T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ İSTASYONLARININ SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA AÇISINDAN ANALİZİ: LÜLEBURGAZ ÖRNEĞİ

KEREM CAN BATTAL

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. EMEL YILDIZ

EDİRNE 2024

Tezin Adı: Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarının Sürdürülebilir Kalkınma Açısından Analizi: Lüleburgaz Örneği

Hazırlayan: Kerem Can BATTAL

ÖZET

İnsanlık, tarihi boyunca varlığını sürdürebilme ve sağlıklı olma hali iç güdüsüyle hareket etmiştir. Bu yaklaşım tarihsel dönemlerde farklılıklar göstermiş ve evrimleşmiştir. Sağlıklı olma arzusu 20. yüzyılda Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olmasına karşın her ülkede ve her coğrafyada sağlık kavramının farklı algılanabildiği görülebilmektedir. Sağlık kavramına bakış ilk yardım ve acil müdahale konularında da her ülkenin kendi yapısına yönelik hedef ve amaçlarla ilerlemesine yol açmıştır. Her bireye eşit sağlık sunabilme talebi, gelişen ekonomiler ve artan nüfusun sonucu olarak sürdürülebilir kalkınma kavramı ortaya çıkmıştır. Sürdürülebilir Kalkınma kısıtlı kaynakların mevcut ve gelecek nesillere yetecek şekilde kullanılması ve planlanması olarak açıklanmaktadır. Bu çalışmada eşit ve kaliteli sağlık sunumu talebinin kısıtlı kaynaklarla mevcut ve gelecek nesillere yetebilmesi adına yapılacak planlamalar, 2015 yılında Birleşmiş Milletler tarafından belirlenen 17 ana hedef ve 169 alt hedefi bulunan sürdürülebilir kalkınma hedefleri üzerinden acil sağlık hizmetleri istasyonlarının analizi ortaya konmaktadır. Çalışmada somut çıkarım ve derinlemesine analizler yapılabilmesi adına pilot istasyon olarak Lüleburgaz 5 numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu seçilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Trakya Bölgesi, Sürdürülebilir Kalkınma, Acil Sağlık

Thesis Name: Analysis of Emergency Health Service Stations in Terms of Sustainable Development: The Case of Lüleburgaz

Prepared By: Kerem Can BATTAL

ABSTRACT

Throughout history, humanity has acted with the instinct to sustain its existence and maintain a state of health. This approach has varied and evolved over historical periods. Although the desire for health was defined by the World Health Organization in the 20th century, it can be seen that the concept of health is perceived differently in each country and region. Different perspectives on health have led each country to progress with its own goals and objectives in the fields of first aid and emergency response. The demand for equal healthcare for every individual has given rise to the concept of sustainable development as a result of growing economies and increasing populations. Sustainable development is explained as the use and planning of limited resources in a way that will be sufficient for both present and future generations. In this study, the planning required to meet the demand for equal and quality health delivery with limited resources for both present and future generations is analyzed based on the sustainable development goals set in 2015, which include 17 goals and 169 sub-goals. The emergency health service stations are analyzed within this framework. To make concrete inferences and analyses, Lüleburgaz Emergency Health Service Station No. 5 has been selected as the pilot station.

Keywords: Thrace Region, Sustainable Development, Emergency Health

ÖN SÖZ

Çalışmada sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin ilk yardım ve acil tıp hizmetleri üzerinde kullanılabilirliği araştırılmış ve açıklanmaya çalışılmıştır. Sürdürülebilir kalkınmanın ve sağlık kavramının acil sağlık hizmetleri üzerinde planlanması ve değerlendirilmesi için somut çıkarımlarda bulunabilmek adına Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu pilot istasyon olarak seçilmiştir.

Araştırmanın temel amacı kısıtlı kaynakların planlı kullanılarak gelecek ve şimdiki nesillere teminin sağlanması adına mevcut sağlık talebine eksiksiz ve kaliteli hizmet verebilmenin önündeki sorunlar ve bu sorunlara getirilebilecek çözümler olmuştur. Çalışma sürdürülebilir kalkınmanın seçilen hedeflerine atıf yaparak Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda kullanılan ve geliştirilebilir hedeflere çözümler getirmeyi amaçlamaktadır.

Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sağlık kavramı üzerinde durulmuş, acil sağlık hizmetleri tarihçesi ve mevcut işleyişi ele alınmıştır. İkinci bölümde kalkınma ve sürdürülebilir kalkınmanın 17 hedefi üzerinde açıklamalar yapılmıştır. Üçüncü bölümde sürdürülebilir kalkınmanın acil sağlık hizmetlerine uyumlu hale getirilerek belirlenen hedefler üzerine Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda yaşanan vaka örnekleri ve istasyon durumu hakkında çıkarımlar yapılmıştır.

Bu çalışmanın hazırlanmasında desteğini esirgemeyen, tez dönemi boyunca beni cesaretlendiren, Doç. Dr. Emel Yıldız'a, saha çalışmalarında yardımcı olan acil sağlık hizmetleri personeline, veri ve istatistik paylaşımı sağlayan Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü'ne ve her aşamada yanımda olan değerli annem Müesser Sır Battal ve babam Özkan Battal'a teşekkür ederim.

Kerem Can BATTAL

Haziran 2024

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **i**
ABSTRACT ..... **ii**
ÖN SÖZ ..... **iii**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **vii**
GÖRSELLER LİSTESİ ..... **viii**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **ix**
KISALTMALAR LİSTESİ ..... **x**
GİRİŞ **1**
BİRİNCİ BÖLÜM **2**
TIP TARİHİ ve ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ **2**
1.2. Tıp Tarihi 4
1.2.1. İslamiyet Öncesi Orta Asya Türk Tıbbı 7
1.2.2. Türklerin İslamiyet'i Kabulü ve Anadolu'ya Göçleri Sonrası Türk Tıp Tarihi 8
1.3.Acil Tıp ve Acil Sağlık Hizmetleri 9
1.3.1. Acil Tıbbi Durum 9
1.3.2. Acil Tıp 10
1.4. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri 10
1.4.1 Acil Sağlık ve Hastane Öncesi Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi 11
1.4.2. İngiliz-Amerikan (Anglo-Amerikan) Modeli 13
1.4.3. Fransız-Alman (Franko-German) Modeli 13
1.5. Acil Sağlık ve Hastane Öncesi Sağlık Hizmetlerinin Türkiye Tarihçesi 14
1.6. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Ambulansları 17
1.6.1. Acil Yardım Ambulansları 18
1.6.2. Hasta Nakil Ambulansları 18
1.6.3 Yoğun Bakım Ambulansları 19
1.6.4 Özel Donanımlı Ambulans 19
1.6.5. Hava Ambulansları 19
1.6.6. Deniz Ambulansları 20
1.7. Acil Sağlık Hizmetleri İstasyon Tipleri ve 112 Acil Çağrı Komuta Kontrol Merkezi 20
1.7.1 A Tipi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları 20

1.7.2. B Tipi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları 20
1.7.3. C Tipi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları 21
1.7.4. 112 Acil Çağrı Komuta Kontrol Merkezi 22
1.8 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Çalışan Personeller 22
1.8.1 Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri Paramedik (Aabt) 22
1.8.2 Att Acil Tıp Teknisyeni (Att) 23
1.8.3 Hekim (Doktor) 23
1.9. Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Çalışan Personellerin Yetki ve Sorumlulukları 23
İKİNCİ BÖLÜM 25
KALKINMA VE SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA 25
2.1. Kalkınma 25
2.2. Sürdürülebilir Kalkınma 26
2.2.1. Sürdürülebilirliğin Boyutları 29
2.2.2. Ekonomik Boyut 29
2.2.3. Sosyal Boyut 29
2.2.4. Çevresel Boyut 30
2.3. Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri 31
2.3.1. Yoksulluğa Son 34
2.3.2. Açlığa Son 36
2.3.3. Sağlık ve Kaliteli Yaşam 37
2.3.4. Nitelikli Eğitim 40
2.3.5. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği 43
2.3.6. Temiz Su ve Sanitasyon 47
2.3.7. Erişilebilir ve Temiz Enerji 48
2.3.8. İnsana Yakışır İş ve Ekonomik Büyüme 49
2.3.9. Sanayi Yenilikçilik ve Altyapı 51
2.3.10. Eşitsizliklerin Azaltılması 53
2.3.11. Sürdürülebilir Şehirler ve Topluluklar 55
2.3.12. Sorumlu Üretim ve Tüketim 57
2.3.13. İklim Eylemi 58
2.3.14. Sudaki Yaşam 59
2.3.15. Karasal Yaşam 61

2.3.16. Barış, Adalet ve Güçlü Kurumlar 61
2.3.17. Hedefler İçin Ortaklıklar..... 62
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM 63
LÜLEBURGAZ 5 NUMARALI ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ İSTASYONUNUN SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA AÇISINDAN ANALİZİ 63
3.1. Acil Ambulans ve Acil Triyaj Sistemi 63
3.2.1 Yoksulluğa Son Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi 66
3.2.2. Sağlıklı ve Kaliteli Yaşam Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi 68
3.2.3. Nitelikli Eğitim Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi 69
3.2.4. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi 71
3.2.5. Temiz Su ve Sanitasyon Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi 72
3.2.6. Erişilebilir ve Temiz Enerji Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi 73
3.2.7. İnsana Yakışır İş ve Ekonomik Büyüme Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi 75
3.2.8. Sanayi Yenilikçilik ve Altyapı Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi 78
3.2.9. Sürdürülebilir Şehirler ve Topluluklar Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi 81
3.2.10. Sorumlu Üretim ve Tüketim Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi 82
3.2.11. İklim Eylemi Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi 84
3.2.12. Sudaki Yaşam Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi 86
3.2.13. Karasal Yaşam Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi 89
3.2.14. Amaçlar İçin Ortaklıklar Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi 90
SONUÇ ve ÖNERİLER..... 92
KAYNAKÇA 97

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Acil Tıp Teknisyeni, Paramedik ve Hekimlerin Görev ve Sorumlulukları . 24
Tablo 2: Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı Boyut İlkeleri 31
Tablo 3: Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi: Gelişmekte Olan Ülkeler 35
Tablo 4: İnsani Gelişme Endeksi ve Bileşenleri 39
Tablo 5: Dünya 25-64 Yaş Grubundaki Eğitim Durumu (2022) 42
Tablo 6: 2008-2021 Yılları Arasında Cinsiyete Göre Seçilmiş Göstergeler..... 45
Tablo 7: Seçili Ülkelerin Cinsiyet Eşitsizliği..... 46
Tablo 8: Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması (Sağlık Bakanlığı 2018) 65
Tablo 9: Lüleburgaz 5 A.S.H.İ 2022 ve 2023 Kırsal ve Kentsel Arama İstatistikleri 68
Tablo 10: Kırklareli 2022 ve 2023 Acil Çağrı ile Yapılan Arama İstatistikleri..... 70
Tablo 11: Ford Transit 350L 2.2L Duratorq TDCi Yakıt Tüketimi Fabrika Verisi .. 87
Tablo 12: Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri Ambulansı Yakıt Alımı .. 87

GÖRSELLER LİSTESİ

Görsel 1: Lüleburgaz 5 Numaralı A.S.H.İ Çatı Kısmı 74
Görsel 2: EMS Transferli Target Sedye (ES 126) 76
Görsel 3: Kartsana (Platform) Power Brava Tg 1000 XL Hidrolik Sedye 77
Görsel 4: Otoyol 0-3 Lüleburgaz Gişeleri Kaza Olay Yeri..... 80
Görsel 5: Otoyol 0-3 Kaza Olay Yeri Bariyerler Kısmı 80
Görsel 6: Lüleburgaz 5 Numaralı A.S.H.İ' de Bulunan Tıbbi Atık Kutusu 83
Görsel 7: Lüleburgaz 5 Numaralı A.S.H.İ' de Bulunan Kesici Delici Atık Kutusu... 83
Görsel 8: Lüleburgaz 5 Numaralı A.S.H.İ' de Bulunan 3 Bölmeli Atık Kutuları 84
Görsel 9: Lüleburgaz 5 Numaralı A.S.H.İ Acil Çıkış ve Yangın Söndürme Tüpü.... 85
Görsel 10: Lüleburgaz 5 Numaralı A.S.H.İ Arka Bölümü 90

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Yıllara Göre Acil Yardım Ambulans Sayısı 18
Şekil 2: Yıllara Göre Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları Sayısı 21
Şekil 3: Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri 33
Şekil 4: Türkiye Cinsiyete Göre En Az Bir Eğitim Düzeyi Tamamlayanların Oranı 44
Şekil 5: Küresel Gelir ve Servet Eşitsizliği, 2021 54
Şekil 6: Dünya Genelindeki En Yüksek 10 ve En Düşük 50 Gelir Uçurumları 55
Şekil 7: Yıllara Göre Küresel Kara ve Okyanus Sıcaklık Endeksi Yıllık Ortalama .. 59
Şekil 8: Yıllara Göre Okyanus Seçili Bölgelerindeki Çözünmüş Karbondioksit 60
Şekil 9: Lüleburgaz'ın Bölgelere Göre Nüfus ve Eğitim Haritası 66
Şekil 10: Lüleburgaz'da İncelenen 1-2-3-4 Bölgeleri Ortalama Eğitim Süreleri 67
Şekil 11: Lüleburgaz 1985 ve 2006 Yılları Ölçülen Güneşlenme Süresi Ortalaması 74
Şekil 12: Dinlenme Tesisi - Kaza Bölgesi - Lüleburgaz 5 Numaralı A.S.H.İ 79
Şekil 13: Kaza bölgesi ve Lüleburgaz 5 Numaralı A.S.H.İ 79

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DR	Doktor
UNFCCC	Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi
ASHİ	Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu
AÇM	Acil Çağrı Merkezi
SKH	Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
AABT	Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri
PRM	Paramedik
ATT	Acil Tıp Teknisyeni
ASTE	Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitimi
KTS	Kanada Triyaj Sistemi
ATS	Avustralya Triyaj Sistemi
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
KPR	Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon

GİRİŞ

Tıp Tarihinin geçmişine bakıldığında, insanlık tarihinin geçmişi ile eş zamanlı olarak ilerlediği görülmektedir. İlk çağlarda yaşanan küçük topluluklarda görülen hastalıklar önce bireylere daha sonra yaşanan topluluğa ve çevre topluluklara yayılmıştır. Salgın hastalıklar ve fiziksel yaralanmalar gibi sorunları çözmek için topluluklar çeşitli yöntemlere başvurmuşlardır. İlk çağlardan itibaren topluluklarda geliştirilen yöntemler birbirinden farklı olsa da amaçları sağlıklı olma hali üzerinde birleşmektedir. Bu istekle hastalıkları tedavi edebilme arzusu ortaya çıkmıştır. Belli başlı hastalıklarda deneme yanılma yöntemleri ile hastalıklar üzerinde hayvansal veya bitkisel çabaların sonuç getirdiği görülmüştür. Bu sonuçlar yazının icadı ile nesilden nesile aktarılmaya çalışılmış, tedavi alanında uzmanlaşan kişilere toplumlarda, coğrafyaların değişikliğiyle farklılık gösterebilen otacı, şifacı, hekim, tabip, latros gibi isimler konduğu görülebilmektedir.

Gelişen teknoloji ve bilgi birikimiyle yalnızca kronik hastalıkları değil akut ve ani gelişen durumların da tedavi edilebileceği görülmüştür. Yaşanan tarihsel dönemlerde gelişen savaş durumlarında yaralanan askerlerin tedavileri sonucu cepheye geri dönerek savaşmasının askerî açıdan anlamlı etkileri görülerek ilk yardım ve acil tıp alanında gelişim görülmüştür. Zaman içinde gelişen ilk yardım ve acil tıp bilgisi sivil topluluklarda kullanılmaya başlanmıştır. Bu durumun etkileriyle rutin bir protokol oluşmaya başlamış her kültür ve ülke kendi ilk yardım ve acil tıp sistemini yerleştirme ve geliştirme çabasına girişmiştir. İlk yardım ve acil tıp uygulamalarının yıllar geçtikçe artan nüfusa planlı ve kontrollü bir şekilde eşit dağılımı için sınırlı kaynaklarla hizmet edilmesi gerçeği görülmüş ve buradan hareketle sürdürülebilir kalkınmanın önemi görülmüştür. Sürdürülebilir kalkınmanın temelinde mevcut neslin ve gelecek nesillerin ihtiyaçlarını kısıtlı kaynaklarla karşılayabilme arzusu bulunmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

TIP TARİHİ ve ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

1.1. Sağlık Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık; **"***sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir*" şeklinde tanımlanmaktadır (Aydın, 2019: 22).

Batı tıbbının, sağlık tanımına ilk yaklaşımının 19. ve 20. yüzyılın başlarında olduğu düşünülmektedir. Bu süreçte sağlık açıklamaları, hastalıkların yokluğuna dayanan indirgemeci bir kavramla, sakatlıklar ve fiziksel parametrelere odaklanarak tanımlanmaya çalışılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü ise sağlık tanımını "*fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik hali*" olarak tanımlamaktadır. Geçen yüzyılda DSÖ'nün bu tanımı tüm dünyaya yayılmış ve ülkeleri bireylerin fiziksel koşullarının belirlediği geleneksel sağlık hizmetlerinin sınırlarının ötesine taşıyarak ulusal sağlık sistemlerinin geliştirilmesinde önemli bir rol oynamıştır (Leonardi, 2018: 2).

DSÖ'nün sağlık tanımı sağlığın çeşitli boyutlarını dikkate aldığını göstermektedir tanım; fiziksel, sosyal, rol, zihinsel, duygusal ve genel sağlık durumu algılarını içerir. Ayrıca sağlığı, başlı başına bir amaçtan ziyade kullanılacak bir kaynak olarak geniş bir bakış açısıyla kavramsallaştırır (Saylor, 2004: 99 – 101).

Sağlığın tanımlanması uzun yıllar tartışılmış bir kavram olarak kendini göstermektedir. Tartışmalar ve tanımlar, tarihsel dönemlere ve kültürlere bağlı olarak değişiklik göstermiş olup değişimlere uğramıştır. 1850'lerden itibaren Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlığın tanımlanması ile ilgili görüşler yoğunlaşmış ve "yaşam sürdürebilme" , "hastalığa yakalanmama", "günlük aktiviteleri yerine getirme", "mutluluk duygusu" gibi farklı şekillerde tanımlarla açıklanmaya çalışılmıştır (Larson, 1991: 1).

Sağlık tanımının farklılıklar göstermesine karşın ayrım şekillerindeki resmi ve resmi olmayan tanımlar olarak görüş birliği mevcuttur. Resmi tanımlar sağlık profesyonelleri tarafından yapılan tanımlar olarak değerlendirilmektedir. Resmi olmayan tanımlar ise sağlık konusunda profesyonel olmayanların yaptığı tanımlar ve sağlığı algılayış şekilleri olarak gösterilmektedir. Sağlık profesyonellerinin tanımları somut teşhisler ve objektif durumlara göre şekillenmektedir, sağlık profesyoneli dışındakilerin resmi olmayan tanımları ise yaşanan duruma ve kişinin kendini sağlıklı ya da sağlıksız hissetmesine göre değişiklik göstermektedir (Aggleton, 1990: 4).

Sağlık kavramı sübjektif ve objektif olarak ikiye ayrıldığında daha kapsamlı incelenebilmektedir (Birol, 1997: 16).

Sübjektif açıdan sağlık tanımına bakıldığında kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan kendi farkındalığını algılaması durumudur. Bu tanım kısaca bireyin kendi algısına göre, hastalık varlığında kendini hasta hissetmesi ya da hastalık halinin olmadığındaki durumlarda kendisini sağlıklı hissetmesi olarak açıklanabilmektedir. Objektif açıdan sağlık ise sağlık profesyonellerinin kontrolleri ve tanı testleri sonuçlarına göre belirlenen hastalık halinin olması ya da olmaması durumu olarak açıklanabilmektedir (Bolsoy, Sevil 2006: 79).

İnsanlara sağlıklı olmanın önemi sorulduğunda verilen cevap "öncelikli ve en önemli" şeklinde olmaktadır. Genel olarak durum incelendiğinde ise insanların çoğu zaman sağlıksız olmayı tercih ettikleri, kötü beslenme alışkanlıkları, madde ve alkol bağımlılıkları gibi konulardan kaçınmaya önem vermedikleri görülmektedir. Buradan bakıldığında sağlık kavramının insanlar için belirttikleri kadar öncelikli olmadığı ve ancak sağlığın kaybedilmesiyle birlikte öneminin farkına vardıkları görülmektedir. İnsanların sağlıklı olmaya verdiği önem gibi benzer bir yaklaşımla, sağlık temel insan hakları içinde yer almasına rağmen gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere de bakıldığında sağlık sektörünün diğer sektörlere göre yeterince yatırım almadığı görülmekte ve ülkelerin sadece silahlanma için ayırdığı bütçelerinin bile sağlık yapılanmasına ve hastalıkların önlenmesine ayırmadığı görülmektedir (Sur & Palteki, 2013: 11).

İnsanların hastalığa bakış açısının yanı sıra devletlerin ve hükümetlerin hastalıkların önlenmesi ve hastaların iyileşmesi adına sağlıklı çevreyi oluşturmaları öncelikli hedefleri olmalıdır. Devletlerin insanların sağlık sorunlarının çözümüne yönelik, hastalık önleyici ve tedavi edici programları sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2015: 17).

1.2. Tıp Tarihi

İnsanlığın bilinen tarihiyle birlikte şekillenmiş ve ilerlemiş bulunan tıp tarihinin, yazının icadından önce mağara çizimleri ve arkeolojik kazılardaki bilgiler ışığında ortaya çıktığı söylenebilir. İlk insanların bir kısmı avcı - toplayıcı hayat tarzını benimsemiş, bir kısmı da yerleşik hayata geçerek tarım toplumunun temellerinin oluşmasına ve tarım toplumunun ilerleyişine öncülük etmişlerdir. Yerleşik hayata geçen insanlar tarımın gelişmesiyle birlikte belli otların ve bitkilerin insan vücudunda tedavi edici ve koruyucu etkilerle kullanılabileceğini keşfetmişlerdir. Deneme yanılma metoduyla vücutlarını rahatsız eden farklı hastalıklara çözümler getirmeye çalışmışlar ve ilerleyen süreçte tedavilerin unutulmaması adına kayıt tutmaya başlamışlardır. Tıp tarihiyle ilgili en eski belgenin milattan önce 3000 yılında Sümerli bir hekim tarafından kil tabletler üzerine yazılan yazıtlar olduğu görülmekte, insanlığın ilk ve en eski tıp kitabı olarak literatürde yer almaktadır. Belirtilen kil tablette epilepsinin ve diğer birçok hastalığın tanımının yapıldığı görülebilir. Tıp, insanları tedavi etmenin yanı sıra ilk çağlarda tapınaklarda dini ritüeller ile gelişimini sürdürmeye devam etmiştir. Tapınaklarda büyücüler ve cadılar çeşitli bitkiler ve dini ritüellerle insanları tedavi etmeye çalışmışlardır. Ayrıca tapınaklarda büyücülerin saygınlık açısından hekimlerden önde geldiği söylenebilir (Budak, 2021: 6).

Yerleşik hayata geçen ilk insan topluluğunun M.Ö. 11500 yılında oluşturduğu Türkiye'de bulunan Göbeklitepe'nin, 1963 yılındaki yer tespitinden başlanıp 2011 yılında yapılan keşiflerle birlikte dünya tarihinin en eski taş tapınağı olduğu bilinmektedir. İnsan yaşamında dönüm noktası olarak görülen çiftçilik, hayvan

yetiştirme ve dini ritüeller için Göbeklitepe'de kurulan yapıların uygarlığın doğuşuna zemin hazırladığı ifade edilebilir (Collins, 2016: 37-67).

Anadolu coğrafyasında tıp tarihi Antik Çağ, Hitit, Antik Helenistik, Roma, Bizans ve Türklerin Anadolu'ya göçleri sonrası dönem olarak ele alınmaktadır. Antik dönem (M.Ö. 10.000 – 5500) ile ilgili kaynakların sınırlı olmasıyla beraber bu dönemde rahiplerin ve şamanların büyü ile tedavi yapması, bunun yanında avcı - toplayıcı toplulukların cerrahi tedavilerde ve tarım toplumlarının şifalı otlarla ilgili tedavi yöntemlerinde geliştikleri düşünülmektedir. Antik Çağ'da yapılan ilk cerrahi işlem olarak görülen "trepanasyon" kafatası delme ameliyatlarının amacı net olarak bilinmemekle birlikte sürekli görülen ve geçmeyen baş ağrısının tedavisi için yapıldığı düşünülmektedir. Hitit döneminde (M.Ö. 2100 – 1190) doktorların arasında hiyerarşilerin bulunduğu ve kadınların da hekim olarak görev yaptığı düşünülmektedir. Hitit tabletlerinde tarihte bilinen ilk psikoterapi yaklaşımlarının cinsel işlev bozukluğunu düzeltmek üzerine olduğu düşünülmekte yapılan tedavilerde hastanın yanında bulunan kadın hekimin "*Kadınlık alametleri olan iğ ve yumakla girdiğin bu odada elinden iğ ve yumağı alıyorum. Kadınlık alametlerini üzerinden ben aldım. Eline erkeklik alametleri olan ok ve yay veriyorum. Kadınlık alametlerini şimdi bu odada bırakacaksın ve kapıdan bir erkek olarak çıkacaksın*!" şeklindeki yönlendirmelerinin tedavi sonuçları günümüzde bilinmemektedir (Yalçın, Ünal, Pirdal ve Selçuk, 2016: 34-35).

Antik Helenistik Döneme (M.Ö. 600 – M.S. 100) bakıldığında bu dönemde tıbbi ve felsefi gelişmelerin hız kazandığı felsefe alanında Sokrat, Eflatun ve tarih alanında Heredot gibi önemli alimler önde gelmektedir. Bu dönemin tıp alanında en önemli hekimi ve tıbbın babası olarak da anılan Hipokrat olduğu düşünülmektedir. Hipokrat tıbbi yaklaşımının merkezinde büyü ve batıl inanç yöntemlerini reddederek vücudun dört sıvıdan oluştuğunu bunların; kalpteki kan, beyindeki bağlam, karaciğerdeki sarı safra, dalak ve midedeki kara safra olarak vücut içerisinde dengede bulunduklarını ve dengenin bozulması durumunda hastalık halinin gerçekleştiğini öne sürmüştür. Roma İmparatorluğu döneminde (M.Ö. 509 - M.S. 395) ise tıbbın gelişmesi Yunanistan'ın işgaline kadar yavaşlamış ve Romalıların

şerefli bir meslek olmadığını düşündüğü hekimliğin ancak Yunan hekimlerinin Roma'ya gelişinden sonra ilerlediği düşünülmektedir. Doğu Roma (Bizans) dönemi (M.S.395-1453) İmparatorluğun Doğu ve Batı olarak ayrılmasından sonra İstanbul'un fethine kadarki süreçte Konstantinopolis üzerinde İmparator Justinian (M.S.527-565) erkek ve kadınların kullanımı için her ikisi de 10 bölümden oluşan 50 yataklı iki hastane kurdurmuştur (Yalçın, Ünal, Pirdal ve Selçuk, 2016: 34-35).

Tarihte tedavi için yapıldığı bilinen ilk cerrahi girişim M.Ö. 2700 yıllarına ait kaynaklara göre büyük bir apsenin tedavi edilmesidir. Antik Yunanlıların bu dönemde farklı kültürlerde gelişen tıbbi gelişmeleri ve birikimleri Hint, Mısır ve Mezopotamya eserlerinden inceleyerek Batı tıbbının temellerini oluşturdukları düşünülmektedir. Platon, Aristoteles ve Sokrates gibi M.Ö. 4. ve 5. yüzyılda Batı Anadolu'da yaşamış filozofların farklı felsefi etkileriyle Hipokrat dönemine kadar hekimlik, felsefe ve dini inançlar ile gelişmiştir, fakat hastalıkların bu sebeplere bağlı olmadığını ileri süren Hipokrat ile bilgi, beceri ve deneye dayalı çalışmalara önem gösterdikleri düşünülmektedir. Orta Çağa kadar farklı bilimsel gelişmelerle ilerlemesine devam eden tıp bilimi ve sağlık tarihi orta çağda dini görüşlerin, baskıcı ve feodal yönetim yapılarının etkisi altında kalmış ve engellenmeye çalışılmıştır. Orta Çağda görülen baskıcı yönetimlerin ve bilime kapalı dini görüşlerin etkisiyle tıp alanında gelişmeler oldukça yavaşlamıştır. Buna karşın aynı dönemde İslam dünyasında Emeviler ve Abbasiler, tıp bilimine katkı yapmaya devam etmişlerdir. Antik Yunan eserlerinin önce Arapçaya daha sonra da Latinceye çevrilmesiyle Avrupa'da etkileri artmıştır. Bu dönemde Buhara'da doğan büyük tıp bilginleri arasında gösterilen İbn-i Sina görüşleriyle öne çıkmaktadır. "El-Kanun fi't-tıbb" adlı eseri Latinceye çevrilerek Batı dünyasında 1500'lere kadar temel kaynak eser olarak kullanılmıştır (Budak, 2021: 7-8).

İbn-i Sina'nın El-Kanun fi't-tıbb isimli eseri, Gerard de Cremone tarafından 12. yüzyılın sonlarına doğru Latinceye çevrilmiş ve Arapça metni 1593'te Roma'da basılmıştır. Eser tıp ve felsefe alanlarında batı ve doğuda birçok tıp bilgini ve öğrencisine yol göstermiştir. Bu eser, 1700'lere gelindiğinde Türk hekim Tokatlı Mustafa Efendi tarafından Türkçe' ye çevrilmiştir (Erdemir, 2018: 194).

1.2.1. İslamiyet Öncesi Orta Asya Türk Tıbbı

Türklerin ana yurdu olarak kabul gören Orta Asya'da avcı – toplayıcı hayat tarzını benimsemiş topluluklarda bulunan kam olarak adlandırılmış kişiler, toplulukların olağanüstü durumlarda başvurduğu kimseler olarak öne çıkmaktadırlar. Topluluklar geleneksel yöntemlerle çözemediği durumları kamlara aktarmış; hayvan sağlığı, insan sağlığı, kuraklık, doğal afet ve saldırılar gibi sorunları bilge olarak görülen kamlarla çözmeye çalışmıştır. Topluluklar kamların doğaüstü güçlerle iletişim halinde olduğunu düşünüp bu bağından yararlanarak kamın diğer alemden aldığı kehanetlerine göre hareket etmektedir. Kamlara en sık hastalıklarla ilgili başvurup tanı yerine geçen kehanetlerini dinlemişlerdir. Kötü ruhlara ve farklı hastalıklara karşı iyileştirici etki gösterdiğini düşündükleri hasta kişinin yüzüne su atmak, antiseptik özellikli bitkilerden yapılan tütsüleri yakmak gibi uygulamalarla iyileşme sağlamaya çalışmışlardır. Göçebe hayat tarzının terk edilmesi, yazı alışkanlığının gelişmesi, tapınakların kurulması, diğer toplulukların eserlerinden çevirilerin yapılmasıyla birlikte otlar ve farklı ritüellerle yapılan tedavi çalışmaları nesilden nesile aktarılmış bu sayede gelişen bir hekim tipinin ve sağlık sisteminin ortaya çıktığı düşünülmektedir. (Gürgan, 2010:10-11).

Orta Asya'da bulunan Türklerin tıp yaklaşımları halkın inançları ve gelenekler çevresinde şekillenmiş bununla birlikte döneme ait yazılı belgelerde hastaların dört hılt görüşüyle teşhis ve tedavi edilmeye çalışıldığı düşünülmektedir bu durumun Hipokrat'ın bakış açısıyla uyumlu olduğu görülebilir, dört hılt; kara safra, sarı safra, balgam ve kan şeklinde açıklanmış ve herhangi birisinin arasındaki denge bozulduğunda hastalık olayının gerçekleştiğinin ispatı sayılmıştır (Erdemir, 2018: 202).

Türk boylarından biri olan Uygurların yerleşik hayata geçmesine kadar olan süre içinde genel olarak Türkler göçebe bir yaşam tarzını benimsemiştir. Bozkırlarda doğa ve tabiatla uyum içinde yaşayan bu topluluklarda bilimsel tıp yaklaşımından bahsetmek mümkün değildir. Yaşadıkları sağlık problemlerine daha çok büyü ve batıl inançlarla çözüm getirmeye çalışmışlardır. Hun Türklerine bakıldığında ise

sınırlı tedavi girişimlerinde bulundukları görülmüştür. Hastalar dağlama, ağrılı bölge üzerine sıcak taş konması ve hasta üzerine sıcak toprak bırakma gibi uygulamalarla tedavi edilmeye çalışılsa da daha çok gök, yer, dağ ve ırmak ruhları gibi mistik güçlerle tedaviler denenmiştir. İslam öncesi Orta Asya Türk tıbbı tedavi yaklaşımları ve amaçlarına göre iki aşamada incelenmektedir. Kam, şaman olarak adlandırılan büyücü hekimlerin büyü yaklaşımlarıyla tedavileri bununla birlikte otacı, atasagun olarak adlandırılan kişilerin ise ilaç ve diğer metotlarla tedavi yaklaşımları ile tedavi yaptıkları düşünülmektedir. Bu ayrıma kanıt olarak Yusuf Has Hacib'in yazarı olduğu Kutadgu Bilig'de geçen büyücü, kam, şaman ve otacı, atasagun arasındaki çekişme, yazdığı beyitlerinde görülmektedir (Bayat, 2016: 237-238).

Otaçı unamaz mu'azzim sözin - Tabip onaylamaz, büyücü sözü,
Mu'azzim otaçıka evrer yüzin - Büyücü tabipten, çevirir yüzü.
Ol aymış otug yise igke yarar - O der, ilâç yese, derdine yarar,
Bu aymış bitik tutsa yekler yıra - Bu der, yazı tutsa, cinleri ırar.

Esere bakıldığında büyücü ve tabiplerin tedavileri birlikte yürüttüğü görülebilmekte fakat aralarında memnuniyetsizlikten kaynaklı çatışmaların bulunduğu ve kamların ruhani, otacıların ise bitki ve yöntem odaklı tedavilere önem verdiği görülmektedir (Bayat, 2016: 237-238).

1.2.2. Türklerin İslamiyet'i Kabulü ve Anadolu'ya Göçleri Sonrası Türk Tıp Tarihi

Türkler İslamiyet sonrası İslam tıbbı ve Yunan tıbbından etkilenerek hastane karşılığı olarak şifahiye, bimarhane, darüşşifa gibi kelimeler kullanmışlardır. Anadolu'da Büyük Selçuklu döneminde ticaret yolları üzerinde kurulan darüşşifalar devlet kontrolü altında sağlık hizmeti vermişlerdir. Darüşşifalar içinde kadın ve erkek bölümlerinin ayrı bulunması, ruhsal hastalıklar için bimarhane adı altında bölümlerin bulunması ve ilaç depolarının bulunmasının yanı sıra yemek, ilaç ve hasta bakımı için görevli işçilerin bulunmakta olduğu söylenebilir. Tarihte bilinen ilk tıp

okulu M.Ö. 700 yılında Datça bölgesinde bulunan Knidos'ta açılmıştır (Dündar, Emekli ve Şener 2019: 83-84).

M.Ö. 5 yüzyıla gelindiğinde Antik Yunan'daki Kos adasında Hipokrat tarafından dini ve felsefeyi tıp biliminden ayıran ve rasyonel eğitim vermeye odaklı Kos tıp okulu kurulmuştur (Dündar, Emekli ve Şener 2019: 83-84). Anadolu Selçuklu döneminde ise benzer şekilde eğitim ve hizmet amacıyla kurulan ilk tıp fakültesi ve hastaneyi içerisinde barındıran "Gevher Nesibe Tıp Medresesi ve Darüşşifası" kurulmuştur. Gevher Nesibe Darüşşifası Selçuklu hükümdarı 1. Gıyaseddin Keyhüsrev emriyle kız kardeşi Gevher Nesibe Sultanın vasiyeti üzerine 1204-1206 yılları arasında Kayseri'de yaptırılmıştır. Gevher Nesibe Sultanın türbesinin de içinde bulunduğu şifahane, Anadolu'nun İslâm döneminde inşa edilmiş ilk hastanesidir. 1210-1214 yılları arasında şifahaneye ek olarak "Gıyasiye" adıyla dünyanın ilk tıp medresesi yaptırılmıştır (Oral, 2013: 20-21).

Gevher Nesibe Tıp Medresesi ve Darüşşifası tıp eğitimi ve sağlık hizmetini birlikte veren Türk tıp tarihinin ilk fakültesi olarak kabul edilmektedir. Şifahane ve medrese olarak iki bölümde inşa edilmiş olan yapı koridorlarla birbirine bağlanmış 1206 yılında açılmış ve 1214 yılında medrese bölümünün eklenmesiyle hizmete devam etmiştir. 1839 yılına kadar hizmet vermiş olan yapıda üç ameliyathane, yemekhane ve hasta odalarının yanı sıra müzikle psikolojik tedavi yapılan özel odalar bulunmaktadır (Özkul, 2020: 29-36).

1.3.Acil Tıp ve Acil Sağlık Hizmetleri

1.3.1. Acil Tıbbi Durum

Acil tıbbi durum hastalık, kaza ve yaralanma gibi kişinin hayati fonksiyonlarına hızla müdahale gerektiren, ani gelişen durumlarda gerekli tıbbi müdahalenin olay yerinde yapılamadığı veya gecikebildiği, beden bütünlüğünün veya hayat kaybının yaşanma riskinin olduğu durumlardır (Özel, Özcan ve Özel, 2018).

Sosyal Güvenlik Kurumunun yayınladığı Sağlık Uygulama Tebliğinde ise yaralanma kaza ve benzeri durumları takiben ilk 24 saatte tıbbi müdahale veya nakil yapılamadığı vakalarda hasta veya yaralının hayatını kaybetme riskinin bulunduğu durumlar olarak ifade edilmektedir (Bıçakçı, 2014: 4-5).

1.3.2. Acil Tıp

Hayat kaybı ya da beden bütünlüğünün kaybının değerlendirilmesi, yönlendirilmesi ve tedavi edilmesini kapsayan uzmanlık dalı Acil Tıp olarak adlandırılmaktadır. Hasta ve yaralıların yaş, cinsiyet, ekonomik durum gibi ayrımlarının yapılmadan teşhis ve tedavisinin uygulandığı klinik tıp uygulaması olarak öne çıkmaktadır. Acil tıbbi bir durumun değerlendirilmesi, ilerlemesinin önlenmesi, yönlendirilmesi ve tedavisi acil tıp sistemini kapsamakta ve açıklamakta, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ve hastanede uygulanan acil sağlık hizmetleri olarak iki temele dayanmaktadır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ve hastane acil sağlık hizmetleri birbirleriyle uyum içerisinde çalışması gereken birimlerdir (Sarı, 2020: 2-3).

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden ayrılan birçok özelliği bulunmaktadır. Sağlıklı olma halinin temel insani haklardan biri olarak görülmesinin yanında buradaki en temel ayrım sağlık hizmetlerinin yalnızca kâr amacıyla sunulmuş hizmetler olarak açıklanamamasıdır. Sağlık merkezlerinin büyük bölümü kamu veya kâr amacı gütmeyen kuruluşlar bünyesinde bulunmaktadır. Bireylerin ve toplumun hastalıklardan korunması bulaşıcı hastalıklar ve ekonomik etkiler sebebiyle hızlı ve ulaşılabilir olmasını gerektirmektedir. Sağlık hizmetinin temel haklar olarak İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde güvence altına alınması kar motivasyonuyla açıklanmasını engeller (Çoban, 2009: 11-12).

1.4. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

Acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim almış kişilerin, tıbbî araç ve gereç desteği ile olay yerinde ve hastaneye nakil sırasında yapılan müdahalelerin bütünü

olarak tanımlanmaktadır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin ana unsurunun ambulans hizmetleri olduğu değerlendirilmektedir (Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019: 2).

1.4.1 Acil Sağlık ve Hastane Öncesi Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

Acil tıp uygulamalarının dünyadaki geçmişine bakıldığında ilk olarak savaşlardaki yaralıların güvenli bölgelere taşınmalarıyla başladığı görülmektedir. Tarihinin net olarak bilinmemesiyle birlikte 5000 yıl kadar önceye dayandığı tahmin edilen savaşlarda askerlerin savaş alanlarından alınıp tekrar savaşacak gücü toplamalarına kadar dinlenmelerini kapsayan sürecin görüldüğü bilinmektedir. İlk kayıtlara göre 1487 yılında İspanyol ordusunun kale kuşatmasında, ambulans benzeri atlı arabaların yaralı askerleri cephe hattı dışına taşıdığı bilinmektedir. Savaş alanlarında başlayan acil tıp uygulamaları sivil hayata 19. Yüzyıla kadar uyarlanamamış ancak 1878 yılında İngiltere'nin başkenti Londra'da ilk sivil ambulans sistemi olarak değerlendirilebilecek uygulamalar denenmeye başlanmıştır (Demirbilek ve Hatık, 2020: 44).

Acil sağlık hizmetlerinin öneminin anlaşıldığı ve modern acil sağlık hizmetleri anlayışına olan adımının Napolyon'un baş cerrahı olarak bilinen Baron Dominique Larrey tarafından atıldığı görülebilir. Baron Dominique Larrey Fransa'nın Prusya seferi sırasında savaş hattında bulunan hasta ve yaralıları güvenli bölgeye taşıma ve tedavilerini yapabilme konusunda yaşanan problemleri görmüş savaş alanlarında ve tarihte ilk kez görülen askeri acil tıbbi müdahale ekiplerini kurmada öncülük etmiştir. Fourgon adı verilen büyük ve hantal araçların hasta, yaralı taşımadaki etkisizliğini deneyimlemiş araçların süspansiyon etkisinin olmadığı için yaralıların taşıma esnasında durumlarının daha da kötüleştiğini tedavi ve iyileşme sürelerinin uzadığını tespit etmiştir. Bu sorunlara cevap verebilmek için kurduğu ekiple birlikte cephe hattına inerek yaralıların hayatta kalma şansını artırmak amacıyla daha hafif ve hızlı bir araçla yaralı tahliye yoluna gitmiştir. "*Uçan Ambulans*" veya "*Ambulans Volante*" olarak adlandırdığı bir tasarım geliştirmiştir. İki hastanın taşınabildiği, araç tabanının ise sedye olarak çıkartılabildiği görülebilir. Tıbbi ekipman bölmeleri de bulunan bu araçlar savaşların yaşandığı dönemde

Cenevre Sözleşmesinin savaş alanları ve tedavi hizmetleri konusunda geliştirilmemiş olması nedeniyle düşman atışlarından muaf tutulmayıp, ateş hattında hizmet verdiği görülebilmektedir. Baron Dominique Larrey'in acil vakaları sınıflama sistemi olan triyajın kullanımında da öncü olarak görüldüğü söylenebilir. Hayati açıdan kritik düzeyde yaralanan yaralıların travma düzeyine göre ilk 1 saatte ameliyat edilmemesi durumunda hayatta kalma şanslarının olmadığını tecrübesiyle deneyimlemiştir. Savaş meydanlarında yüksek rütbeli subayların tedavisinin daha önce yapılması uygulamasını değiştirmiş ve tecrübesine dayanarak durumu kritik hastalara rütbe ve milliyetine bakılmaksızın tedavi önceliği vermiştir. Baron Dominique Larrey'in modern triyajın başlangıcı sayılabilecek bu yaklaşımına Fransız devriminin her insanın eşit olduğu fikrinden etkilendiği somut bir şekilde gösterilebilir (Nestor, 2003: 2-4).

Birinci ve İkinci Dünya Savaşları'nın ardından acil sağlık hizmetleri düzenlenmemiş karmaşık bir yapı içerisinde kendini göstermektedir. Acil müdahale ve sosyal ekiplerin genellikle hastaneler, itfaiye departmanları ya da cenaze işleri olarak farklı şekillerde hizmet verdiği görülebilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1970'lerin başında ABD Başkanı Richard Nixon yönetiminde "Kaza Sonucu Ölüm ve Sakatlık" içeriğiyle "Modern Toplumun İhmal Edilen Hastalığı" başlığı altında bir rapor hazırlanmıştır. Raporda, motorlu taşıtların ve araç kazalarının aynı dönemde yaşanan diğer ülkelerdeki kazalardan daha fazla Amerikalının ölümüne neden olduğu görüldüğünde düzenlemeler ve standartların eksikliğini gösteren çalışmalar yapılmıştır (Makrides, Ross, Gosling ve O'meara, 2023: 149-152).

20. Yüzyıl başlarında yaşanan nüfus artışıyla birlikte kaza ve hastalıklarda görülen yükseliş grafiği nedeniyle Fransa ve ABD başta olmak üzere oluşturulan ekiplere hekim, paramedik ve acil tıp teknisyenleri çalışanları dahil olup sisteme işlerlik kazandırıldığı görülebilmektedir. 21. Yüzyıla yaklaşırken her ülke kendi acil sağlık sistemlerini oluşturmaya başlamış ve acil sağlık sistemleri yaygınlaşmaya başlamıştır. Ülkeler birbirlerinden farklı fakat birbirini tamamlayıcı yapılar

oluşturarak acil sağlık sisteminin gelişmesine ve değişimine yol açmışlardır. Genel olarak iki uygulama öne çıkmış ve kullanılır hale gelmiştir. Bunlar Anglo-Amerikan ve Franko-German modelleridir (Paksoy, 2016: 14).

1.4.2. İngiliz-Amerikan (Anglo-Amerikan) Modeli

ABD'de Richard Nixon döneminde hazırlanan "Modern Toplumun İhmal Edilen Hastalığı" raporunun yayınlanmasından kısa bir süre sonra Anglo-Amerikan modeli sistemi ABD ve Kanada'da uygulanmaya başlanmıştır. Hastane öncesi hizmetlerin de bu dönemde ABD ve Kanada'da hizmete girdiği görülmektedir. Avustralya, Yeni Zelanda ve İngiltere'nin de benzer yaklaşımlarla ambulans hizmetlerini kullanmaya başladığı görülebilir. İlk dönemlerde ambulanslarda nadir olarak hekimler çalışsa da çoğu durumda hastaların taşınması görevi asgari düzeyde eğitimli veya eğitimsiz personele bırakılmış ve bir süre düşük statülü bir işçi sınıfı mesleği olarak kabul edilmiştir. Meslek olgunlaştıkça, meslek rolü de evrim geçirmiş teknisyenler ve ardından sağlık görevlileri (teknikerler) tarafından modern dünyanın vazgeçilmez bir sistem parçası durumu olarak görülmüştür (Makrides, Ross, Gosling ve O'meara, 2023: 149-152).

İngiliz Amerikan Modeli genel olarak hastaya olay yerinde acil müdahale etmek ve hızlı bir şekilde sağlık kuruluşuna sevkini sağlamak şeklinde çalışan bir uygulama olmuştur. Paramedik ve acil tıp teknisyenlerinin sağlık kurumuna kadar hastaya müdahalede bulundukları, hastaların kesin tanılarının acil servislerde aldığı bir sistemdir. Bu modeli kullanan bazı ülkeler Türkiye, İngiltere, Kanada, ABD, Yeni Zelanda, Avustralya, Güney Kore, İsrail, İzlanda olarak görülebilmektedir (Paksoy, 2016: 14).

1.4.3. Fransız-Alman (Franko-German) Modeli

Acil sağlık hizmetleri Fransız - Alman ve İngiliz - Amerikan modelleri açısından birbirinden farklı anlayışlarla yürütülmektedir. İngiliz - Amerikan literatüründe hastane tabanlı acil servis hekimleri tarafından uygulanan yaklaşımlar

görülmektedir. Ancak Fransız - Alman literatürü, acil tıbbi hizmetler bağlamında ve diğer hastane öncesi bakım alanlarında çoğunlukla pratisyen hekimler tarafından verilen sağlık hizmetleri olarak kullanılmaktadır. Buna karşılık, ABD'nde acil sağlık hizmetleri, acil tıbbın geniş alanının yalnızca bir parçasıdır ve genellikle hekimlerin doğrudan katılımı olmaksızın sağlık görevlileri tarafından verilir. Almanya'da acil tıp bakımı genellikle olay yerinde veya ambulansta tek hekim tarafından ileri yaşam desteği birimleri adında ekiple verilen bütünleşmiş bir yaklaşım olarak uygulanmakta ve hastanın acil serviste bulunan uzman hekime transferiyle sona ermektedir. Temel yaşam desteği adında kurulan birimlerde ise acil tıp teknisyenleri ya da paramedikler görev yapar ve düşük riskli hastaların hastaneye naklini sağlarlar. Almanya özelinde 16 eyalet bulunmakta ve her eyalet farklı acil durum yasalarına göre işleyiş göstermektedir. Eyalet yasalarına göre değişiklik gösterdiği durumlara bağlı olarak, ambulanslarda sürücü olarak en az bir paramedik bulunur. İleri yaşam desteği birimleri çoğu eyalette sürücü olarak en az bir paramedik bulundurur. İleri yaşam desteği birimlerinin tümünde ayrıca hastaların tedavisi ve nakli için bir doktor bulunur (Platz, Bey ve Walter, 2003: 205).

Bu modeli diğer modelden ayıran en önemli unsur hastaya tıbbi tedavinin alanında uzman hekimlerin olay yerinde vermesi ve gerekli görüldüğü durumlarda sağlık kurumuna sevki şeklinde görülmektedir. Bu sistemde ileri sağlık tetkikleri olay yerine getirilir hasta, hastane ortamında gibi değerlendirilir ve gerekli görüldüğü bölümlere hastanın nakli başlatılır. Modeli uygulayan bazı ülkeler Finlandiya, Almanya, Fransa, Portekiz, Norveç, Rusya, İsveç olarak görülebilmektedir (Paksoy, 2016: 15)

1.5. Acil Sağlık ve Hastane Öncesi Sağlık Hizmetlerinin Türkiye Tarihçesi

Acil sağlık hizmetlerinin Türkiye'deki tarihi dünyadaki acil sağlık hizmetleri tarihinde olduğu gibi, savaşların yaşanması ile yaralanan ve hastalanan askerlerin cephe gerisine tedavi amacıyla taşınması gerekliliği ile başladığı görülebilmektedir. Osmanlı tarihinde ise yardım hizmetlerinin uyum içinde çalışan ekiplerinin 1. Dünya savaşı öncesinde 11 Haziran 1868 tarihinde **"**Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere

Yardım Cemiyeti" adı altında savaş alanında yaralanan ya da hastalanan askerlere hiçbir ayrım gözetmeksizin yardım etmek arzusundan doğduğu görülmektedir. Kullanılan cemiyet adı 1877'de "Osmanlı Hilali Ahmer Cemiyeti", 1923'de "Türkiye Hilal-i Ahmer Cemiyeti", 1935' de "Türkiye Kızılay Cemiyeti" ve 1947'de "Türkiye Kızılay Derneği" olarak değiştirilmiştir. Cemiyetin bayrağı şeklini beyaz zemin üzerinde karşıdan bakarken sola doğru açık kırmızı "Ay" dan almaktadır. Kızılay bayrağında "Ay'ın açık yüzü bayrak direğinin tersine doğrudur. Kızılay, Devletler Hukuku'nun ilgi hükümleri gereğince, savaş zamanında silahlı kuvvetlerin sağlık ekipleri ile ilgili hükümlerin belirlediği kişi ve kuruluşlar için "koruyucu ve belirtici işaret" olarak kabul edilmiştir. Bunlar dışında kalan hiçbir kişi, kurul ve kurum, savaşta tarafsızlık ve dokunulmazlık anlamı taşıyan bu işareti kullanamaz (Kızılay, 2023). Türk Kızılay cemiyetinin tarihsel olarak en genel anlamıyla tanımı yapılacak olursa savaş döneminde yaralıları cephane arabaları ya da sıhhiye erleri tarafından savaş hattından çıkarması amacıyla birbiriyle uyum içinde çalışan tecrübeli ekiplerin bir araya getirilmesi olarak görülebilmektedir (Coşkun, 2014: 93-98).

Savaşlar dışında ilk olarak 1911 yılında Aksaray'da yaşanan bir yangın sonrası Hilal-i Ahmer Cemiyetinin ilk yardım ekipleri kurduğu görülmektedir. Cumhuriyetin ilanından sonra çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile Türkiye'de acil yardım hizmetlerinin kurulması ve idaresi belediyelere verilmiştir (Demirbilek, Hatık 2020: 49).

3 Mayıs 1920 tarihinde Dr. Adnan Adıvar sağlık bakanı olarak atanmış Cumhuriyet ilan edilene kadar görevini yürütmüş Cumhuriyetin ilanından sonra ise Türkiye Cumhuriyeti tarihinin ilk sağlık bakanı Dr. Refik Saydam olmuştur. Dr. Refik Saydam 1924-1925 dönemi dışında 1937'ye kadar sağlık bakanlığı görevini sürdürmüş, dikey bir örgütlenme ile koruyucu hekimlik uygulamalarına önem vermiş, hasta tedavi hizmetlerini geniş ölçüde yerel yönetimlere bırakmıştır. Hekim dışı sağlık personeli yetiştirmek için ise 1924'te İstanbul ve Sivas'ta hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu okulları açılmıştır(Öztürk, 1999: 37-41).

Dr. Refik Saydam döneminde büyük ölçüde tedavi hizmetlerinin işleyişi ve idaresi yerel yönetimlere bırakılsa da Ankara, Sivas, Erzurum ve İstanbul'da 5 numune hastanesi kurularak belediyelere ve yerel yönetimlere benzer yapı ve sistemleri kurmaları örnek olarak gösterilmiştir. Cenaze ve ambulans hizmetleri yerel yönetimlerin işleyiş ve idaresine bırakılmıştır (Özcan, Ertuğrul ve Sarugan, 2023:24-30).

1960'lı yıllara gelindiğinde karayollarına yapılan yatırımlar sonucunda yaşanan trafik kazalarında yaralanma ve ölüm oranlarında artış görülmesi üzerine 1983 yılında çıkarılan Karayolları Trafik Kanunu ile karayollarında yaşanan sağlık problemleri ve kazalar için Sağlık Bakanlığı ambulansları çalışmaya başlamış şehir içerisinde ise belediyeye ait ambulanslar hizmet vermeye başlamıştır (Erbay, 2021: 326)

1985 Yılı kentlere yaşanan göçler sonrası, kent nüfusu ilk kez kırsal nüfusu geçmiş beraberinde yaşanan kentlerde yaşanan sağlık sorunları ve kazalar üzerine ambulanslara çağrı ile ulaşmak için 077 Hızır Acil sistemi kurulmuş ve geliştirilmeye başlanmıştır. 1994 yılında 112 numarası ambulans çağrı sistemine dahil edilmiştir. Türkiye'de 2000'li yıllarda kent nüfusunda yaşanan artış ve acil yardıma artan taleple birlikte ambulans sayılarında artış yaşanmıştır (Özel, Özcan ve Özel, 2018).

1994 Yılından itibaren ambulanslarda hekim, hemşire ve sürücüden oluşan ekipler görev yapmaya başlamış ambulans donanımları tamamlanmış ve ilk acil yardım istasyonları kurulmaya başlanmıştır. 2004 yılındaki Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ayrı bir birim olarak kurulmuş bu müdürlüğe bağlı olmak üzere illerde İl Sağlık Müdürlükleri kurulmuştur. İl Sağlık Müdürlükleri kendi bünyesinde 112 Ambulans Servisi Başhekimliği, 112 Acil Çağrı Merkezi ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları adında birimler kurmuştur (Özcan, Ertuğrul ve Sarugan, 2023:24-30).

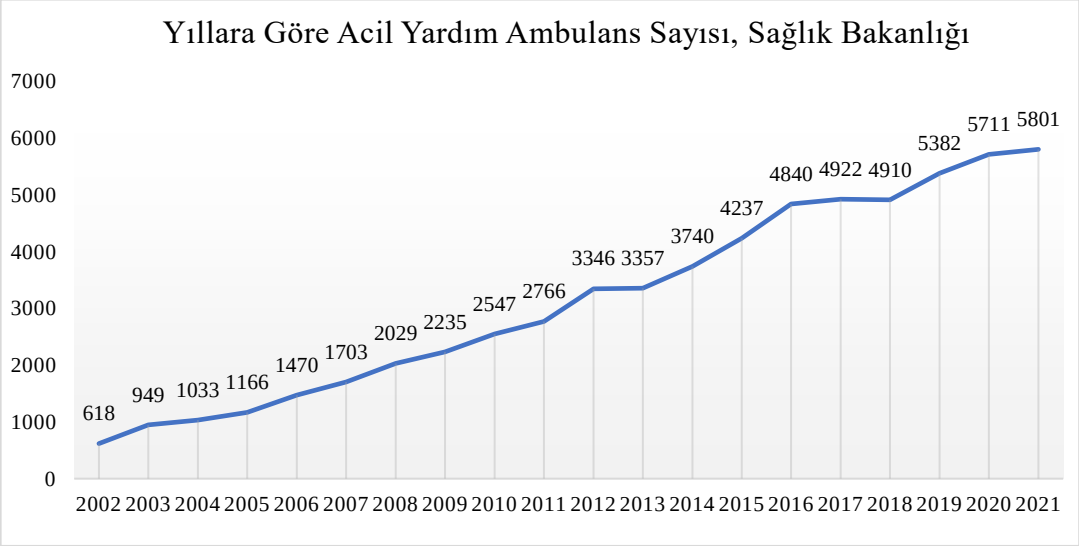
Tarihsel olarak ele alındığında Türkiye'deki sağlık hizmeti sunumuna ait gelişmeler aşağıda sıralanmıştır.

- 1868, "Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti" adıyla Kızılay kurulmuştur
- 1877, "Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti" olarak değişmiştir
- 1923, "Türkiye Hilal-i Ahmer Cemiyeti" olarak değişmiştir
- 1930, "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" ile Acil Sağlık Hizmetlerinin kuruluşu ve idaresi için belediyelerin yetkilendirilmesi gerçekleşmiştir
- 1935, "Türkiye Kızılay Cemiyeti" olarak değişmiştir
- 1947, "Türkiye Kızılay Derneği" adını almıştır.
  Kuruluşa "Kızılay" adını büyük önder Atatürk vermiştir.
- 1983, Karayolları Trafik Kanunu ile karayollarında yaşanan sağlık problemleri ve kazalar için sağlık bakanlığı ambulansları hizmet vermeye başlamıştır
- 1985, 077 Hızır Acil sistemi kurulması
- 1994, 112 numarası ambulans çağrı sistemine geçiş
- 2004, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ayrı bir birim olarak kurulmuş ve bu müdürlüğe bağlı illerde İl Sağlık Müdürlükleri kurulmuştur.

1.6. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Ambulansları

Hasta nakli veya acil yardım amacıyla ilgili yönetmeliklerde TS- EN 1789 standartlarına uygun şekilde bildirilen tıbbi malzeme ve tekniklerle donatılmış içerisinde acil durumlarda hastaya müdahale edebilecek yeterlilikte olan sağlık çalışanlarının bulunduğu 24 saat esasına göre hizmet veren araçlar ambulans olarak adlandırılmaktadır. Avrupa Bölgesi'nde mevcut olarak kullanılan acil müdahale ambulanslarının donanım ve standart özelliklerinin Türkiye'de kullanılması için 2006 yılında "Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği" çıkarılmıştır. Ambulanslar değişiklik gösteren acil durumlara, toplumsal olaylara, yaralanma biçimlerine ve farklı alanlardaki ulaşım şekillerine göre deniz, hava ve kara ambulansları olarak ayrılmaktadırlar. Kara ambulansları ise

kullanım alanlarına göre; yoğun bakım, özel donanımlı, acil yardım ve hasta nakil ambulansı olarak ayrılmaktadır (Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği,2013).



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

Şekil 1: Yıllara Göre Acil Yardım Ambulans Sayısı

Şekil 1'de 2002 yılı itibariyle yaklaşık 20 yıl içinde, 10 kata yakın düzeyde gerçekleşen ambulans sayısındaki artış görülmektedir.

1.6.1. Acil Yardım Ambulansları

Ekibinde en az bir hekim veya ambulans ve acil bakım teknikeri (Aabt, Paramedik), bir acil tıp teknisyeni (Att) yanında sürücünün bulunduğu acil yardım, acil müdahale konusunda uzman kişilerin çalıştığı ve diğer ambulanslardan ayrılması adına beyaz araç üzerine kırmızı şeritlerin bulunduğu kara ambulanslarıdır (Türkiye Millî Eğitim Bakanlığı,2011).

1.6.2. Hasta Nakil Ambulansları

Acil tıbbi müdahale gerektirmeyen hastaların bir sağlık kuruluşundan diğerine veya hastaların evlerine naklini sağlayan ambulans türüdür. En az bir sağlık

görevlisi ve bir sürücünün bulunduğu acil yardım ambulanslarından ayrılmaları adına beyaz araç üzerine mavi renkte şeritlerin ve bağlı bulunduğu kurumun adının yer aldığı kara ambulanslarıdır. Hasta nakil ambulanslarının kullanım alanları yalnızca acil durumda bulunmayan hastaların nakil işlemleri olsa da hastaların nakli sırasında ya da ihtiyaç dahilinde acil durumlara tıbbi müdahale edebilecek standart özelliklere ve donanıma sahip olduğu görülebilir (Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019: 70).

1.6.3 Yoğun Bakım Ambulansları

Hastaların veya yaralıların bir sağlık kuruluşundan diğerine nakli sırasında ileri düzeyde tedavi ve izlenimi için kullanılan yönetmeliklerde belirlenmiş teknik ve tıbbi donanıma sahip kara ambulanslarıdır (Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 2013).

1.6.4 Özel Donanımlı Ambulans

Acil durumların geliştiği özel koşullara göre tasarlanmış hastanın bulunduğu coğrafyaya, yaşına ve fiziğine göre özel olarak görevlendirilen kara ambulanslarıdır. Yeni doğan kuvöz ambulansı, obez ambulans, kar paletli ambulans, çoklu hasta ambulansı, kara, deniz, kar motosikleti pedallı ya da arazi araçları gibi farklı şekillerde farklı alanlara ve hasta tiplerine göre kullanılabilen işlevsel ambulanslardır (Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 2013).

1.6.5. Hava Ambulansları

Ulusal Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü tarafından gerekli çalışma ve uçuş izni almış hasta nakli veya acil tıbbi müdahale amaçlı kullanılmak üzere yönetmelikte belirtilen tıbbi donanıma sahip uçak ve helikopterlerdir (Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 2013).

1.6.6. Deniz Ambulansları

Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığından çalışma izni almış hasta nakli veya acil tıbbi müdahale amaçlı kullanılmak üzere yönetmelikte belirtilen tıbbi donanıma sahip deniz araçlarıdır (Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 2013).

1.7. Acil Sağlık Hizmetleri İstasyon Tipleri ve 112 Acil Çağrı Komuta Kontrol Merkezi

Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları istatistiklerle değerlendirilerek acil sağlık hizmetleri sunumuna, acil yardım ve müdahaleye en hızlı şekilde cevap verebilecek alanlara konumlandırılan ambulans ve sağlık çalışanlarının bulunduğu noktalardır. İstasyonlar kullanım alanlarına göre 3 farklı şekilde oluşturulmaktadır (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000).

1.7.1 A Tipi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları

7/24 Çalışma esasına uygun olarak hizmet vermektedirler. İstasyonda çalışan personeller idari açıdan İl Ambulans Servisi Başhekimliği' ne bağlı çalışmaktadırlar. Bu istasyon tipi kendi içerisinde 2 ye ayrılmaktadır. Hekim ile çalışan istasyonlar A1 tipi istasyon, hekim olmadan çalışan istasyonlar ise A2 tipi istasyon olarak değerlendirilmektedir (Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019: 9).

1.7.2. B Tipi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları

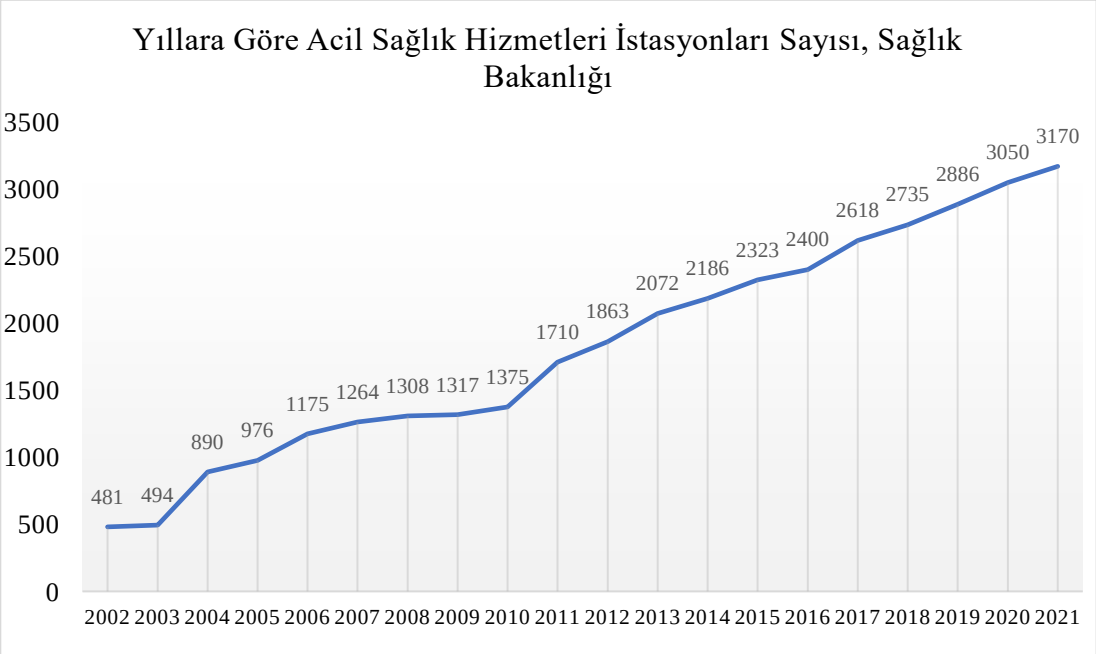
Resmi sağlık kuruluşlarıyla entegre olarak 7/24 esasına göre hizmet veren istasyonlardır. Personelleri kadrosu itibariyle kurumuna, idari açıdan ise merkeze bağlı olarak hekim ile çalışmaktadırlar. B Tipi istasyonlar kendi içerisinde 2' ye ayrılmaktadır. Hastane acil servisi ile entegre olarak çalışan istasyonlar B1 tipi istasyon, birinci basamak sağlık kuruluşuyla entegre olarak çalışan istasyonlar B2

tipi istasyon olarak değerlendirilmektedir (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000).

1.7.3. C Tipi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları

İhtiyaç ve acil müdahale vakalarının yoğunluk durumuna göre mesai saati içerisinde belirlenen belli saatlerde hizmet veren istasyonlardır. Personelleri idari açıdan merkeze bağlı olarak çalışmaktadırlar (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000).

İstasyonlar acil sağlık hizmetleri ambulansı ekiplerinin vaka çıkış sürelerini kısaltacak şekilde istatistiklere ve vaka yoğunluğuna göre değerlendirilen bölgelere kurulmaktadır. İstasyonlar bakanlığın belirlediği yönetmelik gereğince içlerinde 3 personel için dinlenme odası, eğitim odası, depo alanı, ambulans garajı, banyo, mutfak ve tuvalet olacak şekilde inşa edilmektedir (Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019: 10).



Şekil 2: Yıllara Göre Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları Sayısı

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

Şekil 2’de 2002-2021 yılları arasında Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları sayısındaki gelişme görülmektedir.

1.7.4. 112 Acil Çağrı Komuta Kontrol Merkezi

Türkiye'de, farklı acil yardım talepleri için tek numara olan 112, 2021'den itibaren kullanılmaktadır. Bu uygulama, zaman tasarrufu sağlamak ve acil durum ekiplerinin olaylara koordineli şekilde müdahale etmelerini kolaylaştırmak amacıyla birden fazla acil çağrı numarasını tek bir çatı altında birleştirmektedir. Acil çağrı merkezi, sağlık, itfaiye, jandarma, polis ve diğer birimlerin aynı mekânda bulunduğu ve koordinasyonun sağlandığı bir modelle çalışmaktadır. Çağrıların alınması, olayların takip ve koordinasyonu aynı salondaki görevliler tarafından yerine getirilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı Acil Çağrı Merkezi, 2024).

112 acil sağlık çağrı personelleri, çağrıları karşılayarak ambulansları sevk ve idare eder, yönlendirdikleri ambulans ekiplerine ait bilgileri vakaya çıkış ve diğer olaylar için bildirilen zamanda araç takip sisteminden gözlemleyip eksiksiz kaydeder. Bu süreçte, sağlık alanında eğitim almış personeller görev yapmaktadır (112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği, 2014).

1.8 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Çalışan Personeller

Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu tiplerine göre çalışan personeller değişiklik göstermektedir. Hekim veya paramedik (Aabt), acil tıp teknisyeni (Att) ve sürücü olmak üzere ekipler 3 kişiden oluşmaktadır.

1.8.1 Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri Paramedik (Aabt)

İlgili üniversitelerin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okullarındaki ilk ve acil yardım, ambulans ve acil bakım teknikerliği bölümlerinden yönetmelikçe belirtilmiş fiziki şartları yerine getiren kişilerin ön lisans derecesiyle mezun olduğu unvanlardır (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000).

1.8.2 Att Acil Tıp Teknisyeni (Att)

Türkiye'de 2000 yılından itibaren sağlık meslek liselerinde 4 yıllık eğitimlerini tamamlayıp acil tıp teknisyeni unvanıyla çalışmaya başlayan personellerdir (Özel, Özcan ve Özel, 2018).

1.8.3 Hekim (Doktor)

863 sayılı Resmî Gazete'de, 14.04.1928 tarih 1219 No.lu 1.madde, "Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanundur" ifadesine istinaden "Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Türkiye Darülfününu Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmak ve Türk bulunmak şarttır" olarak belirtildiği görülmektedir. 11/10/2011 de yapılan değişiklikle Türkiye Darülfününu ve Türk olmak ibarelerinin kaldırıldığı görülebilmektedir (Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Madde 1). Hekimlerin Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında çalışmalarına dair yönetmelik ise ilgili üniversitelerin 6 yıllık eğitimi veren tıp fakültelerini tamamlamış, A1 tipi 24 saat kesintisiz hizmet veren istasyonlarda bulunan ambulanslarda görevlendirilen personellerdir şeklinde tanımlanabilmektedirler (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000).

1.9. Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Çalışan Personellerin Yetki ve Sorumlulukları

Hekimlerin, paramedik ve acil tıp teknisyenlerinin çalışma alanlarında birbirlerinden farklı görev ve yetkileri bulunmaktadır. Ambulans ve acil bakım teknikerlerinin, acil tıp teknisyenlerinin ve hekimlerin ambulans sistemi içerisindeki yetki ve sorumlulukları aşağıdaki tablo 1'de görülmektedir (Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 2006)

Tablo 1: Acil Tıp Teknisyeni, Paramedik ve Hekimlerin Görev ve Sorumlulukları

UYGULAMALAR	**Att**	**Paramedik**	**Hekim**
İntravenöz girişim yapmak	+	+	+
Kabul Edilen, acil ilaçları ve sıvıları kullanmak	-	+	+
Oksijen uygulaması yapmak	+	+	+
Endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak	+	+	+
KPR ve defibrilasyon yapmak	-	+	+
Acil doğum durumunda doğuma yardımcı olma	-	+	+
Travma stabilizasyonu yapmak	+	+	+
Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak	+	+	+
Monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamak	-	+	+
Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyon	+	+	+
Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak	+	+	+

Kaynak: (Ambulans ve Acil Bakım Teknisyenleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ, M.4

İKİNCİ BÖLÜM

KALKINMA VE SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA

2.1. Kalkınma

Kalkınma kavramının en basit anlamda, herkes için daha iyi ve kaliteli bir yaşamı ifade ettiği söylenebilir. Bireye ve toplumlara göre değişebilen bir anlayış olsa da temelde iyi bir yaşam ve temel ihtiyaçların karşılanması anlamına gelmesi olarak açıklanabilir. Temel ihtiyaçlar insanların hayatta kalma gereksinimleridir. Bu ihtiyaçların karşılanması sonrası kalkınmanın ilerleyeceği yol, farklı kültür ve bireylere göre değişiklik gösterebilmektedir (Peet ve Hartwick, 2015; 1-2).

1902 yılına kadar farklı anlamlarda kullanılan kalkınma terimi etimolojik olarak Fransızca çözülmek, açılmak fiilinde türemiş 1902 yılından sonra ekonomik büyümeyle anlamlandırılıp birlikte kullanılmaktadır (Turhan, 2020; 150-151).

Kalkınma kavramı yalnız ele alındığında ilk bakışta sosyo-ekonomik bir değişimi akıllara getirirken, sürdürülebilir kalkınma yaklaşımı ve bakış açısıyla incelendiğinde sosyal, ekonomik büyüme ve çevre korumayı da içine alan geniş bir terim olduğu görülebilir. Ekonomik kalkınma ve sosyal, toplumsal kalkınmanın ayrı kavramlar olarak işlenebildiğinin görülebilmesinin yanı sıra kalkınma terimi hem ekonomik hem de sosyal ölçütleri içine alan genel bir ilerlemeyi tanımlamaktadır (Tutulmaz, 2012:607).

Kalkınma büyümenin nasıl gerçekleştiği ile ilgilendiği kadar, büyüme getirilerinin toplumda nasıl paylaşıldığı, yaşam kalitesine etkileri ve kaynakların etkin kullanımı ile ilgilendirilir. Bu bakış açısıyla kalkınma üretilen mal ve hizmetlerin nicel olarak artışına bağlı olmayıp toplumsal gelişim ve çevre koruma konuları ile de ilişkilidir (Peşkircioğlu, 2016:2).

Kalkınma kavramının yalnızca ekonomik veri ve anlamlar ile açıklanamayan sosyal, politik ve kültürel değerleri kapsayan bir kavram olarak literatürde yer aldığı söylenebilir (Gustavo, Babones ve Babcicky, 2013: 10).

2.2. Sürdürülebilir Kalkınma

Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu tarafından yapılan "*gelecek nesillerin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme yeteneğini ortadan kaldırmaksızın şimdiki neslin ihtiyaçlarının karşılanması*" şeklindeki geniş tanım bu alanda yaygın olarak kullanılmaktadır. Tanım genel olarak anlamı karşılarken, ihtiyaç kelimesinin ülkeler ve coğrafyalara göre farklılık göstereceği, insan ihtiyaçlarının gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için değişiklik gösterebileceği de görülmektedir (Çelik, 2006: 20-21).

Sürdürülebilir kalkınma kavramı coğrafi konum, gelişmişlik düzeyi ve ülkeler arası değişen farklı tanımlarla açıklanabilmektedir. Bir ülkedeki kültür veya kişi için sürdürülebilirlik, başka bir ülkedeki kültür veya kişi için mutlaka aynı anlama gelmeyeceği söylenebilir (Van Vuuren ve De Kruijf, 1998: 4-5).

Sanayi devrimiyle tarihte ilk kez, insan faaliyetlerinin gezegenin ikliminin ve biyolojik durumunu tehdit edecek seviyelere ulaşabileceği düşünülmüştür. Başlangıç noktası ekonomi olan bu güç, üretim için kullanılan enerjinin genellikle fosil yakıtların yakılmasıyla elde edildiği ve yüksek karbon emisyonlarına yol açması ile de ilişkilendirilmektedir. 2. Dünya Savaşı'ndan itibaren gerçekleşen karbon emisyonlarının Dünya İklimini değiştireceği öngörülmektedir. Etkilerinin kesin büyüklüğü konusunda bilimsel bir anlaşma olmamasına rağmen biyologlar, biyolojik çeşitlilik kaybını Dünya gezegenindeki yaşamı yok edebilecek olaylardan biri olarak açıklamaktadırlar. Büyük ölçüde yoğun sanayi kullanımına bağlı ortaya çıkan bu kirlilik ve kaynak kullanımına sanayi ülkeleri ile gelişmekte olan ülkeler arasında giderek artan farklılıklar ve eşitsizliklerin eşlik ettiği görülebilir (Chichilnisky, 1997: 467- 468).

Sürdürülebilir kalkınma kavramı 1987'yılında Bruntland Komisyonu, resmi adıyla "Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu Raporu" ile kamuoyunda ilgi çekmeye başlamıştır. Raporda sürdürülebilir kalkınma kavramı "*gelecek nesillerin kaynaklarını tüketmeden güncel ihtiyaçları karşılayabilme*" olarak tanımlanmıştır.

Amacı insan ve doğa ilişkisini, kaynaklara zarar vermeden planlı şekilde geleceğe taşımak olan bu kavram sosyal, ekolojik, ekonomik, mekânsal ve kültürel boyutlarıyla çok yönlü bir olgudur. 1992 Yılında Brezilya, Rio de Janeiro'da düzenlenen Birleşmiş Milletler Yeryüzü Zirvesi'nde sürdürülebilir kalkınma, uluslararası politika için en acil konulardan biri olarak ortaya çıkmıştır (Chichilnisky, 1997: 467- 468). Komisyon yapılan toplantı sonucunda eylem planı olarak Gündem 21'i kabul etmiştir. Genel anlamda bakıldığında çevre ve kalkınma stratejileri hakkında eylem planlarının öne çıktığı söylenebilir. Çevre koruma ve kalkınma bakış açısına Gündem 21 uygulamalarını kabul eden ülke vatandaşlarının katılımlarını sağlamak amaçlanmıştır. Gündem 21 ile ülke vatandaşlarının yaşam alanını ve çevresindeki faaliyetlere katılmasını, yerel yönetimlerle uyum içinde yaşayıp çevre korumadaki yer ve konum sorunlarına daha iyi çözümler getirmeyi amaçladığı görülebilir. Gündem 21 ülke yurttaşları ve yerel yönetimlerin dayanışma içinde olmasını, aralarında danışma işleyişinin kurulması için yerel yönetimlere çağrı yapmaktadır. Toplumsal adalete ulaşmak, kaynakların vatandaşlar tarafından eşit paylaşılması, kişilerin yaşam kalitesinin yüksek olması Gündem 21'i kabul eden tüm devletlere yüklenmiş ortak sorumluluk, çevre ve kalkınma açısından en önemli taleplerdendir (Kılıç, 2006: 86). Eylem planı Dünya Zirvesi'nin aldığı tüm kararların ortak bir ifadesi olarak kabul edilebilir. Gündem 21 Dünya'nın gelecek yüzyıla hazırlanmasını, yerel yönetimlerin uygulaması gereken faaliyetleri içeriğinde barındıran eylem planı olarak karşımıza çıkmaktadır. Eylem planı yalnız yerel yönetimlerin ve hükümetlerin değil aynı zamanda bireylerin de sürdürülebilir kalkınma anlayışıyla bu bakış açısına ve plana dahil olmasını kapsamaktadır. Kalkınma için yapılacak en önemli işlerin başında sürdürülebilirlik hedefine ulaşabilecek bireylerin ve devamında toplumların oluşturulması, hedefin eğitim müfredatlarında yer alması ve bu amaca uygun materyallerle derslerin oluşturulması olduğu söylenebilir (Yapıcı, 2003: 224-225)

Sanayi devrimi sonrası 2. Dünya savaşıyla birlikte yükselişe geçen dönemde kapitalist, kontrolsüz endüstriyel gelişmeler, yaşanan nüfus artışlarıyla birlikte çevre kirliliğinin ve ekolojik dengenin önemsenmediği kalkınma süreçleri görülmektedir. 1960 Yılına gelindiğinde doğal ve ekolojik dengelerin kontrolsüz yaklaşımlar sonucu

bozulmaya başladığı görülmüş, 1970'e kadar son on yılda ise uluslararası boyuta taşınmıştır. 1983 Yılında yaşanan gelişmeler üzerine BM tarafından Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu kurulmuştur (Ozmehmet, 2008: 2).

Bruntland Komisyonu tarafından yayınlanan rapor sonrası doğa koruma, yoksullukla mücadele, eğitim ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi, dezavantajlı kesimlerin hayat kalitelerinin yükseltilmesi gibi konularda gelişmeler yaşanmıştır. Bununla birlikte katkı sağlaması amacıyla Eylül 2000' de bir araya gelen BM Genel Kurulu tüm delegeler düzeyinde insan onuru ve eşitlik ilkelerinin güçlendirilmesi, 2015 yılına kadar dünya genelinde ekonomik, çevresel ve sosyal şartların iyileştirilmesi amacıyla Binyıl Bildirgesini kabul etmişlerdir. Bildirgede 8 adet hedef belirlenmiştir bunlar;

1. Aşırı yoksulluk ve açlığın ortadan kaldırılması
2. Evrensel ilköğretimin gerçekleştirilmesi
3. Kadın-erkek eşitliğinin sağlanması
4. Çocuk ölümlerinin azaltılması
5. Anne sağlığının iyileştirilmesi
6. HIV/AIDS, sıtma ve öteki hastalıklarla mücadele edilmesi
7. Çevresel sürdürülebilirliğin sağlanması
8. Kalkınma için küresel bir ortaklık geliştirilmesidir.

Bu hedefler, bildirgeyi kabul eden her ülke için 2015 yılına kadar geçen sürede sürdürülebilir kalkınma ve yoksullukla mücadele alanındaki ilerlemeyi, izlenebilecek bir yolda ilerletmeyi amaçlamıştır (Peşkircioğlu, 2016: 5-6).

Sürdürülebilir kalkınma kavram bağlamının nesiller arasında bir tür adalet anlayışını önemsemekte olduğu görülmektedir. Sürdürülebilirlik kavramının belli bir döneminin ve zaman çerçevesinin ne kadar uzun olduğu konusunda belirsizlik taşıdığı da ifade edilebilir. Bir nesilden fazla olması gerekmesi fakat sonsuz olamayacağı da göz önünde bulundurulmalıdır (Pearce, Atkinson ve Dubourg, 1994: 458-459).

2.2.1. Sürdürülebilirliğin Boyutları

Kavramın ekonomik, sosyal ve çevresel olarak 3 boyutu bulunmaktadır. Zamanla sürdürülebilirlik kavramı bu 3 temel boyut üzerinde yoğunlaşmıştır, belirtilen her boyutun kendi içerisinde yaklaşımları ve hedefleri bulunmaktadır.

2.2.2. Ekonomik Boyut

İktisatçıların kaynaklar merkezinde verimli kullanım ve tahsis kapasitesine çok önem verdiği için doğal kaynakların sınırsız bulunduğunu varsaymakta oldukları görülmektedir. İktisatçıların tarihsel olarak bakıldığında doğal kaynaklarla ilgili nadiren endişe duydukları düşünülebilir. Ekonomik boyutun kabul gören tanımının odağının, sermaye koruması ve bozulmasının engellenmesi olduğu ifade edilebilir. Refah kavramıyla bakıldığında sürdürülebilirliğin sadece ekonomik boyutunun incelenmesi kabul edilebilir bir yorum olabilmektedir. Sürdürülebilirliğin ekonomik boyutunda kaynak tükenişi önem arz etmektedir. Ekonomik boyut değerlendirildiğinde sürdürülebilirlik, çevresel ve sosyal açıdan ayrılmaz bir şekilde bağlıdır. Aynı zamanda bu ekonomik büyümenin sınırlarını da göstermektedir (Bilgili, 2017: 563-564).

2.2.3. Sosyal Boyut

Bireylerin yaşamlarına dair konularda sürdürülebilirlik ile ilgili sosyal boyutları incelemek önem kazanmaktadır. Sosyal boyutları keşfetmek sürdürülebilirlikten beklenen sonuçları anlamak açısından açıklayıcı görülmektedir. Bu yaklaşımla nicel verilerin ötesine geçmek problemlerin nedenini anlamak için nitel sebepler aramayı gerektirir. Sürdürülebilirlik konusunda sosyal boyutların önem kazanmasının nedenleri;

- İnsan davranışının karmaşıklığı
- Toplum ve bireysel davranışın değişkenliği

- Toplumun sürekli değişimi
- Farklı insan eylemlerinin sebepleri

olarak sıralanabilmektedir. Sürdürülebilirlik tartışmasında sosyal boyutların dikkate alınması sürdürülebilirlik hedeflerine ulaşmak açından toplumun karmaşıklığını ve değişkenliğini anlamak için yol gösterici olabilmektedir. Sürdürülebilirliğin sosyal açıdan incelenmesi, sürdürülebilirlik çalışmalarını daha etkili stratejilerle geliştirmek açısından değerli görülmektedir (Goel ve Sivam, 2015: 62)

2.2.4. Çevresel Boyut

Ekolojik sürdürülebilirliğin doğal kaynakların sürdürülebilirliği açısından incelenmekte olduğu ve çevresel sürdürülebilirliğin "yenilenebilir kaynaklar", "çevre kirliliği" ve "yenilenemeyen kaynaklar" olmak üzere değerlendirildiği görülmektedir. Çevresel sürdürülebilirlik, sürdürülebilir ürünlerin sürdürülebilir atık imhası ve yenilenemeyen kaynakların tüketilmesi şeklinde yorumlanabilmektedir. Dikkat edilmesi gereken yer, söz konusu faaliyetlerin süresiz bir şekilde devam ettirilmesidir. Aksi halde sürdürülebilirlikten bahsetmek mümkün değildir. Sürdürülebilir kalkınmanın üç önemli bileşeninden biri olan çevresel sürdürülebilirlik, çevresel kaynakların muhafaza edilmesi ve korunması yanında, eko-sistemin dış etkilere karşı direncinin arttırılmasını kendisine konu edinir. Buradan yola çıkarak çevresel sürdürülebilirliğin, doğal kaynakların ve ekosistemin korunmasına yönelik planlar bütünü olduğu tezi ileri sürülebilir. Bu açıdan çevresel sürdürülebilirlik, biyolojik sistemlerin çeşitliliğine ve üretkenliğine dair devamlılığının sağlanması anlamına gelmektedir (Şen, Kaya ve Alpaslan, 2018: 34).

Genel olarak sürdürülebilirlik boyutları incelendiğinde ekonomi, temel olarak mal ve hizmet tüketiminin arttırılması yoluyla insan refahının yükseltilmesine yönelmiştir. Çevresel alan ekosistemlerin bütünlüğünü korumaya odaklanmıştır. Sosyal alana bakıldığında ise insan ilişkilerinin güçlendirilmesine ek olarak insanların bireysel ve grup olarak hedeflerine ulaşmasının sağlanmasına vurgu yapmaktadır (Yeni, 2014: 185).

Tablo 2: Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı Boyut İlkeleri

Ekonomik Sürdürülebilirlik	• Uluslar ve nesiller arası adaletin teşvik edilmesi • Eşit olmayan değiş-tokuştan kaçınılması • Bir grubu zenginleştirmek için bir diğer grubun yoksullaştırılmaması • Gerçek maliyet fiyatlandırılmasının sağlanması • Etik olan tedarik ve yatırım politikalarının teşvik edilmesi • Maliyet ve yararların eşit dağıtımının desteklenmesi • Yerel ekonomilerin desteklenmesi
Sosyal Sürdürülebilirlik	• İnsan yasam kalitesinde gelişime izin verilmesi • Halklar arasında sosyal adaletin desteklenmesi • Kültürel ve sosyal bütünlüğün hesaba katılması • Kendine güven ve hür iradenin yükseltilmesi • Bireysel ve uluslararası tüm seviyelerde karar almada iş birliği • Halkın yetkilendirilmesi ve kapasite artırımı için fırsatlar sağlanması
Çevresel Sürdürülebilirlik	• Yeryüzünün canlılığının ve çeşitliliğin korunması • Yasam destek sistemlerinin korunması • Yenilenebilir kaynakların sürdürülebilir kullanımı • Yenilenemeyen kaynaklarının kullanımının en aza indirgenmesi • Çevrenin ve tüm canlıların sağlığına verilen zararın en aza indirgenmesi • Kültürel ve tarihi çevrenin korunması

Kaynak: Akgül, U. (2010).

Tablo 2'de sürdürülebilir kalkınmanın üç boyutu ve ilkeleri görülmektedir. Bu ilkeler küresel çapta biyolojik çeşitlilik ile, nesiller arası eşitlik ve adalet gibi başlıklara vurgu yapmaktadır.

2.3. Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri

Birleşmiş Milletlerin Eylül 2015 toplantısında Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi'nde 2000 yılında kabul edilen 8 hedefin 15 yılda küresel ölçekte amaçlarına tam olarak ulaşamadığını açıkladığı görülebilmektedir. Zirvede 2000 yılında başlatılan sürdürülebilir kalkınma hedefleri ile elde edinilen bilgiler ve tecrübelerle mevcut bulunan sorunlara daha kalıcı çözümler getirebilmesi amacıyla aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 193 üye ülke imzasıyla kabul edilen 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH 2030) 17 temel amaç ve bunlara bağlı olan 169 adet hedef herkes için insan hakları ilkesini öne çıkaran bir anlayışla ülkelerin kalkınma plan ve politikalarının şekillenmesini öngörmektedir. Hedefler kalkınmanın merkezine

sürdürülebilirliği yerleştirip yaşanan ekonomik, çevresel ve toplumsal sorunların yaşayan tüm insanların ortak problemi bakış açısı ile yola çıkarak sürdürülebilir kalkınmayla ilgili bütüncül bir amaç belirlemiştir. Kavramın sadece ekonomi ve çevre çatışması üzerinden değil, temel insani gereksinimleri, iklim değişikliğini, çevrenin korunmasını, barışı, demokrasiyi, temel hak ve özgürlükleri içine aldığı görülebilir. Kabul edilen hedefler ve amaçlar çerçevesinde sürdürülebilir kalkınma yaklaşımının 2030'da daha iyi bir dünya vizyonu kurmayı hedeflediği görülmektedir. Küresel gündemin kabul ettiği yeni sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin 17 temel amacı sırayla şu şekilde sıralanmaktadır;

Hedef 1. Her tür yoksulluğu, nerede olursa olsun sona erdirmek.

Hedef 2. Açlığı bitirmek, gıda güvenliğini sağlamak, beslenme imkânlarını geliştirmek ve sürdürülebilir tarımı desteklemek.

Hedef 3. İnsanların sağlıklı bir yaşam sürmelerini ve herkesin her yaşta refahını sağlamak.

Hedef 4. Herkesi kapsayan ve herkese eşit derecede kaliteli eğitim sağlamak ve herkese yaşam boyu eğitim imkânı tanımak.

Hedef 5.Toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak ve kadınların ve kız çocuklarının toplumsal konumlarını güçlendirmek.

Hedef 6. Herkes için temiz suya ve sağlığa uygun yaşam koşullarına sürdürülebilir erişimin sağlanması.

Hedef 7. Herkes için erişilebilir, güvenilir, sürdürülebilir ve modern enerji sağlamak.

Hedef 8. Sürdürülebilir ve kapsayıcı ekonomik kalkınmayı sağlamak, tam ve üretici istihdamı ve insan onuruna yakışır işleri sağlamak.

Hedef 9.Dayanıklı altyapı inşa etmek, sürdürülebilir ve kapsayıcı sanayileşmeyi ve yeni buluşları teşvik etmek.

Hedef 10. Ülkelerin içinde ve aralarındaki eşitsizlikleri azaltmak.

Hedef 11.Kentleri ve insan yerleşim yerlerini herkesi kucaklayan, güvenli, güçlü ve sürdürülebilir kılmak.

Hedef 12.Sürdürülebilir tüketimi ve üretimi sağlamak.

Hedef 13.İklim değişikliği ve etkileri ile mücadele için acil olarak adım atmak.

Hedef 14.Okyanusları, denizleri ve deniz kaynaklarını sürdürülebilir kalkınma için korumak ve sürdürülebilir şekilde kullanmak

Hedef 15.Karasal ekosistemleri korumak, restore etmek ve sürdürülebilir kullanımını sağlamak, ormanların sürdürülebilir kullanımını sağlamak, çölleşme ile mücadele etmek, toprakların verimlilik kaybını durdurmak ve geriye çevirmek ve biyoçeşitlilik kaybını durdurmak.

Hedef 16.Sürdürülebilir kalkınma için barışçıl ve herkesi kucaklayan toplumları teşvik etmek, herkesin adalete erişimini sağlamak, her seviyede etkin, hesap verebilir ve kucaklayıcı kurumlar inşa etmek.

Hedef 17.Sürdürülebilir kalkınma için küresel ortaklığın uygulama araçlarını güçlendirmek ve küresel ortaklığı yeniden canlandırmak (Peşkircioğlu, 2016: 5-6).



Şekil 3: Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri

Kaynak : Birleşmiş Milletler. (2016).

2.3.1. Yoksulluğa Son

Hedefin üç ana amacının olduğu görülebilir:
(a) günlük 1 dolardan az kazanan insan sayısını yarıya indirmek;
(b) kadınlar ve gençler de dahil olmak üzere tüm insanların tam ve üretken istihdam sahibi olmasını sağlamak
(c) açlık çeken insan sayısını yarıya indirmek.

Yoksulluk çeken nüfus oranını azaltma hedefi belli ölçülerde gerçekleştirilmiş gözükebilmesine rağmen, aşırı yoksulluğu tamamen ortadan kaldırma genel hedefinin henüz gerçekleştirilemediği görülebilmektedir. Dünya genelinde 60 milyonun üzerinde insanı etkileyen küresel çatışmalar ve iklimle ilgili aşırı olaylara maruz kalan savunmasız durumdaki insanlar, özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve bölgeye göre farklılık gösteren açlık, çocukluk büyümesini etkileyen önemli faktörler arasında gösterilebilmektedir (Campbell 2017; 2-3).

Aşırı yoksulluk gelişmekte olan ülkeler 1990'da %47 iken 2015'te %14'e ve Dünya genelindeki aşırı yoksullar 1990'da 1.926 milyar kişi iken 2015'te 836 milyon kişiye gerilemiştir.

Tablo 3: Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi: Gelişmekte Olan Ülkeler

	Ülke	Yıl	Dİ	Dİ-Endeks	Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi	Yoksullar Arasındaki Eşitsizlik	Sağlık	Standart Yaşam Koşulları	Eğitim %
1	Arnavutluk	17-18	D	0.003	0,7	5,0	28,3	16,7	55,1
2	Arjantin	18-19	M	0.001	0,4	1,6	69,7	8,9	21,4
3	Bangladeş	15-16	D	0.104	24,6	18,2	17,3	45,1	37,6
4	Benin	15-16	D	0.368	66,8	14,7	20,8	42,9	36,3
5	Burundi	19	M	0.409	75,1	15,8	23,8	49,0	27,2
6	Cezayir	18-19	D	0.005	1,4	3,6	31,2	19,5	49,3
7	Çad	15-16	N	0.517	84,2	10,7	19,1	44,3	36,6
8	Dominik	19	M	0.009	2,3	4,8	14,6	39,2	46,2
9	Ekvator	18	N	0.008	2,1	5,9	33,9	38,8	27,3
10	Etiyopya	19	D	0.367	68,7	18,4	14,0	54,5	31,5
11	Fiji	21	M	0.006	1,5	7,4	38,0	44,6	17,4
12	Gambiya	19-20	D	0.198	41,7	28,0	32,7	34,3	33,0
13	Gana	17-18	M	0.111	24,6	20,1	23,6	45,9	30,5
14	Gürcistan	18	M	0.001	0,3	2,1	47,1	29,1	23,8
15	Kamboçya	15-16	M	0.070	16,6	20,5	21,5	30,5	48,0
19	Kamerun	17-18	D	0.232	43,6	17,6	25,2	47,1	27,6
17	Kongo	15	N	0.331	64,5	17,4	23,1	57,0	19,9
18	Kosta Rika	18	M	0.002	0,5	2,4	40,5	18,5	41,0
19	Küba	19	M	0.003	0,7	2,7	10,1	50,1	39,8
20	Orta Afrika	16	N	0.461	80,4	12,9	20,2	52,0	27,8

Kaynak: UNDP. Küresel Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi (2023)

Tablo 3'te ülkeler isimlerine göre alfabetik olarak sıralanmıştır. N/A, veri yok; D, gelişmekte olan ülkeler; M, orta gelirli ülkeler; N, yüksek gelirli ülkeler. "Dİ Endeksi" terimi "Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi'ni ifade eder. Bu endeks, yoksulluğu yalnızca gelir seviyesiyle değil, aynı zamanda eğitim, sağlık ve yaşam standartları gibi farklı boyutlardan değerlendirir. Dİ Endeksi, bir ülkedeki yoksulluğu daha kapsamlı görmek ve yoksulluğun çeşitli yönlerini değerlendirmek için kullanılan bir ölçüttür. 2023 Küresel Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi veri eksikliği nedeniyle Türkiye için hesaplanamadığından, Türkiye rapora dahil edilememiştir.

2.3.2. Açlığa Son

Birleşmiş Milletler tarafından oluşturulan Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin gıda güvenliği ile en yakından ilgili olanı ikinci hedefi "*Sıfır Açlık, Açlığa Son*" hedefidir. Birleşmiş Milletlerin 2030 yılına kadar gıda güvensizliği ile mücadele etmenin acil olduğunu vurguladığı görülmektedir. Açlığı sona erdirmek hedefi; gıda güvenliğini sağlamak, beslenmeyi iyileştirmek ve sürdürülebilir tarımı teşvik etmek kategorilerinde incelenebilmektedir.

Açlığı yok etmek ve beslenme şartlarını iyileştirmek amacıyla 1943'te kurulan ve 1946'da Birleşmiş Milletler'in uzmanlık kuruluşu haline gelmiş bir örgüt olan Gıda ve Tarım Örgütü (FAO, 2003), gıda güvenliğini "*insanların her zaman aktif ve sağlıklı bir yaşam için yeterli, güvenli ve besleyici yiyeceğe fiziksel, sosyal ve ekonomik erişime sahip olma durumu*" olarak tanımlamıştır. Türkiye'nin FAO üyeliğine bakıldığında 1948'de katılım sağladığı ve kurumun ilk ülke ofisini 1982'de Ankara'da kurduğu görülmektedir. Gıda güvencesi sağlanması için dört boyutun iyi garanti edilmesi gerektiği belirtilmektedir:

Yeterlilik; uygun kalitede yeterli miktarda yiyeceğin, yerel üretim veya ithalat yoluyla sağlanması

Erişim; bireylerin besleyici bir diyet için uygun yiyecekleri edinmek için yeterli kaynaklara erişimi

Kullanım; yiyeceğin, yeterli diyet, temiz su, sanitasyon ve sağlık hizmetleri aracılığıyla kullanılmasıyla, tüm fizyolojik ihtiyaçların karşılandığı beslenme durumuna ulaşılması

Stabilite; bir nüfusun, hane halkının veya bireyin, yeterli gıda erişimine sahip olması gereken istikrarlı bir durum olarak açıklanabilir.

FAO, son kayıtlarına göre dünya genelinde birçok insanın hala açlık ve gıda krizi ile karşı karşıya olduğu görülmektedir. 2020 yılı için gıda güvenliği ve açlığın Afrika'da nüfusun %21,0'unu, Asya'da %9.0'ını ve Latin Amerika ile Karayipler'de %9.1'ini etkilediği görülmektedir. Dünya genelinde 2020 yılında açlıkla mücadele

eden insan sayısının 720 ila 811 milyon arasında olduğunu açıklanmakla beraber, bu da 2019'dakinden 118 ila 161 milyon daha fazla insan anlamına gelmektedir. Küresel gıda istikrarı için istatistikleri anlamak ve değerlendirmek, gıda güvensizliğini hafifletmek için önemli olduğu söylenebilmektedir. (Chen, Shuai ve Wu 2023; 1768-1769)

2.3.3. Sağlık ve Kaliteli Yaşam

Düşük ve Orta Gelirli Ülkelerde sağlık sistemleri her yıl 8 milyondan fazla yaşamı kurtarabilir. Her yıl düşük ve orta gelirli ülkelerde tedavi edilebilir durumlardan dolayı 8 milyondan fazla insanın hayatını kaybettiği görülebilmektedir. 2015 yılında yaşanan ölümlerin ise 6 trilyon dolarlık ekonomik kayba yol açtığı ifade edilmektedir. Yetersiz erişim dışında düşük kaliteli bakımın, ölümleri azaltmada daha büyük bir engel haline geldiği görülmektedir. Sağlık bakımına duyarlı durumlardan kaynaklanan ölümlerin %60'ı düşük kaliteli bakımdan kaynaklanırken, kalan ölümler sağlık sisteminin etkili kullanılmamasından kaynaklanmaktadır. Bu istatistikler arasında kalp ve damar hastalıklarından kaynaklanan ölümler, 1 milyonun üzerinde yeni doğan ölümleri, 900,000 kişiye yakın tüberküloz kaynaklı ölümler görülmektedir. Tedavi edilebilir nedenlerden kaynaklanan yüksek ölüm oranları, yaralanmalar ve cerrahi durumlar, gebelik ve yeni doğan komplikasyonları, kalp-damar hastalıkları ve aşıyla önlenebilir hastalıklar sağlık hizmetini kaliteli sunmanın zorluğunu ve derinliğini ortaya koymaktadır. Düşük kaliteli bakım, fonksiyon kaybı ve sağlık sistemlerine olan güven eksikliği gibi diğer olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Kaynak israfı ve harcamalar düşük kaliteli sağlık sistemlerinin ekonomik yan etkileridir. Bunun sonucunda, Düşük ve Orta Gelirli Ülkelerdeki insanların sadece dörtte biri sağlık sistemlerinin iyi çalıştığına inanmaktadır. Sağlık sistemleri, yeterli bakım, kullanıcı deneyimi, sağlık sonuçları ve sistemdeki güven gibi insanlar için en önemli olanları ölçmeli ve rapor etmelidir. Ölçüm, sorumluluk ve gelişme için temel öneme sahiptir, ancak mevcut ölçümler çoğu süreci ve sonucu tam olarak yansıtmamaktadır (Kruk ve Diğerleri 2018; 1196-1197).

Yaşam kalitesi değerlendirmesi de dahil olmak üzere verilerle donatılmış iyi bilgilendirilmiş bir çerçeve, sürdürülebilirlik sürecini geliştirmede önemlidir. Ayrıca, gelişmekte olan bir şehir, insan etkileşimi için sağlıklı bir ortam olmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü Raporu (1997), Sağlıklı Şehirler projesi geliştirmek için gereken bileşenleri belirten yirmi adımı açıklamıştır. Sürdürülebilir topluluklar, insanların şu anda ve gelecekte yaşamak ve çalışmak istediği yerlerdir; var olan ve gelecekteki sakinlerin çeşitli ihtiyaçlarını karşılar, çevreye duyarlıdır ve yüksek bir yaşam kalitesine katkıda bulunur. Yaşam kalitesi araştırmaları aracılığıyla topluluk ve mahalle profillerini incelemek, topluluk ve sürdürülebilirlikle ilgili karar verme süreçlerini geliştirebilir. Yaşam kalitesi, son on yıllarda birçok araştırmaya ilham veren yerel, ulusal ve Avrupa Birliği gündemlerinde güçlü bir konum elde etmiş bir kavramdır. Bu kavram, kentsel ve bölgesel planlama, sağlık promosyonu, engellilik, sosyal göstergeler araştırması, ekonomik ve ruh sağlığı araştırmaları gibi birçok alana uygulanarak sosyal ve siyasal eğilimleri etkilemiştir. Yaşam kalitesi izleme konusunda güvenilir bir sistem uygulaması hem sosyal hem de ekonomik eğilimleri daha iyi anlama ile eşdeğerdir. Bu, karar alıcıları, yaşanabilirlik, çevre kalitesi, yaşam kalitesi ve sürdürülebilirlikleri değerlendirmek ve ulusal, bölgesel ve yerel kaynakları geliştirmek için gereken bilgi tabanıyla donatır. Yaşam kalitesi araştırmaları, kanıta dayalı politika uygulamasıyla sürdürülebilirliği yaratma, sürdürme ve olumlu bir şekilde tanıtma temellerini sağlayabilir (Turkoglu, 2015: 11).

Tablo 4: İnsani Gelişme Endeksi ve Bileşenleri

	İnsani Gelişme Endeksi ve Bileşenleri	İnsani Gelişme Endeksi (İGE)	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	Beklenen Okullaşma Süresi	Ortalama Okullaşma Süresi	Kişi Başına Düşen GSYİH	İGE eksi GSYİH	İGE Sırası
Sıra	Ülke	Değer	Yıl	Yıl	Yıl	$		
		2021	2021	2021	2021	2021	2021	2020
1	İsviçre	0,962	84,0	16,5	13,9	66.933	5	3
2	Norveç	0,961	83,2	18,2	13,0	64.660	6	1
3	İzlanda	0,959	82,7	19,2	13,8	55.782	11	2
4	Hong Kong, Çin	0,952	85,5	17,3	12,2	62.607	6	4
5	Avustralya	0,951	84,5	21,1	12,7	49.238	18	5
6	Danimarka	0,948	81,4	18,7	13,0	60.365	6	5
7	İsveç	0,947	83,0	19,4	12,6	54.489	9	9
8	İrlanda	0,945	82,0	18,9	11,6	76.169	-3	8
9	Almanya	0,942	80,6	17,0	14,1	54.534	6	7
10	Hollanda	0,941	81,7	18,7	12,6	55.979	3	10
11	Finlandiya	0,940	82,0	19,1	12,9	49.452	11	12
12	Singapur	0,939	82,8	16,5	11,9	90.919	-10	10
18	Birleşik Krallık	0,929	80,7	17,3	13,4	45.225	9	17
19	Japonya	0,925	84,8	15,2	13,4	42.274	12	19
19	Güney Kore	0,925	83,7	16,5	12,5	44.501	9	20
21	U.S.A	0,921	77,2	16,3	13,7	64.765	-14	21
22	Israil	0,919	82,3	16,1	13,3	41.524	10	22
23	Malta	0,918	83,8	16,8	12,2	38.884	12	26
23	Slovenya	0,918	80,7	17,7	12,8	39.746	10	23
25	Avusturya	0,916	81,6	16,0	12,3	53.619	-8	23
26	Arap Emirliği	0,911	78,7	15,7	12,7	62.574	-15	25
27	İspanya	0,905	83,0	17,9	10,6	38.354	10	27
28	Fransa	0,903	82,5	15,8	11,6	45.937	-2	28
..	……	…….	……	…..	…..	…	…	..
48	Türkiye	0,838	76,0	18,3	8,6	31.033	-3	48
..	……	……	……	…..	…	…….	..	…

Kaynak: UNDP İnsani Gelişme Raporu 2021/2022

Tablo İnsani Gelişme Endeksi değerlerine göre sıralanmıştır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, insani gelişme endeksi bileşenleri olan yaşam süresi, eğitim düzeyi ve kişi başına düşen gelir arasında güçlü bir ilişki vardır. Düşük gelirler sağlık ve

eğitimi olumsuz etkilerken, bu da düşük yaşam süresi ve eğitim seviyesine yol açar, ekonomik büyümeyi sınırlar.

2.3.4. Nitelikli Eğitim

Kaliteli eğitim kavramı uluslararası eğitim tartışmalarında sıkça karşımıza çıkar. Eğitimde kalitenin önemi uluslararası tartışma ve belgelerin ötesinde ülke düzeyinde de önemlidir. Dünya çapında her eğitim bakanlığı ve okul yönetiminin sorununun kaliteli eğitimin maliyeti etkin bir şekilde nasıl sağlayacağı sorusu olduğu görülebilir. Kaliteli eğitim sağlamak karmaşık bir girişimdir, çünkü eğitimde kalite kavramı sürekli olarak evrim geçirmektedir. Kaliteli eğitimi oluşturan tek bir tanım, kriter listesi, kesin bir müfredat ya da konu listesi yoktur. Kaliteli eğitim, zamanla değişen, evrilen dinamik bir kavramdır sosyal, ekonomik ve çevresel bağlamlara göre değişir. Eğitimde kaliteyi tanımlama çabalarının çoğunda iki prensip öne çıkar: İlk prensip, öğrencilerin bilişsel gelişimini tüm eğitim sistemlerinin temel açık hedefi olarak belirler. Dolayısıyla, sistemlerin bu hedefi ne kadar başarıyla gerçekleştirdiği, kalitelerinin bir göstergesidir. İkinci prensip, eğitimin sorumlu vatandaşlık değerlerini ve tutumlarını teşvik etme ve yaratıcı ve duygusal gelişimi besleme rolünü vurgular. Eğitimin amaçlarından birisi olarak Sürdürülebilirlik Kaliteli Eğitim kavramı, eğitim amaçlarının karşılandığı ve amaçların gerçekleştirildiği varsayımına dayanır. Yıllar boyunca, (ABD) ve diğer sanayileşmiş ülkelerde eğitimin amacı işgücü yetiştirmekti. Daha sonra, eğitimin amacı ekonomik düzlemde uluslararası ekonomik rekabetçiliğe kaydı. Ekonomik refah eğitimin önemli bir sonucu olarak ülkeler, topluluklar, aileler ve bireyler için önemini korurken, odak ekonomik rekabetçilikten giderek küresel vatandaşlık, sosyal adalet ve sürdürülebilirliğe kaymaya başlıyor gibi görülmektedir (Laurie ve Diğerleri, 2016: 227).

BM Genel Kurulu, Sürdürülebilir Kalkınma için 2030 Ajandasını seçtiğinde, Kaliteli Eğitim bu ajandanın 4. hedefi olmuştur. Bu hedef kaliteli, adil ve kapsayıcı bir eğitimi sağlamayı ve yaşam boyu öğrenme fırsatlarını teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Hedefin, temel düşüncelerin değişmesine odaklanarak ekonomik, sosyal ve çevresel üç boyut arasındaki dinamik ilişkileri tanımaya yönelik bir

farkındalık oluşturarak, tüm dünya ülkelerinde bütünleşik ve evrensel gelişimi desteklemekte olduğu vurgusu yapılmaktadır. Eğitim aracılığıyla, diğer sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşılabileceği öngörülmektedir. İnsanlar kaliteli eğitim alabildiklerinde yoksulluk kısır döngüsünü kırabilirler. Eğitim, eşitsizlikleri azaltabilir ve insanları daha sürdürülebilir ve sağlıklı bir yaşam sürmeye yönlendirebileceği düşünülmektedir. Eğitim aynı zamanda insanlara hoşgörüyü aşılayabilir ve toplumu daha barışçıl hale getirebilir. Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO), temel insan hakları arasında yer aldığı ve toplumda barışın kurulmasına ve sürdürülebilir kalkınmanın sağlanmasına yardımcı olduğu için en öncelikli konu olarak kabul edilmektedir. 2030 Yılına kadar 17 Sürdürülebilir Kalkınma Hedef'inin yardımıyla yoksulluğu ortadan kaldırmaya yönelik küresel bir girişimin parçası olan Eğitim 2030 Ajandasını ilerletmektedir (Nazar ve Diğerleri, 2018: 487-488).

Kaliteli eğitim hedefi istatistiksel olarak incelendiğinde, küresel gençlik okuryazarlık oranı %91'dir bu oran 102 milyon gencin temel okuryazarlık becerilerinden yoksun olduğu anlamına gelmektedir. Düşük gelirli ülkelerde yetişkin okuryazarlık oranı %86'dır, bu oran da düşük gelirli ülkelerde 750 milyon yetişkinin temel okuryazarlık becerilerinden yoksun olduğu anlamına gelir. Küresel düzeyde her 100 okuryazar erkeğe karşılık 92 okuryazar kadın bulunmaktadır ve düşük gelirli ülkelerde her 100 okuryazar erkeğe karşılık 77 okuryazar kadın bulunmaktadır. Okuryazarlık oranının tüm gelir gruplarındaki ülkelerde istikrarlı bir şekilde artmaya devam etmesi beklenmektedir. Küresel düzeyde genç okuryazarlık oranının 2030'a kadar %94'e ve yetişkin okuryazarlık oranının %90'a ulaşması beklenmektedir. Düşük gelirli ülkelerde, 2030'a kadar 15-24 yaş arası yetişkinlerin %70'ten azının ve gençlerin %80'inin temel okuryazarlık becerilerine sahip olması beklenmektedir (Unesco, 2019).

Tablo 5: Dünya 25-64 Yaş Grubundaki Eğitim Durumu (2022)

Sıra	Ülke	İlkokul (%)	Ortaokul ve Lise (%)	Lisans (%)
1	Hindistan	77.74	9.31	12.94
2	Çin	63.37	18.09	18.54
3	Endonezya	57.26	29.67	13.05
4	Meksika	56.21	23.14	20.63
5	Kosta Rika	54.90	19.75	25.34
6	Güney Afrika	54.73	31.35	13.91
7	Türkiye	53.33	21.67	25.00
8	Brezilya	40.94	38.09	20.96
9	Portekiz	39.65	28.87	31.47
10	Kolombiya	37.87	33.85	28.27
11	İtalya	36.96	42.71	20.32
12	İspanya	35.82	23.06	41.11
13	Arjantin	33.46	41.78	24.76
14	Şili	28.02	40.53	31.43
15	Romanya	23.08	57.25	19.67
16	İzlanda	22.20	34.23	43.56
17	OECD Ortalaması	19.75	40.23	40.44
18	Yunanistan	19.72	45.17	35.10
..	…….	…..	…..	…..
33	İsviçre	13.93	41.36	44.69
34	Macaristan	12.98	57.61	29.40
35	İrlanda	12.36	33.24	54.38
36	İsrail	11.81	37.57	50.62
37	Finlandiya	10.89	46.47	42.63
38	Letonya	10.81	49.71	39.47
39	Estonya	10.18	47.72	42.10
40	Slovenya	8.95	50.93	40.11
41	Güney Kore	8.76	38.42	52.80
42	U.S.A	8.15	41.82	50.01
43	Litvanya	7.08	46.38	46.53
44	Kanada	6.84	30.42	62.74

Kaynak: Glance 2023 Sources, Methodologies and Technical Notes (OECD, 2023).

Ülkeler, 25-64 yaş arası bireylerin ortaöğretim altı seviyesindeki oranına göre azalan sıralamaya göre listelenmiştir. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, eğitim düzeyi genel olarak daha düşük olup, bu durum ekonomik ve sosyal kalkınmayı olumsuz yönde etkilemektedir.

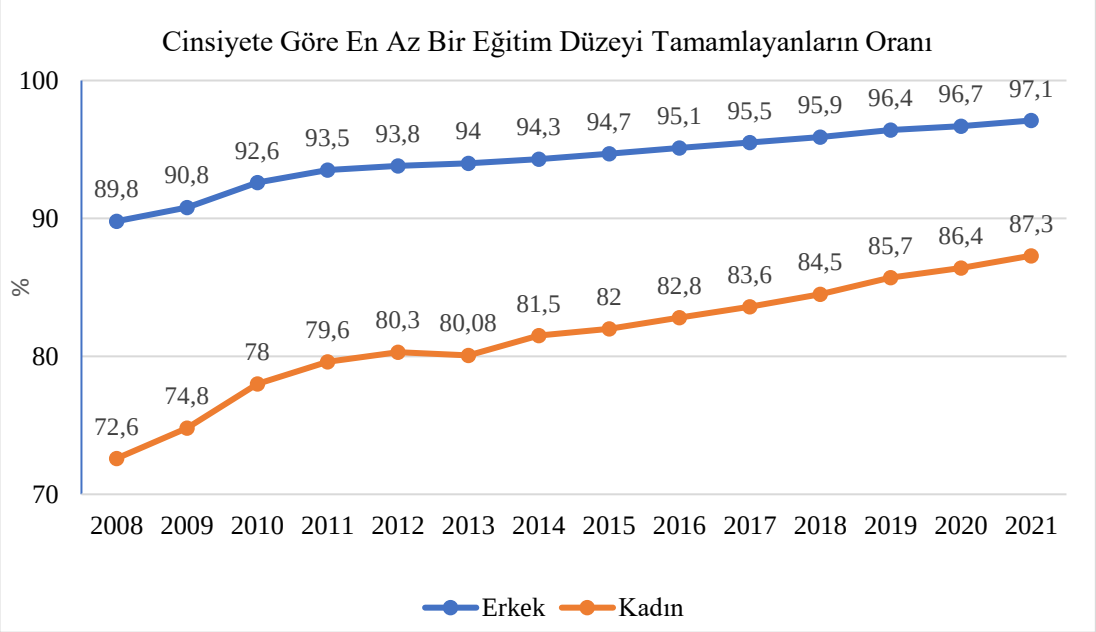
2.3.5. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği

Toplumsal cinsiyet kavramı 1972'de İngiliz sosyolog Ann Oakley tarafından cinsiyet, toplumsal cinsiyet ve toplum kitabıyla birlikte kadınların toplum tarafından baskılanmasında cinsiyetin etkisinin belirleyici bir durum olmadığı iddiasıyla literatüre girmiştir. Toplumsal cinsiyet kavramının bir toplulukta kadın ve erkekler için gelenek eğitim inanç kültür gibi belirleyiciler tarafından, toplumsal roller ve sorumluluklar, davranış ve konumlar, beklentiler, güç, ayrılık, hak ve fırsatlarla ilişkili olarak tanımladığı söylenebilir. Bu sorumlulukların toplum tarafından erkeklere ve kadınlara belli yükümlülükler getirmesi *toplumsal inşa* olarak adlandırılmaktadır. Toplumsal cinsiyet ise kadın ve erkek üzerine yüklenen toplumsallaşma ile öğretilen cinsiyet kimliğini açıklayan bir kavram olarak açıklanmaktadır. Kavramın kullanılmaya başlandığı dönemde ilgi görmesinin sebeplerinden biri kadınlar ve erkekler arasındaki ilişkilerin eşitlik ve iktidar ilişkileri açısından analiz etmeyi hedeflemesidir. Toplumsal cinsiyet, ilişkiler açısından temel alan olarak anlaşılmıştır. Bu anlayışla, eşitsizlik sebeplerine anlam katmaya çalışanlara yol göstermiştir. Bu fikirden hareketle toplumsal cinsiyet farklılıklarının ve eşitsizliklerinin durağan ve değişmez olmadığı kadına ve erkeğe yüklenen biyolojik özelliklerin, toplumsal, ekonomik ve politik eşitsizlikleri doğrulamayacağı fikri savunulmuştur (Ecevit, 2021: 9).

Küresel bakış açısıyla toplumsal cinsiyet eşitliği amacıyla atılacak adımların ülkelerin kalkınmasına ve daha adil toplumların oluşmasında etkili olduğu söylenebilir. Sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin, toplumsal cinsiyet eşitliği hedefi gerçekleşmeden başarıya ulaşamayacağı düşünülmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitliğinin bireylerin özgürce hareket edip kendilerini her alanda ifade edebilecekleri toplum ortamının oluşabilmesiyle, böyle bir ortamın oluşması için de ön yargı ve

engellerin ortadan kaldırılmasıyla kurulabileceği öngörülmektedir (Akdoğan ve Doğan, 2023: 231-232).

Sürdürülebilir kalkınma hedefleri kapsamında cinsiyet eşitliğinin gerçekleştirilmesi ülkelerin kalkınma hedeflerine katkı sağlamaktadır. Kadınların sosyal, kültürel ve ekonomik olarak erkeklerle eşit koşullara erişebilmeleri, karar alma sistemlerine dahil olma ve kadına yönelik şiddete son verilmesi önemli sorunlar olarak görülmektedir. Cinsiyet eşitliği ve kadınların hayata dahil edilmeleri anlamında eğitimde eşitliğin sağlanması, kız çocuklarının yüksek eğitim ve öğretime teşvik edilmesi, kırsal kesim kadın girişimciliğinin desteklenmesi gibi adımlar, hedefler bağlamında önemli yer tutmaktadır. Türkiye özelinde cinsiyet eşitliğinin sağlanması adına uygulamaya konulan, "Haydi Kızlar Okula", "Kız Kardeşim" gibi ülke içerisinde dezavantajlı bölgelerin de eğitimin tüm aşamalarına tam erişim ve katılım sağlanmasına yönelik projeler yürütülmektedir.



Şekil 4: Türkiye Cinsiyete Göre En Az Bir Eğitim Düzeyi Tamamlayanların Oranı

Kaynak: TÜİK, Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı, 2008-2021 (2023)

En az bir eğitim düzeyini tamamlayan 25 ve daha yukarı yaştaki kadınların oranı 2021 yılı istatistiklerine göre %87,3 olduğu görülmektedir. Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı sonuçlarına göre en az bir eğitim düzeyini tamamlayan 25 ve daha yukarı yaştaki nüfusun toplam nüfus içindeki oranının 2008-2021 yılları arasında arttığı görülmektedir. En az bir eğitim düzeyini tamamlayan 25 ve daha yukarı yaştaki bireylerin toplam nüfus içindeki oranı, 2008 yılında %81,1 iken 2021 yılında %92,1 olmuştur. Bu oran cinsiyete göre incelendiğinde, 2008 yılında en az bir eğitim düzeyini tamamlayan 25 ve daha yukarı yaştaki kadınların oranı %72,6, erkeklerin oranı %89,8 iken bu oran 2021 yılında ise kadınlarda %87,3, erkeklerde %97,1 olduğu görülmektedir.

Tablo 6: 2008-2021 Yılları Arasında Cinsiyete Göre Seçilmiş Göstergeler

	Toplam %	Erkek %	Kadın %
Okuryazar Olmayan Nüfus Oranı (25+ Yaş)	3,5	1,0	6,1
Yüksek Öğretim Mezunu Nüfus Oranı (25+ Yaş)	23,0	25,1	20,9
İstihdam Oranı (15+ Yaş)	45,2	62,8	28,0
İşgücüne Katılma Oranı (15+ Yaş)	51,4	70,3	32,8
İşsizlik Oranı (15+ Yaş)	12,0	10,7	14,7

Kaynak: TÜİK, Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı, 2008-2021 (2023)

2008-2021 yılları arasında Türkiye'de okuryazar olmayan nüfus oranı kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Yüksek öğretim mezunu oranı ve işgücüne katılma oranı erkeklerde daha fazlayken, kadınların işsizlik oranı daha yüksektir.

Tablo 7: Seçili Ülkelerin Cinsiyet Eşitsizliği

İGE SIRASI	ÜLKE	Cinsiyet Eşitsizliği (GII)	
		Değer	Sıra
		2021	2021
Çok Yüksek İnsani Gelişmişlik			
1	İsveç	0,018	3
2	Norveç	0,016	2
3	İzlanda	0,043	8
4	Hong Kong	..	..
48	Türkiye	0,272	65
Yüksek İnsani Gelişmişlik			
67	Arnavutluk	0,144	39
68	Bulgaristan	0,210	52
69	Grenada	..	..
70	Barbados	0,268	64
71	Antigua ve Barbuda	..	..
Orta İnsani Gelişmişlik			
116	Filipinler	0,419	101
117	Botsvana	0,468	117
118	Bolivya	0,418	99
119	Kırgızistan	0,370	87
120	Venezuela	0,492	123
Düşük İnsani Gelişmişlik			
160	Tanzanya	0,560	146
161	Pakistan	0,534	135
162	Togo	0,580	149
163	Haiti	0,635	163
164	Nijerya	0,680	168

Kaynak: Gender Inequality Index (GII) http://hdr.undp.org/ verilerinden düzenlenmiştir.

Tablo 7'de seçili ülkelerin 2021 yılındaki insani gelişmişlik sıralamasına göre cinsiyet eşitsizliği verileri görülmektedir. Cinsiyet eşitsizliğinin gelişmişlik yolunda önemli engellerden biri olduğu ifade edilebilir. Türkiye, cinsiyet eşitsizliği endeksine

göre 0,272 değeriyle cinsiyet eşitliği konusunda gelişmiş ülkelere kıyasla daha düşük bir performans sergilemektedir.

2.3.6. Temiz Su ve Sanitasyon

Yetersiz atık su yönetimi, kötü hijyen ve güvenli olmayan içme suyu birleşiminin, her yıl yaklaşık 500.000 enfeksiyon kaynaklı ölüme ve milyonlarca akut, kronik gelişen hastalıklara sebep olduğu görülmektedir. Sanitasyonun kelime anlamına bakıldığında; temiz içme suyu erişimi, atık su, kanalizasyon hizmetlerinin arıtma ve bertarafı ile ilgili halk sağlığı koşullarını ifade ettiği söylenebilir. Dünya çapında 844 milyon insanın temel içme suyu hizmetine erişemediği ve 2,3 milyar insan temel sanitasyon hizmetine erişemediği düşünülmektedir. 2015 Yılı itibariyle dünya nüfusunun %61'i güvenli şekilde yönetilen sanitasyon hizmetlerinden yoksun olduğu ve dünya toplamının yaklaşık %85'inin yeterli veya hiçbir şekilde arıtılmadan atık su olarak deşarj edilmediği düşünülmektedir. Buradan bakıldığında sanitasyon eksikliği, nüfus artışı ve yoğunluk ile birleştiğinde, insan atıklarından kaynaklanan patojenlerin sebep olduğu bulaşıcı hastalıkların yayılmasını devam ettirebileceği görülmektedir. Enfeksiyon kaynaklı hastalıklar çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde hala küresel hastalık yükünün önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (Rose ve diğerleri, 2019: 1-2)

Temiz su ve sanitasyon hedefi herkes için temiz ve erişilebilir suya atıfta bulunmaktadır. Temiz su , yeterli, güvenli, fiziksel ve ekonomik anlamda erişilebilir suya sahip olma hakkını oluşturmaktadır. Dünya nüfusunun 2050 yılında 9 milyara ulaşabileceği düşünüldüğünde dünyanın temiz suya, tuvaletlere erişim ve hijyenik atık toplama ile temel sanitasyonu geliştirme hedefinden uzakta olduğu ifade edilebilir. Suyun sınırlı ve artan talep karşısında azalan bir kaynak olduğu görülebilmekte ve bu durumun su kalitesinin düşmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Su kalitesinin düşmesi ayrıca kişi başına düşen su tüketiminin yükselmesi, kentsel ve sanayi bölgelerine yaşanan kontrolsüz göç, iklim değişikliği,

gıda üretimi için artan su kullanımı ve kontrolsüz tarımsal alan sulama gibi faktörlerden etkilenmektedir (Milan, 2017: 479-480).

2.3.7. Erişilebilir ve Temiz Enerji

Yedinci sürdürülebilir kalkınma hedefi olan *erişilebilir ve temiz enerji* genel olarak güvenilir, uygun maliyetli, sürdürülebilir ve modern enerjiye erişim sağlanması ile açıklanabilmektedir. Enerji kaynakları yenilenebilir veya yenilenemez olarak ayrılabilmektedir. Dünya genelinde kullanımı daha fazla olan fosil yakıtlar gibi yenilenemez enerji kaynaklarının tercih edilmesi sorunlar yaratmaktadır. Kaynakların tükenmesi ve fosil yakıtların doğaya verdiği zarar nedeniyle kullanımlarının faydalı olmadığı düşünülmekte ve Dünya genelinde hava kirliliğinin yarısından fazlasının fosil yakıtlı enerji kaynaklarından oluştuğu belirtilmektedir. Yenilenemez enerji kaynaklarının kullanımının iklim değişikliğinin başlıca nedenlerinden biri olduğu ve sera gazı emisyonlarının yaklaşık %60 kadarını oluşturduğu düşünülmekte ve bu nedenle, karbon yoğunluğunun azaltılması hedefi uzun vadeli iklim hedeflerinin anahtarını oluşturmaktadır. Bu bağlamda, yenilenebilir enerjinin kullanımı sürdürülebilir kalkınmanın gelecekteki hedeflerinin gerçekleşmesi için bir alternatif olarak görülmektedir (Bishoge, Zhang ve Mushi, 2018: 70-71).

Dünyada toplumların gelişim, eğitim, yoksulluk, sağlık, açlık gibi hedeflerine ulaşmak için enerjinin büyük önem arz ettiği bilinmekle birlikte modern dünya, sera gazı emisyonlarını azaltmak, temiz ve uygun maliyetli enerji sağlamak, küresel ısınmayı hafifletmek ve iklim sorunlarını kontrol etmek için yenilenebilir enerji kaynaklarına odaklanmaktadır. Temiz kaynaklardan sürdürülebilir enerji ve uygun maliyetli enerji, erişilebilir ve temiz enerjinin ana hedefidir. Hedeflerinde enerji kaynaklarına erişim, uygun maliyet ve güvenilirlik üzerine odaklanmaktadır. Ayrıca, yenilenebilir enerji payını artırmayı, enerji verimliliği oranını iki katına çıkarmayı, uluslararası iş birliklerini geliştirmeyi, temiz enerjiye yatırımları teşvik etmeyi, sürdürülebilir enerji hizmetleri için altyapı ve teknolojik iyileştirmeleri geliştirmeyi

hedeflemektedir Temiz ve uygun maliyetli enerjiye yönelik ülkelerin performansı, elektriğe erişim, temiz yakıt ve pişirme teknolojilerine erişim, toplam enerji tüketiminde yenilenebilir enerji payı, enerji verimliliğini artırmak için alınan önlemler, temiz enerji için araştırma ve teknolojiye uluslararası finansal akışlar ve yakıt yakma sonucu oluşan karbondioksit emisyonları gibi göstergelerle izlenmektedir (Singh ve Ru, 2022: 18333-18334).

2.3.8. İnsana Yakışır İş ve Ekonomik Büyüme

Sürdürülebilir kalkınma hedefleri arasında bulunan *insana yakışır iş ve ekonomik büyüme*, konu içeriği geniş bir alanda; kişi başı gayrı safi yurt içi hasıla büyümesi, ekonomik gelişme ve işgücü piyasası için yeni politikalar, artırılmış kaynak verimliliği, göçmen işçilerin korunması, gençlerin işgücü piyasasındaki durumu ve çocuk işçiliğinin yok edilmesi gibi konuları içermektedir. Temelinde, çevreyi riske atmadan ve genelde insan haklarına, özellikle de işçi haklarına saygı göstererek ekonomik büyüme elde etmeyi hedefleyen hedefler arasında bulunmaktadır. Ekonomik büyüme, tüm gezegen için olumlu bir güç olması gerekliliği ile finansal ilerlemenin çevreye zarar vermeden, saygın ve tatmin edici işler yaratması sağlanması amacındadır. Hedef işçi haklarının korunması, modern kölelik ve çocuk işçiliğini önleme konularını incelemektedir. İnsana yakışır iş ve ekonomik büyüme hedefinin diğer yoksullukla mücadele, kaliteli eğitim, cinsiyet eşitliği, eşitsizliklerin azaltılması, sorumlu tüketim ve üretim, su altı yaşamı, karasal yaşam ve barış, adalet ve güçlü kurumlar, gibi sürdürülebilir kalkınma hedefleriyle güçlü şekilde bağlantılı olduğu söylenebilir (Strömstad, 2019: 4).

Ekonomik kalkınma kavramı sosyal, çevresel, ekonomik ve teknolojik gibi farklı konular üzerinden tarif edilebilmektedir. Ekonomik kalkınma kavramları ekonomik kalkınmayı ekonomik refahı ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla bazı varlıkların yaratılması ve kullanılması süreci olarak tanımlanarak, ekonomik kalkınmayı ekonomik büyümeden ayırmaktadır (Lapinskaitė ve Vidžiūnaitė 2020: 117).

İnsana yakışır iş ve ekonomik büyüme hedeflerine bakıldığında, BM ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'nün temel amaçları arasında yer aldığı görülebilir. ILO 1919'da İsviçre, Cenevre'de kurulmuş olup haksız çalışma ve sosyal koşullar ile ilgili konular hakkında çalışmalar yürütmektedir. Üyesi olan 186 dünya ülkesi bulunmaktadır. ILO, Anayasası'nın girişinde, "*evrensel ve kalıcı barışın ancak sosyal adalet üzerine kurulabileceğini*" kabul etmekte olduğu ifade edilmektedir ve ayrıca haksızlık, zorluk ve yoksunluk içindeki iş koşullarının, dünya barışı ve uyumunu tehdit ettiği belirtilmektedir. "*İnsana yakışır iş*" için uluslararası standartların gelişiminde anahtar konu, 1999'da kabul edilen hukuk girişimi ILO İnsana Yakışır İş Gündem'idir. Bu gündem, ILO'nun çalışmasını dört stratejik amaç veya direk etrafında yoğunlaştırmayı önermektedir:

Bu dört stratejik amaç veya sütun şu şekilde özetlenebilir:

(a) sendika kurma ve toplu pazarlık yapma özgürlüğü,
(b) zorla veya zorunlu işçiliğin ortadan kaldırılması,
(c) çocuk işçiliğinin kaldırılması
(d) istihdamda ayrımcılığın ortadan kaldırılması

İş hakkı 1998 tarihli ILO İlkeler Bildirisi'ni içermekte ve ILO sözleşmelerine dayanan dört temel iş standartlarını belirlemektedir. ILO üye ülkeleri, bu standartlara saygı duymakla yükümlüdür. İstihdamın Teşviki ILO (1999) üye ülkelerinden, tam istihdamı ve iş için uygun ücreti yoksulluğun anahtar bir yolunu belirleyerek ulusal politika hedefleri ve stratejileri belirlemelerini önemsemektedir (ILO, 1999).

Sosyal koruma ILO üye ülkelerinden, işle ilgili yaralanmaların ve hastalıkların önlenmesi, aşırı uzun çalışma saatleri gibi baskıcı çalışma koşullarının önlenmesi için ulusal politikalar belirlemelerini gerektirir. Ayrıca, hastalık, yaşlılık, engellilik, işsizlik, hamilelik gibi çalışma yeteneğini sınırlayabilecek koşullar için yıllık izin ve sosyal güvence şeklinde koruma sağlanmasını gerektirir. Sosyal diyalog üyeleri, işçi sesini içermek ve çatışmaları barışçıl bir şekilde çözmek amacıyla

işçilerle işverenler arasındaki üçlü danışma, müzakere ve anlaşmaları desteklemeye çağırır; işyerinden ulusal düzeye kadar her seviyede toplumda yer alır (Frey ve MacNaughton 2016: 2-3).

2.3.9. Sanayi Yenilikçilik ve Altyapı

İnsanların hayatlarını ve modern toplumun temelini oluşturan pek çok yapının birleşimi olarak, "altyapı" terimi, kökeni 20. yüzyılın başlarındaki demiryolu inşaatındaki uzmanlık teriminden doğup, günümüzde çeşitli yapıları tanımlamak için kullanılır hale gelmiştir. Altyapının tek bir tanımı olmasa da genellikle enerji, su, atık yönetimi, ulaşım ve telekomünikasyon gibi hizmet sistemlerini içerdiği bilinmektedir. Tanımlar genişletilecek olursa ayrıca sosyal koruma sistemleri, sağlık hizmetleri, finansal ve sigorta sistemleri, eğitim sistemleri ile yargı ve adalet gibi sosyal altyapıyı da içerir. Tüm bunlar karmaşık sosyo-teknik sistemlerdir; çünkü bunlar, insan sistemlerine gömülü olan ve toplum adına işletilen fiziksel teknolojilerin birikimleridir. Geniş çerçevede tüm altyapı hizmetlerinin karmaşık sosyal ve teknik ağlar aracılığıyla sunulması derin sonuçlar doğurmaktadır. Ağlar, ölçek ekonomileri ile karakterize edilebilir ve büyüdükçe artan faydalar sağlarlar. Bu anlamda, altyapı sistemleri, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile birçok ortak noktaya sahiptir, altyapı ve sürdürülebilir kalkınma hedefleri birbirine sıkı sıkıya bağlı olarak temel insan yeteneklerini destekler. En temelde, altyapı su ve enerji gibi hizmetleri sağlar ve insanları örnek olarak sel gibi tehlikelerden veya atık suyun patojenlerinden korur. Altyapı ayrıca insanların sağlık hizmetleri ve eğitim gibi diğer hizmetlere erişmesini ayrıca ekonomiye, üretime katılımlarını sağlar. Altyapı sistemleri, üretimin temel unsurlarına enerji, su ve işgücü piyasalarına erişim sağlar. Güvensiz ve doğru konumlanmamış altyapı sistemleri işletmelerin ve kamu hizmetlerinin verimliliğini sınırlar, üretim maliyetlerini artırarak işletme rekabetçiliğini zayıflatır. İletişimi mümkün kılan altyapı ulaşım ve telekomünikasyon, yeniliğe teşvik ederek ürün ve işgücü piyasalarını genişletir. Özellikle insan ve işletme yoğunluğunun bir arada bulunabildiği şehirlerde yerleşik pazarları genişleterek daha yaygın faydalar sağlar (Thacker ve diğerleri, 2019: 324).

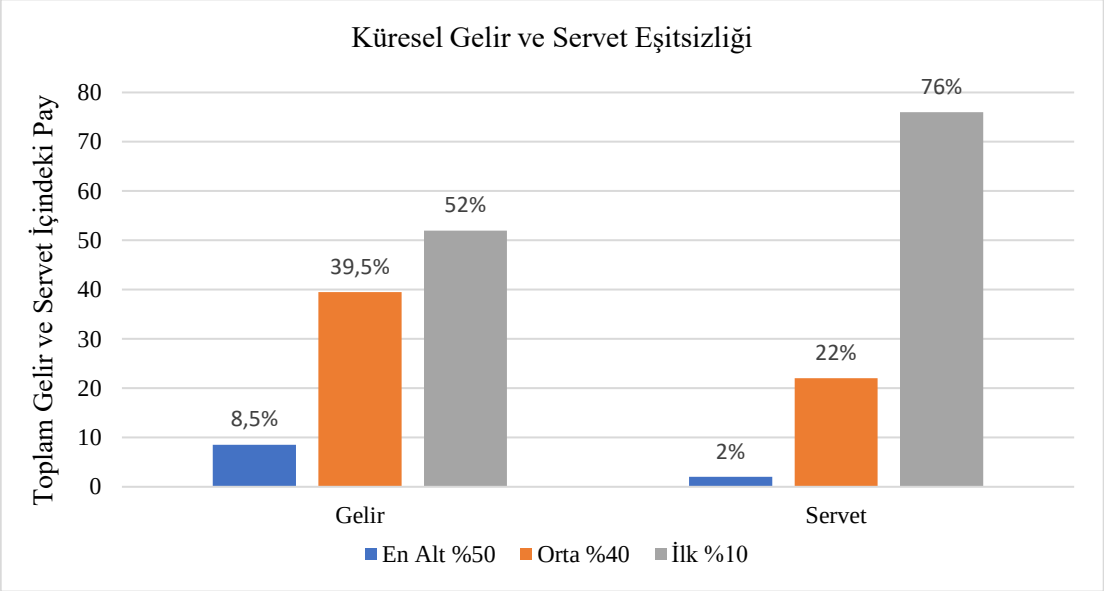
Endüstri, sanayi ve yenilikçilik tarafından bakıldığında ise Sanayi Devrimleri ve Evrimi , insanlık tarihinde büyük dönüşümlere yol açan önemli dönemleri ifade eder. İlk Endüstri Devrimi, 18. yüzyılın başlarında Büyük Britanya'da buhar makinesinin kullanılmasıyla başlamıştır. Buhar makinesi, ürünlerin ve hizmetlerin mekanize edilmesine imkân tanıyarak toplumsal değişime yol açmış ve insanların kırsal kesimlerden şehirlere göç etmesine sebep olmuştur. İlk endüstri devriminde tekstil ürünleri, demir yolu taşımacılığı, kömür gibi ürünler yaygınlaşmış, İkinci Endüstri Devrimi ise elektrik, çelik ve petrol sanayilerinin genişlemesiyle devam etmiş, kitle üretimine yol açan diğer bilimsel başarıları da içermektedir. 1950'lerde Üçüncü Endüstri Devrimi, bilgisayarların ve dijital teknolojinin icat edilmesiyle üretim sektörünün otomatik hale gelmesiyle başlamıştır. Ancak, bu devrimin getirdiği teknolojik gelişmeler bankacılık, enerji ve iletişim gibi birçok endüstride değişikliklere yol açmıştır. Bu teknolojik gelişmeler, uzay araştırmaları ve biyoteknoloji alanlarında yeni fırsatlar açarak değişimden etkilenen birçok insan için kapılar aralamıştır. Ülkelerin, bu devrimin insanlık, ekonomi ve işletmeler üzerindeki etkisinin araştırmalarını yapmakta olduğu görülebilirken bu alandaki literatür, toplum üzerindeki etkisiyle ilgili olarak gelişmektedir. Ancak özellikle yapay zekanın yoksulluk azaltma, altyapı geliştirme ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine genel etkisi derinlemesine araştırılmamıştır. 21.Yüzyılda Endüstri 4.0 veya Dördüncü Endüstri Devrimi olarak adlandırılan döneme girildiği görülebilmektedir. Endüstri 4.0, fiziksel, dijital ve biyolojik dünyalar arasındaki sınırların bulanıklaşması olarak tanımlanabilmektedir. Bu, yapay zekâ (AI), robotik, 3 boyutlu baskı, genetik mühendislik, kuantum bilgisayar ve diğer teknolojilerdeki ilerlemelerin birleşimi olarak görülmektedir. Endüstri 4.0, AI ve makine öğreniminin uygulanmasıyla modern yaşam için vazgeçilmez hale gelen çeşitli ürünlerin arkasındaki ortak kuvvet olarak kabul edilmektedir. Araştırmalar, Endüstri 4.0'ın Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine etkisinin, özellikle yoksulluk azaltma, endüstri, inovasyon ve altyapı geliştirme gibi konulara odaklanarak incelenmesi gerektiğini göstermektedir (Mhlanga, 2021: 2-3).

2.3.10. Eşitsizliklerin Azaltılması

Gelir, yaş, cinsiyet, etnik köken ve servet eşitsizliği gibi faktörlerin insanlar ve toplumlar arasında oluşturduğu eşitsizliklerin 21. Yüzyıl'da dünya genelinde çoğu ülkede arttığı görülmektedir. Bu konuyla evrensel bir problem olarak ilgilenen BM, 2015 yılında toplumu dönüştürme özelinde kabul ettiği sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin 10.su olan "*ülkeler arasında ve içindeki eşitsizlikleri azaltma*" hedefini kabul etmiştir. Bu hedefle birlikte BM' in ülkeleri, eşitsizlikleri azaltma, izleme ve gözden geçirme açısından strateji ve uygulamalar belirlemeye yönlendirdiği görülmektedir (Chancel ve diğerleri, 2018: 6).

Krzyminiewska'ya (2013) göre, sosyal eşitsizlikler sadece siyasi istikrarı etkilemekle kalmaz, aynı zamanda ekonomilerin gelişim dinamiklerinde de önemli bir etkiye sahiptir. Sosyal dışlanma zengin ve gelişmiş toplumlar dahil olmak üzere tüm toplumlarda meydana gelebilmektedir. İnsanlar ve topluluklar arasındaki uçurumlar tüm sürdürülebilir kalkınma hedefleri üzerinde olumsuz etkiler yaratır ve diğer sürdürülebilir kalkınma hedeflerine yönelik ilerlemeyi yavaşlatır. Ayrıca, eşitsizlikler toplumsal huzuru engellemekle kalmayıp eğitim ve sağlık hizmetlerine eşit erişimi azaltır. Sosyal eşitsizlik ve cinsiyet eşitsizliği, cinsiyet ve ırksal eşitsizliklerin ekonomik, örgütsel ve işgücü piyasası gelişimine olumsuz etkilerine dikkat çekmektedir. Toplumsal eşitsizliklerin artması temel yaşam maddelerine ve hizmetlere erişimin olmaması veya azalması, kişilerin ve toplumların sağlık, fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik açısından yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Gıda, su, giyim, barınma, tıbbi bakıma erişim, eğitim gibi temel ihtiyaçların insanlar arasında eşitlik bulunmadan dağılımıyla toplumların birlikte ve huzurlu yaşamlarının oluşmasına engel teşkil edebileceği ve toplumsal çatışmalara yol açabileceği söylenebilmektedir. Düşük gelirliler arasında derinleşen yoksulluk ve toplumdaki eşitsizlikler, ekonomik büyümeyi de tehdit edebilir. Beceri ve eğitim alanına yatırım yapacak yeterli kaynağa sahip olmadıkları takdirde, düşük gelirli insanlar ve toplumlar potansiyellerine ulaşamayabilir ve bu durum genel ekonomik büyüme açısından zararlı olabilir. Ayrıca, yüksek eşitsizlikler, ekonomik büyümenin yanı sıra birçok sosyal ve ekonomik yaşamın pek çok yönünü olumsuz etkileyebilir. Olası

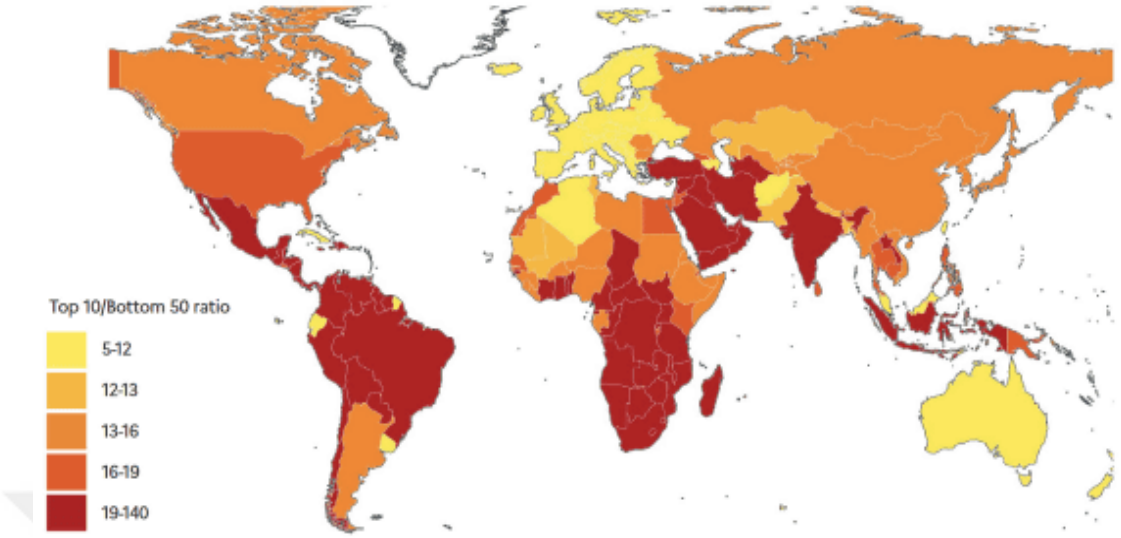
olumsuz etkiler arasında sosyal dışlanma, kaçırılan fırsatlar ve hatta sağlıkta gerileme (OECD, 2015) yer alır. Toplumların işleyişinde sosyal eşitsizlikler içsel bir yapıya sahiptir. Sık sık radikal politik sistem değişikliklerine ve yoksullukla mücadele programlarının uygulanmasına rağmen devam ederler. Sosyal eşitsizliklerin azaltılması, sürdürülebilir kalkınmanın en önemli hedeflerinden biri olmuştur. Bu, ülkeler arasındaki ve içindeki fırsat ve servet dağılımındaki eşitsizliklerle başa çıkmayı içerir (Bąk ve diğerleri, 2021: 264-265).



Şekil 5: Küresel Gelir ve Servet Eşitsizliği, 2021

Kaynak: wir2022.wid.world/methodology. Dünya Eşitsizlik Raporu, 2022

Küresel en alt %50'nin, ölçülen toplam gelirin %8'ini aldığı görülebilir. Küresel en alt %50'nin, servetin %2'sine sahip olduğu görülebilir. Küresel ilk %10'un, toplam Hane halkı servetinin %76'sına sahip olduğu ayrıca 2021'de toplam gelirin %52'sini elinde bulundurduğu görülmektedir. En yüksek servet sahiplerinin mutlaka en yüksek gelir sahipleri olmadığı unutulmamalı. Gelirler, emeklilik ve işsizlik sistemlerinin işleyişinden sonra, vergi ve transferler öncesinde ölçülmektedir.



Şekil 6: Dünya Genelindeki En Yüksek 10 ve En Düşük 50 Gelir Uçurumları

Kaynak: wir2022.wid.world/methodology. Dünya Eşitsizlik Raporu, 2022

Afrika, Güney Amerika ve Asya kıtalarında gelir uçurumları farkının yüksek olduğu görülebilmektedir. Avrupa ve Avustralya kıtasında ise gelir uçurumları arasındaki farkın diğer kıtalara oranla az olduğu görülmektedir. Şekil 6'da 2021 yılına ait veriler görülmektedir.

2.3.11. Sürdürülebilir Şehirler ve Topluluklar

Sürdürülebilir şehir kavramının açıklaması, süreklilik ve değişimin birlikte yürütülmesi amacıyla ekonomi, toplum, çevre ve enerji kavramlarının bir arada yürütülmesiyle açıklanabilmektedir (Erdem, 2022: 185). Sürdürülebilir kalkınma açısından şehirler kritik alanlardır. Küresel nüfusun yarısından fazlası 21. yüzyılda kentsel alanlarda yaşamaktadır bununla birlikte dünya nüfusunun kentsel yaşam alanı oranının 2050'de %70, e yaklaşması beklenmektedir. Şehirler, küresel enerjinin %60'ını tüketmekte ve atık ile karbon emisyonlarının %70'ini üretmektedir. Hızlı kentleşme, hava kalitesi, su kaynakları, atık yönetimi, yaşam çevresi ve halk sağlığı üzerinde ek baskılar yaratmaktadır. Şehirler, temel hizmetlerde, uygun konutlarda ve altyapıda eksiklik yaşamaktadır. BM Genel Kurulu tarafından kabul edilen hedeflerden 11.si olan "*Sürdürülebilir Şehir ve Yaşam Alanları*" Hedefi uygun konut

ve altyapıdan kültürel ve doğal mirasa kadar geniş çerçevedeki konuları kapsamaktadır. Şehirlerin önemi göz önüne alındığında, Hedef 11'i hızlı bir şekilde gerçekleştirmek, tüm Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri süreci için merkezi bir öneme sahiptir (Nabiyeva ve diğerleri, 2023: 1-2).

21. yüzyılda hükümetler ve toplumsal kuruluşlar tarafından şehirlerin daha sürdürülebilir ve yaşanabilir hale getirilmesine yönelik girişimlerin ve planların yapıldığı görülmektedir. Dünya Bankası tarafından başlatılan projeyle şehirlerin kalkınma yöntemlerini ve altyapılarını geliştirebilecekleri, finansman ve yatırımcıları çekebilecekleri, yoksullarla dezavantajlı durumdaki bireylerin yaşam standartlarını iyileştirebilecekleri "Şehir Sistemleri" girişimini sürdürdüğü görülebilir. Dünya Bankası tarafından desteklenen “Yeni Kentsel ve Yerel Yönetim Stratejisi”, tüm seviyelerdeki hükümetlere, şehirleri daha adil, verimli, sürdürülebilir ve çevre dostu hale getirme konusunda yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Yeni Kentsel ve Yerel Yönetim Stratejisinin iki ilkeye dayandığı söylenebilir. İlk ilke, yoğunlaşma, iş birlikleri, insan etkileşimlerinin, ekonomik üretkenlik ve sosyal adalet açısından temelinde incelenirken ikinci ilke ise şehirlerin iyi yönetilmesi ve sürdürülebilir olması ile ilgilenmektedir. Yeni Kentsel Strateji, gelecek yıllardaki şehirler ve yerel yönetimler için kritik olarak kabul edilen beş iş hattını vurgulayarak Dünya Bankası'nın kentsel iş stratejisini yeniden düzenler (Dünya Bankası, 2017).

• Şehir yönetimi, finans ve hükümet
• Kentsel yoksulluğu azaltma ve gecekonduları iyileştirme
• Şehirler ve ekonomik büyümeyi destekleme
• Kentsel arazi, konut ve şehir planlaması
• Kentsel çevre, iklim değişikliği ve felaket yönetimi

Dünya Bankası'nın diğer bir girişimi, "Kapsayıcı Şehirler" (World Bank, 2018) olarak adlandırılmaktadır ve aşağıdaki müdahalelere içermektedir:

• Çok boyutlu bir yaklaşım için çok sektörlü çözümleri benimseme
• Önleyici" ve "iyileştirici" çözümleri birleştirme

• Yatırımları sıralama, önceliklendirme ve ölçeklendirme
• Toplulukların kapsayıcılığı teşvik etme potansiyelini kullanma
• Yerel düzeyde kapasiteyi güçlendirme
• Ortaklıkları teşvik etme

Bu gibi girişimlerin bir çıktısı olarak sürdürülebilir şehirler ve topluluklar özelinde sürdürülebilir kalkınma hedeflerinde somut sonuçlar gözlemlenebilir (Alvarez ve diğerleri, 2020: 51-52).

2.3.12. Sorumlu Üretim ve Tüketim

Üretim ve tüketimin dünya ekonomisinin sürükleyici gücü olmasıyla birlikte, yine üretim ve tüketimin doğal çevre ve kaynakların kullanımına, bağımlı olduğu görülebilir. Doğal çevre ve kaynaklar her durumda sınırlıdır. Buradan hareketle, insanlık tarihinde özellikle sanayi devrimlerinden sonra, ekonomik ilerlemenin ve başarıların, kaynakların tüketimiyle sürdürülebilirliklerinin önemsenmediği görülmektedir fakat 21. Yüzyılda kaynak tükenişi konusunun endişe verici bir şekilde gerçekleştiği görülebilmektedir. Bu durum, yalnızca dünyadaki düzenin bozulması, sürdürülemez büyüme ve gelişim sistemleri için değil, aynı zamanda insan varlığının yakın zamanda risk altında olabileceğini düşündürmektedir. Aksine, sorumlu ve sürdürülebilir üretim ve tüketim modellerinin benimsenmesinin, kaynaklar ve doğal çevre açısından olumlu bir etki yaratacağı görülebilmektedir. Sorumlu üretim ve tüketim hedefindeki amaç, kaynakların kullanımında verimliliği artırmak, yeni ve daha sorumlu sürdürülebilir yaşam tarzlarını teşvik etmek, dünyanın sürdürülebilirliğine destek olmaktır. Bu konuda 1994'te Norveç Çevre Bakanlığı tarafından düzenlenen Oslo Sürdürülebilir Tüketim ve Üretim Sempozyumu'nda, "*temel ihtiyaçlara yanıt veren ve gelecek nesillerin ihtiyaçlarını tehlikeye atmadan hizmet veya ürünün yaşam döngüsü boyunca doğal kaynakların ve toksik malzemelerin kullanımını, atık ve kirleticilerin emisyonlarını en aza indirgeyen, gerçek maliyetini tam olarak bilmek*" olarak önerilen tanımın açık ve kapsayıcı olduğu görülebilmektedir. Sorumlu üretim ve tüketim hedefi için kullanılan diğer tanımların da benzer olduğu görülebilir, Latin Amerika ve

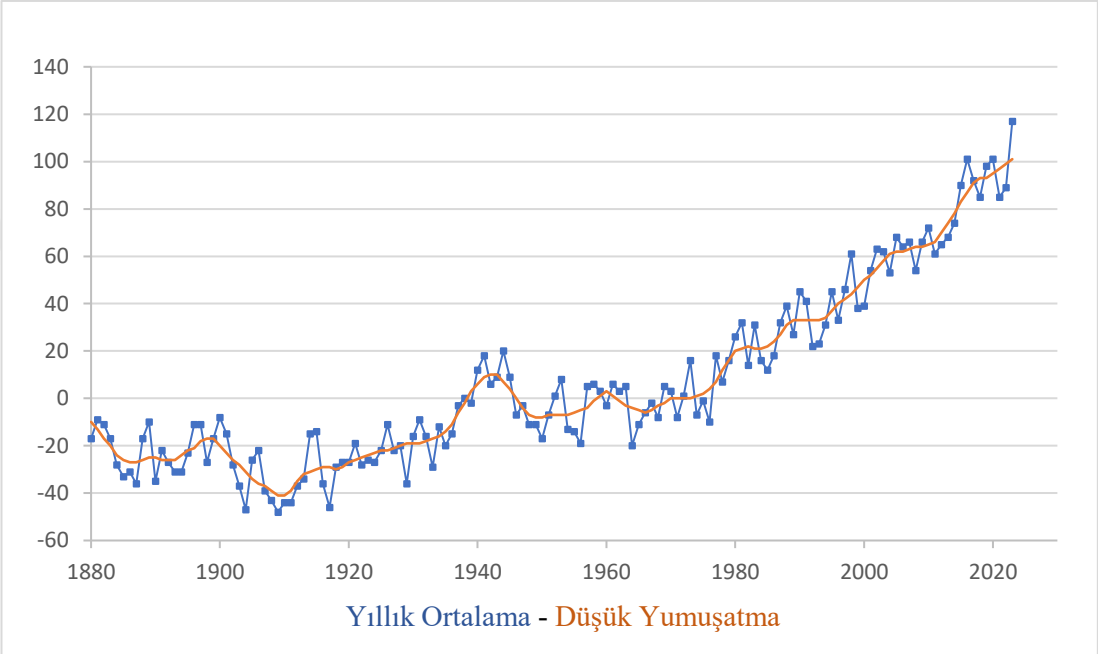
Karayipler'deki 2030 Ajandası tanımına göre "*sürdürülebilir üretim ve tüketim, kaynakların ve enerjinin verimli kullanımını, sürdürülebilir altyapı oluşturmayı, temel hizmetlere erişimi iyileştirmeyi ve yeşil ve uygun işler yaratmayı, tüm bireyler için daha iyi bir yaşam kalitesine çevrilir ve genel kalkınma planlarına ulaşmaya yardımcı olur, gelecekteki ekonomik, çevresel ve sosyal maliyetleri azaltır, ekonomik rekabeti güçlendirir ve yoksulluğu azaltır*" olarak açıklanmıştır (Vázquez ve diğerleri, 2023: 2).

2.3.13. İklim Eylemi

20. Yüzyılda şehirlerde artan sanayi, nüfus artışı, kurumlar ve ülkeler arası rekabetle 1950'lerden beri küresel iklim sistemlerindeki ısınmanın artarak devam ettiği yine bu ısınmanın insan faaliyetleri tarafından gerçekleştiği, 2015 yılında İklim Değişikliği Hükümetler Arası Panelinde dünyanın gelecek nesiller için en öncelikli sorunlardan biri olarak kabul edildiği ifade edilebilir. İklim değişikliğinin olumsuz etkileriyle, insanların ve diğer canlıların yanı sıra cansız yaşam alanlarının da ciddi şekilde etkilendiği söylenebilmektedir. İklim zorluklarına karşı mücadele etmek amacıyla, sadece sera gazı emisyonlarını azaltmaya yönelik çabalar değil, aynı zamanda toplumların ve küresel ekonomik sistemlerin iklim değişikliğinin etkilerine uyum sağlama yöntemlerini hızlı ve uyumlu bir şekilde geliştirmek önemlidir. Bu tür eylemlerin etkinliği ve verimliliği konusunda bilgi temelli bir anlayışa ihtiyaç vardır. 2015 yılının iklim değişikliği ile mücadele açısından önemli bir dönemeç olduğu görülebilir. Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi (UNFCCC) kapsamında kabul edilen Paris Anlaşması, dünyayı karbonsuz, dirençli, refah dolu ve adil bir geleceğe doğru yönlendirmeyi amaçlamaktadır (Uitto ve diğerleri, 2017: 1-2).

197 ülke 2015 Paris İklim Değişikliği Anlaşması aracılığıyla iklim değişikliği etkilerine karşı mücadele etmeyi, uyum sağlamayı ve gelişmekte olan ülkelere iklim değişikliği etkilerine karşı korunma konusunda destek sağlama üzerinde anlaşmaya varmıştır. Paris Anlaşması, ulusal hükümetler, şirketler, sivil toplum kuruluşları tarafından küresel çapta destek görmekte ve dünya genelinde karşılaşılan sosyal, ekonomik, politik ve çevresel zorluklara karşı dönüşüm arzusunu ifade etmektedir.

Bu gelişmelerle birlikte, iklim değişikliği ve diğer sürdürülebilir kalkınma zorluklarıyla başa çıkmak için, çeşitli sektörleri, paydaşları ve ülkeleri de içeren daha etkin bir iş birliğini gerektiren yönetim sürecinin içinde olunması gerektirdiği de anlaşılmaktadır (Fuso Nerini ve diğerleri, 2019: 674).



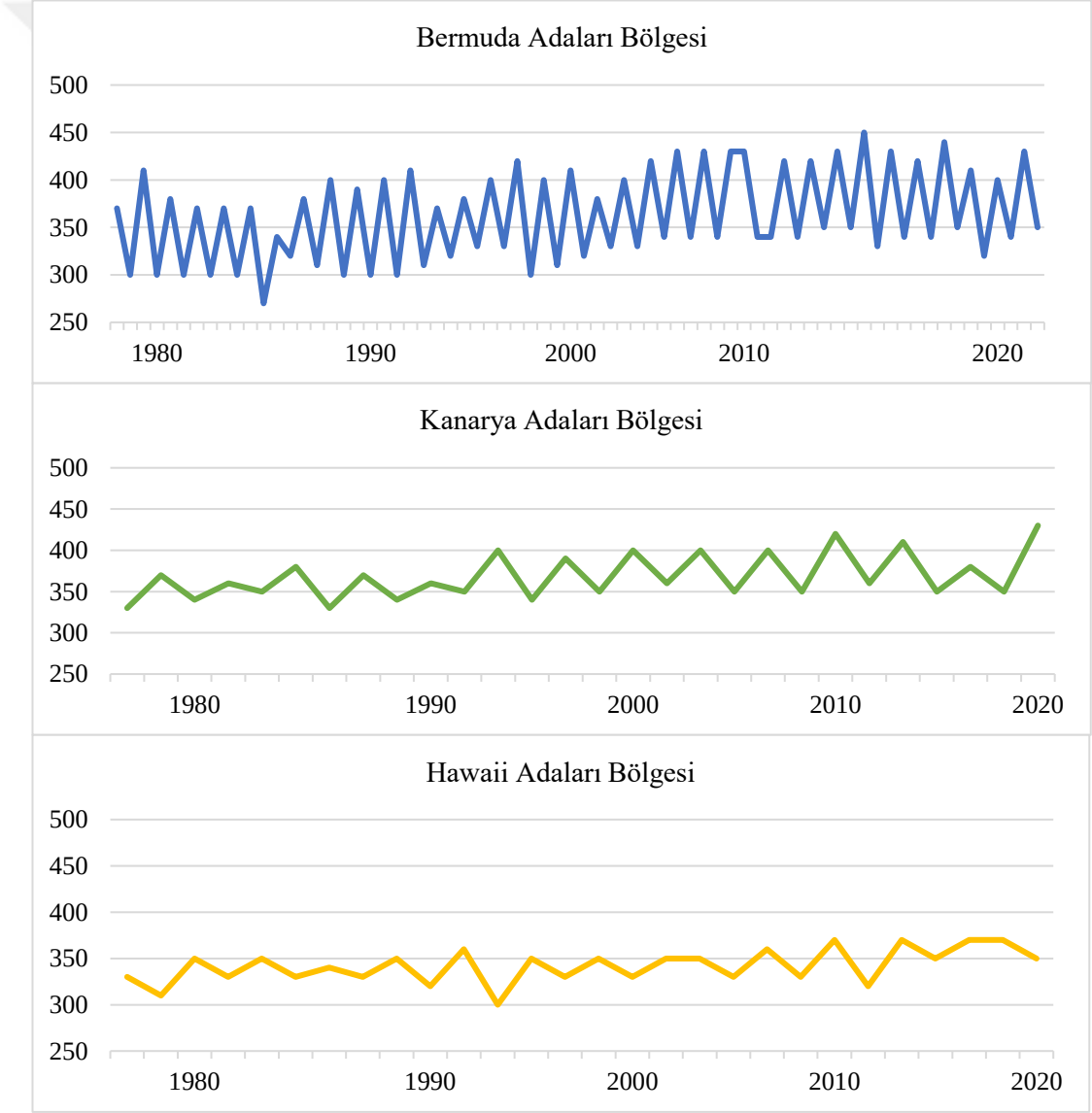
Şekil 7: Yıllara Göre Küresel Kara ve Okyanus Sıcaklık Endeksi Yıllık Ortalama

Kaynak: https://climate.nasa.gov/vital-signs/global-temperature/

2.3.14. Sudaki Yaşam

Okyanuslar, gezegenin karşılaştığı birçok küresel soruna çözüm getirmek açısından hayati bir rol oynamakta; özellikle gıda güvenliği, iklim değişikliği, enerji temini ve doğal kaynakların kullanımı gibi konularda vazgeçilmez olarak kabul edilmektedirler. Bununla birlikte balıkçılık ve su ürünleri yetiştiriciliği, küresel gıda güvenliği, beslenme ve geçim kaynaklarına önemli bir katkı sağlamaktadır, ancak aşırı avlanma, sürdürülemez su ürünleri yetiştirme uygulamaları, okyanus kirliliği ve asitleşme, dünya çapında su ürünleri bulunurluğunun geleceğini tehdit etmektedir. Denizin ve kaynaklarının sürdürülebilir ekonomik kalkınma için kullanımı, bugün ve gelecekte refaha katkıda bulunarak hızla genişlemektedir, ancak okyanusların bilinçsiz avlanma ve kirletilmesiyle iklim değişikliği tehlikesiyle karşı karşıya

olduğu göz ardı edilmemelidir. Karbon emisyonlarının hızla artmasıyla birlikte, okyanusların büyük bir kısmı karbondioksiti emerek asidifikasyona uğramaktadır, bu da deniz yaşamı ve ekosistemler üzerinde ciddi etkilere neden olmaktadır. Okyanuslarında sıcaklıkların ve su seviyelerinin arttığı gözlemlenmektedir, bu durum biyoçeşitlilik ve habitat kaybına, aynı zamanda balık stoğu bileşimindeki değişikliklere yol açmaktadır. Dünyanın birçok yerinde aşırı avlanma ve azalmış balık stoğu, gelecekteki okyanus yaşamının tehdit altında olduğunu göstermektedir (Franco ve diğerleri, 2019: 231).



Şekil 8: Yıllara Göre Okyanus Seçili Bölgelerindeki Çözünmüş Karbondioksit

Kaynak: https://www.epa.gov/ocean-acidification

Şekil 8’ de 1980 yılından 2020 yılına kadar okyanusların belli bölgelerinden alınan örneklerle şekillendirilmiş, çözünmüş karbondioksit veri grafikleri bulunmaktadır. Buna göre yıllara göre karbondioksit miktarı artarak yükseliş göstermiş, görülen dalgalanmalar yaz ve kış mevsimlerinin okyanuslardaki karbondioksit dengesini temsil etmektedir.

2.3.15. Karasal Yaşam

Rio de Janeiro'da gerçekleştirilen BM konferansıyla birlikte dünyadaki biyolojik çeşitliliğin ve karasal ekosistemlerin durumunun ve korunmasının önemi konusundaki ilginin arttığı gözlemlenmektedir. Bu ilgiyle birlikte biyolojik çeşitliliğin koruma ve karasal ekosistemlerle sürdürülebilir ilişkiler kurma faktörlerinin tam olarak istenen düzeyde olmadığı gibi, süregelen biyolojik çeşitlilik kaybının gelecekte insanların hayatlarını ne ölçüde etkileyeceği tam olarak bilinememektedir. Türlerin ve biyomların çeşitliliği azalmaktadır ve bu eğilimin sürdürülebilirlik açısından ciddi sonuçları olabileceği görülmektedir. Biyolojik çeşitliliği sağlıklı bir durumda sürdürebilmek, doğal ekosistemlerin sağladığı önemli ekosistem hizmetlerine ve koruma mekanizmalarına dayanmaktadır. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi 15 büyük küresel yok olmaya, mevcut biyolojik çeşitlilik kaybına çözüm getirmeyi amaçlamaktadır. Asya ve Pasifik Bölgesi’nde biyolojik çeşitlilik kaybı ve ekolojik bozulma sorunları büyümektedir. Dünya Doğayı Koruma Vakfı'nın 2014 Raporu'na göre, dünya genelinde 1970 ile 2010 yılları arasında biyolojik çeşitlilikte %52'lik bir düşüş yaşanmıştır (Escap, 2016: 1-2).

2.3.16. Barış, Adalet ve Güçlü Kurumlar

Güçlü kurumlar, adalet erişimi ve huzurlu topluluklar, sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin gerçekleşmesi adına temel unsurlar olarak görülmektedir. Kurumlar arası anlaşmazlık, yolsuzluk ve zayıflık ulusal kalkınma stratejileri ve sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin (SKH) başarılı bir şekilde uygulanmasının önünde önemli engeller oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişim sağlama (SKH 3) veya eğitim (SKH 4), dayanıklı altyapı oluşturma (SKH 9) ve sürdürülebilir

şehirler (SKH 11) gibi hedefler, yüklenicilerin güvenliği, finansal kaynaklara erişim ve iyi yönetim ile şeffaf, kanıta dayalı karar alma gibi faktörlere bağlıdır. (SKH 16), bu güvenli ve sağlam ortamı tüm ölçeklerde sağlamayı amaçlayarak kamu hizmetlerinin sunulmasını ve sürdürülebilir ekonomik kalkınmayı desteklemeyi hedeflemektedir. (Gill ve diğerleri, 2021: 395).

Barış, Adalet ve Güçlü Kurumlar sürdürülebilir kalkınma için barışçıl ve kapsayıcı toplumları teşvik etmekte, herkes için adalete erişimi sağlamayı ve her düzeyde etkili, sorumlu ve kapsayıcı kurumlar inşa etmeyi amaçlamaktadır (Corneloup ve Verhellen, 2021: 507).

2.3.17. Hedefler İçin Ortaklıklar

Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma hedefleri küresel düzeyde ortaklıklarının uygulanması, mevcut eşitsizlikler ve artan sorunlar nedeniyle 21. yüzyılda oldukça önemli bir yerde bulunmaktadır. Sanayileşmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki sosyal ve çevresel farklılıklar, eşitsizlikleri artırarak, ülkeler arası adil ve sürdürülebilir kalkınmanın önündeki engelleri oluşturmaktadır. SKH 17, özellikle gelişmekte olan ülkelerle sürdürülebilir kalkınmayı gerçekleştirmek amacıyla, kamu ve özel sektör kuruluşlarının bir araya gelerek iş birliği yapmalarını teşvik etmektedir. İklim değişikliği gibi toplumun karşılaştığı karmaşık zorluklar, derneklerin sürekli gelişimi ve oynadıkları rolün anlaşılması açısından temel bir öneme sahiptir. Bu durum, sürekli ve artan taleplerin, adaletli uluslararası ortaklıkların gerekliliğini hatırlatmaktadır. İyi yönetimlerle birleştirildiğinde, uluslararası kuruluşlar, yerel ve ulusal dernekler arasındaki ortaklıklar, yaşanan aksaklıkları ele almada öncü olabilmektedir. Uluslararası ortaklıkların SKH'leri uygulamadaki rolünün, kuruluşlar ve belirli proje ihtiyaçlarına göre değişmekle birlikte, genel amaç uluslararası kuruluşların, hükümetlerin ve özel sektör kuruluşlarının uzmanlık ve kaynak tabanlarında iş birliği yaratmak olduğu ifade edilebilir. Bu durum, SKH'leri daha hızlı, daha verimli ve daha adil bir şekilde elde etmeyi amaçlar ve her bir ortağın bireysel, ortak hedefleri başarmasını sağlayacak durumları yaratmayı hedeflemektedir (Leal Filho ve diğerleri, 2022: 1-2).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

LÜLEBURGAZ 5 NUMARALI ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ İSTASYONUNUN SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA AÇISINDAN ANALİZİ

17 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinden seçilen 14 hedef için Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunun üzerinde durulmuştur;

- Yoksulluğa Son Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi
- Sağlıklı ve Kaliteli Yaşam Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi
- Nitelikli Eğitim Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi
- Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi
- Temiz Su ve Sanitasyon Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi
- Erişilebilir ve Temiz Enerji Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin
- İnsana Yakışır İş ve Ekonomik Büyüme Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi
- Sanayi Yenilikçilik ve Altyapı Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi
- Sürdürülebilir Şehirler ve Topluluklar Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi
- Sorumlu Üretim ve Tüketim Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi
- İklim Eylemi Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi
- Sudaki Yaşam Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi
- Karasal Yaşam Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi
- Amaçlar İçin Ortaklıklar Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi

3.1. Acil Ambulans ve Acil Triyaj Sistemi

Ambulans ve acil sağlık hizmetlerinin temel amacının insan yaşamını tehdit eden olguların, insan yaşam bulgularının geri döndürülemez çerçeveye ulaşmadan önce müdahalesini kapsadığı söylenebilir. Toplumda her bireyin yaşamında ayrı düşünce yapısı farklı algıları olduğunu kabul edilirse her insanın acil durum ve sağlık endişeleri değişiklik gösterebilmektedir. Türkiye'de acil sağlık hizmetleri ambulans ve hastane acil servisleri olarak kişilerin, başvuru sırasında sağlık otoritelerinin

değerlendirmesi ve yönlendirmesi olmadan ücretsiz hizmet alabildiği alanlar olarak görülmektedir. Bu durum kimi zaman hastaların ya da hasta yakınlarının acil bir durum olmaksızın, acil sağlık hizmetlerine ulaşma isteğiyle karşılık bulabilmektedir. Acil çağrı merkezine yapılan telefon çağrılarında hasta yakınları ya da hastalar sağlık durumlarını detaylı ve tam olarak açık şekilde ifade edemeyebilmektedir. Hastane acil servislerine kişisel başvurularda da hayatı tehdit eden bir durum olmaksızın yaşanan başvurular değerlendirilebilmektedir. Bu yaklaşım personel ve zaman kaybına neden olmakta, acil servislerde hizmet kaybı, ambulanslarda ise çoğu zaman hızlı müdahale gerektiren acil olgu barındıran vakalara ulaşımda artan vaka müdahale sürelerine sebep olmaktadır (Yaylacı ve diğerleri, 2013: 64-67).

Kişilerin çeşitli sağlık sorunları ile acil servis ve ambulanslara yaptığı başvuruların ilk aşamada hastayı karşılayan sağlık personeli ya da AÇM tarafından verilen değerlendirme (triyaj) sistem karışıklığının önüne geçmek için kullanılmaktadır. Bu sistem dünyada 30'dan fazla farklı şekillerde acil hasta kodlama triyaj sistemi olarak görülebilmektedir. Kanada'da (KTS) Avustralya'da (ATS) olarak kullanılmaktadır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2009 yılında getirmiş olduğu renk kodlamasına dayanan, sağlık ekiplerinin acil servis ve ambulansta hastalara acil kodları tanımladığı sistem kullanılmaktadır. Yeşil, sarı ve kırmızı 3 renk olarak ayrılmakta hastaların tıbbi öyküleri, hastalık şikayetleri üzerinden yaşamsal bulguları değerlendirilerek renklerle kategorize edilip sağlık müdahaleleri yapılmaktadır (Menendi, 2022: 13-14).

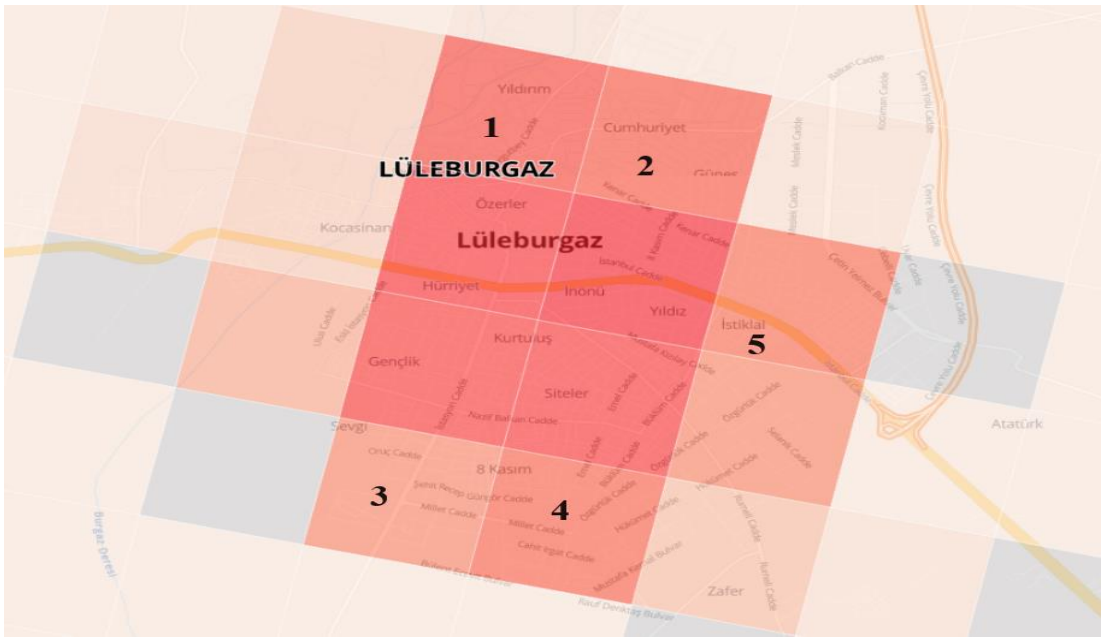
Tablo 8: Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması (Sağlık Bakanlığı 2018)

Renk	Alan ve Vaka Niteliği	Vakanın Yönlendirildiği Birim	Örnek Durumlar
Yeşil	Kategori 1: Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan, akut semptomları sebebiyle 1 saatten fazla beklemesi hayati tehdit, morbidite veya komplikasyon oluşturabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar	Bu kategoride olan hastalar acil servis içerisinde yeşil alanda muayene edilmelidir.	* Genel Durumu ve Hayati Bulguları Stabil Olan Hastada Her Türlü Basit Belirti * Basit Yaralar-Küçük Sıyrıklar, Dikiş Gerektirmeyen Basit Kesiler
	Kategori 2: Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek, 1-4 saat arası beklemekle morbidite veya hayati tehdit oluşturmayan basit sağlık sorunları bulunan hastalar	Bu kategoride olan hastalar acil servise entegre edilmiş olan mesai kaydırma veya vardiya branş polikliniklerine yönlendirilirler	* Yüksek Risk Taşımayan ve Hafif Ağrı *Aktif Yakınması Olmayan Düşük Riskli Hastalık Öyküsü *Kronik Belirtileri ve Genel Durumu İyi Olan Davranışsal ve Psikolojik Bozukluklar
Sarı	Kategori 1: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar.	Bu kategoride değerlendirilen hastalar triyajdan sorumlu hekimin bilgisi dahilinde doğrudan ilgili tanı/tedavi alanına alınmalıdır.	* Orta Derecede Kan Kaybı *Yardımcı Solunum Kaslarının Solunuma Katılmadığı Orta Derecede Solunum Sıkıntısı *Nöbet Geçirme Öyküsü (Uyanık), Kusma * Şiddetli Karın Ağrısı Olan Hasta * Deformite, Laserasyon, Ezilme Ekstremite Yaralanması *Suistimal Riski veya Şüphesi Olan Çocuk *Stresli ve Kendine Zarar Verme Riski Olan
	Kategori 2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlar. (Solunum sayısı, nabız, kan basıncı, oksijen satürasyonu, vücut sıcaklığı anormal olan hastalar ile medikal tedavi ihtiyacı olan hastalar ve subjektif ağrı skoru maksimum skorun %80'i olan hastalardır)	Bu kategoride değerlendirilen hastalar triyajdan sorumlu hekimin bilgisi dahilinde doğrudan ilgili tanı/tedavi alanına alınmalıdır.	* Göğüs Ağrısı ve Solunum Sıkıntısı Olmayan Basit Göğüs Yaralanmaları, Basit Kanamalar *Solunum Sıkıntısı Olmayan Yutma Zorluğu *Bilinç Kaybı Olmayan Minör Kafa Travmaları *Dehidratasyon Belirtileri Olmayan Kusma ve İshal *Normal Görme Fonksiyonu Olan Göz İnflamasyonları veya Gözde Yabancı Cisim *Minör Ekstremite Travma Hafif Karın Ağrısı *Zarar Verme Riski Olmayan Davranış
Kırmızı	Kategori 1: Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır.	Kırmızı ana renk kodunda değerlendirilen hastalardan bilinci kapalı, hava yolu güvenliği, solunum ve dolaşımı olmayan hastalar derhal yeniden canlandırma (resüsitasyon) odasına alınacaktır.	*Kardiyak Arrest, Majör Çoklu Travma * Solunumsal Arrest, Havayolu Tıkanıklığı Riski *Solunum Sayısı < 10/Dakika *Sistolik Kan Basınçı-80 (Yetişkin) veya Genel Durumu Bozuk Çocuk veya İnfantlar *Devam Eden veya Uzamış Nöbet
	Kategori 2: Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.	Bilinci kapanabilecek, hava yolu güvensiz ve solunumu durabileceği ön görülen hastalar doğrudan kırmızı alana alınacaktır.	*Aşırı İlaç Alımı Olan Hasta *Kardiyak Ağrıya Benzer Göğüs Ağrısı *Şiddetli Stridor veya Yutkunma Güçlüğü *Dolaşım Bozukluğu, Sedatif Madde Alımı -Nemli, Soğuk Deri, Perfüzyon Bozukluğu -Hemodinamik Bulgularla, Hipotansiyon *Letarji ile Birlikte Ateş (Her Yaş) *Asit/Alkali Temasında Göz Yıkaması

Kaynak: Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ Resmî Gazete (2018 Ek- 7)

3.2.1 Yoksulluğa Son Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi

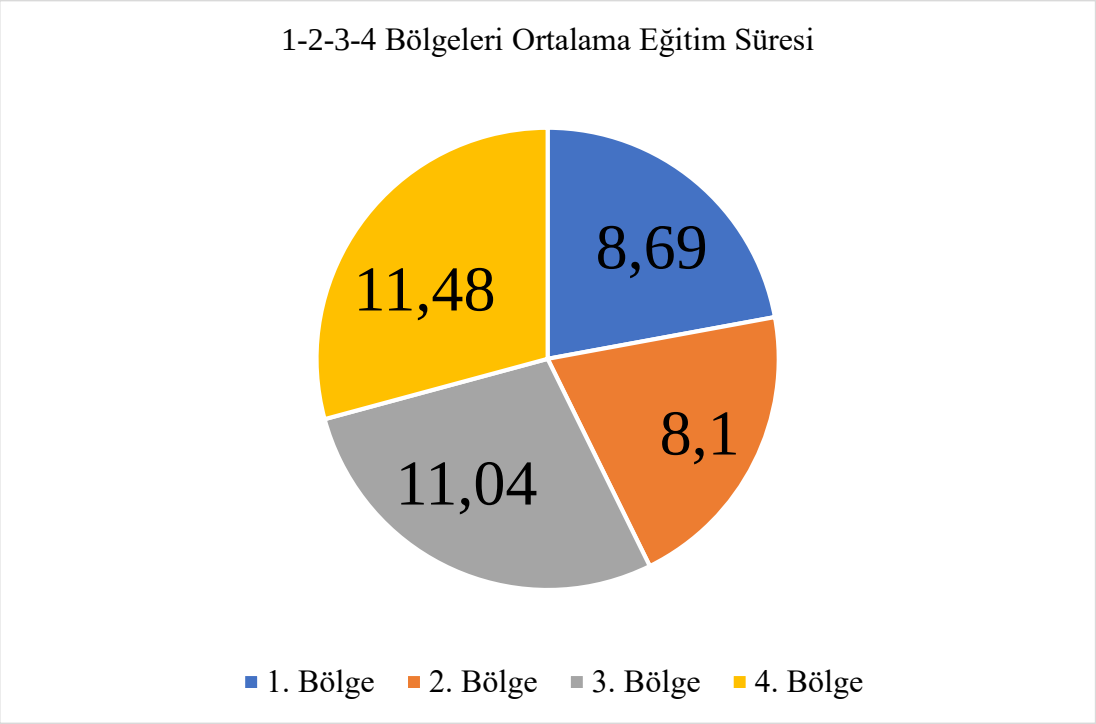
Yoksulluğa son hedefi içerisinde 6 alt hedef bulundurmaktadır, ambulans ve acil bakım hizmetleri sistemi, gösterge 1.4.1 temel hizmetlere erişim alt hedefi üzerinden ele alındığında 1.4.1. Temel hizmetlere erişim göstergesi; içme suyu, sanitasyon, hijyen, enerji, hareketlilik, atık toplama, sağlık hizmetleri, eğitim ve bilgi teknolojileri dahil olmak üzere 9 alt bileşeniyle insanın temel ihtiyaçlarını karşılayan kamu hizmetlerini ifade etmektedir. Özellikle sağlık hizmetleri hedefi 2030'a kadar bilhassa yoksullar ve kırılgan durumdaki insanların eşit sağlık hizmetleri ulaşımına sahip olmalarının güvence altına alınmasını ifade etmektedir. Bu bölümde temel hizmetlerden sağlık hizmetleri alt bileşeni görülecektir. Türkiye'de 2022 TÜİK verilerine göre sağlık merkezine kolay erişim sağlayan nüfus oranı %84,3 olarak görülmektedir, bu durum toplam nüfusun %15,7'lik kısmının sağlık merkezine kolay erişemediğini göstermektedir (TÜİK, 2022).



Şekil 9: Lüleburgaz'ın Bölgelere Göre Nüfus ve Eğitim Haritası

Kaynak: TÜİK 2022 (https://cip.tuik.gov.tr/).

Kırklareli iline bağlı Lüleburgaz ilçesinde bulunan Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu (Şekil 9'da 5 ile gösterilmiştir) 1-2-3-4 numaralı bölgelere, nispeten eşit mesafede konumlandırılmıştır.



Şekil 10: Lüleburgaz'da İncelenen 1-2-3-4 Bölgeleri Ortalama Eğitim Süreleri

Kaynak: TÜİK 2022 (https://cip.tuik.gov.tr/).

TÜİK'ten alınan verilere göre grafikte 1-2 numaralı bölgelerin ortalama eğitim sürelerinin sırasıyla 8,69 ve 8,10 olduğu 3-4 numaralı bölgelerin sırasıyla 11,04 ve 11,48 olduğu görülmektedir. 1 ve 2 numaralı bölgelerde 65+ yaşında bulunanların sayısının sırasıyla 1175 ve 921 kişi olduğu 3-4 numaralı bölgelerde ise bu sayının sırasıyla 287 ve 291 kişi olduğu görülmektedir. Bu durumda 1-2 numaralı bölgelerin 3-4 numaralı bölgelere göre bakıma muhtaç ve kırılgan bir nüfus yapısını barındırdığı ifade edilebilir. Bu anlamda Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu ambulansının yoksulluğa son 1.4.1 temel sağlık hizmetlerine erişim hedefi üzerinde olumlu anlamda konumlandırıldığı söylenebilmektedir.

3.2.2. Sağlıklı ve Kaliteli Yaşam Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi

Sağlıklı ve kaliteli yaşam hedefine ulaşmada genel sağlık sisteminin erişilebilirliğinin artırılmasıyla, ambulans hizmetindeki yük hafifletilebilir ve daha hızlı vaka erişimi için düzenlemeler yapılabilir. Özellikle kırsal alanlarda, merkezi istasyonlara olan mesafe değişkenlik gösterir ve bu durum vaka ulaşım sürelerini artırabilir. Bu nedenle, kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerine daha etkin bir erişim sağlamak amacıyla, yerel halka acil durum müdahalesi ve ilk yardım konularında eğitimler verilmesi, ambulans vaka alanına gelene kadar yaralının hayati değerlerinin kötüye gitmesi engellenebilir. Eğitimler ile ambulansların amacı dışında kullanımı engellenebilir bu şekilde acil çağrılara yeterli ve hazır ambulans bulundurulabilir.

Tablo 9: Lüleburgaz 5 A.S.H.İ 2022 ve 2023 Kırsal ve Kentsel Arama İstatistikleri

Ay	Kentsel Vaka Sayısı		Kırsal Vaka Sayısı	
	2022	2023	2022	2023
Ocak	241	136	65	45
Şubat	194	123	64	36
Mart	185	138	46	46
Nisan	170	119	53	59
Mayıs	181	152	56	34
Haziran	165	140	67	59
Temmuz	170	144	74	59
Ağustos	156	145	57	63
Eylül	129	159	50	45
Ekim	161	155	40	46
Kasım	142	148	45	51
Aralık	155	154	37	46
Toplam	**2049**	**1713**	**654**	**589**

Kaynak: Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü

Tablo 9’ da Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunun 2022-2023 kentsel ve kırsal vaka sayıları görülmektedir. Tabloya göre her ay yaklaşık olarak kentsel vaka sayısının yarısı kadar kırsal alana vaka çıkışı yapılmaktadır. Yapılacak düzenlemelerle kırmızı ve sarı kodlu acil vakalara hasta yakını veya ihbarı yapan ilk yardım eğitimi almış kişilerin, ambulans ekibi olay yerine gelene kadar yapacağı müdahaleler hayati derecede önemli olabilir. Bunun yanında ambulans çağrısının yeşil kodlu triyaj rengi olduğu durumlarda, acil çağrı merkezi sorumluluğunda yapılan planlamalarla ambulans gerekmeksizin daha farklı araçlarla sağlık merkezlerine nakli gerçekleştirilebilir. Kentsel, yeşil triyaj kodlu vakalarda da benzer düzenlemeler yapılarak sağlık sisteminin yükü hafifletilirken, sağlıklı ve kaliteli yaşam hedefine katkıda bulunulabilir.

3.2.3. Nitelikli Eğitim Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi

Nitelikli eğitim hedefine Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü 112 Acil Çağrı Merkezi sağlık birimine ambulans talebiyle yapılan arama verileri üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 10: Kırklareli 2022 ve 2023 Acil Çağrı ile Yapılan Arama İstatistikleri

Ay	Kadın		Erkek		Kimliksiz Şahıs	
	2022	**2023**	**2022**	**2023**	**2022**	**2023**
Ocak	1748	1270	1675	1388	109	111
Şubat	1433	1022	1337	1075	90	115
Mart	1312	1217	1365	1284	98	144
Nisan	1239	1142	1244	1260	92	130
Mayıs	1344	1253	1442	1393	149	129
Haziran	1323	1200	1500	1553	122	171
Temmuz	1659	1444	1741	1599	139	186
Ağustos	1541	1413	1612	1553	130	199
Eylül	1238	1231	1318	1490	153	190
Ekim	1348	1393	1393	1502	142	187
Kasım	1259	1331	1380	1480	129	125
Aralık	1483	1362	1548	1445	91	108
Toplam	**16927**	**15278**	**17555**	**17022**	**1444**	**1795**

Kaynak: Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü

Tabloda kimliksiz şahıs bölümü ; asılsız ihbar, başka araçla nakil ve yaralı yok vakaları olarak kayıtlara geçmekte ve cinsiyet belirtilmemektedir. 2022 ve 2023 yılları istatistikleri incelendiğinde kimliksiz şahıs bölümü altında ambulans talep eden hasta ve yaralıların asılsız ihbar, başka araçla nakil ve yaralı yok gibi sebeplerle ambulans taleplerinin gerçekleşmediği görülmektedir. Değerlendirmede 2022 ve 2023 yılları arasında kimliksiz şahıs ambulans taleplerinde sayısal açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir. 2022 yılında 1444 ve 2023 yılında 1795 asılsız ambulans talebi acil müdahale ekiplerinin sahadaki yükünü artırarak kamu kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılamadığını göstermektedir. Bilinçsiz yapılan ambulans talepleri, acil durum kaynaklarının etkin kullanılmasını engelleyebilmektedir. Bu durum önceliği yüksek, kırmızı kodlu vakalara ambulansların ulaşım sürelerini artırabilecek ve acil durum vakalarının öncelikli müdahalelerine engel olabilecektir. Asılsız ihbarlar

sağlık sisteminin mevcut kapasitesini zorlayabilecek, acil müdahale ekiplerinin ve hastanelerin üzerindeki yükünü artırabilecektir. Sağlık Bakanlığı ve Millî Eğitim Bakanlığı düzeyinde yapılacak iş birlikleri ve farkındalık programları geliştirilerek, bu durum daha bilinçli ve duyarlı bir nesil yetiştirilerek tersine çevrilebilir. Eğitim kampanyaları ve bilinçlendirme faaliyetleri, toplumun acil durumları nasıl tanıyacağı ve ne şekilde değerlendirileceği konusunda geniş kapsamlı bir anlayış oluşturularak kamuoyu bilgilendirilebilir. Bu sayede, bilinçsiz yapılan ambulans taleplerinin ve asılsız ihbarların azaltılması sağlanarak, sağlık sisteminin daha etkin ve verimli bir şekilde işlemesine katkı sağlanabilir.

3.2.4. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi

Toplumsal cinsiyet eşitliği hedefinin 8 alt hedefi bulunmaktadır. Bu bölümde "*kadınların siyasi, ekonomik ve sosyal hayatın karar verme süreçlerine tam ve etkin bir biçimde katılımlarının ve kadınlara karar verme mekanizmalarında, her düzeyde lider olabilmeleri için eşit fırsatlar tanınmasının güvence altına alınması*" alt hedefi ele alındığında Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda 4 paramedik 4 acil tıp teknisyeni ve 4 adet sağlıkçı sürücü personel görev yapmaktadır. İstasyon kadrosunda 6 kadın 6 erkek personel görev almaktadır. Sürücülük yapan personellerin sağlıkçı olması ve acil yardım hizmetini veren sağlıkçı personelin de B sınıfı sürücü ehliyetinin bulunması acil sağlık hizmeti hizmetleri sunumunda esneklik sağlamaktadır. Kırklareli il sağlık müdürlüğü bünyesinde verilen Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitimi (ASTE)'nin tüm personele verilmesi ile B sınıfı ehliyeti bulunan personellerin ambulans kullanabilecek yetkinliğe ulaşması, bu sayede yaşanabilecek olumsuz olaylarda personelin birbirini desteklemesine olanak sağlanmaktadır. Bu yönüyle personel acil vaka çağrısının alındığı andan itibaren görevin her anında iş yükünü paylaşabilmektedir. Toplamsal cinsiyet eşitliği hedefinin 5. Alt hedefinde kadınlara karar verme mekanizmalarında, her düzeyde lider olabilmeleri için eşit fırsatlar tanınması üzerinde acil sağlık hizmetleri istasyonunda iş gücüne katılımı değerlendirilmektedir. İlk ve acil yardımın her aşamasında ambulansla çıkılan acil vakaların tümünde kadın ve erkek personelin eşit iş gücü kullanımı görülmektedir.

Hasta ve yaralılara müdahale taşıma ve sevk etme esnasında tüm personel sorumlulukları paylaşmaktadır. Cinsiyet ayrımı yapılmadan, her bir personel acil durumlara müdahale etme, hasta ve yaralıları taşıma ve sevk etme konusunda eğitilmiş ve yetkilendirilmiştir. Bu sayede, çalışan tüm personelin becerileri ve bilgisi eşit şekilde kullanılıp, iş yükü azaltılarak etkili ve hızlı şekilde acil yardım sağlanmaktadır. Bu yaklaşım, acil yardım hizmetlerinin etkinliğini artırırken, toplumsal cinsiyet eşitliği hedefini ve adaleti de sağlamaktadır.

3.2.5. Temiz Su ve Sanitasyon Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi

Temiz su ve sanitasyon hedefi içerisinde 8 alt hedef bulundurmaktadır. Gösterge 6.3.1. Güvenilir şekilde arıtılmış evsel ve endüstriyel atıksu oranı dikkate alındığında 2030'a kadar su kirliliğinin azaltılması, zararlı kimyasalların ve maddelerin salınımının azaltılması, arıtılmamış atık su oranını yarıya indirilmesi, geri dönüşümü ve küresel olarak dönüştürülmüş su kullanımının artırılarak su kalitesinin yükseltilmesi ana hedeflerindendir (TÜİK, 2022).

Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu 7/24 esasına dayalı olarak acil yardım ve sağlık hizmeti vermektedir. Ambulans ekibi, acil çağrıların acil çağrı merkezi tarafından değerlendirilip, yönlendirmesiyle hasta ve yaralıların ilk ve acil yardımlarını yapmak üzere verilen adreslere vaka çıkışı yapmaktadır. Belirtilen vakalarda, hastalara müdahale sırasında vücut sıvıları, kan, sekresyon gibi enfekte biyolojik atıklar ortaya çıkmaktadır. Bu atıkların ambulans materyallerine bulaşması durumunda kontamine olan tıbbi cihazlar yeniden kullanılmak üzere dezenfekte edilmelidir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığının yayınladığı kılavuzlarda belirttiği şekilde dezenfeksiyon solüsyonları bulunmaktadır. Dezenfeksiyon sırasında ve sonrasında su ile durulama ve temizleme önemli yer tutmaktadır. Ambulans arka kabini ve tıbbi ekipmanların temizliği sırasında Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda biyolojik ajanlarla kontamine olmuş suyun, özel bir su gideri bulunmamaktadır. Atıkların ayrıştırma olmaksızın şebeke suyuna karışması, çevre ve sağlık açısından toplumsal risk faktörü olarak değerlendirilebilir, hastalık

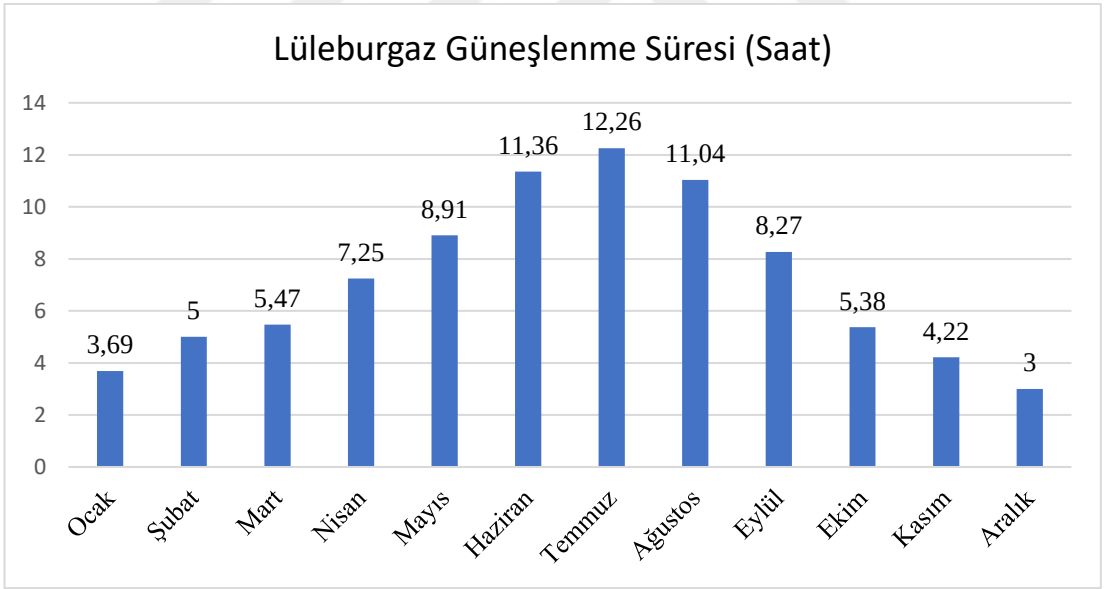
yayılma riskini artırabilir. Atık suların arıtılmadan doğrudan şebeke sistemine karışması, çevresel kirliliğe ve su kaynaklarının kirlenmesine neden olabilir. Bu sorunu çözmek için, Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda özel bir su gideri oluşturulabilir, atık su depolama tankı yerleştirilebilir veya var olan altyapı geliştirilebilir. Tıbbi atıkların doğru şekilde yönetilmesi için uygun bir atık yönetim planı oluşturulmalı ve bu konu ile ilgili gerekli personel eğitimleri verilmelidir. Bu durum atıkların güvenli şekilde bertaraf edilmesini ve çevreye zarar vermeden imha edilmesini sağlar.

3.2.6. Erişilebilir ve Temiz Enerji Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi

Erişilebilir ve temiz enerji hedefine Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda değerlendirilebilecek güneş enerji sistemleri üzerinden değerlendirildiğinde, Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda şebeke elektriği kullanılmaktadır. İstasyonda mevcut ölçüm yapılabilecek elektrik sayacı bulunmamakta ve istasyon elektrik faturası bulunmamaktadır. Kısıtlı veriler sebebiyle istasyonda kullanılan elektrik kilovatsaat (kWh) tüketimine ulaşılamamıştır. İstasyonda 3 personel dinlenme odası 1 salon ortak oturma alanı 2 banyo 2 tuvalet 1 malzeme odası ve 1 depo odası olmak üzere toplam 6 oda bulunmaktadır. 6 odanın tümünde tavan aydınlatma ışığı ayrıca klima bulunmaktadır. Ortak oturma alanında bir televizyon, su ısıtıcı ve buzdolabı bulunmaktadır. 24 Saat ve yılın 365 günü kesintisiz hizmet veren Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu bu yönüyle elektrik tüketimi konusunda sürdürülebilir kalkınma hedefi erişilebilir ve temiz enerji hedefine entegre edilmesi gerekmektedir. *Görsel 9*'da görülen koridorda, 2 banyo ve 2 tuvalette 7 adet harekete duyarlı zaman ayarlı ışık bulunmaktadır. Bu sayede gereksiz elektrik tüketiminden kaçınılmaktadır.

Görsel 1: Lüleburgaz 5 Numaralı A.S.H.İ Çatı Kısmı





Şekil 11: Lüleburgaz 1985 ve 2006 Yılları Ölçülen Güneşlenme Süresi Ortalaması

Kaynak: Güneş Enerjisi Potansiyel Atlası Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı, 2022

1985 - 2006 yıllarına ait ölçüm yapılan 22 yıllık saatlik güneş ölçüm değerleri kullanılmıştır.

Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı resmi verileri Lüleburgaz 1985 ve 2006 yılları ortalaması güneşlenme sürelerine ve acil sağlık hizmetleri istasyonunun çatı kısmına bakıldığında güneş enerjisi sistemlerinin yerleştirilmesi adına uygun şartları sağladığı görülmektedir.

Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunun çatı kısmına gerekli platformlar kurulduğunda güneş enerjisi sistemi kurulumuna uygun olduğu görülmektedir. İstasyon çatısı düz bir zeminde bulunmaktadır. İstasyon gün boyu güneş ışınlarını doğrudan almaktadır. Uygun güneş paneli ve akü depolamaları yöntemiyle 04/11/2023 tarih ve 2023/15 sayılı Cumhurbaşkanı Genelgesi ile; 5627 sayılı Enerji Verimliliği Kanunu'na göre enerji yöneticisi görevlendirmekle yükümlü kamu binaları için 2019/18 sayılı Cumhurbaşkanı Genelgesi ile belirlenen %15 enerji tasarruf hedefi, 2030 yılına kadar asgari %30 olacak şekilde güncellenen genelgeye uyumlu olarak Erişilebilir ve Temiz Enerji Sürdürülebilir Kalkınma Hedefine hizmet edebilecektir (Resmî Gazete. 2023, Kasım 4).

3.2.7. İnsana Yakışır İş ve Ekonomik Büyüme Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi

İnsana yakışır iş ve ekonomik büyüme sürdürülebilir kalkınma hedefi, ambulans sedyelerinin ambulans personelinin iş gücüne etkisi üzerinde ele alındığında Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu aktif olarak 2017 model Ford transit marka özel amaçlı acil yardım ambulansı kullanmaktadır. Mevcut ambulansın arka kabin özelleştirilmesi EMS (Emergency Mobile Systems) firması tarafından yapılmış ve donatılmıştır. Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu ambulansında EMS Transferli Target Sedyesi (ES 126) kullanılmaktadır.

Görsel 2: EMS Transferli Target Sedye (ES 126)



Ems Target Es-126 modeli firma verilerine göre;

- Max 200 kg taşıma kapasitesi
- Katlanabilir yan korkuluklar
- Hasta taşırken bir kişi ile sedyeyi ambulansa bindirip indirebilme
- Hasta alma ve nakil pozisyonları olmak üzere 3 farklı yükseklik ayarı özellikleri bulunmaktadır.

58385036 protokollü Lüleburgaz – İstanbul sevk vakası üzerinde değerlendirilecek insana yakışır iş ve ekonomik büyüme hedefi, acil sağlık hizmetleri personelinin iş yükünün azaltılmasıyla sağlıklı çalışma ortamını hedeflemektedir. Vaka 150 kg 41 yaşında erkek hasta olarak bildirilmiştir. Lüleburgaz ilçesinden alınan hasta İstanbul Çam ve Sakura hastanesine sevk olmuştur. Ems Target Es-126 modeli 200 kg yük taşıyabilme kapasitesiyle sevk esnasında herhangi bir sorun yaratmamıştır. Ancak sedyenin ambulansa yerleştirilmesi esnasında işlemi tek personelin gerçekleştirmesi personelin vücuduna binen yük, sedye ve hasta ağırlığı da düşünüldüğünde gelecek yıllarda bel ve omurilik rahatsızlıkları ortaya çıkarabilmek riski taşımaktadır. Hastanın taşınmasında ve sevki esnasında herhangi bir sorun yaşanmamasıyla birlikte, hastanın sevk edilmesi, ambulansa taşınması ve

sedyenin ambulansa yerleştirilmesi esnasında bu durum personel için ciddi bir fiziksel ve operasyonel yük oluşturabilmektedir.

Görsel 3: Kartsana (Platform) Power Brava Tg 1000 XL Hidrolik Sedye



Ems firmasının kartsana (platform) power brava tg 1000 xl elektrikli sedye modeli firma verilerine göre;

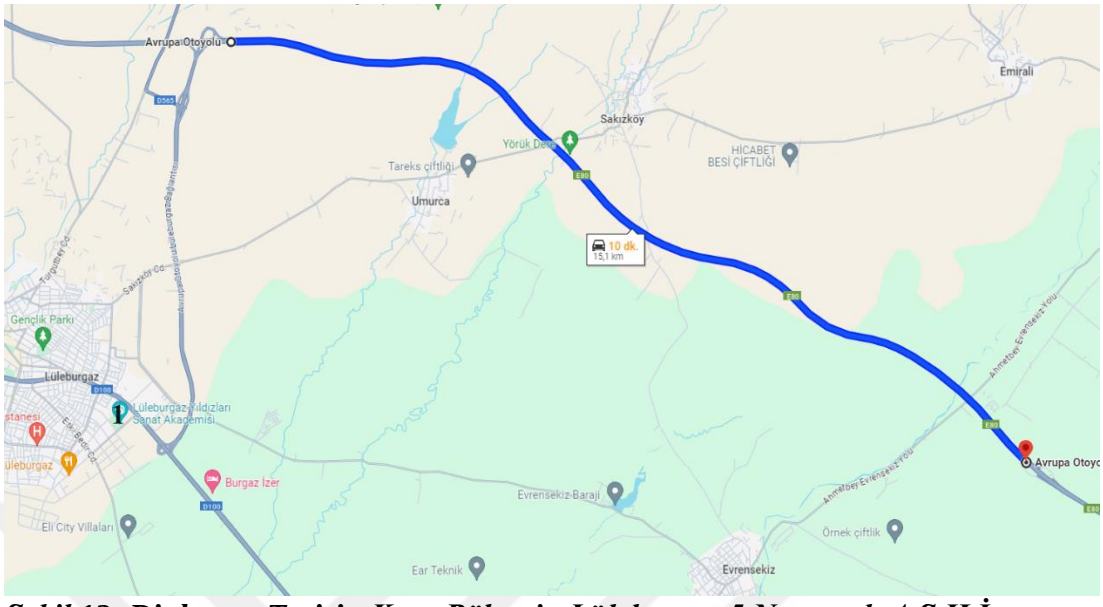
- Manuel çalışma (güç kaybı durumunda)
- Lift yardımı olmadan dokunmatik tuşlar ile kullanım
- Sedye yüksekliği aşağı / yukarı konumları: 350 - 1189 mm
- 3 noktalı sedye sabitleme
- BRAVA için otomatik şarj
- 1010 mm'ye kadar yükleme yüksekliği
- 300 kg bir yük kapasitesi ile kolay yüksek ağırlık taşıma gibi özellikleri bulunmaktadır.

Kartsana (platform) power brava tg 1000 xl elektrikli ve hidrolik bir sisteme sahip olup sedye üzerinde bulunan tuşlarla yukarı ve aşağı sedye hareketi sağlamaktadır. Bu sayede ambulansa sedyeyi yerleştiren personelin bel ve

omurgasına herhangi bir yük bindirmeden kullanılması üzerine tasarlanmıştır. Ambulanslarda kartsana brava tipi sedyenin tercih edilmesi durumunda personelin iş yükünde azalma ve daha güvenli hasta sevki gerçekleştirilebilir. Elektrikli ve hidrolik sedye sisteminin sadece 200 kg üzeri hastalarda değil, tüm ambulanslarda kullanılmasıyla acil sağlık hizmetleri personelinin çalışma şartlarını önemli ölçüde iyileştirebilecek bir çözüm sunulabilecektir. Bu sistem, hastaların taşınması sırasında personelin üzerindeki fiziksel yükü azaltırken, aynı zamanda taşıma işlemlerini daha hızlı ve güvenli hale getirebilecektir. Elektrikli ve hidrolik sedye sisteminin kullanımı, personelin bel ve omurga sağlığını korurken, hasta ve yaralılara hastaneye daha konforlu bir nakil imkânı sunabilir. Bu durum acil sağlık hizmetleri personelinin iş verimliliğini artırırken, hasta bakım kalitesini de artırabilir.

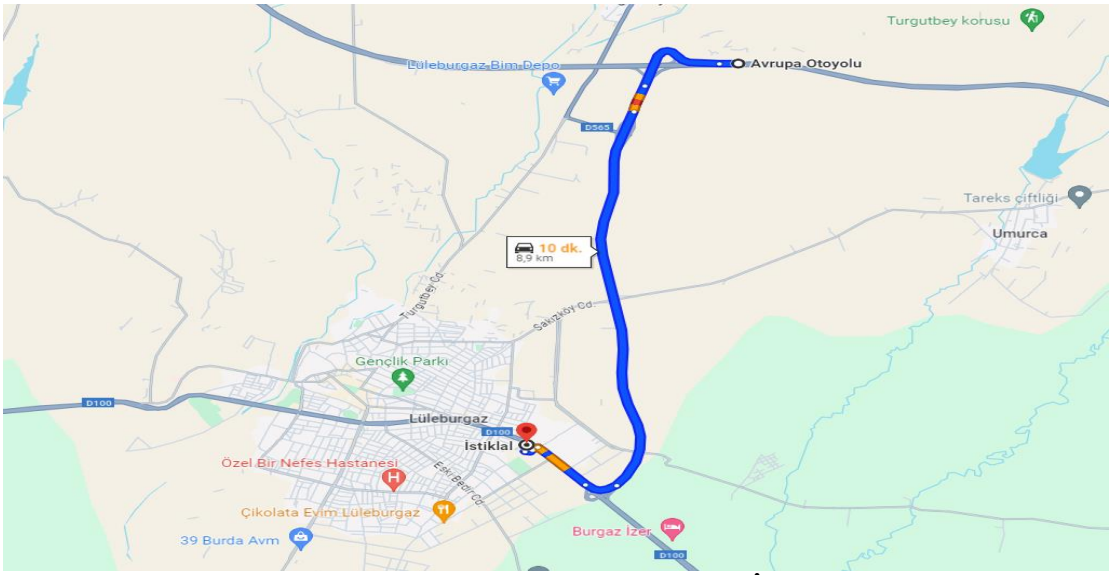
3.2.8. Sanayi Yenilikçilik ve Altyapı Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi

Sanayi yenilikçilik ve altyapı hedefi incelemesi Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunu, Kırklareli 112 acil çağrı komuta kontrol merkezi tarafından kırmızı kodlu (acil) olarak verilen vaka üzerinden değerlendirilmiştir. Komuta kontrol numarası 57972696 olan vaka ambulans ekibine 01.04.2024 15:13:25 saatinde verilmiştir.



Şekil 12: Dinlenme Tesisi - Kaza Bölgesi - Lüleburgaz 5 Numaralı A.S.H.İ

Şekil 12'de **1** ile gösterilen ambulans istasyonu 41°23'55.6"N 27°22'28.8"E koordinatlarında bulunmaktadır. Ambulans ekibine verilen vaka görselde Avrupa otoyolu (0-3) Lüleburgaz gişelerine giriş kavşağında 41°27'00.3"N 27°24'01.4"E koordinatında bulunmaktadır. Kaza bölgesi Lüleburgaz istikametine bağlanan Edirne yolunda gerçekleştiği ve otoyolda ters istikamete geçiş mümkün olmadığı için ambulans ekibi 41°23'26.4"N 27°33'00.4"E koordinatlarında bulunan dinlenme tesisinden aksi istikamette bulunan olay yerine geçiş yapabilmiştir.



Şekil 13: Kaza bölgesi ve Lüleburgaz 5 Numaralı A.S.H.İ

Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu ile kaza mahali arası trafik kazasının Edirne yönünde gerçekleşmesi üzerine Lüleburgaz ilçesine 9 km olan kaza bölgesi dinlenme tesisinden dönüş ile 38,5 km yol uzatılarak 15:35:15 saatinde olay yerine varılmıştır. Vakanın maddi hasarlı olduğu tespit edilmiş ambulans çağrısında bulunan kişiler hastaneye gitme talebinden vazgeçmiştir.

Görsel 4: Otoyol 0-3 Lüleburgaz Gişeleri Kaza Olay Yeri



Maddi hasarlı kaza sonrası çekilmiş fotoğraf (gerekli izinler alınmıştır).

Görsel 5: Otoyol 0-3 Kaza Olay Yeri Bariyerler Kısmı



Ambulansın yanında görülen bariyer olay yerinin hemen yanında bulunmaktadır. Avrupa otoyolu (0-3) boyunca düzensiz aralıklarla *Görsel 5' te* görülen bariyerler bulunmaktadır. Bariyerlerin kapalı olmasından ve alternatif geçişin dinlenme tesisinden gerçekleştirilebilmesinden dolayı olay yerine ambulans ekipleri istenen sürede ulaşamamıştır. Bariyerlerin kamu araçları geçişine açık olması durumunda vakaya ulaşım süresi halihazırda 30 dakikadan 10 dakikaya düşebilecektir. Örneklenen vaka maddi hasarlı bir kaza olarak gerçekleşmiştir fakat bariyerlerin kamu araçlarına güvenli bir şekilde kullanıma açılmasıyla gerçekleşebilecek kırmızı kodlu acil vakalara müdahale süresini anlamlı olarak kısaltabileceği görülebilmektedir.

3.2.9. Sürdürülebilir Şehirler ve Topluluklar Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi

Sürdürülebilir şehirler ve topluluklar hedefinin 9 alt hedefi bulunmaktadır. Sürdürülebilir şehir hedefi üzerinde Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunun kırılgan durumda olan hasta ve yaralıların, çocukların, engellilerin ve yaşlıların sağlık durumlarını iyileştirmek ve ambulansa taşınmaları sırasında özellikle apartman tipi yüksek katlı yapılardan nakli incelenmiştir. 58128223 protokol 05.04.2024 22:56:57 98 yaş karın ağrısı 58008039 protokol 02.04.2024 14:35:38 86 yaş nefes darlığı 58301316 protokol 11.04.2024 04:19:28 81 yaş nefes darlığı vakaları incelendiğinde görülen ortak özellik hasta profilinin 80+ üstü olduğu apartman tipi yapılarda ve yüksek katlarda ikamet ettiği görülmektedir. Tıbbi açıdan karın ağrısı ve nefes darlığı bulunan hastaların ambulans ana sedyesi ile taşınması gerekmektedir. Eski tip yapıdaki binaların asansör alanının kısıtlı oluşu veya hiç olmayışı, dar merdiven alanları hasta taşınması ve nakli esnasında zaman kaybına yol açabilmektedir. Böyle durumlarda hasta, kaliteli bir acil yardım müdahalesinden yoksun kalabilmektedir. Mevcut asansörlerin ambulans sedye boyutlarına uyum sağlamaması acil müdahale durumlarında yaralının hastaneye nakil sürecini de uzatmaktadır. Sürdürülebilir şehirler ve topluluklar hedefi, hasta ve yaralının hızlı

aynı zamanda güvenli bir şekilde nakledilmesi üzerinde geliştirilebilecek durumları barındırabilmektedir. Binalarda mevcut asansör alanlarının, hastanelerdeki sedye asansörleri benzeri bir düzenleme ile asansör alanı bulunmayan binalara asansör eklenebilecek planlar yapılabilir. Yeni yapılan binalara sedye asansörü bulundurma zorunluluğu getirilmesi hastaların sağlık hizmetlerine erişilebilirliğini ve verilen sağlık hizmetinin etkinliğini artırarak daha yaşanabilir ve güvenli yapılar oluşturulmasına katkı sağlayabilir.

3.2.10. Sorumlu Üretim ve Tüketim Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi

Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu bünyesinde sorumlu üretim ve tüketim hedefi üzerinde katı atıkların toplanması amacıyla tıbbi atıklar, evsel atıklar ve geri dönüştürülebilir atıklar olmak üzere 3 ayrı geri dönüşüm ve ayrıştırma kutusu bulunmaktadır. Hastalara uygulanan müdahaleler sonrası vaka dönüşünde kullanılmış gazlı bez, kanlı malzemeler gibi atıklar için tıbbi atık kutusu kullanılmaktadır. İğneler için ayrı bir kutu, tıbbi iğne kutusu bulunmaktadır. Bu açıdan güvenli ve sürdürülebilir üretim ve tüketim hedefine olumlu katkısı bulunmaktadır. Evsel ve geri dönüştürülebilir atık kutusu il sağlık müdürlüğünün takibinde görevlendirilen ekipler tarafından düzenli olarak toplanmaktadır. Tıbbi atıkların bertarafı için görevlendirilen ekipler, düzenli aralıklarla bu işlemi sürdürmektedirler, böylece tıbbi atıkların güvenli ve etkili bir şekilde ortadan kaldırılması sağlanmaktadır.

Görsel 6: Lüleburgaz 5 Numaralı A.S.H.İ' de Bulunan Tıbbi Atık Kutusu



Hasta vücut sıvıları ve kan ile kirlenmiş tıbbi atıklar için kapalı atık kutusu

Görsel 7: Lüleburgaz 5 Numaralı A.S.H.İ' de Bulunan Kesici Delici Atık Kutusu



İğne, kesici ve delici alet tıbbi atık kutusu

Görsel 8: Lüleburgaz 5 Numaralı A.S.H.İ' de Bulunan 3 Bölmeli Atık Kutuları



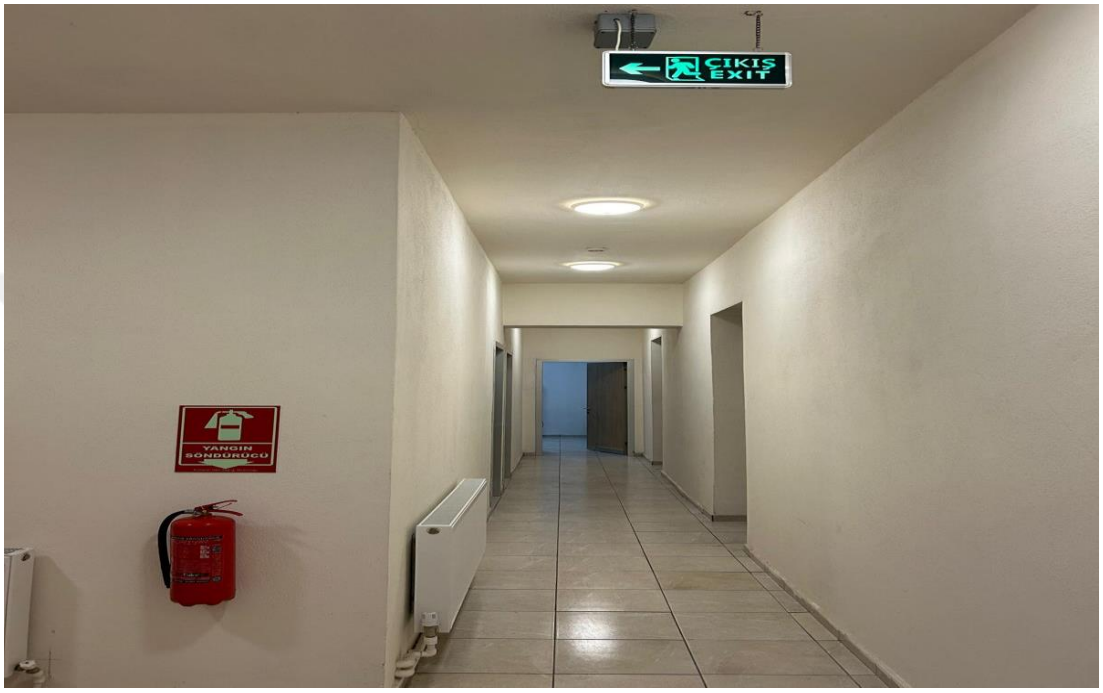
Evsel atık, tıbbi atık ve geri dönüştürülebilir atık kutusu

3.2.11. İklim Eylemi Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi

İklim Eylemi Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunun afetlere karşı dayanıklı olması ve olası deprem, yangın, sel gibi doğal ve doğal olmayan afetlerde istasyonun tek katlı olması, kolay yönlendirilebilen istasyon acil çıkış bölgeleriyle sağlık sisteminin sekteye uğramadan devamı konusu ele alınmıştır. Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda 1 ortak oturma alanı 2 banyo 2 tuvalet 3 personel dinlenme odası 1 malzeme odası ve 1 depo odası olmak üzere toplam 6 oda bulunmaktadır. İstasyon çıkış noktalarında doğal afetlerin yaşanması ve elektriklerin kesilmesi sonucunda istasyondan tahliyeyi kolaylaştıracak aydınlatmalı acil çıkış levhaları bulunmaktadır. Tek katlı bir yapıda bulunması, istasyonun depremde zarar görme riskini en aza indirirken sel ve heyelan riskine karşı eğimli bir zeminde konumlandırılmıştır.

Yangın riskine karşı Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğünün tahsis ettiği yangın tüpü ve her odada yangın sensörü alarm sistemi bulunmaktadır.

Görsel 9: Lüleburgaz 5 Numaralı A.S.H.İ Acil Çıkış ve Yangın Söndürme Tüpü



Acil çıkış tabelası aydınlatmalı ve elektrik kesintisinde çalışacak şekilde yerleştirilmiştir.

Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunun iklim eylemi hedefinin iklimle ilgili tehlikelere, doğal afetlere karşı dayanıklılığın ve uyum kapasitesinin bütün ülkelerde güçlendirilmesi alt hedefi açısından değerlendirildiğinde hedef ile uyumlu olduğu görülmektedir. Bu yönüyle yaşanacak doğal veya doğal olmayan afet ve durumlarda Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu ve bu istasyonda görev yapan nöbetçi personel, gerçekleşen afetten herhangi bir zarar görmeden, kesintisiz ve etkili bir acil sağlık hizmeti sunumunu sürdürebilecektir. Bu yönüyle toplumun ihtiyaç duyduğu acil tıbbi yardımlar, afet durumlarında bile sağlık sistemi sekteye uğramadan devam ettirilebilir.

3.2.12. Sudaki Yaşam Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi

Bu başlıkta Sudaki Yaşam hedefine savurgan fosil yakıt tüketimiyle sera gazı ve iklim değişikliğinin sebep olduğu mevcut tatlı su kaynaklarının kullanımın artması ve su kaynaklarına erişimin azalması konusu ele alınmıştır. Sera gazlarının içeriğine bakıldığında atmosferdeki sıcaklığı artıran gazlar olduğu görülmektedir. Sera gazlarının büyük çoğunluğu insan faaliyetlerinin sonucu meydana gelirken, bir kısmı da doğal yollarla oluştuğu bilinmektedir. Sera gazlarının oluşmasında insan faaliyetlerinden biri de fosil yakıt kullanımı olarak görülmektedir. Atmosferdeki sera gazlarının miktarının artmasıyla küresel ısınma ve bunun nedeni olarak iklim değişikliği olduğu ifade edilebilir. (Erdoğan, 2020: 287-290).

Sera gazlarının atmosferdeki artışı, küresel ısınma ve iklim değişikliği, özellikle gelişmekte olan ve kurak bölgelerde bulunan ülkelerde mevcut su kıtlığı sorununu daha da şiddetlendirme tehlikesi taşımaktadır. Sıcaklıkların artması ve yağış miktarının azalması gibi faktörler, su kaynaklarıyla ilgili önemli sorunlara yol açabilmektedir. Bu durum, nehirlerin su debisinin azalmasına, kıyı bölgelerdeki tuzlu suların tatlı su kaynaklarına karışmasına neden olabilmektedir (Doğan ve Tüzer, 2011: 30-31).

Sudaki Yaşam Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinde Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu ambulansında kullanılan yakıt değerleri incelenmiştir. Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda 39BG265 plakalı 350L Van Yüksek Tavan 2.2L Duratorq TDCİ 155ps Ford Transit ambulans modeli kullanılmaktadır.

350L Van Yüksek Tavan 2.2L Duratorq TDCi 155PS Ford Transit ambulans yakıt tüketimi değerleri fabrika resmi ürün kataloğu verileri Tablo 11’de görülmektedir.

Tablo 11: Ford Transit 350L 2.2L Duratorq TDCi Yakıt Tüketimi Fabrika Verisi

Yakıt Tüketimi (L/100km)		
Şehir İçi	Şehir Dışı	Karışık
10,1	7,6	8,5

Kaynak: Şubat 2017 Ford Transit Ürün Kataloğu

Fabrika verilerine göre şehir içi 10,1 ve şehir dışı 7,6 yakıt tüketimi ayrıca şehir içi, şehir dışı karışık yakıt tüketiminin 8,5 olduğu görülmektedir.

Tablo 12: Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri Ambulansı Yakıt Alımı

Plaka	Satış Zamanı	Birim Fiyat	Litre (lt)	Toplam Tutar
039BG265	10.04.2023 02:14	20,9601	49,1	1029,14
039BG265	10.04.2023 22:41	20,96	37,26	780,97
039BG265	28.12.2023 06:11	38,0299	34,44	1309,75
039BG265	28.12.2023 14:22	38,03	57,32	2179,88

Kaynak: Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü

39BG265 plakalı acil yardım ambulansının 10.04.2023 02:14 tarihinde kilometresi 257848 iken 49,1 lt dizel motorin yakıt aldığı görülmektedir. Yakıt alımı sonrası kilometre sayacı sıfırlanmış, devamında 10.04.2023 22:41 tarihinde 37,26 lt dizel motorin yakıt alınmış kilometre sayacının 258054 de olduğu görülmüştür.

Kat edilen kilometre mesafesi 258054 kilometreden 257848 kilometre çıkarılarak gidilen yol 206 kilometre olarak hesaplanmış, kilometre başına ortalama tüketim ve 100 km'deki ortalama tüketim hesaplanması adına son alınan yakıt toplam tutarı 780,97 TL 206 kilometreye bölünmüştür. Kilometre başına ortalama tüketim: 3,79 TL ve 100 km'deki ortalama tüketim: 18,08 litre olarak hesaplanmıştır. (Yakıt tüketimi (lt/km) = Alınan Yakıt Miktarı (lt) / Kilometre Sayacı Artışı)

Aynı işlem teyit etmek açısından 28.12.2023 06:11 tarihinde alınan yakıt için de uygulanmış ambulansın kilometresi 313067 iken 34,44 lt dizel motorin yakıt alındığı görülmüştür. Yakıt alımı sonrası kilometre sayacı sıfırlanmış, 28.12.2023

14:22 tarihinde 57,32 lt dizel motorin yakıt alınmış kilometre sayacının 313407 de olduğu görülmüştür. Kat edilen kilometre mesafesi 313407 kilometreden 313067 kilometre çıkarılarak 340 kilometre olarak hesaplanmış, kilometre başına ortalama tüketim ve 100 km'deki ortalama tüketim hesaplanması adına son alınan yakıt toplam tutarı 2179,88 TL 340 kilometreye bölünmüştür. Kilometre başına ortalama tüketim: 6,41 TL ve 100 km'deki ortalama tüketim: 16,86 litre olarak hesaplanmıştır.

Sanayi Yenilikçilik ve Altyapı Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinde açıklanan ve komuta kontrol numarası 57972696 olan vakaya ithafen dinlenme tesisinden dönüş ile 38,5 km yol uzatılarak olay yerine varılan vakada tüketilen lüzumsuz yakıt üzerinden değerlendirme yapıldığında, vakanın verildiği tarih itibariyle Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü'nün ambulans yakıt alımları için resmi olarak kullandığı Petrol Ofisinin internet adresinde geçmiş akaryakıt fiyat verilerine göre dizel motorin 01.04.2024 tarihinde 43.15 TL/LT olarak görülmektedir.

38,5 kilometre vakaya ulaşım için gidilen yolun vakanın yapıldığı günün güncel yakıt tutarı üzerinden,
Tüketilen yakıt miktarı = Gidilecek mesafe (km) / Ortalama yakıt tüketimi (lt)
Gidilecek mesafe = 38,5 km, Ortalama yakıt tüketimi = 17 lt/100 km,
Ödenecek tutar = Tüketilen yakıt miktarı × Yakıt fiyatı
Yakıt fiyatı = 43,15 TL/lt Ödenecek toplam tutar = 282,41 TL olarak hesaplanmıştır.

Aracın 100 kilometrede tükettiği yakıt miktarı verildiğine göre, 1 kilometrede tükettiği yakıt miktarını hesaplanması
Yakıt tüketimi (lt/km) = Toplam tüketim (lt) / Gidilecek mesafe (km) üzerinden yakıt tüketimi (lt/km) = 17 lt / 100 km = 0,17 lt/km olarak hesaplanmıştır.
Formül: "Toplam tüketim (lt) = Yakıt tüketimi (lt/km) × Gidilecek mesafe (km)
Toplam tüketim (lt) = 0,17 lt/km × 38,5 km = 6,545 lt hesaplanmış olacaktır.

Yapılan hesaba göre eğer Sanayi Yenilikçilik ve Altyapı Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinde açıklanan geçiş bariyerlerinin açık olması durumunda 282,41

TL ve 6,545 litre dizel motorin yakıt israfı yaşanmamış olacaktır. Bu sayede daha az yakıt tüketimiyle olay yerine varılacak, işlenen Sudaki Yaşam Sürdürülebilir Kalkınma Hedefine daha fazla katkı sağlanabilecektir.

3.2.13. Karasal Yaşam Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi

Bu başlıkta Karasal Yaşam Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu üzerinde değerlendirilmesi, Karasal Yaşamın alt hedeflerinden ağaçlandırma ve takiben çölleşmeyi engelleme anlamında dar bir ekim alanında bulunmasına rağmen acil sağlık hizmetleri istasyonunun çevresinin ağaçlandırılması yeşil alanların oluşturulması ve peyzaj çalışmalarının hedefe etkileri açısından incelenmiştir. Çevresel dengeyi koruma açısından büyük bir etkisi olmasa da Lüleburgaz Devlet Hastanesi bahçesinde bulunan Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunun çevresinde yapılan ağaçlandırma projeleri, kurumun yerel toplumla olan ilişkisini güçlendirebilecektir. Toplum, kurumun çevreye duyarlılık ve toplumun refahına verdiği önemi gözlemleyerek, kuruma güven duyabilir ve itibarını artırabilir. Dikilecek ağaçlar istasyonun estetik bir görünüme kavuşmasını sağlar, bunun yanı sıra gölge ve sıcaklık düzenlenmesi anlamında gölge alanlar oluşturarak yaz döneminde personelin dinlenme ve çalışma ortamının sıcaklık değerlerini dengeli ve serin tutarak psikolojik açıdan da çalışma koşullarını daha konforlu hale getirebilecektir.

Görsel 10: Lüleburgaz 5 Numaralı A.S.H.İ Arka Bölümü



3.2.14. Amaçlar İçin Ortaklıklar Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemi Üzerinden Değerlendirilmesi

Amaçlar İçin Ortaklıklar hedefine Sanayi Yenilikçilik ve Altyapı, İnsana Yakışır İş ve Ekonomik Büyüme ve Erişilebilir ve Temiz Enerji hedefleri üzerinde durulan konulara atıf yapılarak incelenmiştir.

Sanayi Yenilikçilik ve Altyapı hedefi üzerinde işlenen örnekte 0-3 Otoyolu üzerinde yapılacak değişikliklerle Karayolları ve Genel Müdürlüğünün; "Otoyol, Devlet ve İl yolları ağını tespit etmek ve bu ağdaki değişiklikleri hazırlamak, yol ağı üzerindeki yol ve köprüleri inşa ve ıslah etmek, onarmak ve emniyetle kullanmalarını sağlayacak şekilde sürekli bakım altında bulundurmak ve bu konularda gerekli eğitim yapması" (Karayolları Genel Müdürlüğü, 2024) görevi ile birlikte, Sağlık Bakanlığıyla kurulacak iletişim ile il ve ilçe sağlık müdürlükleri arasında belirlenen kapalı bulunan geçit bölgelerini ambulansların kullanımına açarak amaçlar için ortaklıklar hedefine hizmet edebilecektir.

Çevre Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığının görevleri arasında yer alan "Doğal çevreyi korumak, sürdürülebilir şehirler ve yerleşmeler oluşturmak üzere; şehirlerimizin kimliğini canlandıran ve yatay mimariyi esas alan planlama, dönüşüm, güvenli yapılaşma, taşınmaz yönetimi ve konut sektörü ile çevreye yönelik tüm hizmetleri düzenleyici ve denetleyici bir anlayışla yapmak" (Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, 2024) görevi ile İl ve İlçe belediyelerinin katkısıyla İnsana Yakışır İş ve Ekonomik Büyüme hedefinde verilen örnekte olduğu gibi binaların inşa edilmesinde ve şehir planlama süreçlerinde etkin bir rol oynayarak, çevre şehircilik ve iklim değişikliği politikalarının uygulanmasına katkı sağlanabilir. Binaların inşa edilmesi sürecinde, yerel düzeyde alınan kararlar ve uygulanan politikalar doğrultusunda, çevre dostu ve sürdürülebilir yapılar inşa edilmesine teşvik edici önlemler alınabilecektir. Bu çerçevede yapılacak yeni yapıların asansör bölümlerinin ambulans sedyesinin kolaylıkla geçebileceği genişlikte tasarlanması ve engelli erişilebilirliği standartlarına uygun olması sağlanabilir. Ayrıca, belediyeler tarafından asansörlerin güvenliği düzenli olarak denetlenir ve gerekli önlemler alınarak vatandaşların güvenliği temin edilebilir. Bu sayede, şehirlerdeki yapılaşma süreci sürdürülebilir bir şekilde yönetilir ve acil vakalarda müdahale sürelerini kısaltacak önlem alınabilir.

Erişilebilir ve Temiz Enerji hedefine, Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığının misyonunda bulunan "Enerji kaynaklarını ve tabii kaynakları verimli ve çevreye duyarlı şekilde değerlendirerek ülke refahına en yüksek katkıyı sağlamak" (Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı, 2024) hedefi üzerinden Sağlık Bakanlığı ile Kamu binalarında enerji tasarrufu adına kurulacak iletişimle Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarına, hastanelere ve sağlık kuruluşlarına kurulacak güneş enerjisi sistemleri üzerinden elde edilecek elektrik ile amaçlar ve ortaklıklar hedefine katkı sağlanabilecektir .

SONUÇ ve ÖNERİLER

İnsanlığın tarihte her zaman sağlıklı olma, hastalığa yakalanmama ve yaşam sürdürme dürtüsüyle hareket ettiği görülmüştür. Çalışmada sağlık ve sağlıklı olma terimleri açıklanmış bu arzunun tarihte sağlık alanına etkileri anlatılmıştır. İlk ve acil yardımın toplumlar ve insanlar üzerindeki yapıcı etkileri ele alınmıştır. Dünyada bulunan kısıtlı kaynakların mevcut neslin ve gelecek nesillerin de kullanımı için geliştirilen kalkınma ve sürdürülebilir kalkınma hedefleri üzerinde durulmuştur. Sürdürülebilir kalkınmanın 17 hedefi açıklanmış 14 hedef üzerinde acil sağlık hizmetlerinin mevcut kaynaklara entegre edilmesi hakkında yapılan araştırma sonuçları incelenmiştir. Bu bağlamda, sürdürülebilir kalkınmanın acil sağlık hizmetleri üzerindeki etkileri incelenmiş ve acil sağlık hizmetlerinin bu hedeflere nasıl katkı sağlayabileceği detaylandırılmıştır. Araştırmalar, etkili acil sağlık hizmetlerinin, sağlık sisteminin genel verimliliğini artırdığını ve toplumların sağlık düzeyini yükselttiğini göstermektedir. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, acil sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, ölüm oranlarının azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından kritik öneme sahiptir. Bunun yanı sıra, acil sağlık hizmetlerinin etkin yönetimi, doğal afetler ve insani krizler sırasında da hayati rol oynamaktadır. Bu çalışma, sürdürülebilir kalkınmanın 14 hedefine odaklanarak, acil sağlık hizmetlerinin seçilen hedeflere ilişkin sağlanabilecek stratejileri ve politikaları ele almaktadır. Sonuçlar, acil sağlık hizmetlerinin sadece bireysel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda toplumsal kalkınma ve ekonomik büyüme üzerinde de önemli etkileri olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, eğitim ve bilinçlendirme faaliyetleriyle desteklenerek, toplumların uzun vadeli sağlık ve refahının sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu doğrultuda, sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmada acil sağlık hizmetlerinin stratejik bir bileşen olarak değerlendirilmesi gerektiği görülmektedir.

Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu özelinde 14 sürdürülebilir kalkınma hedefi incelenmiştir buna göre ulaşılan sonuçlara şu şekilde öneriler getirilebilir;

Yoksulluğa Son Hedefi üzerinde incelenen örnekte Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunun bakıma muhtaç ve kırılgan yapıda bulunan bölgelere sağlık hizmetlerinin hızlı ulaşacağı şekilde konumlandırıldığı ve hedefe hizmet ettiği görülmüştür.

Sağlıklı ve Kaliteli Yaşam Hedefi üzerinde incelenen örnekte Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonun yıllık dönemde aylara bölünmüş şekilde kırsal ve kentsel vaka sayıları verilmiş, buradan hareketle hedefin uygulanmasıyla toplumun bilinçlendirilmesi amaçlanmıştır. Hedef eğitim ve kurumlararası iş birlikleri ile sağlık alanında toplumsal farkındalığın arttırılması uygulanabilir.

Nitelikli Eğitim Hedefi üzerinde yapılan incelemelerde Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonundan alınan verilerde asılsız ihbar, başka araçla nakil ve yaralı yok vakalarının yoğun olduğu görülmüş kurumların düzenleyeceği eğitimler ve toplumsal bilinçlendirme çalışmalarıyla hedefin uygulanması önerilmekte bu sayede ambulans ve sağlık hizmetlerinin yoğunluğu azaltılarak sağlık hizmetlerinin hızlandırılması amaçlanabilir.

Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Hedefi üzerinde yapılan incelemelerde Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda personelin gerekli iş bölümünü çalışmalarının her aşamasında kullandığı belirlenmiş, ekiplerin uyum içinde çalıştığı görülebilmekte ve hedefe hizmet ettiği söylenebilmektedir. Bu açıdan diğer Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarına örnek olabileceği düşünülebilir. Yapılacak kurum içi eğitimlerle personel arası görev yetki sorumlulukların ve yardımlaşmanın artırılması 24 saat çalışma sürelerinde yoğun geçen bölgede vakalara yapılan müdahalelerin etkisinin yükseltilerek artırılması amaçlanabilir.

Temiz Su ve Sanitasyon Hedefi üzerinde yapılan incelemelerde Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda atık su toplama tankı ya da buna benzer bir sanitasyon alanı görülmemiştir. Hedef üzerinde yapılacak çalışmalarla hastaların kan ve diğer vücut sıvılarının ambulans içi araçlardan temizlenirken şebeke suyuna karışmaması için kullanılacak atık su tankı ve sanitasyon ile ilgili kurumlar arası çalışmalar yapılabilir.

Erişilebilir ve Temiz Enerji Hedefi üzerine yapılan incelemelerde Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunun çatı kısmının düz bir zeminde bulunması konumlandırılabilecek olan güneş panelleri için kolaylık sağlayabileceği görülmektedir. Bu sayede şebeke elektriği dışında elektrik üretilerek acil sağlık hizmetleri istasyonunun ihtiyacı bulunan elektrik depolanan akülerden karşılanabilecek bu sayede gereksiz kamu kaynaklarının israfından tasarruf edilebilecektir.

İnsana Yakışır İş ve Ekonomik Büyüme Hedefi üzerinde yapılan incelemelerde Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu ambulansında kullanılan sedye modeli incelenmiştir. İncelenen modelin hastanın ağırlığı da eklendiğinde yüksek kilogramlara çıkabileceği görülmektedir. Yapılacak düzenlemelerle ambulans sedyelerinin elektrikli ve hidrolik sistemlere entegre edilerek personelin bel ve omurga sağlığı korunmuş olacak bu sayede hem insana yakışır iş hedefi hem de personelin meslek hastalıklarından etkilenmesini önleyerek personel iş gücü kaybından uzaklaşılacaktır. Bu sayede ekonomik büyüme hedefine de katkı sağlanabilecektir.

Sanayi Yenilikçilik ve Altyapı Hedefi üzerinde verilen örnek incelendiğinde Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunun 0-3 otoyolu üzerinde trafik kazası vakası görülmektedir. Vakaya ulaşım için zorunlu olarak uzun bir yol tercih edilmiştir. Karayolları, Ulaştırma Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı, Acil Sağlık Hizmetleri Müdürlüklerinin birlikte yapacağı çalışmalarla bu tür mesafeler kısaltılabilir ve vakaya ulaşım süreleri anlamlı derecede azaltılabilir.

Sürdürülebilir Şehirler ve Topluluklar Hedefi Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunun örnek vakalarından üçü üzerinde incelenmektedir. Görülen vakalarda yaşlı hastalar ve yüksek katlı yapılar görülmektedir. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, Belediyeler ve Ulaştırma Alt Yapı Bakanlığının yapacağı protokoller ve çıkarılacak kanunlarla belirlenecek bina yapıları asansör taşıma kapasiteleri ve şekilleri değiştirilerek işlenen örnekler üzerinde de görüleceği üzere hedefe hizmet edilebilir.

Sorumlu Üretim ve Tüketim Hedefi üzerinde Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda tıbbi atık yönetiminin yeterli ve gerekleri karşılayan sistemi olduğu görülmektedir. Örnek istasyon olarak diğer istasyon ve bölgelere verilen eğitimlerle bu durumun yaygınlaştırılması hedeflenebilir.

İklim Eylemi Hedefi Lüleburgaz 5 Numaralı istasyonun afetlere karşı dayanıklı olması ve olası deprem, yangın, sel gibi doğal ve doğal olmayan afetlerde istasyonun tek katlı olması, kolay yönlendirilebilen istasyon acil çıkış bölgeleriyle değerlendirilmiş, acil durumlarda olası elektrik kesintisinde çıkışları gösteren tabelalar ve gerekli aydınlatmaların yeterli olduğu görülmüştür. Yangın söndürme sistemlerinin gelişmiş ve yeterli olduğu görülmektedir. Bu açıdan toplumsal olaylara ve afetlerde sağlık hizmetlerinin kesintisiz olarak devam etmesini sağlamak amacıyla acil sağlık hizmetleri istasyonlarının tek katlı yapılar olarak düzenlenmesi önerilebilir.

Sudaki Yaşam Hedefine sera gazı ve fosil yakıt tüketimi açısından yaklaşılmış sanayi ve yenilikçilik hedefinde işlenen örnek üzerinden gereksiz yakıt tüketimiyle cevap verilmiştir. Verilen örnekte görüleceği üzere kurumların aralarında kuracağı iletişim ve basit iş birlikleriyle sera gazı emisyonları ve fosil yakıt tüketimi azaltılarak hem çevreye hem de ekonomiye yardımcı olunabilecektir.

Karasal Yaşam Hedefine Lüleburgaz 5 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu çevre düzenlemesi üzerinde durulmuştur. Yapılacak değişiklerle toplumun sağlık hizmetlerine ve kurumlarına güvenini tazeleyip kurum içi çalışanlara da ferah ve huzurlu bir çalışma ortamı sağlanabileceği söylenebilir.

Amaçlar İçin Ortaklıklar Hedefi üzerinde hedefine Sanayi Yenilikçilik ve Altyapı, İnsana Yakışır İş ve Ekonomik Büyüme ve Erişilebilir ve Temiz Enerji hedefleri üzerinde uygun bakanlıkların ve devlet kurumlarının Sağlık Bakanlığı ile yapılacak ortak mutabakatlar ve kanunlarla arzulanan hedeflere ve çalışma ortamına ulaşması hedeflenmekte buradan hareketle Hazine ve Maliye, Çevre Şehircilik ve İklim Değişikliği, Ulaştırma ve Altyapı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlıkları gibi bakanlıklar ve belediyelerle iş birliği kurularak hedeflere yönelik iyileştirmeler ve nihayetinde Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine ulaşılabilecektir.

KAYNAKÇA

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. *Resmî Gazete Tarihi*: 11.05.2000 *Resmî Gazete Sayısı:* 24046 Erişim Tarihi: 02.05.2024.

Aggleton P. (1990) Health. J&L Composition Ltd., London.

Akdoğan, N., & Doğan, D. U. (2023). Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinden 5 No'lu Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Hedefine Ulaşmada Türkiye'de Sürdürülebilirlik Raporu Düzenleyen İşletmelerin 2020 ve 2021 Yılı Beyanlarının İncelenmesi ve Sonuçların. (Değerlendirilmesi. *Muhasebe Bilim Dünyası Dergisi*, 25 Modavıca Özel Sayısı), 219-240.).

Akgül, U. (2010). Sürdürülebilir Kalkınma: Uygulamalı Antropolojinin Eylem Alanı. *Antropoloji*, (24), 133-164.

Alvarez-Risco, A., Rosen, M., Del-Aguila-Arcentales, S., & Marinova, D. (2020). *Building Sustainable Cities*. New York: Springer, 51-52. (tarih yok).

Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliği, Resmî Gazete Sayısı: 27181, Resmî Gazete Tarihi: 26.03.2009, T.C. Resmî Gazete, Ankara, 2009.

Atilla, R. (2016). Acil Tıp Sistemi ve Tarihçesi. Özel, G., Akbuğa Özel, B., Özcan, C (Ed.). İlk ve Acil Yardım Teknikerliği Kitabı İçinde (S:3-9). Güneş Tıp Kitabevleri.

Aydın (2019) Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi/Health Promotion. *Black Sea Journal of Health Science*, 2(1), 21-29.

Bąk, I., & Kurtz, M. (2022). Challenges On The Way To İmplement Goals Of Sustainable Development: Reducing İnequalities.

Bayat, A. H. (2016). *Tıp tarihi* (Genişletilmiş 3. baskı). Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği.

Bıçakçı, N. (2014). Acil Servisten Başka Kuruma Sevk Yapılan Hastaların İki Yıllık Geriye Dönük Taraması, 4-5.

Bilgili, M. Y. (2017). Ekonomik, Ekolojik ve Sosyal Boyutlarıyla Sürdürülebilir Kalkınma. *Journal Of International Social Research*, 10(49).

Birleşmiş Milletler. (2016). Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları | Türkiye'de Birleşmiş Milletler. United Nations. https://turkiye.un.org/tr/sdgs.

Birol, L. (2011). Hemşirelik süreci (10. baskı). Etki Yayınevi.

Bishoge, O. K., Zhang, L., & Mushi, W. G. (2018). The Potential Renewable Energy For Sustainable Development İn Tanzania: A Review. *Clean Technologies*, 1(1), 70-88.

Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. Anadolu *Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 78-87.

Budak, D. (2021). İlk Çağlardan Günümüze Hekimliğin Gelişimi. *Journal Of Medical Sciences*, 2(2), 6-10.

Campbell, D. A. (2017). An Update On The United Nations Millennium Development Goals. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(3), E48-E55.

Chancel, L., Hough, A., & Voituriez, T. (2018). Reducing İnequalities Within Countries: Assessing The Potential Of The Sustainable Development Goals. *Global Policy*, 9(1), 5-16.

Chen, X., Shuai, C., & Wu, Y. (2023). Global Food Stability And İts Socio-Economic Determinants Towards Sustainable Development Goal 2 (Zero Hunger). *Sustainable Development*, 31(3), 1768-1780.

Chichilnisky, G. (1997). What is Sustainable Development?. *Land Economics*, 467-491.

Collins, A. (2016). *Göbekli Tepe ve Tanrıların Doğuşu* (L. Tonguç Basmacı, Çev.). Alfa Yayınevi, 37-67.

Corneloup, S., & Verhellen, J. (2021). Peace, Justice And Strong İnstitutions. In J. Verhellen (Ed.), *The Private Side Of Transforming Our World: UN Sustainable Development Goals 2030 And The Role Of Private İnternational Law* (ss. 505-540). Intersentia.

Coşkun, H. (2014). Çanakkale Savaşlarında Sağlık Hizmetleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(2).

Çelik, Y. (2006). Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1), 19-37.

Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, (2024). https://csb.gov.tr/misyon-vizyon-i-83459.

Çoban, H. (2009). Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, 11-12.

De Kruijf, H. A. M., & Van Vuuren, D. P. (1998). Following Sustainable Development İn Relation To The North–South Dialogue: *Ecosystem Health And Sustainability İndicators*. Ecotoxicology And Environmental Safety, 40(1-2), 4-14.

Demirbilek, Ö. G. Ö., & Hatık, Ö. G. S. H. (2020). Bölüm 3: Dünyada ve Türkiye'de Acil Sağlık Hizmetleri ve Tarihçesi. İksad Yayınevi, 44-49.

Doğan, S., & Tüzer, M. (2011). Küresel iklim değişikliği ve potansiyel etkileri. *CÜ İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 12(1), 21-34.

Dündar, M., Emekli, R., & Şener, E. (2019). Anadolu'daki Tıbbın Doğuşu, Dünyadaki İlk Tıp Okulu Olarak: Gevher Nesibe Tıp Medresesi ve Darüşşifası. *Bilimname*, 2019(39), 79-103.

Dünya Eşitsizlik Raporu, (2022). wir2022.wid.world/methodology. Erişim Tarihi: 04.03.2024.

Ecevit, Y. (2021). Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Temel Kavramları. CEİD Yayınları. (https://dspace.ceid.org.tr/xmlui/handle/1/1417).

Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı, (2024). https://enerji.gov.tr/kurumsal-misyon-vizyon Erişim Tarihi: 10.05.2024.

Erbay, H. (2021). Türkiye'nin İlk Ambulans Servisi: 077 Hızır Acil.

Erdem, N. (2022). Dirençli Kent ve Kompakt Kent Modellerinin Sürdürülebilirlik Çerçevesinde Değerlendirmesi. *Eurasian Journal Of Forest Science*, 10(3), 183-206.

Erdemir, A. D. (2018). Türk Tıp Tarihinde Ünlü Türk Hekimi İbni Sina'nın Tıbbı Tedaviler Üzerinde Yorumlamaları. *Türk Dünyası Araştırmaları*, 118(232), 189-210.

Erdoğan, S. (2020). Enerji, Çevre ve Sera Gazları. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(1), 277-303.

Escap, U. (2016). Sustainable Development Goal 15: Protect, Restore And Promote Sustainable Use Of Terrestrial Ecosystems, Sustainably Manage Forests, Combat Desertification, And Halt And Reverse Land Degradation And Halt Biodiversity Loss.

Franco, I. B., Chatterji, T., Derbyshire, E., & Tracey, J. (2019). *Actioning The Global Goals For Local İmpact*. Springer: Berlin, Germany, 231.

Frey, D. F., & Macnaughton, G. (2016). A Human Rights Lens On Full Employment And Decent Work İn The 2030 Sustainable Development Agenda. *Sage Open*, 6(2), 2158244016649580.

Fuso Nerini, F., Sovacool, B., Hughes, N., Cozzi, L., Cosgrave, E., Howells, M., ... & Milligan, B. (2019). Connecting Climate Action With Other Sustainable Development Goals. *Nature Sustainability*, 2(8), 674-680.

Gill, J. C., Barich, A., Bilham, N., Caven, S., Donovan, A., De Ruiter, M., & Smith, M. (2021). Peace, Justice, And Strong İnstitutions. *Geosciences And The Sustainable Development Goals*, 393-421.

Goel, S., & Sivam, A. (2015). Social Dimensions İn The Sustainability Debate: The İmpact Of Social Behaviour İn Choosing Sustainable Practices İn Daily Life. *International Journal Of Urban Sustainable Development*, 7(1), 61-71.

Gustavo, E., Babones, J. S., & Philipp, B. (2013). The Future Of Development. Policy Press.

Gürgan, M. (2010). Orta Asya'daki Eski Türk Tıbbının, Başlangıçtan 14. Yüzyıla Kadarki Döneme Ait Bilinen Türkçe Tıp Metinlerinde, Tıp Tarihi Açısından Değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi.*

ILO. (1999). İstihdamın Teşviki. Uluslararası Çalışma Örgütü. Erişim Adresi: ILO Official Website Erişim Tarihi:06.03.2024.

Karayolları Genel Müdürlüğü, (2024).https://www.kgm.gov.tr/Sayfalar/KGM/SiteTr/Kurumsal/Gorevleri.aspx Erişim Tarihi: 10.05.2024.

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S., (2015). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 4. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Kılıç, S. (2006). Yeni Toplumsal ve Ekonomik Arayışlar Sürecinde Sürdürülebilir Kalkınma. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(2), 81-101.

Kılınçlı, P. Ö. G. T., & Kaptanoğlu, A. Y. (2019). *Hastane Öncesi Sağlık Hizmetleri Yönetimi*. Kutlu Yayınevi, 2-70.

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-Dewan, S., ... & Pate, M. (2018). High-Quality Health Systems İn The Sustainable Development Goals Era: Time For A Revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), E1196-E1252.

Krzyminiewska, G. (2013). Nierówności A Rozwój Społeczny Świata. *Studia Ekonomiczne*, 139, 50-59.

Lapinskaitė, I., & Vidžiūnaitė, S. (2020). Assessment Of The Sustainable Economic Development Goal 8: Decent Work And Economic Growth İn G20 Countries.

Larson J. L. (1991) The Measurement Of Health. Concepts And Indicators. Greenwood Press, New York, 1.

Laurie, R., Nonoyama-Tarumi, Y., Mckeown, R., & Hopkins, C. (2016). Contributions Of Education For Sustainable Development (ESD) To Quality Education: A Synthesis Of Research. *Journal Of Education For Sustainable Development*, 10(2), 226-242.

Leal Filho, W., Wall, T., Barbir, J., Alverio, G. N., Dinis, M. A. P., & Ramirez, J. (2022). Relevance Of İnternational Partnerships İn The İmplementation Of The Un Sustainable Development Goals. *Nature Communications*, 13(1), 613.

Leonardi, F. (2018). The Definition Of Health: Towards New Perspectives. *International Journal Of Health Services*, 48(4), 735-748.

Makrides, T., Ross, L., Gosling, C., & O'Meara, P. (2023). A Conceptual Framework For The Exploration Of The Relationship Between Systems Of Paramedicine And System Performance. *Australasian Emergency Care*, 26(2), 149-152.

Menendi, M. (2022). Üniversite Acil Servisine 112 Ambulans ile Başvuran Hastaların Uygunluk Düzeyinin Değerlendirilmesi. *Anka Tıp Dergisi*, 4(3).

Mhlanga, D. (2021). Artificial İntelligence İn The Industry 4.0, And İts İmpact On Poverty, İnnovation, İnfrastructure Development, And The Sustainable Development Goals: Lessons From Emerging Economies? *Sustainability*, 13(11), 5788.

Milan, B. F. (2017). Clean Water And Sanitation For All: Interactions With Other Sustainable Development Goals. *Sustainable Water Resources Management*, 3(4), 479-489.

Nabiyeva, G. N., Wheeler, S. M., London, J. K., & Brazil, N. (2023). Implementation Of Sustainable Development Goal 11 (Sustainable Cities And Communities): Initial Good Practices Data. *Sustainability*, 15(20), 14810.

Nazar, R., Chaudhry, I. S., Ali, S., & Faheem, M. (2018). Role Of Quality Education For Sustainable Development Goals (SDGS). *International Journal Of Social Sciences*, 4(2), 486-501.

Nestor, P. (2003). Baron Dominique Jean Larrey 1766–1842. *Australasian Journal of Paramedicine*, 1(3).

OECD. (2023). Education at a Glance 2023: OECD Indicators.

Oral, O. (2013). "Dünyanın İlk Tıp Fakültesinin Yapılmasına Vesile Olan Gevher Nesibe Sultan".

Ozmehmet, E. (2008). Dünyada ve Türkiye Sürdürülebilir Kalkınma Yaklaşımları. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 3(12), 1853-1876.

Özcan, C., Ertuğrul, B., & Sarugan, M. (2023). 'Türkiye'de Acil Sağlık Hizmetleri İçinde Paramedikler''. *Sağlık ve Toplum*, 33(1), 24-30.

Özkul, Ö. G. K. (2020). Anadolu'da İlk Tıp Medresesi "Gevher Nesibe Hatun Darüşşifası". *Sosyal ve Beşerî Bilimler Kongresi*, 19.

Öztürk, M. (1999). Cumhuriyet Dönemi'nde Sağlık Hizmetleri. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 6(1).

Paksoy, V. M. (2016). Acil Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Uygulama Modellerinin Karşılaştırması: Anglo-Amerikan ve Franko-German Modeli. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 4(1), 6-24.

Pearce, D. W., Atkinson, G. D., & Dubourg, W. R. (1994). The Economics Of Sustainable Development. *Annual Review Of Energy And The Environment*, 19(1), 457-474.

Peet, R., & Hartwick, E. (2013). *Theories Of Development: Contentions, Arguments, Alternatives*. New York, NY: The Guilford Press. Doi:10.4324/9781315109609, 1-2.

Peşkircioğlu, N. (2016). 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri: Küresel Verimlilik Hareketine Doğru. *Anahtar Dergisi*, 28(355), 4-9.

Petrol Ofisi. https://www.petrolofisi.com.tr/arsiv-fiyatlari Erişim Tarihi: 28.04.2024.

Platz, E., Bey, T., & Walter, F. G. (2003). International Report: Current State And Development Of Health İnsurance And Emergency Medicine İn Germany. The İnfluence Of Health İnsurance Laws On The Practice Of Emergency Medicine İn A European Country. *The Journal Of Emergency Medicine*, 25(2), 203-210.

Resmî Gazete, (2006). Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, (26369) Erişim Tarihi: 02.05.2024.

Resmî Gazete. (2023). Kamu Binalarında Enerji Tasarrufu Genelgesi. Resmî Gazete. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/11/20231104-5.pdf Erişim Tarihi: 08.05.2024.

Rose, J. B., Hofstra, N., Murphy, H. M., & Verbyla, M. E. (2019). What İs Safe Sanitation?. *Journal Of Environmental Engineering*, 145(12), 02519002.

Sarı, A. (2020). Pamukkale Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine 112 Ambulansı ile Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin ve Klinik Sonlanımlarının Retrospektif Olarak İncelenmesi (Tez, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi). Tıp Fakültesi Tez Koleksiyonu. Https://handle.Net/11499/35293,2-3

Saylor, C. (2004). The Circle Of Health: A Health Definition Model. *Journal Of Holistic Nursing*, 22(2), 97-115.

Singh, S., & Ru, J. (2022). Accessibility, Affordability, And Efficiency Of Clean Energy: A Review And Research Agenda. *Environmental Science And Pollution Research*, 29(13), 18333-18347.

Strömstad, J. (2019). A Global Goal: Sustainable Economic Growth And Decent Work For All. HESD Raporu. University Of Gothenburg, 4.

Sur, H., & Palteki, T. (Eds.). (2013). *Hastane Yönetimi* (1 Cilt / 1125 Sayfa). Nobel Tıp Kitabevleri. ISBN: 9789754209501, 11.

Şen, H., Kaya, A., & Alpaslan, B. (2018). Sürdürülebilirlik Üzerine Tarihsel ve Güncel Bir Perspektif. *Ekonomik Yaklaşım*, 29(107).

Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun,1928,No: 1219, R.G., 863, (04.04.1928). https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219-20140102.pdf.

Thacker, S., Adshead, D., Fay, M., Hallegatte, S., Harvey, M., Meller, H., ... & Hall, J. W. (2019). Infrastructure For Sustainable Development. *Nature Sustainability*, 2(4), 324-331.

Turhan, Y. (2020). Kalkınma Kavramının Tarihsel Süreci ve Etimolojik Analizi. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (29), 149-164.

Turkoglu, H. (2015). Sustainable Development And Quality Of Urban Life. *Procedia-Social And Behavioral Sciences*, 202, 10-14.

Tutulmaz, O. (2012). Sürdürülebilir Kalkınmanın Modellemesi Üzerine Bir Değerlendirme. *Uluslararası Hakemli Akademik Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(2), 603-643.

Türk Kızılay, https://www.kizilay.org.tr/kurumsal/tarihcemiz , Erişim Tarihi: 23.09.2023.

Türkiye Cumhuriyeti Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı (2022).https://gepa.enerji.gov.tr/MyCalculator/pages/39.aspx Erişim Tarihi: 08.05.2024.

Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı (2014). 112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği, Resmî Gazete Tarihi: 16 Mayıs 2014, Sayı: 29002.

Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı (2024). https://www.112.gov.tr/hakkimizda Erişim Tarihi: 04.05.2024.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2023). Sağlık istatistikleri yıllığı 2021. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316/0/siy2021-turkcepdf.pdf.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2022). *Yoksulluğun Tüm Biçimlerini Her Yerde Sona Erdirmek*. Erişim adresi: https://sdg.tuik.gov.tr/1-4-1/ Erişim Tarihi: 08.10.2023.

Uitto, J. I., Puri, J., & Van Den Berg, R. D. (2017). *Evaluating Climate Change Action For Sustainable Development*. Springer Nature, 1-2.

UNDP. (2022). İnsani Gelişme Raporu Özet 2021-2022 http://hdr.undp.org.

UNDP. (2023). Küresel Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi (ÇBYE) http://hdr.undp.org.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2019). 7, place de Fontenoy, 75352 Paris 07 SP, France. UNESCO. https://doi.org/10.54675/JQXS7324.

Vázquez-Burguete, J. L., Lanero-Carrizo, A., Sahelices-Pinto, C., Vázquez-García, J. L., & Vázquez-García, J. M. (2023). Responsible Production And Consumption As A Requirement For Sustainable Development. *In SHS Web Of Conferences* (Vol. 176, P. 02001). (EDP Sciences.).

Yalçın, B. M., Ünal, M., Pirdal, H., Ve Selçuk, Y. (2016). Anadolu Tıp Tarihi-Bölüm I. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 20(1), 33-44.

Yapıcı, M. (2003). Sürdürülebilir Kalkınma ve Eğitim. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1), 224-225.

Yaylacı, S., Öztürk, T. C., & Yılmazer, S. Ç. (2013). Acil Servise Ambulansla Başvuran Hastaların Aciliyetinin Retrospektif Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 64-67.

Yeni, O. (2014). Sürdürülebilirlik ve Sürdürülebilir Kalkınma: Bir Yazın Taraması. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(3).