın Typhi dışı serotipleri, *Escherichia coli*'nin Shiga toksin üreten suşları ve *Listeria monocytogenes* dahil olmak üzere birçok gıda kaynaklı patojen için birincil rezervuar görevi görmektedir. Gıda kaynaklı patojenler bu nedenle çoğunlukla et, süt ürünleri, balık ve yumurtada bulunur. Şimdiye kadar, hayvanlardan gıda kaynaklı patojenleri ortadan kaldırmak için etkili bir müdahale yapılamamıştır. Bitki bazlı gıdalar da gıda kaynaklı hastalıkları tetikleyebilse de ilgili meyve ve sebzeler genellikle enfekte hayvanların atıklarıyla kontamine olur. Üstelik, patojenlerin hayvan-insan tür bariyerini geçtiği zoonotik yayılma, insanlarda ortaya çıkan veya yeni bulaşıcı hastalıkların %60'ını oluşturmaktadır.

Gelecekteki taşma olaylarının kökenlerini tahmin etmek imkânsız olsa da, hayvansal gıda talebindeki artış ve hayvancılık ile su ürünleri yetiştiriciliğinin yoğunlaştırılmasının gerekliliği, bunların olasılığını önemli ölçüde artırmaktadır. Taşma olaylarının artan riski, arazi kullanımındaki

değişiklik nedeniyle biyolojik çeşitliliğin kaybı, doğal yaşam alanlarının ihlali, yüksek hayvan yoğunluğu, tarımsal girdiler ve yaban hayatı avcılığı gibi gıda sistemleriyle ilgili karmaşık bir dizi faktöre dayanmaktadır. Yaban hayatı avcılığı, dünya genelindeki birçok toplulukta hayati bir besin, gıda egemenliği ve güvenlik kaynağı ve aynı zamanda algılanan bir zenginlik kaynağı olabilir de ortaya çıkan hastalıkların çoğunun yaban hayatından kaynaklandığı gerçeği göz ardı edilemez ve bağlama özgü önlemler gerektirmektedir (Klapp vd., 2025).

Gıda güvenliği hem insanlar hem de hayvanlar için önemlidir. Tüketime sunulan ürünlerde toksin, kirletici veya patojen varlığı her zaman hemen fark edilmez. Bu durum, gıdaların belirlenen standartları karşıladığından ve uygun depolama ve nakliye koşullarından emin olmak için düzenli test mekanizmalarının önemini vurgulamaktadır. Belirli bir risk tespit edilmediğinde, kalite ölçümlerinde göz ardı edilebilir. Tek Sağlık yaklaşımı, hayvanlarla ve çevre koşullarıyla etkileşimlerin, belirli ürünlerin yenildiğinde insanlar için risk oluşturup oluşturmadığı üzerindeki etkisini dikkate almaktadır (Pitt ve Gunn, 2024: 7). Ayrıca vahşi hayvanları avlamanın ve ardından yemenin risklerini de dikkate almaktadır. Örneğin, insanlar genellikle Avrupa'daki yaban domuzlarının *Trichinella* spp. kaynağı olabileceğinin farkında değildir. Kuzey İtalya'da en az 35 kişiyi etkileyen yakın tarihli bir *Trichinella* britovi salgını, tek bir hayvanın etinden hazırlanan çiğ sosislerin tüketimiyle ilişkilendirilmiştir (Pitt ve Gunn, 2024: 8). Tüm organizmaların ilişkili mikrobiyomları vardır ve bunların bileşimleri sağlık üzerinde etkilere sahiptir. İnsanların vücudunun farklı bölgeleriyle ilişkili belirgin mikrobiyomları vardır ve bunlar doğuştan gelen bağışıklık tepkisine katkıda bulunmak da dahil olmak üzere çeşitli işlevler görür. Bağırsak mikrobiyomundaki bozukluklar (disbiyoz), ishalden akıl hastalığına kadar çeşitli rahatsızlıklarla ilişkilendirilmektedir. Disbiyoz sıklıkla bağırsak mikrobiyotasının çeşitliliğinde bir azalma olarak ortaya çıkar. Bu durum genellikle Batılı yaşam tarzına atfedilmektedir. Ancak daha doğru bir şekilde, iyi sanitasyon ve tıbbi bakıma erişimi olan kentsel bir ortamda yaşamanın ve işlenmiş gıdalar açısından zengin bir diyet tüketmenin bir sonucu olarak adlandırılmaktadır. Bu, gelişmiş ekonomilere sahip ülkelerde yaşayan birçok insan için neredeyse kaçınılmaz bir yaşam tarzıdır. Bazı yazarlar, kentleşmenin, sağlığın birçok yönü için gerekli görülen çeşitli mikrobiyal toplulukları edinme ve sürdürme yeteneğimiz üzerindeki etkileri nedeniyle halk sağlığı açısından bir tehdit oluşturabileceğini öne sürmektedirler. Bununla birlikte, çoğu insan artık kasabalardan mega kentlere kadar kentsel alanlarda yaşamaktadır. Araştırmalar, coğrafi konum ve kentleşme düzeyinin insanların bağırsak mikrobiyomundaki çeşitliliği açıklayabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, çevresel faktörlerin değerlendirilmesinde Tek Sağlık yaklaşımı, olumsuzlukları dengelemek için uygun yöntemlerin belirlenmesine yardımcı olabilmektedir (Pitt ve Gunn, 2024).

3.6. Çevresel Sağlığın Sağlanması İçin Tek Sağlık

İnsan ve hayvan sağlığı ile paylaştıkları çevre arasındaki ilişkiler elbette yeni değildir. Arkeoloji ve antropolojideki moleküler yaş ve sağlam teknikler, değişen çevre koşullarının tetiklediği hayvan kaynaklı bulaşıcı hastalıkların insan popülasyonlarında yüzyıllar boyunca tekrar tekrar ortaya çıktığını görmeyi sağlamıştır. Örneğin, modern aşılardan önce kızamık virüsü, tür bariyerini aşan (MS 1000-1200) otonom bir insan virüsü haline gelen bir sığır virüsünden (sığır vebası) ortaya çıkmıştır. O zamanlar, sığır vebası virüsü, insanların muhtemelen 9.000 yıl önce vahşi sığırların evcilleştirilmesinden bu yana sürekli olarak maruz kaldığı yaygın bir sığır virüsüydü. Kızamığın ortaya çıkmasına yol açan yeni faktör, büyük ölçekli kentleşmeydi. Kızamık virüsü, yaklaşık 500.000'den az temas halindeki bireyden oluşan insan popülasyonlarında varlığını sürdüremez. Kümelenmiş yerleşimler ve kentleşme, sığır vebasının kızamığa dönüşebileceği ortamı yarattı. Benzer bir senaryo, insan immün yetmezlik virüslerinin (HIV 1 ve 2) ve 20. yüzyılın AIDS pandemisinin ortaya çıkmasına yol açtı. İlk olarak 1900'lerin başında kentleşen Afrika'da ortaya çıkan bu virüslerin, şempanzeleri ve Sooty Mangabey maymunlarını etkileyen bir maymun immün yetmezlik virüsünden evrimleştiği düşünülmektedir (Evans ve Leighton, 2014).

Salmonella türleri, Escherichia coli, tüberküloz, sıtma, sarı humma, influenza A(H1N1), Batı Nil Virüsü, Zika, Dang Humması, Chikungunya ve SARS-CoV-2 gibi bulaşıcı ajanlar, hayvanlar, insanlar ve çevrenin içsel olarak ilişkili olduğu örneklerdir. Bu vakalarda hayvanlar, ormansızlaşma veya kirlilik nedeniyle habitat tahribatı nedeniyle çevrede bir dengesizliğin işareti olan vektörler tarafından bulaşan yeni ortaya çıkan bulaşıcı hastalıkların da kurbanı olmuştur. Ayrıca, hantavirüs akciğer sendromu, leptospiroz, tripanosomiyazis (Trypanosoma cruzi ve diğer türlerin neden olduğu Chagas hastalığı), bruselloz, hanseniasis, treponema ve leishmaniasis gibi yeni ortaya çıkan veya ihmal edilen zoonotik hastalıklar, insanların ormanlık alanları istila etmesiyle ortaya çıkmış ve patojen rezervuarı görevi görebilecek vahşi hayvanlarla insanlar arasındaki teması artırmıştır (Pettan-Brewer vd., 2021).

Vektör kontrolü, sivrisinek popülasyonlarının kontrolüne büyük ölçüde dayanan WNV yönetiminin temel taşlarından biri olmaya devam etmektedir. Genetiği değiştirilmiş sivrisinekler ve yeni böcek öldürücü yaklaşımlar gibi yenilikler, bulaşma oranlarını azaltmada umut vaat etmektedir. Sivrisinek ve kuş popülasyonlarını izleyen gelişmiş gözetim sistemleri, salgınları tahmin etmeye ve halk sağlığı müdahalelerini bilgilendirmeye yardımcı olmaktadır. Bu karmaşık sorunlarla başa çıkmak için, insan, hayvan ve çevre sağlığı kavramlarını bütünleştiren Tek Sağlık stratejisinin önemi vurgulanmaktadır. Bununla birlikte, iklim değişikliği gibi ortaya çıkan zorluklar, sivrisinek vektörlerinin davranışlarını ve WNV bulaşma dinamiklerini değiştirmeye devam etmektedir. Örneğin, daha yüksek sıcaklıklar daha sık ve yoğun sıcak

hava dalgalarına yol açarak sivrisineklerin üreme döngülerini hızlandırmakta ve coğrafi menzillerini genişletmektedir. Kentleşme ve arazi kullanımındaki değişiklikler ekolojik dengeyi daha da karmaşıklaştırarak vektör popülasyonlarını ve virüs yayılımını etkilemektedir. Örneğin, artan kentsel yoğunluk, genellikle yetersiz su yönetimi nedeniyle daha durgun su kütlelerine neden olarak sivrisinekler için ideal üreme alanları sağlamaktadır (Singh vd., 2025).

İklim değişikliği ve Tek Sağlık paradigmasıyla kesişimler, insan, hayvan ve çevre alanları arasındaki bağlantıların daha fazla politika dikkati ve anlaşılmasını gerektiriyor ve bu da insan merkezlikten ekosistem temelli yaklaşımlara geçişi teşvik etmektedir (Keenan vd., 2025).

Başka bir virüs olan H5N1, insanlarda H5N1'in erken teşhisi, bulaşmayı önlemek ve ciddi hastalık veya ölümleri en aza indirmek için kritik öneme sahiptir. Enfekte hastaların takibi, sendromik ve laboratuvar gözetimi yapılması ve epidemiyolojik çalışmaların düzenlenmesi önemlidir. Tek Sağlık yaklaşımıyla yönetilen ve insan, hayvan ve çevre sağlığı müdahalelerini koordine eden çok sayıda gözetim faaliyeti bulunmaktadır. Bu adımlar, aşular, antiviral ilaçlar ve tanı testleri de dahil olmak üzere mevcut savunma mekanizmalarının değerlendirilmesi için önemlidir (Owusu & Sanad, 2025).

Belirti ve bulgular konumlar arasında değişiklik gösterse de genel olarak hava ve deniz sıcaklıklarında uzun süreli bir artış ve buna eşlik eden hava olayları (örneğin sıcak hava dalgaları, seller, siklonlar ve kuraklıklar) olarak sınıflandırılabilir. Bunlar da altyapıyı tahrip eder, insanları evsiz bırakır ve tarımsal ve hayvansal üretimin azalmasına neden olmaktadır. Benzer şekilde, deniz sıcaklıklarındaki artışlar ve asitlenme, yükselen deniz seviyeleriyle birleşince balık stoklarını yok etmekte ve kıyı bölgelerinde toprak erozyonu ve sellere neden olmaktadır. Bu sorunlar yüksek gelirli ülkelerde giderek daha belirgin hale gelmekle birlikte, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki yoksul topluluklar için sonuçları çok daha ciddi olup, yoksulluk, yetersiz beslenme ve ekonomik göçe yol açmaktadır. İklim değişikliği bulaşıcı hastalıkların bulaşmasını çok sayıda yoldan etkileyebilmekte ve Tek Sağlık yaklaşımı faktörlerin nasıl bağlantılı olduğunu anlamak için faydalı olmaktadır.

Karadaki sıcaklık artışları, bazı ortamları yaşanmaz hale getirerek insanları ve diğer omurgalıları etkilemektedir. Bu durum göçü tetikleyerek, insanlar ve hayvanlar arasında eskisinden daha yakın bir temas oluşmasına neden olmakta ve bu da zoonoz ve hatta antropozların yayılması için bir fırsat yaratmaktadır. Aşırı sıcaklar, yalnızca vücutlarının daha yüksek bir sıcaklıkta hayatta kalmaya çalışması nedeniyle değil, aynı zamanda mahsul kıtlığı nedeniyle gıda kıtlığı nedeniyle de yer değiştiremeyenlerin sağlığı üzerinde genel olarak olumsuz bir etkiye sahiptir. Bunun bağışıklık tepkisini zayıflatarak bireyleri idrar yolu enfeksiyonu ve septisemi gibi enfeksiyonlara karşı daha savunmasız hale getirmesi mümkündür. Sıcak hava dalgalarının

bir diğer sonucu da insanların ve hayvanların suda serinlemeye çalışmasıdır. Bu durum onları *Leptospira* spp. ve *Acanthamoeba* spp. gibi su kaynaklı patojenlerle temas ettirebilmekte ve ayrıca potansiyel olarak kontaminasyonu artırabilmektedir. Bu iki bulaşıcı hastalığın bildirilen görülme sıklığı 21. yüzyılda dünya çapında artmıştır. Bu artışın bir kısmı, moleküler tabanlı analizlerin iyileştirilmesi ve daha fazla bulunabilirliğiyle desteklenen gelişmiş laboratuvar tanılarından kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte, Tek Sağlık yaklaşımı, söz konusu çevresel değişiklikleri de dikkate almaktadır. Omurgasızlar için, daha yüksek sıcaklıklar yaşam döngülerini etkileyebilmektedir. Örneğin, yeterli nem sağlandığı takdirde, kancalı kurt larvaları 40°C'ye kadar kara sıcaklıklarına dayanabilmekte ve gelişim döngüleri normalden üç kat daha hızlı gerçekleşebilmektedir. Bu durum, daha fazla insan enfeksiyonu olasılığını artırdığı düşünülmektedir. İklim değişikliğinin bulaşıcı hastalıkların kontrolü açısından muhtemelen daha büyük önem taşıyan diğer büyük etkisi, sellere yol açan çok şiddetli yağışların sıklığının ve kapsamının artmasıdır. İnsanlar ve omurgalılar için sonuçlar, aşırı sıcaklarda belirtilenlere benzerdir. Popülasyonların yer değiştirmesi, barınak ve besin kaynaklarının yok olması, kirli suyla temas kolera gibi hastalık riskini beraberinde getirmektedir (Pitt ve Gunn, 2024).

Patojenleri anlamak için Tek Sağlık perspektifini benimsemek, iklim değişikliğinin yol açtığı çevresel değişiklikler bağlamında faydalı olabilir. Şistosomiyaz, *Schistosoma* türlerindeki helmint parazitlerinden kaynaklanır. İnsan paraziti olan türlerde, eşeyli üreme insanlarda gerçekleşirken, eşeysiz üreme çok özel, coğrafi olarak sınırlı su salyangozu türlerinde görülür. Sel baskınlarının salyangozları yerinden etmesi nedeniyle iklim değişikliğinin belirli bölgelerde şistosomiyaz insidansını azaltabileceğine dair bazı kanıtlar mevcuttur (diğerlerinde ise artışlar olabilir). Bu nedenle, epidemiyologlar ve laboratuvar tanı mikrobiyologları, bazı enfeksiyonların dünya genelinde daha yaygın bir şekilde yayıldıkça onları izlemeye hazır olsalar da, diğerlerinde azalmalar olabilmektedir (Pitt ve Gunn, 2024).

Toprak ve hava kirliliğiyle ilişkili kentleşme ve bunun yaşam tarzı değişikliklerindeki rolü (zengin hazır gıdalarla enerji yoğun beslenme, fiziksel aktivitenin azalması, daha hareketsiz yaşam tarzı vb.) insan için büyük bir çevresel değişimi temsil etmektedir.

2010 yılından bu yana, kasabalar ve şehirler insanlığın yarısından fazlasının yaşam alanı olmuştur. Giderek artan kentsel yaşam tarzımız, özellikle toplumun daha kırılgan üyeleri arasında sağlık üzerindeki etkilerini henüz tam olarak anlayamadığımız çok sayıda stres faktörüne maruz kalmamıza yol açmaktadır. İnsanların birbirine bağlanma biçimi ve şehirlerimizin inşa edilme biçimi, sağlık üzerinde ve özellikle yaşla birlikte evrimi üzerinde muazzam bir etkiye sahiptir. Bir kişinin sosyal ağı, hem doğrudan bulaşabilen patojenlerle (aracı bir konak olmadan) enfekte olma eğilimini hem de obezite veya kolesterolü gibi bulaşıcı olmayan hastalıklardan etkilenme eğilimini etkilemektedir (Destoumieux-Garzón vd., 2018).

Tek Sağlık kavramının bütünsel bir bileşeni olarak bitki sağlığı konusu, acilen çözülmesi gereken bir diğer sorundur. Aslında, insan sağlığı ve hayvan sağlığı, doğrudan veya dolaylı olarak bitki sağlığına bağlıdır çünkü bitki sağlığı, gıda kaynakları, bitkisel ilaçlar, arazi yönetimi vb. açısından hayati öneme sahiptir. Temel bilgi açısından, bitki ekolojisi ve epidemiyoloji alanındaki araştırmalar, insanlarda ve hayvanlarda patojenlerin virülans ve adaptasyon mekanizmalarını anlamak için faydalı veriler sağlamıştır (Destoumieux-Garzón vd., 2018).

SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütüne göre, Tek Sağlık, insanların, hayvanların ve ekosistemlerin sağlığını sürdürülebilir bir şekilde dengelemeyi ve optimize etmeyi amaçlayan bütünlüklü ve birleştirici bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, insan sağlığının, evcil ve yabani hayvanların, bitkilerin ve daha geniş çevrenin (ekosistemler de dahil olmak üzere) sağlığının yakından bağlantılı ve birbirine bağımlı olduğunu kabul etmektedir. Sağlık, gıda, su, enerji ve çevre gibi konular sektörlerimize özgü geniş kapsamlı endişeleri içerirken, sektörler ve disiplinler arası iş birliği sağlığı korumaya, bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması, antimikrobiyal direnç ve gıda güvenliği gibi sağlık sorunlarına çözüm bulmaya ve ekosistemlerimizin sağlığını ve bütünlüğünü geliştirmeye katkıda bulunmaktadır. İnsanları, hayvanları ve çevreyi birbirine bağlayarak, Tek Sağlık yaklaşımı, hastalık kontrolünün tüm yelpazesini önlemeden tespiti, hazırlıktan müdahaleye ve yönetime kadar ele almaya ve küresel sağlık güvenliğine katkıda bulunmaya yardımcı olabilmektedir. Bu yaklaşım, topluluk, alt ulusal, ulusal, bölgesel ve küresel düzeylerde uygulanabilir ve ortak ve etkili yönetime, iletişime, iş birliğine ve koordinasyona dayanmaktadır. Tek Sağlık yaklaşımının benimsenmesi, insanların eşitlikçi ve bütüncül çözümler geliştirmek için ortak faydaları, riskleri, ödünleşmeleri ve fırsatları daha iyi anlamalarını kolaylaştırmaktadır.

Pek çok ülke kalkınmalarına katkı sağlamak amacıyla tek sağlık yaklaşımını sadece bulaşıcı zoonotik hastalıkları önlemek ya da kontrol etmek için değil aynı zaman da kalkınmaya katkı sağlamak amacıyla tek sağlık çalışmalarını yürütmektedirler. Tek Sağlık çalışmaları gelişmiş, gelişmekte ve az gelişmiş ülkelerde yapılmaktadır. 160'tan fazla ülke/bölgede Tek Sağlık yaklaşımının uygulama ve geliştirme durumunu değerlendirmek için insan, hayvan ve çevre sağlığı alanlarında iş birliğine dayalı bir stratejiyi vurgulamak amacıyla Küresel Tek Sağlık endeksi geliştirilmiştir. Tek Sağlık yaklaşımı sürdürülebilir kalkınma hedefleri arasında da yer almaktadır. Birleşmiş Milletler (BM) Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, sağlık ve refah, temiz su ve sanitasyon, iklim eylemi ve deniz ve kara ekosistemlerinde sürdürülebilirlik hedeflerini içerdiğinden Tek Sağlık ile ilgilidir. Tek Sağlık için Laboratuvar hizmetleri, zoonotik hastalıkların kontrolü, ihmal edilen tropikal hastalıklar, antimikrobiyal direnç, gıda güvenliği ve çevre sağlığı olmak üzere bu altı alan belirlenmiştir. Tek Sağlık, gelecekteki pandemileri ve sağlık eşitsizliklerini önlemenin yolu olabileceği gibi aynı zamanda çevresel ve ekonomik sürdürülebilirliğe dolayısıyla kalkınmaya odaklanabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Aborode, A. T., Adesola, R. O., Onifade, I. A., Adesiyun, R., Ibiam, V. A., Jinadu, N. A., & Bakre, A. A. (2025). Outbreak of cholera in Nigeria: the role of One Health. *Discover Public Health*, 22(1), 125.
- Alkorta, I., & Garbisu, C. (2025). Expanding the focus of the One Health concept: Links between the Earth-system processes of the planetary boundaries framework and antibiotic resistance. *Reviews on environmental health*, 40(1), 159-173.
- Asante, J., Noreddin, A., & El Zowalaty, M. E. (2019). Systematic review of important bacterial zoonoses in Africa in the last decade in light of the 'One Health' concept. *Pathogens*, 8(2), 50.
- Bakırtaş, T. (2020). Dünya'da ve Türkiye'de Ekonomik Kalkınma Küresel Kalkınma Odaklı Sorunlar Yeni Model Arayışları. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Dayı, F. (2021). Covid-19 Pandemisinin İktisadi ve Sosyal Etkileri. (Ed. Figen Tombak), Bireylerin Elektronik Ödeme Sistemi ve Araçları Kullanımının Covid-19 Döneminde İncelenmesi (Ss.19-59). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Destoumieux-Garzón, D., Mavingui, P., Boetsch, G., Boissier, J., Darriet, F., Duboz, P., ... & Voituren, Y. (2018). The one health concept: 10 years old and a long road ahead. *Frontiers in veterinary science*, 5, 14.
- Doğan, İ. (2021). Covid-19 Pandemisinin İktisadi ve Sosyal Etkileri. (Ed. Figen Tombak), Covid-19'un Borsa ve Petrol Fiyatları Performansı Üzerindeki Etkisi: Regime-switch yaklaşımı (ss.61-69). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Evans, B. R., & Leighton, F. A. (2014). A history of One Health. *Rev Sci Tech*, 33(2), 413-420.
- Häsler, B., Gilbert, W., Jones, B. A., Pfeiffer, D. U., Rushton, J., & Otte, M. J. (2012). The economic value of One Health in relation to the mitigation of zoonotic disease risks. *One Health: The Human-Animal-Environment Interfaces in Emerging Infectious Diseases: The Concept and Examples of a One Health Approach*, 127-151.
- Hurtado, A., Ocejó, M., Oporto, B., Lavín, J. L., Rodríguez, R., Marcos, M. Á., ... & Marimón, J. M. (2025). A One Health approach for the genomic characterization of antibiotic-resistant *Campylobacter* isolates using Nanopore whole-genome sequencing. *Frontiers in Microbiology*, 16, 1540210.
- Kaynak, M. (2014). Kalkınma İktisadi (5. Baskı). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Keenan, K., Silva Corrêa, J., Sringeriyuang, L., Nayiga, S., & Chandler, C. I. (2025). The social burden of antimicrobial resistance: what is it, how can we measure it, and why does it matter?. *JAC-antimicrobial resistance*, 7(2), dlac208.
- Klapp, A. L., Wyma, N., Alessandrini, R., Ndinda, C., Perez-Cueto, A., & Risius, A. (2025). Recommendations to address the shortfalls of the EAT-Lancet planetary health diet from a plant-forward perspective. *The Lancet Planetary Health*, 9(1), e23-e33.

- Mølster, R. From fractured narratives to a united approach. The Norwegian Government's AMR-rhetoric concerning responsibility and solutions. *Rhetoric in Society* 9.
- Othieno, J. O., Njagi, O., & Azegele, A. (2020). Opportunities and challenges in antimicrobial resistance behavior change communication. *One Health*, 11, 100171.
- Owusu, H., & Sanad, Y. M. (2025). Comprehensive insights into highly pathogenic avian influenza H5N1 in dairy cattle: transmission dynamics, milk-borne risks, public health implications, biosecurity recommendations, and one health strategies for outbreak control. *Pathogens*, 14(3), 278.
- Pettan-Brewer, C., Martins, A. F., Abreu, D. P. B. D., Brandão, A. P. D., Barbosa, D. S., Figueroa, D. P., ... & Biondo, A. W. (2021). From the approach to the concept: one health in Latin America-experiences and perspectives in Brazil, Chile, and Colombia. *Frontiers in public health*, 9, 687110.
- Pitt, S. J., & Gunn, A. (2024). The one health concept. *British Journal of Biomedical Science*, 81, 12366.
- Roe, D. From fractured narratives to a united approach. The Norwegian Government's AMR-rhetoric concerning responsibility and solutions. *Rhetoric in Society* 9.
- Sayan, S. (2021). Covid-19 Pandemisinin İktisadi ve Sosyal Etkileri. (Ed. Figen Tombak), Covid-19'un İlgücü Piyasalarına Etkisi ile İlgili Söyleşi, (ss.1-17). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Singh, P., Khatib, M. N., Ballal, S., Kaur, M., Nathiya, D., Sharma, S., ... & Abu Serhan, H. (2025). West Nile Virus in a changing climate: epidemiology, pathology, advances in diagnosis and treatment, vaccine designing and control strategies, emerging public health challenges—a comprehensive review. *Emerging microbes & infections*, 14(1), 2437244.
- Thumbi, S. M., Njenga, M. K., Marsh, T. L., Noh, S., Otiang, E., Munyua, P., ... & McElwain, T. F. (2015). Linking human health and livestock health: a “one-health” platform for integrated analysis of human health, livestock health, and economic welfare in livestock dependent communities. *PloS one*, 10(3), e0120761.
- WHO (2026). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/one-health>.
- Zhou, X. N., Guo, X., & Zhang, X. (2025). *Global One Health Index Report 2022* (p. 311). Springer Nature.