



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SEFERBERLİK VE SAVAŞ HALİNDE ACİL SAĞLIK
HİZMETLERİNİN KOORDİNASYONU: BİR MODEL ÖNERİSİ**

Hazırlayan

MEHMET METEHAN ÇETİNTAŞ

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi FEHMİ VOLKAN AKYÖN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİMDALI

ÇANAKKALE-2020



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SEFERBERLİK VE SAVAŞ HALİNDE ACİL SAĞLIK
HİZMETLERİNİN KOORDİNASYONU: BİR MODEL ÖNERİSİ**

Hazırlayan

MEHMET METEHAN ÇETİNTAŞ

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Fehmi Volkan Akyön

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİMDALI

ÇANAKKALE-2020

TEZ ONAY FORMU

Kurum Adı : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Sağlık Yönetimi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Tez Sahibi Adı ve Soyadı : Mehmet Metehan ÇETİNTAŞ
Tez Başlığı : Seferberlik ve Savaş Halinde Acil Sağlık Hizmetlerinin Koordinasyonu: Bir Model Önerisi
Sınav Yeri : ÇOMÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sınav Tarihi : 31.01.2020

Yukarıda tanıtımı yapılan tez, Tez Sınav Jürisi tarafından okunmuş, kapsam ve kalite yönünden başarılı bulunarak Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Sınav Jürisi

Danışman (Unvan ve Adı)	Kurumu	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fehmi Volkan AKYÖN	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan ve Adları)		
Doç. Dr. Murat AYDIN	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Ali GÜREL	Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi	

Tez sınav jürisi tarafından başarılı olarak kabul edilen Yüksek Lisans/Doktora Tezi Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

THESIS APPROVAL FORM

Institute Name : Çanakkale Onsekiz Mart University Institute of Health Sciences
Programme Name : Health Management
Programme Level : Master of Science (X) Doctor of Philosophy ()
Department : Health Management Department
Student Name and Surname : Mehmet Metehan ÇETİNTAŞ
Title of the Thesis : Coordination of Emergency Health Services in Mobilization and War: A Model Proposal
Examination Place : ÇOMU Institute of Health Sciences
Examination Date : 31.01.2020

We have investigated the present thesis in regard to content and quality and have approved as a Master of Science / Doctor of Philosophy Thesis.

Supervisor (Title and Name)	Institution	Signature
Dr. Fehmi Volkan AKYÖN	Çanakkale Onsekiz Mart University	
Members of Examination Jury (Titles and Names)		
Assoc. Prof. Dr. Murat AYDIN	Çanakkale Onsekiz Mart University	
Dr. Ali GÜREL	Tekirdağ Namık Kemal University	

The above examination jury decision has been approved by Administrative Board of Health Science Institute, Canakkale Onsekiz Mart University, with decision dated and numbered

BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi, Madde 8’de belirtilen ve ayrıntılı olarak tanımlanan etiğe aykırı eylemleri (intihal, sahtecilik, çarpıtma, tekrar yayım, dilimleme, haksız yazarlık ve diğer etik ihlali türleri) yapmadığımı onurumla beyan ederim.

Tarih : 31.01.2020

Tez Sahibi Adı ve Soyadı : Mehmet Metehan ÇETİNTAŞ

İmza :

ÖZET

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte, savaş stratejilerinde önemli değişiklikler meydana gelmiş ve bu değişiklikler özellikle savaş zamanında uygulanacak sağlık hizmetlerini etkilemiştir. Sahada uygulanması gereken tıbbi tedavilerin, deneyimli sağlık personelleri tarafından icra edilmesi gerekmektedir. Ancak askerî sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesi sonucunda koordinasyonda bozulmalar ve planlamalarda hatalar gerçekleşebilecek niteliktedir. Söz konusu hatalar savaş zamanında büyük krizlere sebebiyet verebilecektir. Seferberlik ve savaş kavramlarının sadece askerî bir terim olmadığı anlaşılması ile birlikte, sivil asker iş birliğinin uyumu önem kazanmıştır. Geçmişten günümüze savaşlarda ölümlerin arttığı, bilhassa teknolojinin gelişmesiyle bu ölümlerin çoğunu sivillerin oluşturduğu bilinmektedir. Savaş döneminde gerçekleşme olasılığı yüksek olan bazı yaralanma tipleri hakkında, uzman personellerin konu ile ilgili eğitimleri almış olması önem arz etmektedir. Askerî sağlık birimlerinin sivil kaynaklara aktarılmasından dolayı bahsi geçen eğitimlerin sivil personel ve Sivil Toplum Kuruluşları gönüllülerine verilmesi gerekmektedir. Savaş hâli aynı zamanda bir kaos yönetimi olduğundan hastane nakil işlemlerinde birtakım krizlerin çıkması kaçınılmaz niteliktedir. Bu nedenle askerî ve sivil yaralıları olay yerinde müdahale işlemleri geliştirilmeli ve personel planlamaları düzgün bir şekilde yapılmalıdır. Askerî personele ve sivil vatandaşa uygulanması planlanan ilk ve acil yardım kapsamındaki kaynak planlamaları, sağlıklı şekilde yürütülmelidir. Söz konusu kaynakların yeterliliği, askerî ve sivil kaynakların birlikte kullanılması ile mümkündür. Özellikle bulunduğu jeopolitik konum itibari ile her an savaş tehdidi altında bulunan Türkiye, savaş haline yönelik olarak planlamalarında zayıf yönlerini güçlendirmeli ve eksikliklerini tamamlamalıdır. Barış döneminde yapılması gereken planlamalar sivil asker iş birliğine bağlı olarak yapılmalıdır. Bu çalışmada, seferberlik ve savaş hâlindeki acil sağlık hizmetlerinin tüm kurum ve kuruluşların kendi uzmanlık alanlarıyla ilgili görev almasını sağlayan model önerisi sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Seferberlik, Savaş, Acil Sağlık, Koordinasyon, Şebeke Organizasyon Modeli

ABSTRACT

Coordination of Emergency Health Services in Mobilization and War: A Model Proposal

Along with the development of technology, significant changes in war strategies have taken place and these changes have affected the health services to be implemented especially during wartime. There must be experienced health personnel in the implementation of medical treatments that should be implemented on the field. However, as military health units are transferred to the Ministry of Health, inconsistency in coordination and mistakes can occur in planning. These faults can cause major crises in times of war. The concepts of mobilization and war were understood to be not military terms, and civil military cooperation became important. It is a known fact that from past to present in wars of the past, deaths have increased and especially with the increase of technology, these mostly deaths are formed by innocent civilians. It is necessary for expert personnel to receive training on some types of injuries that are likely to occur during the war. Due to the transfer of military health units to civilian resources, this the trainings needs to be given to civilian personnel and Civil Society Organizations volunteers. It is inevitable that a number of crises will arise in hospital transfer operations because wars are also a chaos management at the same time. For this reason, the development of military and civilian injured intervention procedures and personnel planning should be done in line with this principle. Resource planning should be carried out in a healthy manner in the application of the necessary first and emergency assistance to military personnel and civilian citizens. In case of war the execution of emergency health services is possible by the joint use of military and civil resources. Our country, which has always been under threat of war especially with its geopolitical position, should strengthen its weaknesses and complete its deficiencies. The plans to be made during the peace period should be made in accordance with the civilian military business union. In this study, a model proposal that provides emergency services to all institutions and organizations related to their fields of expertise in case of mobilization and war is presented.

Key Words: Mobilization, War, Emergency Health, Coordination, Network Organization Modal

TEŞEKKÜR

Öncelikle bu alıőmanın temellerinin atılmasında ve ilerlemesinde desteğini benden esirgemeyen danışman hocam sayın Dr. Öğretim Üyesi Fehmi Volkan AKYÖN'e, çalıőmam süresince desteklerini daima hissettiğim mesai arkadaşlarıma ve çalışma boyunca karşılaőtıęım sıkıntıları benimle beraber göğüsleyen, desteklerini benden esirgemeyen değerli eőim Büőra AM ÇETİNTAŞ'a sonsuz teőekkürlerimi sunuyorum.

ÇANAKKALE-2020

Mehmet Metehan ÇETİNTAŞ

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	I
THESIS APPROVAL FORM	II
BEYAN FORMU	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
TEŞEKKÜR	VI
İÇİNDEKİLER	VII
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	IX
ŞEKİL VE RESİM LİSTESİ	XI
TABLO LİSTESİ	XIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Önemi	2
1.3. Amaç	2
1.4. Araştırma Soruları ve Hipotez.....	2
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Seferberlik ve Savaş Kavramı	4
2.1.1. Savaş Kavramı	4
2.1.2. Seferberlik Kavramı	6
2.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi.....	9
2.2.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Alanları	11
2.2.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Uygulanmasında Kullanılan Uluslararası Modeller.....	19
2.3. Seferberlik ve Savaş Halinde Acil Sağlık Hizmetleri	21
2.4. Şebeke Organizasyon (Network Organization) Modeli	24
2.4.1. Şebeke Organizasyonu Türleri	27
2.4.2. Şebeke Organizasyon İlkeleri	31
2.5 Proje Tipi Matriks Organizasyon Yapısı	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Araştırmanın Türü	35
3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları	35
3.3. Veri Toplama.....	35

3.4. Seferberlik ve Savaş Halinde Acil Sağlık Hizmetlerinin Koordinasyonu Model Önerisi	36
3.4.1. Önerinin Amacı ve Temel Varsayımları	36
3.4.2. Modelin Genel Yönetim Yapısı.....	37
3.4.3. Şebeke Organizasyon Modelinin Alt Sistemleri	40
4. BULGULAR	56
4.1. Bazı Ülkelerin Askeri Sağlık Hizmetleri Bulguları.....	56
4.1.1. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Askeri Sağlık Sistemleri Bulguları..	56
4.1.2. Almanya Askeri Sağlık Sistemleri Bulguları.....	62
4.1.3. Fransa Askeri Sağlık Sistemleri Bulguları	65
4.2. Türkiye'nin Coğrafi Açıldan Savaş Tehdidi Bulguları	67
4.3. Türkiye'de Askeri Sağlık Hizmetleri Bulguları	69
4.3.1. Barışta Askeri Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi.....	70
4.3.2. Seferberlik ve Savaş Halinde Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi	71
4.4. Türkiye'de Acil Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi	77
4.5. Suriye Krizinde Türkiye'nin Acil Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bulguları.....	82
5. TARTIŞMA	83
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	92
7. KAYNAKÇA	95
ÖZGEÇMİŞ.....	103
EKLER.....	105

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı
AR-GE	: Araştırma ve Geliştirme
ASHY	: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
CPA	: Fransız Silahlı Kuvvetler İlaç Merkezi
CRSSA	: Fransız Ordu Sağlık Servisi Araştırma Merkezi
CTSA	: Fransa Ordu Kan Transfüzyon Merkezi
DOD	: Birleşik Devletler Savunma Bakanlığı
Dz.K.K.	: Deniz Kuvvetleri Komutanlığı
EYP	: El Yapımı Patlayıcı
FMMS	: Fransa Askeri Sağlık Sistemi
FSE	: İleri Cerrahi Faktörleri
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Hv.K.K.	: Hava Kuvvetleri Komutanlığı
Jn.G.K.	: Jandarma Genel Komutanlığı
KBRN	: Kimyasal Biyolojik Radyolojik Nükleer
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
K.K.K.	: Kara Kuvvetleri Komutanlığı
MMSC	: Fransa Askeri Tedarik Zinciri
MSB	: Millî Savunma Bakanlığı
NATO	: Kuzey Atlantik Antlaşması Örgütü
NHSTA	: Amerikan Ulusal Trafik Güvenliği İdaresi

ODD	: Olağan Dışı Durumlar
PTU	: Alman Hasta Taşıma Birimleri
SAKOM	: Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi
S.G.K.	: Sahil Güvenlik Komutanlığı
SOF	: Birleşik Devletler zel Harekât Kuvvetleri
SPKA	: Fransa Askeri Radyasyondan Korunma Servisi
SSHK	: Seferberlik ve Savaş Hali Kanunu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri
UMKE	: Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi
USMC	: Birleşik Devletler Deniz Piyadeleri

ŞEKİL VE RESİM LİSTESİ

Şekil 1:Acil Sağlık Hizmetleri İş Akışı.....	12
Şekil 2: İBBS-1'e Göre 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus, Sağlık Bakanlığı, 2017	13
Şekil 3: Afet Triyajının Odak Noktası	15
Şekil 4: Tipik Bir Şebeke Organizasyon Yapısı	27
Şekil 5: İç ve Dış Şebeke Yapıları	28
Şekil 6: İç/Dâhili Şebeke.....	29
Şekil 7: Dengeli Şebeke	30
Şekil 8: Dinamik Şebeke.....	31
Şekil 9:Proje Tipi Matriks Organizasyon Modeli	33
Şekil 10: Model Önerisi Temel İlkeleri	37
Şekil 11:Seferberlik ve Savaş Halinde Acil Sağlık Hizmetlerinin Koordinasyonu Model Önerisi	39
Şekil 12:Stratejik Organizasyon Yapısı	40
Şekil 13: Planlama Faaliyet Grubu Şebeke Organizasyon Yapısı	41
Şekil 14: Kaynak Planlama Faaliyeti İş Akış Şeması	42
Şekil 15: Kaynak Planlaması İlkeleri.....	43
Şekil 16: Lojistik Faaliyet Grubu Şebeke Organizasyon Yapısı.....	45
Şekil 17: Lojistik Faaliyet Grubu Tedarik ve Üretim İş Akış Şeması	46
Şekil 18: Lojistik Faaliyet Grubu Organizasyon Yapısı	47
Şekil 19: Operasyon Faaliyet Grubu Organizasyon Yapısı	47
Şekil 20: Seferberlik ve Savaş Halinde Acil Sağlık Hizmetleri Müdahale Şeması ...	49
Şekil 21: Triyaj Kategorileri (North Atlantic Treaty Organization	50
Şekil 22: Ulaşım Faaliyet Grubu Organizasyon Yapısı	51
Şekil 23: İletişim Faaliyet Grubu Organizasyon Yapısı	52
Şekil 24: Askeri Personele Uygulanması Gereken Acil Sağlık Hizmetlerinin Haberleşmesi İş Akış Süreci	53
Şekil 25: Halka Uygulanması Gereken Acil Sağlık Hizmetlerinin Haberleşmesi İş Akış Süreci.....	54
Şekil 26: Eğitim Faaliyet Grubu Organizasyon Yapısı.....	55
Şekil 27:TRICARE Organizasyonu	57

Şekil 28: ABD Kara Kuvvetleri Sağlık Hizmetleri Teşkilat Şeması	58
Şekil 29: ABD Deniz Kuvvetleri Sağlık Hizmetleri Teşkilat Şeması	58
Şekil 30: ABD Hava Kuvvetleri Sağlık Hizmetleri Teşkilat Şeması.....	59
Şekil 31: Birleşik Devletlerin Savaş Haline Yönelik Askeri Sağlık Hizmetlerini Gösteren Şekil	62
Şekil 32: Alman Silahlı Kuvvetler Teşkilatı	63
Şekil 33: Almanya Müşterek Sağlık Hizmetleri Teşkilatı	63
Şekil 34: Fransa Silahlı Kuvvetleri Sağlık Teşkilatı	66
Şekil 35: Fransa Silahlı Kuvvetleri Savaş Haline Yönelik Askeri Sağlık Hizmetleri	67
Şekil 36:Avrupa, Afrika ve Orta Asya Fiziki Haritası.....	68
Şekil 37:TSK Sağlık Sistemi Teşkilat Yapısı	69
Şekil 38:TSK Sağlık Komutanlığı Yapılanması	70
Şekil 39: GATA Komutanlığı Teşkilat Yapısı.....	70
Şekil 40:Savaş Halinde Tıbbi Tedavi Tesislerinin Rol Bazında Ayrımı	76
Şekil 41:Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması	78

Resim 1: Tekâlifî Millîye Emirlerinin uygulanmasını gösteren bir tablo	7
Resim 2: Birinci Dünya Savaşında Rol-I düzeyinde Yaralıya İlk Yardım Yapan Askeri Sağlık Personeli.....	72
Resim 3: Birleşik Devletler Ordusuna Ait Bir HH-60 Tıbbi Tahliye Helikopteri	73
Resim 4: Rol-II Seviyesi Özelliklerinde Askeri Sahra Hastanesi	74

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Özellikli Ambulans Türlerine Göre Araç ve Nakledilen Hasta Sayısı, Sağlık Bakanlığı, 2017	14
Tablo 2: Acil bakım ve hekimlik hizmetlerini örgütlenmesi	18
Tablo 3: Franko-German ve Anglo-Amerikan modelinin karşılaştırılması.....	20
Tablo 4: Bazı Ülkelerin İkinci Dünya Savaşı Kayıp Oranları	23
Tablo 5: Geleneksel İlişkiden Şebeke İlişkisine Geçiş	26
Tablo 6: Fransa Askeri Sağlık Hizmetleri Görevli Personel Sayısı.....	66
Tablo 7: Barışta TSK Sağlık Hizmetleri Basamakları	71
Tablo 8:UMKE Personelinin Mesleklere Göre Dağılımı.....	79
Tablo 9: UMKE Temel Eğitim Kitabı Eğitim Konuları	80

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çağımızın gelişen savaş dünyasında yalnızca silahlı kuvvetleri hazırlamak ve kuvvetlendirmekle savaşı kazanmak mümkün değildir. Günümüz savaşlarında galip gelmenin ilk önceliği kurumlar arasındaki koordinasyonu sağlamaktan ve birbirleriyle uyum içinde çalışmaktan geçmektedir. Seferberlik, sadece silahlı kuvvetlerin görevli olması gereken bir işlem değil ülkedeki bütün kurum ve kuruluşların görevlerinin olduğu bir platformdur. Ekonomik nedenler, savunma giderlerinin indirgenmesine neden olmaktadır. Böyle bir nedenden dolayı seferber olma konusunun önemi artmış bulunmaktadır.

1.1. Problemin Tanımı

Teknolojinin gelişmesi bilim dünyası için olumlu bir durum olsa da savaş gibi alanlarda olumsuz etkilere yol açmaktadır. Birinci Dünya Savaşı ile İkinci Dünya Savaşı karşılaştırıldığında ekipmanın gelişmesine paralel olarak artan bir insan kaybı mevcuttur. Son zamanlardaki savaşlarda özellikle sivil kayıp asker kaybından çok daha fazla olmuştur. Söz konusu kayıpların en aza indirilmesi için barış döneminde sağlık sistemlerinde yaşanan eksikliklerin tespit edilerek telafi edilmesi gerekmektedir. Buna yönelik olarak 14 Mart 1827 tarihinde Türkiye’de modern tıp tarihinin başlangıcı olarak kabul edilen Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) kurulmuştur. Bu sayede savaşlarda oluşan yaralanmalara zamanında ve etkili müdahale edebilmek adına personel yetiştirilmeye başlanmıştır.

15 Temmuz 2016 tarihindeki darbe girişimi sonrası bazı askeri birlikler kapatılmıştır. 669 sayılı “Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Tedbirler Alınması ve Milli Savunma Üniversitesi Kurulması ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname” kapsamında askeri sağlık birimleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın sivillere yönelik olarak barış döneminde acil sağlık hizmetlerinin sağlanması kapsamında oluşturduğu bir sistem mevcuttur. Ancak gerçekleşen yetki devri sonrası, Sağlık Bakanlığının savaş zamanına hazırlık çerçevesinde acil sağlık hizmetlerinin yönetiminde farklılık gerekmektedir. Araştırma sonuçları kamu namına karar vericilerin seferberlik ve savaş haline yönelik acil sağlık hizmetlerindeki koordinasyonun önemini tanımaları, muhtemel riskleri öngörmeleri ve bazı eksikliklerden bilgi sahibi olmaları konusunda da katkı sağlayabileceği öngörülmektedir.

1.2. Araştırmanın Önemi

Türkiye'nin bulunduğu konum itibariyle stratejik öneme sahip olması, her zaman savaşa karşı hazır olunması gerektiğini göstermektedir. Oluşan tehditlere karşı bir ülkenin barış döneminden itibaren sivil ve askeri güçlerini hazır bulundurması, ekonomisini çeşitli açılardan zorlayacak bir durumdur. Ancak barış döneminde yapılacak planlamalar, günlük yaşamda etkileri hissedilmese de bir savaş anında büyük krizlere ve aksamalara engel olabilecektir. Zira savaş hali olması sebebiyle yaralanmalar ve ölümler gerçekleşecektir. Bu bakımdan özellikle teknolojilerin ve yeni savaş stratejilerin getirdiği sorunların başında isteyerek ya da istemeyerek sivil halkın hedef alınması gelmektedir. Geçmişten günümüze gelindiğinde savaşlarda ölümlerin arttığı ve bu ölümlerin çoğunun siviller olduğu ifade edilmektedir. Türkiye'nin de içinde bulunduğu konum göz önüne alındığında, seferberlik ve savaş anındaki acil sağlık hizmetlerine önem verilmesi gerekmektedir.

Yapılan araştırma ve incelemelerde yerli literatürde seferberlik ve savaş halinde acil sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ile ilgili çalışma olmadığı tespit edilmiştir. Bu kapsamda, yapılacak araştırma literatürdeki boşluğa katkı sağlamayı da amaçlamaktadır.

1.3. Amaç

Araştırma acil sağlık hizmetleri açısından seferberlik ve savaş hali hazırlıklarının incelenerek, harp esnasında uygulanacak hizmetlerin koordinasyonunun planlanması, sağlık personellerinin harbe yönelik eğitimleri almaları ve görevlendirilecek personellerin barış zamanında planlanması maksadıyla gerçekleştirilecektir.

Türkiye'de hâlihazırda yürüyen seferberlik ve savaş hali hazırlıkları ve bu kapsamda sorumlu kurum ve kuruluşların görevleri incelenecektir. Bu incelemeler sonucunda ilgili kurum ve kuruluşların görev ve sorumlulukları net olarak belirtildiği, kurumlar arası koordinasyonu mümkün kılan ve Türkiye örneğine uygun bir model önerisi sunulmaya çalışılacaktır.

1.4. Araştırma Soruları ve Hipotez

Ana araştırma sorusu:

- Seferberlik ve savaş halinde acil sağlık hizmetlerinin koordinasyonu nasıl olmalıdır?

Alt araştırma soruları:

- Seferberlik ve savaş halinde acil sağlık hizmetlerinde yürütülmesinde görevli kurum ve kuruluşlar hangileridir?
- Seferberlik ve savaş halinde acil sağlık hizmetlerini yürütmekle görevli olan kuruluşların hâlihazırda görev sorumlulukları nedir ve ne olması gerekmektedir?
- Seferberlik ve savaş halinde görevlendirilecek sağlık personellerinin planlamaları nasıl yapılmaktadır ve nasıl yapılması gerekmektedir?
- Seferberlik ve savaş haline yönelik olarak barış döneminde yapılan planlamalar hazırlanırken acil sağlık hizmetleri açısından nelere dikkat edilir?
- Askeri sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığına bağlanması, seferberlik ve savaş hali planlamalarında acil sağlık hizmetlerini nasıl etkilemiştir?

2. GENEL BİLGİLER

Seferberlik, savaş, acil sağlık hizmetleri, seferberlik ve savaş halinde acil sağlık hizmetleri, şebeke organizasyon yapısı ve proje tipi matriks organizasyon yapısı ile ilgili kavramlar aşağıda ele alınmıştır.

2.1. Seferberlik ve Savaş Kavramı

Seferberlik ve savaş, asırlardır milyonlarca insanın hayatını derinden etkileyen ve Dünya üzerinde yaşanmış acıların bir tasviri olarak kullanılan kavramlardır. İnsanoğlu gerek milli menfaatler gerekse coğrafi hedefler kapsamında diğer devletlerle çatışma içinde olmuştur. Bu çatışmalar sonucunda dünya iki kavramı da tanır hale gelmiştir.

2.1.1. Savaş Kavramı

Savaş kavramı, savaşın tanımı, ilanı ve savaş ilanının duyurulması ve kaldırılması ile ilgili bilgiler aşağıda ele alınmıştır.

2.1.1.1. Savaşın Tanımı

Savaş kavramının birçok tanımı olmakla beraber, gerçekleşen vakaya savaş denilebilmesi için devletlerarası bir krizin oluşması gerekmektedir. Birçok kuramcı ve bilim insanı savaşı silahlı bir mücadele olarak tanımlasa da gelişen teknoloji ve bilim sayesinde silahlı mücadele gerçekleşmeden savaş kazanılabilir ya da kaybedilebilmektedir (Gürsoy, 2015). Mevzuatımızda savaş: “Devletin bekasını temin etmek, milli menfaatleri sağlamak ve milli hedefleri elde etmek amacıyla, başta askeri güç olmak üzere Devletin maddi manevi tüm güç ve kaynaklarının hiçbir sınırlamaya tabi tutulmadan kullanılmasını gerektiren silahlı mücadele” olarak tanımlanmıştır (T.C.Resmi Gazete, 4 Kasım 1983, sayı: 2941).

Savaşta kuvvet kullanılması beraberinde şiddeti getirmektedir. Buna yönelik olarak, uzun dönemli bazı vakaların savaş sayılabileceğine yönelik görüşler bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar savaş olgusunun devletlerarası gerçekleşen silahlı mücadele olduğunu savunurken bazıları ise uzun süren bir silahlı çatışmaların da savaş olgusunu desteklediğini savunmaktadır (Varlık, 2013).

Savaş üzerine birçok çalışması bulunan Clausewitz kısaca savaşı, “irademizi düşmana kabule zorlamak için kuvvet kullanma eylemi” olarak tanımlamıştır. Clausewitz fiziksel kuvveti ise “düşmana irademizi zorla kabul ettirme amacının aracı”

olarak ifade etmiş ve bu amaca ulaşabilmek için düşmanın silahsızlaştırılması ve bunun ise savaşın ana hedefi olduğunu savunur (Türedi ve Bilgin, 2015).

Politika bilimci ve askeri stratejist Machiavelli ise savaşı kaçınılmaz ve ertelenemez bir sosyal olgu olarak tanımlamıştır. Machiavelli savaşı doğal ve insani bir durum olarak görür ve kazanan grubun takdir edilmesi, başaramayan insanların ise kınanması gerektiğini düşünür. Savaşı kazanmanın temelinde kararlılık vardır ve bu kararlılığın hiçbir sosyal veya ahlaki kurala bağımlı olmaması gerekir. Machiavelli, bir yer fethedildiğinde orada yaşayan insanların kazanılması gerektiğini eğer kazanılmıyorsa kökünün kazılması gerektiğini düşünmektedir. Bunun nedeni ise ağır baskılar karşısında insanların dirençlerinin kırılacağını ifade ederek savunmaktadır (Ercil, 2010).

Savaşın tanımlarında kullanılan bir ölçüt de savaşta yer alan şiddete bağlı ölü sayısıdır. Ancak kayıp oranı ile yapılan tanımlamalar birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Örnek olarak Arjantin ve İngiltere arasında geçen Falkland Savaşında (1982) sivil ve asker kesimden her iki ülkeden de toplam ölü sayısı sadece 912'dir. Fakat devletlerarası gerçekleşen bu silahlı şiddet olayının savaş olmadığını iddia eden pek az kişi bulunmaktadır. Buna istinaden savaşın ölü sayısı ile bağdaştırmak mümkün değildir (Balta, 2014).

2.1.1.2. Savaş İlanı

Türkiye'de yasal mevzuatlarla savaşın ilan edilmesi kararı Türkiye Büyük Millet Meclisine (TBMM) verilmiştir. Eğer meclis tatilde ya da ara vermede iken ülkenin silahlı saldırıya uğradığı durumlarda ve silahlı kuvvetlerin acil kullanımının gerektiği durumlarda Cumhurbaşkanı da Türk Silahlı Kuvvetlerin kullanılmasına karar verebilir (T.C.Resmi Gazete, 4 Kasım 1983, sayı: 2941).

Geçmiş dönemlerde iki ülke arasındaki krize bağlı olarak savaş ilanı verilirdi. Ancak günümüzde savaş ilanı yerine devlet dışı silahlı örgütler, ambargolar vs. yollara başvurularak düşman üzerinde silah ve güç üstünlüğü yaratmak yerine düşmanı zayıflatma ilkesi benimsenmiştir. Grotius, savaş ilan edilebilmesi için savaşın geçerli bir nedeni olması gerektiğini savunmuş, bunun içinde iki neden tanımlamıştır. Bunlar: Kendini ve sahip olduğu her türlü malı savunmak veya zarara yol açan bir suçu cezalandırmak (Keskin, 1998). Grotius'a göre savaşın haklı gerekçeleri olmasa dahi savaş ilan etmek bir zorunluluktur (Ata Keskin, 2014).

2.1.1.3. Savaş İlanının Duyurulması

Savaş ilanın duyurulmasına yönelik yasal mevzuatta net olarak bir açıklama getirilmemiştir. Geçmiş dönemlerde savaş ilanınin duyurulması konusunda sıkıntılar yaşanabilmesi muhtemel iken günümüzde iletişim araçlarının güçlenmesi ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte böyle bir sorunun yaşanması pek de mümkün görünmemektedir.

2.1.1.4. Savaş İlanının Kaldırılması

Türkiye’de yasal mevzuata göre savaş ilanınin kaldırılmasına TBMM karar vermektedir. Yürürlükte olan savaş hali uygulamaları ilanın kaldırıldığı gün ve saatte son bulur.

2.1.2. Seferberlik Kavramı

Seferberlik kavramı, seferberliğin tanımı, ilanı ve seferberlik ilanınin duyurulması ve kaldırılması ile ilgili bilgiler aşağıda ele alınmıştır.

2.1.2.1. Seferberlik Tanımı

Seferberlik her ne kadar askeri bir terim gibi tarihe geçse de aslında sivil ve askerin iş birliğini gerekli kılan bir sistemdir. “Seferberlik ve Savaş Hali Kanunu”nda seferberlik, “Devletin tüm güç ve kaynaklarının, başta askeri güç olmak üzere, savaşın ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde hazırlanması, toplanması, tertiplenmesi ve kullanılmasına ilişkin bütün faaliyetlerin uygulandığı; hak ve hürriyetlerin kanunlarla kısmen veya tamamen sınırlandırıldığı hal” olarak tanımlanmıştır (T.C. Resmi Gazete, 4 Kasım 1983, sayı: 2941). Mevzuatta yapılan tanımdan da anlaşılacağı üzere herhangi bir savaş halinde öncelik askeri desteklemek amacıyla yapılan tüm iş ve işlemlerdir.

Seferberlik ifadesi I. Dünya Savaşında “Topyekûn Savunma” kavramı olarak kullanılmıştır. O dönemde fazla cephe, uzun süreli ve yorucu bir savaş olan I. Dünya Savaşı süresince cephe için insan seferber etmenin yanı sıra, savaşın finanse edilmesi için ülkedeki bütün ekonomik kanalın savaşa aktarılması zorunluluğu doğmuştur. Ancak bu durum basın, medya ve kültür gibi alanların savaş propagandası için kullanılmasına, kadınların tarımsal üretim için seferber edilmesine ve iç güvenlik sorunundan dolayı zorunlu göç ettirilmeler gibi pek çok duruma sebep olmuştur (Beşikçi, 2010). Aslında bu gibi sorunların yaşanmasının ana sebebi savaş ve seferberlik haline önceden hazırlanılmamış olmasından kaynaklanmaktadır.

Kurtuluş Savaşı sürerken Yunan ordusunun Sakarya'ya doğru harekete geçtiği sırada Mustafa Kemal Atatürk'ün emri ile Tekâlifî Millîye Emirleri yayımlanmıştır. (7-8 Ağustos 1921) Savaş devam ederken ordunun ihtiyaç duyduğu ürünlere yönelik olarak halktan yardımlar toplanmıştır. Savaş zamanında uygulanan bu sistem sayesinde Türk Milleti Mustafa Kemal'in önderliğinde büyük bir zafer elde etmiştir. Seferberlik sisteminin önemini yakın tarihten alacağımız derslerle anlamak mümkündür.



Resim 1: Tekâlifî Millîye Emirlerinin uygulanmasını gösteren bir tablo (Ankara Atatürk ve Kurtuluş Savaşı Müzesi)

2.1.2.2. Seferberlik İlanını Gerektiren Nedenler

2941 sayılı Seferberlik ve Savaş Hali Kanunu kapsamında seferberliğin ilanı için aşağıda belirtilen koşullardan en az birinin ya da birden fazlasının gerçekleşmesi gerekir. Bunlar:

- Savaşı gerektirecek bir durumun baş göstermesi,
- Ayaklanma olması,
- Vatan ve Cumhuriyete karşı kuvvetli ve eylemli bir kalkışmanın veya ülkenin ve milletin bölünmezliğini içten ve dıştan tehlikeye düşüren davranışların ortaya çıkmasıdır.

2.1.2.3. Seferberliğin İlan Edilmesi

Seferberlik ilanını gerektiren nedenlerden biri veya birkaçı gerçekleşmesi durumunda Cumhurbaşkanı genel veya kısmi seferberlik ilanına karar verir ve bu kararda seferberliğin başlayacağı gün ve saat belirtilir. Söz konusu karar bir an önce Resmî Gazetede yayımlanır ve aynı gün TBMM'nin onayına sunulur. TBMM toplantı halinde değilse derhal toplantıya çağırılır.

Yukarıda belirtilen usul ve esaslar çerçevesinde 90/500 sayılı Seferberlik ve Savaş Hali Tüzüğü kapsamında aşağıdaki hususlar belirtilmiştir:

- Seferberlik ilan edilen bölgelerde görevlendirilen komutanlar ve yetkili oldukları bölge sınırları,
- Sıkıyönetim uygulanacak bölgeler ve görevlendirilen komutanlar,
- Personel, araç, mal ve hizmet yükümlülüklerinin uygulanmasıyla ilgili esaslar,
- Sivil savunma, yurt içi düşmana karşı silahlı savunma yükümlülüğü ve gerekli görülen diğer esaslar,
- Kısmi seferberlik ilanında seferberlik ilan edilen bölgeler dışında uygulanacak yükümlülüklerle ilişkin esaslar,
- Tahliye ve seyrekleştirmeye ilgili esaslar,
- Seferberlik ilanının gizli veya açık olarak duyurulacağına dair açıklamalar,
- Bakanlar Kurulunca gerekli görülen diğer esaslar.

2.1.2.4. Seferberlik İlanının Duyurulması ve Uygulama Esasları

90/500 sayılı Seferberlik ve Savaş Hali Tüzüğüne göre seferberlik ilanı kararı alınmasının ardından duyuru işlemleri, Milli Alarm Sistemi Yönetmeliği esaslarına göre yapılır ifadesi yer almaktadır. Ayrıca ilanının duyurulmasında mevzuatında günümüz şartlarına uyum sağlamadığından dolayı ilkel yöntemler belirtilmiştir. Seferberlik ilanının duyulmasında bir gizlilik derecesi bulunmuyor ise kitle iletişim araçlarının ve mobil cihazların etkili kullanılması gerekmektedir.

Seferberliğin gizli çağrıyla yapılmasına karar verildiğinde, bölgedeki kamu kurumlarının amirlerine, uygulamada görev alması planlanan yetkili kişilere, yükümlülük uygulanacak personel, araç, mal ve hizmetlerle ilgili olarak görev verilecek kişilere duyuruların gizli olarak yapılması için önlemler alınır. Gizliliğe uymayanlar hakkında 2941 sayılı Seferberlik ve Savaş Hali Kanunu'nun cezai hükümleri uygulanır. Kanunda cezai hükümlerin yer alması ve uygulanması seferberlik sisteminin sorunsuz şekilde işletilmesini sağlamaktadır.

2.1.2.5. Seferberliğin Kaldırılması

Seferberliğin kaldırılmasında, ilgili kanun kapsamında seferberliğin ilanına ilişkin usuller uygulanır. Seferberliğin kaldırılması kararının verildiği gün, saat 24.00 da son verilir.

2.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi

Acil sağlık hizmetleri sağlık sistemlerinin temelini oluşturan önemli bir sağlık hizmeti basamağıdır. Yasal mevzuat acil sağlık hizmetlerini, “Acil hastalık ve yaralanma hallerinde, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetleri” olarak tanımlanmıştır (T.C.Resmi Gazete, 11 Mayıs 2000, sayı: 24046). Literatür incelendiğinde özellikle Türkiye’de acil sağlık hizmetleri ile ilgili yapılan çalışmalarda hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ve hastane acil sağlık hizmetleri şeklinde iki kısımda incelenmiştir (Söyük ve Arslan Kurtuluş, 2017). Fakat gelişen teknoloji ve tıp dünyasında ortaya çıkan yenilikler sayesinde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, olay yeri müdahalesi ve transfer hizmetleri olarak ikiye ayrılmış durumdadır.

Acil olaylara yönelik medikal müdahale ve bu kapsamdaki uygulamalar tarihte oldukça eskiye dayanmaktadır. Mısır, Yunan ve Roma dönemlerine ait keşfedilmiş bazı belgelerde acil olaylarda medikal uygulamalarla ilgili bilgiler bulunmuştur. Hastaların nakline yönelik işlemler için araç tahsis edilmesi ile ilgili yazılı kaynaklar 16. yüzyıla aittir. Avrupa bölgesinde özellikle Kuzey Avrupa ülkelerinde soğuk kış aylarında hastalanan ve donma riski yaşayan evsizlerin taşınmasında atlı arabalar kullanılmış ve bu uygulama hastaların taşınmasına yönelik hizmet sunan ilk ambulans hizmeti olarak kabul edilir (Taviloğlu ve ark., 2006).

18. yüzyılın sonlarında Paris, Hamburg ve Amsterdam’da Napolyon’un baş cerrahı olan Baron Dominique Jean Larey “Flying Ambulance” (uçan ambulans) adında araçları oluşturarak yaralıların ve hastaların savaş meydanlarından bölgedeki sahra hastanelerine sevk ettirilerek ilk müdahalelerin eğitimli personel tarafından yapılması sağlanmıştır. Buna istinaden ilk medikal ordu bölüğünün kurucularındandır (Pozner ve ark., 2004). Acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi incelendiğinde, söz konusu ihtiyacın savaşın getirdiği yaralanmalara acil müdahale edilme gereksiniminin bir sonucu olarak geliştiği gözlemlenmektedir.

1864 yılında imzalanan Cenevre Sözleşmesi kapsamında özellikle savaşta yaralanan askerlere ilişkin olarak, hasta taşıyan ambulanslara ve sahra hastanelerine saldırı yasaklanmıştır (Yavuz, 2017). Müteakip süreçte, 1877 yılında İngiltere’de ilk acil yardım teşkilatı kurulmuş, yedi yıl sonrasında acil yardım üzerine sertifika verilmeye başlanmış ve ilk sivil ambulans teşkilatı kurulmuştur. 1906 yılında Alman

ordusunda ilk motorlu ambulans kullanılmış, bundan 12 yıl sonra 3200 motor gücüne sahip bir ambulansın hizmet verdiği kaydedilmiştir. Söz konusu ambulanslar, önceleri sadece hasta sevk etmek amacıyla kullanılsa da yıllar içinde hasta bölümünde yapılan değişiklikler sonucunda hastalara ve yaralılara ambulans içerisinde müdahale edilebilecek hale yükseltilmiştir (Kaba ve Elçioğlu, 2013).

İkinci Dünya Savaşı öncesinde hastanelerde kaza odası denilen bölümler oluşturulmaya başlanmış ve acil servis kavramı insan hayatına böylelikle giriş yapmıştır. Savaş sonrasında diğer hastanelerde de aynı şekilde acil müdahale yapılacak alanlar kurulmaya başlanmıştır (Demir, 2018).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) bugünün modern acil sağlık hizmetlerinin temelleri 1960 yıllarının sonlarına doğru atılmıştır. 1970 yılında ABD'de acil tıp uzmanlığı programı uygulamaya başlamıştır. ABD Ulusal Bilimler Akademisi Travma ve Şok Komitesi, "Kazalara bağlı ölüm ve sakatlıklar: Modern toplumun ihmal edilmiş hastalığı" adlı raporunda hasta ve yaralılara sağlanan acil müdahalenin yetersiz olduğunu kamuoyuna bildirmiştir (National Academy of Science, 1966). İlk mobil düzeydeki koroner yoğun bakım üniteleri 1968 yılında Kuzey İrlanda'da uygulanmaya başlanmıştır. 1973 yılında Amerikan Ulusal Trafik Güvenliği İdaresi (National Highway Traffic Safety Administration- NHSTA) tarafından hastane öncesi acil sağlık hizmetleri kapsamındaki bakıma yönelik olarak ambulans, haberleşme ve eğitim programlarını yayımlamıştır. Acil sağlık hizmetleri ulusal düzeyde kanunlaştırılmış ve kanunlar kapsamında hastane öncesi bakıma yönelik 15 faktör belirtilmiştir (Sosyal ve ark., 2003):

- Personel
- Eğitim
- İletişim
- Taşıma
- Malzeme-Donanım
- Yoğun Bakım Üniteleri
- Halk Sağlığı Büroları
- Tüketici Katılımcıları
- Koruma Yolları
- Dikkatli Taşımacılık

- Hasta Kayıtlarının Standardizasyonu
- Halkın Bilgilendirilmesi ve Eğitimi
- Geri Bildirim (Yeniden İnceleme ve Değerlendirme)
- Afet Planları
- Ortak Yardım Anlaşması

Acil Sağlık Hizmetlerinin gelişmesini ve bilim dünyasında yer almasını sağlayan tecrübeler sayesinde acil sağlık hizmetlerinin bölgelere ve ülkelere göre uygulanış modelleri değişiklik göstermeye başlamıştır. 1970'lerden günümüze kadar süregelen acil sağlık hizmetleri Anglo-Amerikan Modeli ve Franko-German Modeli olarak iki ayrı şekilde uygulanmaktadır. Anglo-Amerikan Modelinde temel amaç hastanın hastaneye en kısa sürede sevkini sağlanmasıdır. Modelde “kucakla ve hızlı hareket et” felsefesi bulunmaktadır. Bu model ambulansları değil acil servisleri etkin kılmaktadır. Ambulans sistemleri temel tedaviler dışında daha çok hasta taşıma aracı olarak kullanılır. Franko-German Modelinde ise “kal ve stabilize et” felsefesi uygulanmaktadır. Bu sistemde hastane hastanın ayağına taşınır. Olay yerinde gerekli acil tüm müdahale yapılarak hasta direkt olarak ilgili servise götürülür. Modelde sahada yapılan müdahale etkin kılınmaktadır (Dağlı ve ark., 2016).

2.2.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Alanları

Acil sağlık hizmetlerinin uygulanması, uygulandığı alan bakımından ambulans, saha ve hastane uygulamaları olarak üçe ayrılmaktadır.

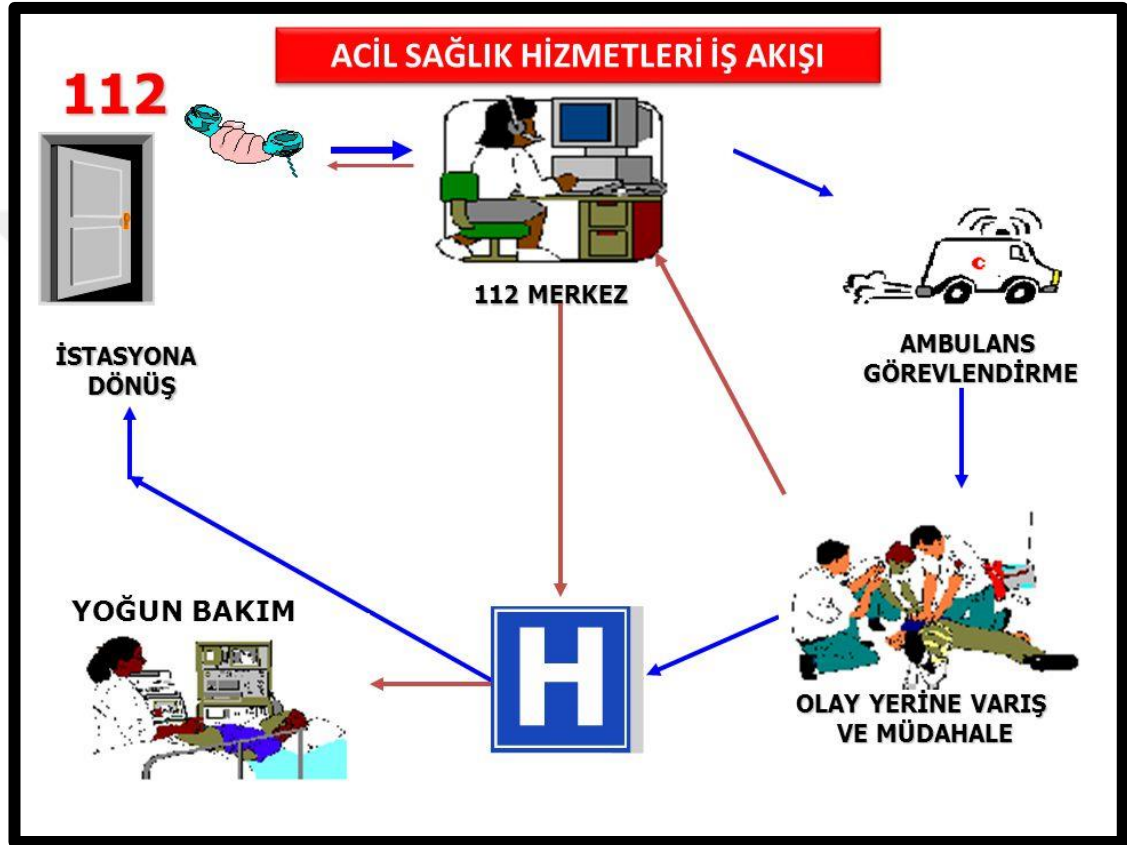
2.2.1.1. Ambulans Uygulamaları

Tarih boyunca at arabaları ile başlayan hasta taşımacılığı motorlu araçların kullanımı ile gelişmiş ve günümüze kadar modernizasyonları yapılarak gelmiştir. Zaman içerisinde ambulansların tıbbi ve teknik dokümanları gelişmiş ve günümüzdeki şeklini almıştır. Özel olarak donatılmış kara, hava ve deniz nakil araçları ambulans olarak kullanılmaktadır.

Ambulans hizmetlerinin sunumu ve halkın ambulans kullanım oranları taşra, kültürel, sosyoekonomik kapsamda farklılık göstermektedir. Dünya çapında ambulans hizmetleri, taşra veya bölge ölçeği değişiklik göstererek komuta kontrol merkezinin sevk ve idaresinde 24 saat kesintisiz sağlanmaktadır (Kıdak ve ark., 2009). Söz konusu komuta kontrol merkezi ambulans hizmetlerinin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi açısından kritik bir role sahiptir. Acil sağlık hizmetleri sunumu “acil yardım zinciri”

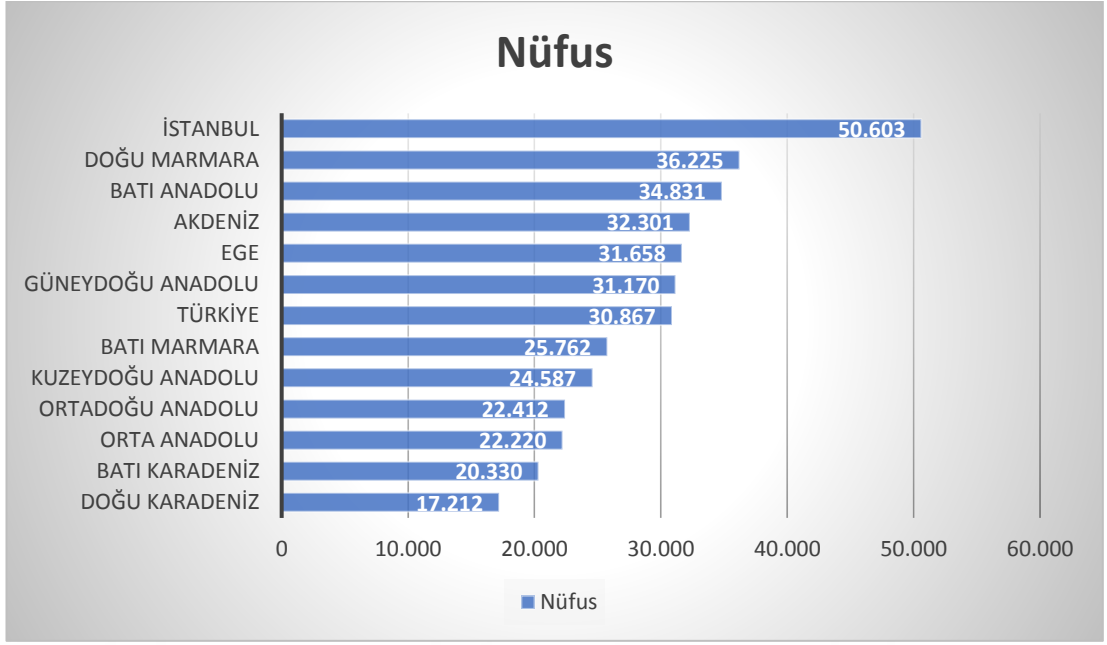
denilen bir kısır döngü ile anlatılmıştır. Acil yardım zinciri beş adım halinde değerlendirilmektedir (Aksoy ve Ergün, 2002):

- Yaşam Kurtarıcı Mücadele
- Yardım Çağırma
- Yardım Bekleme
- Ambulans Ekibi
- Hastane



Şekil 1: Acil Sağlık Hizmetleri İş Akışı (Saraçoğlu, 2013)

Ülkenin hızlı nüfus artışına ve teknolojik gelişmelere paralel olarak 112 istasyon sayısında artış gözlenmektedir. Ancak söz konusu artışlar yüksek olsa da beklenen talebi karşılamada güçlük çekmektedir. Şekil 2’de Sağlık Bakanlığı’nın 2017 yılı istatistiki bölge birimleri sınıflamasına göre 112 acil sağlık istasyonları başına düşen nüfus miktarları verilmiştir. Söz konusu veriler kapsamında nüfusun en çok görüldüğü İstanbul ilinde istasyon başına 50.603 kişi düşmektedir. Bu oran çalışma koşulları ve yoğunluğu düşünüldüğünde oldukça yüksek bir orandır. Şekile göre en düşük miktar Doğu Karadeniz Bölgesine ait olup yerleşimin az olduğu düşünüldüğünde normal karşılanmaktadır.



Şekil 2: İBBS-1'e Göre 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus, Sağlık Bakanlığı, 2017 (Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2018)

Ambulanslar kullanım alanına yönelik olarak kara, hava ve deniz ambulansları bakımından 3'e ayrılmaktadır.

Kara Ambulansları:

Coğrafi açıdan kara parçasında hizmet veren motorlu ve özel donanımlı nakil araçlarıdır. Kara ambulansları kendi içerisinde acil yardım, nakil ve özel donanımlı olarak 3'e ayrılmaktadır (T.C.Resmi Gazete, 11 Mayıs 2000, sayı: 24046).

- Acil yardım ambulansları, her türlü acil durum anında, sahada ve ambulansda hasta veya yaralılara yeterli acil tıbbi müdahaleyi yapabilecek ekibe ve mevzuatla belirlenmiş tıbbi ve teknik donanıma sahip araçlardır.
- Hasta nakil ambulansları, acil bir müdahale gerektirmeyen hastaların nakli için kullanılan ve mevzuatla belirlenmiş tıbbi ve teknik donanıma sahip araçlardır.
- Özel donanımlı ambulanslar, hasta veya yaralıların tıbbi, fiziksel ve yaş durumları ile ambulansların görev alanına giren coğrafi özellikler dikkate alınarak tasarlanmış ve buna göre tıbbi ve teknik ekipmanlarla donatılmış araçlardır. Yeni doğan hastaların nakli için kullanılan ambulanslar, acil yardım ambulansının tıbbi ve teknik donanımlarını sağlamak kaydı ile vantilatörlü transport kuvüzü bulundurmamak zorundadır. Bu ambulanslarda yetişkinler için kullanılacak tıbbi donanım ve ekipman aranmaz.

Hava Ambulansları:

Hasta nakil veya acil tıbbi müdahale amaçlı kullanılmak üzere ulusal sivil havacılık biriminden gerekli çalışma ve uçuş izinlerini almış ve mevzuatla belirlenen teknik ve tıbbi donanıma sahip uçak ve helikopterlerdir. Hava araçları, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri için önemli bir unsurdur. Travma olaylarının önemli bir kısmı kara araçları ile ulaşımın imkânsız olduğu alanlarda gerçekleşmektedir. Hava ambulansları özellikle uzun mesafe ve yoğun trafiği olan büyükşehirlerde hızlı ulaşım sağlamak için kullanılan tek araçlardır (Yenice ve ark., 2013). Bu sebeple önemi tartışılmaz olup bilakis sayılarının artırılması yegâne hedef olmalıdır.

Deniz Ambulansları:

Hasta nakil veya acil tıbbi müdahale amaçlı kullanılmak üzere Denizcilik ve İç Sular Genel Müdürlüğünden gerekli izinleri almış ve mevzuatla belirlenmiş teknik ve tıbbi donanıma sahip deniz nakil araçlarıdır (T.C. Resmi Gazete, 7 Aralık 2006, Sayı: 26369).

Tablo 1: Özellikli Ambulans Türlerine Göre Araç ve Nakledilen Hasta Sayısı, Sağlık Bakanlığı, 2017

	Araç Sayısı	Nakledilen Hasta Sayısı
Deniz Ambulans	110	103
Helikopter Ambulans	223	214
Kar Paletli Ambulans	197	120
Motosiklet Ambulansı	134	121
Snow Track Ambulansı	202	210
Uçak Ambulans	24	20
Yoğun Bakım & Obez Ambulansı	43	53
4 Sedyeli Ambulans	3	11

(Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2018)

2.2.1.2. Saha Uygulamaları

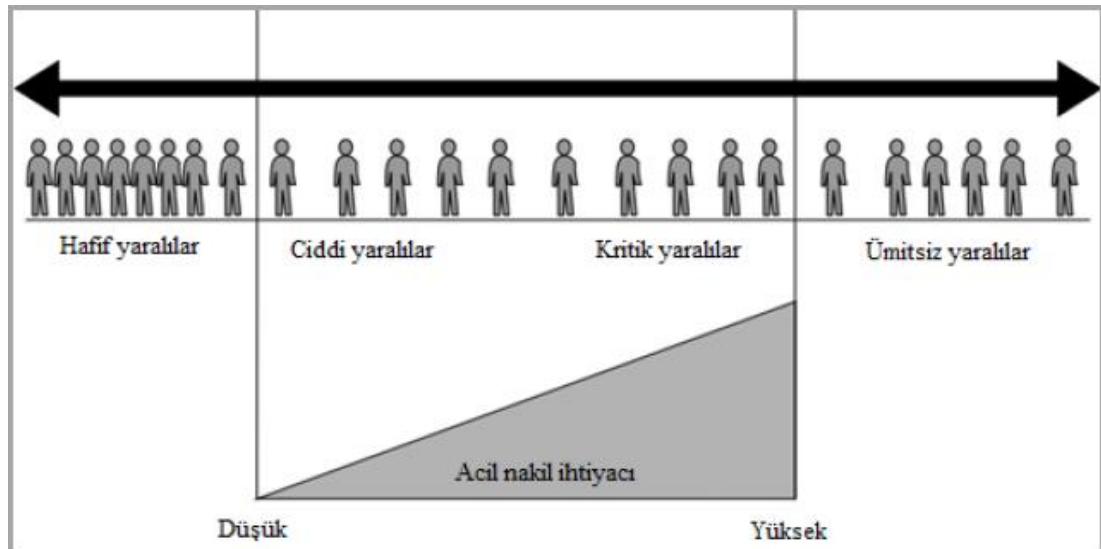
Acil tıbbi müdahale gerektiren durumlarda, olay yerinde müdahale acil sağlık hizmetlerinin en önemli parçasıdır. Profesyonel acil sağlık ekibinin hasta veya yaralıya ilk müdahalesini gerçekleştirdiği aşamadır. Bu aşamada hastanın veya yaralının

durumunun kritik olup olmadığı ve yapılacak müdahalenin derinliği tespit edilmektedir.

Acil sağlık personelinin olay yerine ulaştığı andan itibaren saha uygulamaları başlamış sayılmaktadır. Eğer gerçekleşen olay büyük bir trafik kazası gibi kitlesel bir durum ise sahaya ilk ulaşan acil yardım ekibi olay yeri yönetimini ele almaktadır. Kitlesel olaylarda müdahaleye ilk olarak triyaj ile başlanır. Trijaj, hasta veya yaralıların durumlarının kritiklik derecelerine göre sıralamaya konularak müdahale etme işlemine denilmektedir. Triyajın temel felsefesi vakaların öncelik sırasını belirleyerek eldeki olanaklar ile en yüksek verimi sağlamaktır. Triyaj uygulamaları beş sınıf altında toplanmıştır (Hogan ve Lairet, 2007):

- Günlük Triyaj
- Kitlesel Olay Triyajı
- Afet Triyajı
- Taktiksel Askeri Triyaj
- Özel Durum Triyajı

Afet ve taktiksel askeri triyajın uygulama şekli diğer triyajlara göre farklılık göstermektedir. Afet triyajında, acil tıbbi müdahaleler ve kaynaklarla sağ kalma şansı en yüksek olan hastalara müdahale etmek şeklindedir (Hogan ve Lairet, 2007). Askeri triyajda ise öncelik hayati tehlikesi fazla olan değil yürüeyebilen hafif yaralı askerlerdir (Boren ve ark., 2003).



Şekil 3: Afet Triyajının Odak Noktası (Hogan ve Lairet, 2007), (Aslan, 2018)

Özellikle savaş ve afet gibi olağandışı durumlarda triyaj konusunda profesyonel sağlık ekibinin duruma yönelik karar vermesi gerekmektedir. Günlük vakalar dışında olağandışı durumlarda sağlık personeli hem kendi güvenliğini sağlamak hem de artış gösteren hasta veya yaralıya kısıtlı ekipmanla müdahale etmek durumundadır. Bu sebeple bir acil sağlık personelinin hızlı olması ve doğru karar verebilmesi için olağan dışı durumlara önceden hazır olması gerekir, hazır olabilmesi içinse gerekli eğitimleri almış olması gerekmektedir.

2.2.1.3. Hastane Uygulamaları

Hastanelerde bulunan acil servis hizmetleri mevzuatta, ani gelişen hastalık, yaralanma ve benzeri durumlarda ölüm ve sakatlık gibi olayların yaşanmaması için profesyonel acil sağlık personelinin tıbbi ekipman desteği ile hastanın değerlendirilmesi, tanısının konulması, tıbbi müdahale ve tedavisinin yapılması amacıyla yataklı sağlık tesislerinde sunulan hizmetler olarak tanımlanmıştır (T.C. Resmi Gazete, 11 Mayıs 2000 Sayı:24046). Uzman acil sağlık personeli ile 7 gün 24 saat hizmet veren, hastaneye acil bir şekilde gelen hastanın sorunlarını ve şikâyetini hızla çözebilecek yapıya, temel nedenleri belirleyerek tedavi edebilecek donanımına sahip, acil tedavi ve gözlem gerektiren olguları hastane içinde standardize edebilen sistemin bütününe acil servis denilmektedir (Aydın, 2006).

Pek çok ülkede acil servislerin planlanması ve örgütlenmesi ülke genelinde oluşturulan standartlar kapsamında belirlenir. Bazı ülkelerde hastane öncesi acil sağlık sistemi desteklenerek acil servis hizmet dışı bırakılmış, bazı ülkelerde ise hastane acil servisi lojistik destek görülerek buralar desteklenmiştir.

Acil servisin müdahale ettiği tanıların içeriği bağlı olduğu hastanenin türü ile ilişkilidir. Hastanenin genel hizmet veya özel dal hastanesi olması acilin yapılanmasını etkiler. Örneğin bir kalp damar hastanesi acil servisine başvuran hastaların şikayetleri farklı olabilir ve ani gelişen hastalık ve travma etkisiyle acil bakım gerekebilir. Konu ile ilgili mevzuat kapsamında her acil servis başvuran her acil vakaya kesinlikle müdahale etmek zorundadır. Hasta veya yaralının ilgili başka hastaneye nakledilmesi gerekiyorsa durumunun stabilize hale getirilerek nakledilmesi gerekmektedir (Sur, 1998).

Çoğu ülkede acil servisler, sunmuş oldukları hizmet, donanım ve personelin uzmanlık alanları kapsamında sınıflandırılmıştır. Örnek verilecek olursa en gelişmiş

acil servis birimine A veya Basamak I denildiğinde, B modelinin ya da Basamak II'nin de orta düzeye sahip bir acil servis birimi olması beklenmektedir. Söz konusu sınıflandırmalar farklı ülkelerde acil servislerin standartları ve içerikleri göz önüne alınarak yapılmakta ve değişiklik göstermektedir. Standartların içeriğinde acil servisin sahip olması gereken ekipman ve farklı uzmanlık alanlarındaki doktor sayıları belirtilmelidir. Bu sınıflandırmaların yapılması acil vakanın ambulans ekiplerinin yer belirlemede kullanılmamaktadır. Bunun nedeni ise acil bir vakada her zaman en yakın ve en hızlı sloganı ulaşımı sağlar (Sur, 1998).

American College of Surgeons tarafından, ilk yardımdan geniş kapsamlı acil bakım seviyesine kadar farklı alanlarda verilen hizmete göre Amerikan acil servisleri sınıflandırılmıştır (Taşkın, 2002).

Basamak I

Tecrübeli en az bir doktorun 24 saat görevde olduğu geniş kapsamlı acil hizmeti sunan acil servislerdir. Hastane içinde yer alan ve cerrahi, ortopedi, kadın doğum, çocuk ve anestezi servislerinin sorumlu hekimlerinin 24 saat hizmet verdiği birimlerdir.

Basamak II

Tecrübeli en az bir hekimin görevli olduğu 24 saat veren hizmet veren ve konsültasyonların yaklaşık 30 dakikada mümkün olabildiği acil servislerdir.

Basamak III

Acil bakımda tecrübeli en az bir hekimin yarım saat içinde hazır bulunduğu 24 saat hizmet veren acil servislerdir. Bu birimlerde temel konsültasyonlar telefonla mümkündür.

Basamak IV

Çoğu kaynakta bu basamaktan bahsedilmemektedir. Acil bir duruma yönelik hasta veya yaralıya hayat kurtarıcı temel ilk yardım yapılması sonrası en yakın acil servise naklini sağlayan birimlerdir (Taşkın, 2002).

Türkiye'de acil servislerin sınıflandırılması hastanenin büyüklüğü, etkisi ve karşılaştığı vaka sayısı ile orantılı olarak oluşmakta ve sınıflandırmalar genellikle "Cerrahi Acil", "Çocuk Acil" vb. gibi adlarla yapılmaktadır. Belirli bir standardizasyon dışında ve taşıma, ergonomi, yerleşim planı, insan gücü planı vb.

alanlar göz önüne alınmadan oluşturulan acil servisler kendilerinden beklenen performansı verememektedir (Sur, 1998).

Acil servislerin organizasyonu hem kuruluşu ve planlamasında hem de servisin işletilmesinde diğer birimlerden farklılık gösterir. Çünkü acil servislerin organizasyonu sağlanırken birçok konuya (insan gücü planlaması, hastane içi/dışı ilişkiler, teknik ve tıbbi donanımı sağlamak, haberleşme, nakil, eğitim, yasal sorunlar, afet planları) dikkat edilmesi gerekmektedir.

Acil bir durumdaki hasta veya yaralıya yapılması gereken temel ve ileri tedavi girişimlerinde organizasyona bağlı olarak yetersizlik varsa sonu ölüme varan istenmeyen sonuçlar ortaya çıkabilir. Acil servisler ile ilgili tüm birimlerin oldukça verimli bir organizasyon altında toplanması verilen hizmetin kalitesini ve etkinliğini artıracak ve istenmeyen sonuçların önlenmesinde rol alacaktır (Adaş ve ark., 1998).

Acil sağlık sistemlerinde hastane öncesi bölümünün organizasyonu ulusal sağlık politikaları kapsamında ve yerel yönetimlerin desteği ile oluşturulur. Hastane acil servislerin organizasyonları ise hastane yönetiminin oluşturduğu standartlar kapsamında yapılmaktadır. Acil servislerin organizasyonu Tablo 2'deki ilkeler göz önüne alınarak yapılmaktadır (Göksoy, 2000).

Tablo 2: Acil bakım ve hekimlik hizmetlerini örgütlenmesi

1. Hastane öncesi acil bakım	<ul style="list-style-type: none">• Toplumun eğitimi• Kurallar ve yasalar• Acil yardım ve kurtarma hizmetleri• Sevk zinciri, ilk yardım istasyonları
2. Hastanelerde acil bakım örgütlenmesi	<ul style="list-style-type: none">• Acil bakım merkezleri (Acil tıp, travma, yanık intoksikasyon merkezleri)• Acil hekimlik hizmetleri• Hastanelerde olağanüstü durum planlaması• Dokümantasyon, adli tıbbın önemi
3. Rehabilitasyon	

(Göksoy, 2000)

2.2.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Uygulanmasında Kullanılan Uluslararası Modeller

Günümüzde global anlamdaki acil tıp sistemleri sağlık uygulama bakımlarının fonksiyonlarına ileri düzeydeki katkılarıyla oldukça gelişmiştir. Dünya Sağlık Örgütü acil sağlık hizmetlerini genel sağlık sistemleri içerisinde fonksiyonel ve etkili bir bileşen olarak kabul eder. Acil sağlık hizmetleri toplumun çoğu için acil durumlar ve hayati tehlike oluşturan yaralanmalar sırasında ilk erişim noktası ve ikincil, üçüncül hizmetlere ulaşım sağlayabilmek adına önemli bir aşamadır. 1970 yılından itibaren hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin sunumu, farklı özelliklere sahip olan iki model etrafında gelişmiştir. Bunlar Franko-German ve Anglo-Amerikan modeli olarak bilinmektedir.

2.2.2.1. Franko-German Modeli

1990 yılına kadar Avrupa kıtasında akut yaralanmalara karşın acil sağlık hizmetlerinde uygulanan standart bir model bulunmamaktadır. Acil tedavi gereksinimi olan hasta ve yaralılar muayenehanelerde, ambulanslarda ve diğer sağlık birimlerinde hizmet alırlardı. Avrupa’da birbirinden farklı acil tıp modelleri benimsenmiştir. Bu modellerden bir tanesi Rusya’da oldukça yaygın olarak kullanılmasına rağmen Franko-German adıyla bilinen, hastane öncesinde ileri düzeyde tedavi hizmeti sağlayarak hastayı veya yaralıyı doğrudan hastanenin ilgili servisine nakledilmesini öneren modeldir.

Franko-German acil tıp sistemi modelinin sunumu olay yerinde “kal ve stabilize et” felsefesine dayanmaktadır. Bu felsefe özellikle acil sağlık sistemi yeni olan Avrupa ülkelerinde oldukça etkili bir şekilde uygulanmaktadır. Bu modelde hastane hastanın ayağına getirilir ve hastaya yüksek bakım sağlayabilmek için hekimler ve tıbbi ekipmanlar sahaya taşınır. Bu modeldeki acil durum hekimleri karmaşık kliniklerde karar verme ve hastaları evlerinde veya olay yerinde tedavi etme yetkisine sahiptir. Bu sayede birçok acil sağlık hizmetleri kullanıcısının olay yerinde tedavi edilmesine ve hastanelere daha az nakledilmesini sağlamıştır. Franko-German modeli Almanya, Fransa, Yunanistan, Malta ve Avusturya’da gelişmiş düzeydedir (Al-Shaqsi, 2010).

2.2.2.2. Anglo-Amerikan Modeli

Franko-German modelinin aksine bu model “kucakla ve hızlı hareket et” felsefesine dayanmaktadır. Bu modelin amacı, hastane öncesi müdahalelerde olabildiğince az girişimlerle hastayı veya yaralıyı hızlı bir şekilde hastane acil

servisine ulaştırmaktadır. Bu tür sistemler hastane ve halk sağlığı birimleri yerine daha çok polis veya itfaiye gibi kamu güvenliği sağlayan birimlerle entegredir. Acil tıp hekimleri yerine eğitimi sağlık görevlilerinin klinik gözetiminde gerçekteşen bir sistemdir. Bu modeli uygulayan ölkelerin acil tıp hizmetleri gelişmiş ve acil tıp hizmetlerinin ayrı bir uzmanlık alanı olarak görmektedirler. Bu sistemi uygulayan ölkelerde neredeyse tüm hastalar ambulanslar tarafından doğrudan hastane servisi yerine gelişmiş acil servislere taşınmaktadır. Sahada tedavi gerekli durumlar dışında uygulanmamakta ve öncelik hastanın acil servise taşınmasıdır. Amerika, Kanada, Yeni Zelanda, Umman Sultanlığı, Avustralya ve Türkiye gibi ölkeler bu sistemi benimsemektedirler (Al-Shaqsi, 2010).

Dünyada yeni yapılanan birçok acil sağlık hizmetlerinde Anglo-Amerikan modeli benimsenmektedir. Hekimler sadece acil servislere ileri düzeyde acil bakım hizmetini sağlamakla yükümlüdür. Bu modelde acil serviste ya acil tıp uzmanları çalışır ya da diğer hekimler acil tıp uzmanlarının denetiminde çalışır (Paksoy, 2016).

Tablo 3: Franko-German ve Anglo-Amerikan modelinin karşılaştırılması

MODEL	FRANKO-GERMAN MODELİ	ANGLO-AMERİKAN MODELİ
Hasta Bakımı	Sahada ileri tedavi Hastaneye az transport	Sahada en az tedavi Hastaneye daha fazla transport
Bakımı Sağlayan	Paramedikle desteklenmiş doktorlar	Paramedikler
Ana Amaç	Hastaya hastane getirilir	Hasta hastaneye götürölür
Transport Yeri	Acil Servis By-Pass edilerek doğrudan ilgili servislere	Doğrudan acil servise
Kapsam	Kamu sağlığı organizasyonu	Kamu güvenliği organizasyonu

(Paksoy, 2016)

Her iki sistem de travma ve hayati tehlike oluşturan hastalıklar için acil bakım sağlarken aynı temel misyona sahiptir. Hayatı tehdit edici olmayan bakımlar ve istikrarlı vakaların planlanan naklieleri sırasında farklılık gösterirler. Geleneksel Avrupa tarzı, hastaları Anglo-Amerikan sisteminden çok daha fazla acil servislere taşımaktan başka birincil bakım seçeneklerini kullanır. Taşınması durumunda, Avrupa'daki hastalar genellikle doğrudan acil servis hekiminin, tüm kabullerin acil

servise gitmesi gereken Anglo-Amerikan modelinin aksine, doğrudan kabulde daha fazla fayda sağlayacağına inandığı bir hastane servisine eşlik edilir.

Birçok çalışma, iki sistemi sonuç veya maliyet etkinliği açısından karşılaştırmaya çalışmıştır. Bununla birlikte, gerçekten karşılaştırılmıyor gibi görünüyorlar çünkü farklı talepleri karşılamak için farklı bağlamlarda çalışma eğilimindedirler. Ayrıca, iki model arasındaki birleşik standartların olmaması, karşılaştırmanın haksız bir egzersiz olmasını sağlar. Bu nedenle, şu anda bir modelin diğerinden daha iyi olduğuna dair kanıtlar bulunmamakta ve çalışmalar çelişkili sonuçlar ortaya koymaya devam etmektedir (Al-Shaqsi, 2010).

2.3. Seferberlik ve Savaş Halinde Acil Sağlık Hizmetleri

Tarih boyunca insanoğlu egemenliklerini ve güvenliklerini sağlamak ya da başka sebeplerle yaptıkları savaşlarda ortaya çıkan sağlık problemlerini çözümü yönünde pek çok yola başvurmuşlardır. Orduları sağlıklı ve güçlü olan devletler var olmaya devam etmiş, zayıf olanlar ise savaşında etkisi ile tarihten silinmişlerdir. Bu sebeple savaş ve tıp, tarihsel serüvende birbirini etkilemiş, tıp savaşların kazanılmasına yönelik önemli bir faktör olurken, savaşlarda tıbbi organizasyonların gelişmesine önemli katkılar sağlamıştır (Dale, 2005).

İnsanlığın savaşlarda kullanmak üzere askeri amaçlı silah üretmeye ve ordu kurmaya başladığı ilk dönemlerden günümüze dek önemli olaylar ve değerli buluşlara paralel olarak askeri tıp da gelişim sağlamıştır. Roma, Antik Yunan, Anadolu, Mısır, Mezopotamya, Çin ve Orta Asya bölgelerinde bulunan devletler, savaşlarda yaralananlara yardım etmek amacıyla zamanın şartlarına uygun önlemler almışlardır. Bu bölgelerde yapılan arkeolojik kazılarda, savaşta yaralananların yara ve kırıklarının bezlerle sarılarak tedavi edildiğini gösteren işaretlerin varlığı bilinmektedir (Uçar ve Ataç, 2010).

Özellikle modern tıbbın hayata geçirilmeye başlandığı 1800'lerin başından itibaren yapılan tüm savaşlarda, askeri sağlık hizmetlerinin istenilen düzeye gelmediği anlaşılmaktadır. Bu sebeple o tarihten sonra gerçekleşen her savaş sırasında ve sonrasında söz konusu yetersizlikler gündeme gelmiş ve tıp bilimindeki gelişmeler doğrultusunda askeri sağlık hizmetlerinde yapısal olarak iyileştirilmelere ve düzenlemelere gidilmiştir. Fakat bu çalışmalar, tıp bilimindeki gelişmeler kadar hızlı olmadığından dolayı sonraki savaşlarda benzer başarısızlıklar yaşanmıştır (Uçar ve

Deniz, 2012). Yıllarca süren savaşlar ve çatışmalar sonucunda sivil tıp ve askeri tıp birbirine paralel olarak gelişim sağlamıştır. Savaş sırasında görev alan doktor ve sağlık personelleri, savaş anında yaşadığı anıları ve kazandığı tecrübeleri meslektaşlarına iletmiş ve böylelikle tıp tarihinde değerli gelişmeler sağlanmıştır.

20. yüzyılın başlarında patlak veren I. Dünya Savaşı ile kitlesel ölümler baş göstermiş ve sivil kayıplar çoğalmıştır. Özellikle silahların gelişmiş olması, hızı, tahrip gücü ve öldürücülüğü faktörlerin daha önceki savaşlara nispeten gelişmiş olması büyük kayıplara ve yıkımlara sebep olmuştur. Savaşta 60 milyona yakın asker silah altına alınmış, bu askerlerin yaklaşık 7 milyonu ölmüş, 19 milyondan fazlası farklı bölgelerinden yaralanmış ve yaralananların yaklaşık olarak 500 binine amputasyon uygulanmıştır. Gelişen savaş teknolojilerinin kullanılmaya başlandığı başladığı bu dönemde, önceki savaşlara nazaran görülmedik oranda şarapnel parçalarından kaynaklanan yaralanmalar meydana gelmiş olup tüm yaralanmaların %70'e yakını bu yaralanmalardan müteşekkildir (Gabriel ve Metz, 1992). Bu sebeple I. Dünya Savaşı'nda kullanılan askeri teknolojinin artması sebebiyle ölüm ve yaralanma oranlarında artış gözlenmiştir. Nitekim bu savaşta sivil kayıpların varlığı, ölümlerin savaşan insan sayısından üstün olmasından anlaşılmaktadır.

I. Dünya Savaşında hastane öncesi acil sağlık hizmetleri anlayışı tam olarak oturmamıştı. Cephe yaralanan askerlerin cephe gerisine kurulan seyyar hastanelere taşınma yolu ile getirilerek ilk tedavileri burada sağlanmıştır. Taktiksel askeri triyaj yöntemi ile öncelikler belirlenerek müdahale sağlanmıştır. Savaşın ilk yıllarında kol ve bacak yaralanmalarından kaynaklanan amputasyon oranı %40'a ve ateşli silahlardan kaynaklanan ölüm oranı %28'e yükselmiştir (Gabriel ve Metz, 1992).

II. Dünya Savaşı, 1 Eylül 1939 tarihinde Almanya'nın Polonya'yı işgal etmesi ile başlamış ve 1941 yılının sonuna gelindiğinde ise tüm dünyaya yayılmıştır. Gelişmiş tüm askeri teknolojiler ve hatta atom bombasının kullanıldığı bu savaş sonunda yaklaşık olarak 40-52 milyon arasında insan yaşamını yitirmiştir. Bu savaş insanlık tarihinin en önemli trajedilerinden biri haline gelmiştir. Gelişen teknolojiler sayesinde tıp biliminde de gelişmeler olmuştur. Savaşta görev alan cerrahlar başta olmak üzere tüm sağlık personellerinin katkısı ile tıp biliminde ilerlemeler kat edilmiş ve yeni teknikler geliştirilmiştir. Bu savaş sonucunda özellikle cerrahide uzmanlık ve alt uzmanlık dalları ortaya çıkmıştır. Tüm dünyada askeri sağlık hizmetlerinde kullanılacak "Aşamalı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi" anlayışı yaygınlaşmaya

başlamıştır (Cowdrey, 1987). II. Dünya Savaşında kazanılan bilgiler ve gelişmeler sayesinde savaş boyunca sağlık hizmetlerinin etkililiği çok artmıştır. Önceki savaşlarda insanların acı içinde ve toplu şekilde ölümlerine sebep olan birçok hastalık veya yaralanmalar bu savaşta kazanılan bilgiler ışığında tedavi edilmiş ve bu sayede birçok insan hayatta kalabilmiştir. Bu savaşta kazanılan bilgiler ve askeri sağlık hizmetlerinin yönetim anlayışı bir sonraki büyük savaş olan Kore Savaşında uygulanmıştır.

Tablo 4: Bazı Ülkelerin İkinci Dünya Savaşı Kayıp Oranları

ÜLKE	NÜFUS (1939)	ÖLÜ (ASKER)	ÖLÜ (SİVİL)	ÖLÜ (YAHUDİ SOYKIRIMI)	TOPLAM
Çin	517.569.531	3.800.000	16.200.000		20.000.000
Fransa	41.700.000	217.600	267.000	83.000	567.600
Almanya	69.623.000	5.533.000	1.600.000	160.000	7.293.000
İtalya	44.394.000	301.400	145.100	8.000	454.500
Japonya	71.380.000	2.100.000	580.000		2.680.000
Sovyetler Bölgesi	168.500.00	10.700.000	11.400.000	1.000.000	23.100.000
Büyük Britanya	47.760.000	382.600	67.800		450.400
ABD	131.028.00	416.800	1.700		418.500

(Second World War History, 2019), (The National WWII Museum, 2019), (Roser, 2019)

1950 yılında Kore Savaşının başlamasıyla birlikte askeri sağlık hizmetlerinde gelinen noktanın ne kadar ileride olduğu görülmüştür. 1987 yılında Albert Cowdrey tarafından kaleme alınan “Kore Savaşının Tarihi” isimli kitapta, aslında Kore Savaşı’nda elde edilen en büyük başarının askeri sağlık hizmetleri olduğu belirtilmiştir. Bu savaşın getirdiği en büyük yenilik ise cephe yakınında seyyar hastanede yapılan ilk müdahale sonrasında ileri tedavinin yapılabilmesi için hasta veya yaralıların havadan tahliye edilmesidir (Cowdrey, 1987). Taktiksel ve serbest hareket kabiliyeti sağlayan sahra hastaneleri tüm dünya silahlı kuvvetlerinde Kore Savaşı sonrasında aktif biçimde kullanılmıştır.

Vietnam Savaşında da kullanılan seyyar ve sabit hastaneler donanımsal yönden geliştirilmiş ve tıp bilimi için önemli yer teşkil eden monitörlü ekipmanlar, çeşitli sıvılar ve kan ürünleri ile desteklenmiştir. Bu savaşın askeri sağlık hizmetleri açısından diğer bir önemi de hasta veya yaralıların savaş bölgesinden helikopterle alınarak en yakın sağlık merkezine tahliyesinin sağlanmasıdır (Custis, 1990).

Vietnam Savaşı sonrasında askeri çatışmalarda ve krizlerde havadan tahliye olarak helikopterler kullanılmış ancak bunun sonucu olarak ilk yardım uygulamalarında aksaklıklar yaşanması istenmeyen durumlara yol açmıştır. Hasta veya yaralıların havadan tahliye edilmesine güvenilerek birliklerde yetenekli sağlık personelinin görevlendirilmemesi ve tahliye sırasında yaşanan zaman kayıpları nedeniyle gerçekleşen ölümler tartışma konusu olmuştur. Bu konudaki temel problem, havadan tahliyenin hızlı olmasına rağmen, en yakın sağlık tesisinin uzakta olması ve hastaya ulaşmak için geçen süre ile birleştiğinde yaklaşık 40-60 dakika gibi kritik bir zaman kaybının oluşmasıdır. Buna istinaden tahliye öncesinde ilk yardım gibi temel tıbbi tedavi uygulayabilecek sağlık personeli birliklerde görevlendirilmiştir. Söz konusu model modern askeri sağlık hizmetlerinde geçerliliğini korumakta ve sivil kesimde hizmet veren acil sağlık sistemleri içinde örnek teşkil etmiştir.

Yakın tarihin önemli olaylarından biri olan Körfez Savaşı'nda ABD silahlı kuvvetleri, edinmiş olduğu tecrübeler sayesinde geliştirdiği askeri sağlık sistemi yardımı ile savaş bölgesinden sağlık tesisine kadar olan akışta herhangi bir sorun yaşamamıştır. Geliştirilen askeri sağlık yapısı sayesinde ABD, çok az bir kayıpla savaşı tamamlamıştır.

2.4. Şebeke Organizasyon (Network Organization) Modeli

Globalleşme, büyük teknolojik adımlar, gelişen yönetim stratejileri ve benzeri faktörler ve bir takım yeni organizasyon tiplerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Özellikle sanayileşme sonrası dönemde yayılan başlıca organizasyon yapısı şebeke organizasyon yapısıdır.

Öncelikle şebeke kavramının ne anlama geldiğini incelemek gerekir. Şebeke, bir organizasyon bütününde her bir grup üyesinin direkt veya dolaylı yollardan grubun diğer üyeleri ile bağlantı kurabilmesidir. Şebeke kavramı genel olarak ifade edildiğinde, kişiler, organizasyonlar veya gruplar gibi kitlelerin birbirlerine sosyal ilişki ile bağlı olmaları şeklinde ifade edilebilir (Birkinshaw ve Hangström, 2000).

Şebeke kavramından da anlaşılacağı üzere bu organizasyon modelinin ortaya çıkışı, kurumların başka kurumlar ile bağlantı kurması ve işbirliği sağlaması kaynaklıdır. Ebers (1997), örgütlerin ilişkiye girmeleri sonucu birbirileri ile kurdukları bağlantılarla örgütler arası şebeke oluşturduklarını ifade etmektedir. Bu kapsamda şebeke organizasyon yapısı, her biri belirli bir alanda veya faaliyette ihtisaslaşmış örgütler ağının oluşmasını ifade etmektedir. Başka bir tanımla şebeke organizasyon: aralarında özel ilişkiler sistemi gelişmiş olan, yüksek düzeyde yapısal esneklik kazanmış ve serbest piyasa ile hiyerarşik iş görme biçimlerinden farklı bir iş göme anlayışına sahip, birbirinden bağımsız tüzel kişiliklerden meydana gelmiş kurumsal yapılanmalardır (Sydow ve Windeler, 1998).

Bazı işletmeler arasındaki ilişkilerin tekrar etmesi ve devam etmesi, oluşan yapıyı şebeke organizasyon olarak adlandırmak için önemli bir etmendir. Fakat sadece şebekeye özgü bağların varlığı, o organizasyonun şebeke organizasyon olarak adlandırılabilmesi için yeterli değildir. Bu kapsamda, departmanları arasında rol ve görev dağılımları açısından sert bir hiyerarşiye sahip ve dikey iletişim sistemi üzerine kurulu bir şebeke, bürokrasi olarak isimlendirilmektedir. Buna karşı olarak esnek, merkezkaç kontrole sahip, yatay yapılardan meydana gelmiş yapılanma ise şebeke organizasyon yapısına daha yakın oluşumu ifade etmektedir. Buna istinaden bu organizasyon tipini ayırt edici özellikler esneklik, merkezkaç kontrol ve yapay bağlar olarak belirtilebilir (Birkinshaw ve Hangström, 2000).

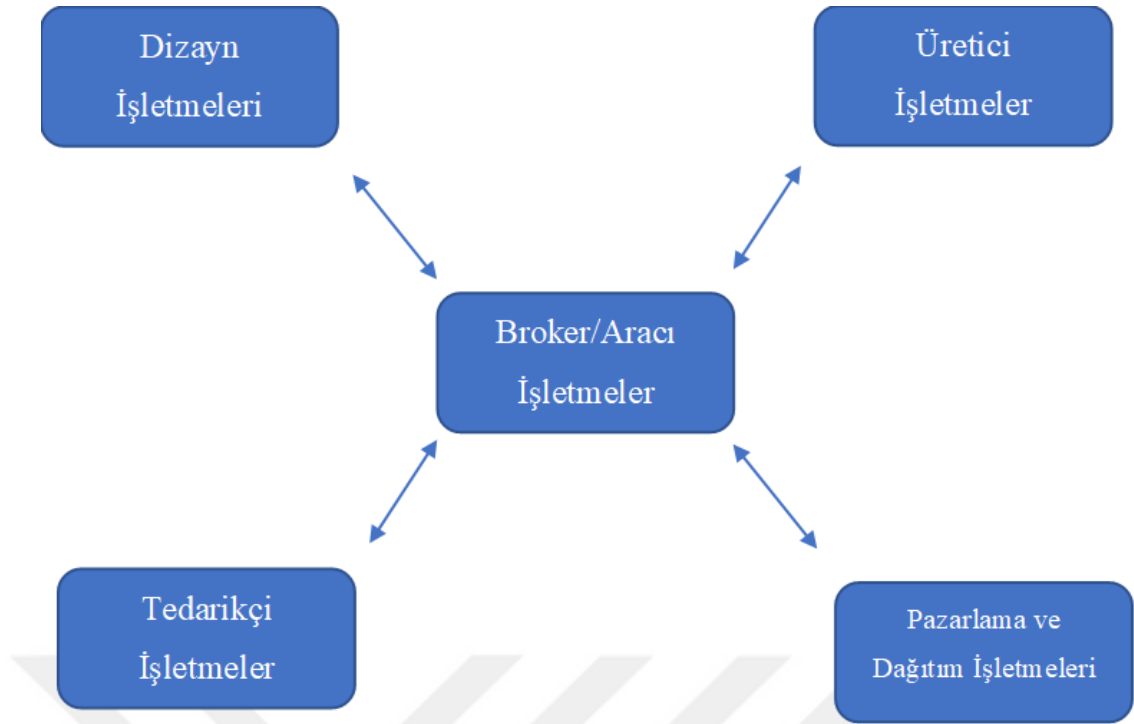
Geleneksel yapıda yani hiyerarşik sistemlerde tek yönlü yani yukarıdan aşağıya doğru emir komuta zinciri mevcuttur. Şebeke yapıda karşılıklı iş birliği ve koordinasyonun olduğu emir komuta zinciri gibi bir bağı olmayan dinamik bir yapıdır. Geleneksel işletmelerin şebeke organizasyona geçmeleri halinde ne gibi değişikliklerin yaşanabileceği Tablo 5'te gösterilmiştir (Özdemir, 2010).

Tablo 5: Geleneksel İlişkiden Şebeke İlişisine Geçiş

	GELENEKSEL İLİŞKİ	ŞEBEKE İLİŞKİSİ
Zaman Yapısı	Kısa dönemli, yenilenebilir	Uzun dönemli, güçlendirilebilir
Stratejik Yönetim	Taşeron sözleşmesi	Stratejik DKK
İşletmeler Arası İlişki	Üst-ast	Lider-takım üyesi
Bilgi Akışı	Tek-yönlü	İki-yönlü
Karar Verme	Doğru, tek taraflı	Sorunun ana noktaları, iş birimleri arasında, anlaşmaya yönelik
Planlama	Birkaç yönetici ve uzmanlar	Pek çok yönetici, hat ve personel arasında
Ürün İyileştirme	Sözleşmeyle tanımlanan	Hep değişen, akışkan
Denetim	Geleneksel hiyerarşi	Çok-disiplinli takım çalışması
Ana Amaç	Fiyat	Kalite, fiyat, zamanlama
Kâra Yönelme	Denetlenen müşteri	Karşılıklı denetleme olarak

(Özdemir, 2010)

Şebeke yapıya sahip bir organizasyonda üyeleri oluşturan işletmelerin bir başka özelliği ise farklı niteliklere sahip, ancak birbirleri ile karşılıklı olarak bağımlı olma durumu söz konusu ve üyeler arasında iş birliğine dayalı bir ilişkinin olduğu bilinmektedir. Örnek verilecek olursa Şekil 4’de tipik bir şebeke organizasyon içinde, bir işletme bir ürünün tasarımını yaparken, bir başkası ise onu üretmekte, üçüncü işletme ürünün pazarlama ve dağıtımını yapabilmekte ve bir diğeri ise birbirlerinden özerk olan bu işletmeler arasındaki koordinasyonu sağlayabilmektedir (Snow ve ark., 1992).

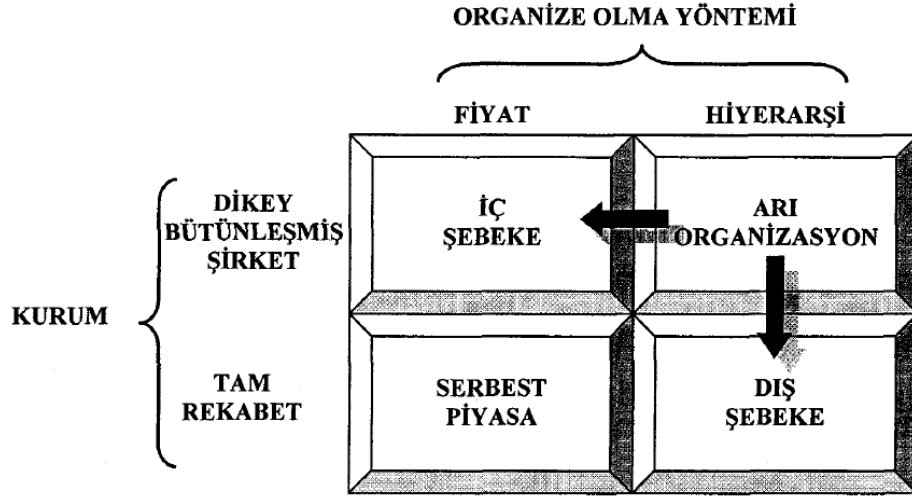


Şekil 4: Tipik Bir Şebeke Organizasyon Yapısı (Snow ve ark., 1992)

Şebeke organizasyonları genel tanımlardan farklı olarak yapı, süreç ve amaç unsurları açısından da tanımlanabilir. Bir şebeke organizasyon yapısal olarak üyelerin eşgüdümsel hareket ettikleri ve çoğunluğu soyut olan değerler ile üyelerin sahip olduğu uzmanlıkların bir araya geldiği bir kombinasyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Süreç olarak ise bir şebeke organizasyon yapısının çeşitli faaliyetlerden kaynaklanan bir süreci içerdiği ifade edilir. Bir şebeke yapısı bir veya birden fazla amaçlar uğruna bir araya gelir. Söz konusu 3 unsur belirtildiği gibi işletmeler arası iş birliği mantığı içerisinde meydana gelmektedir (Semercigöz, 2000).

2.4.1. Şebeke Organizasyonu Türleri

Şebeke organizasyon yapısının türü incelendiğinde ne tam bir hiyerarşi, ne de serbest piyasa ilişkileri içinde bulunan; karmaşık bir organizasyon yapısı olduğu görülmektedir (Birkinshaw ve Hangström, 2000). İşletme alanlarının, bu kapsamda şebeke yapısı içinde farklılaştırılması sonucunda başlıca iç/dâhili ve dış/harici şebeke organizasyon tipleri olmak üzere iki farklı şebeke yapılanmasını öne çıkarmaktadır. Bu şebeke yapılarının serbest piyasa ve hiyerarşi yapılanmalarına göre konumları Şekil 5'te verilmiştir.

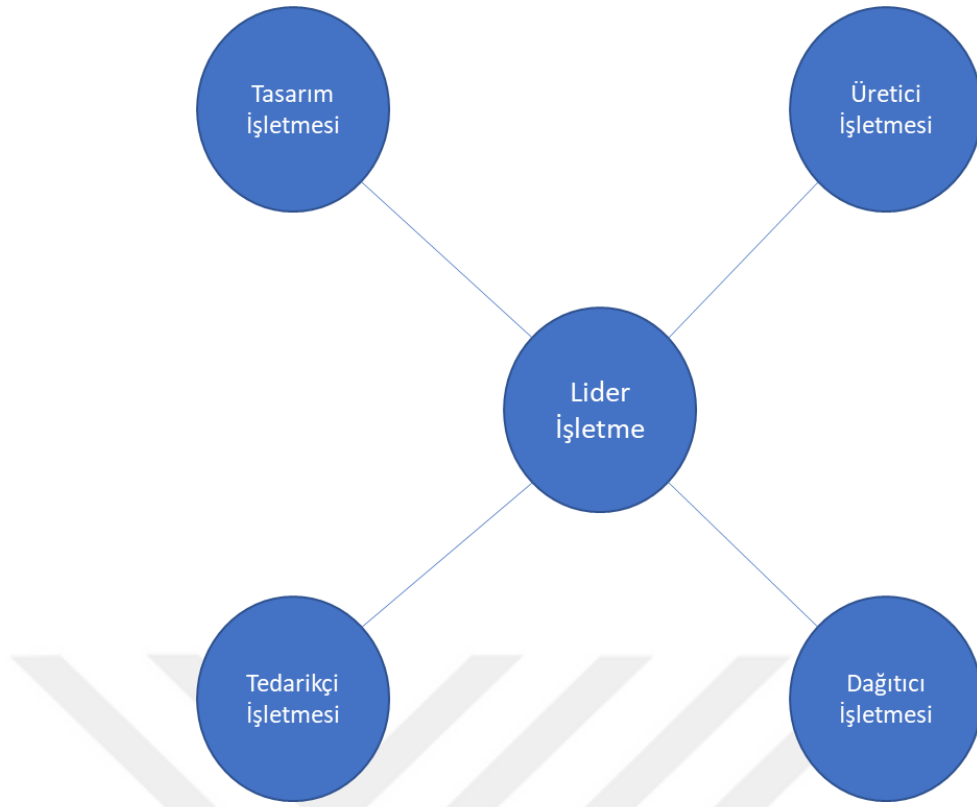


Şekil 5: İç ve Dış Şebeke Yapıları (Bekâroğlu, 2002)

2.4.1.1. İç/Dâhili (Internal) Şebeke Organizasyonu

Dâhili şebeke yapısının amacı, dış kaynaklardan fazla yararlanmadan piyasa mekanizmasının yararlarından faydalanmak ve girişimci bir işletme olabilmektir. Bu yapıya sahip bir işletme belirli bir alandaki mevcudiyetin tümünü veya çoğunluğunu kendisi yönetir. Bu şebekelerin temel mantığı; eğer bu şebekeye sahip işletme departmanları etkinliklerini yönetimin belirlediği lojistik fiyatları yerine, piyasada işlem gören fiyatlar üzerinden yürütürse, yapmış oldukları etkinlikleri sürekli olarak geliştirecekler ve performansları da artacaktır (Snow ve Thomas, 1993).

Dâhili şebeke yapısının doğru adımlar ile işletilebilmesi amacıyla, şebekeye üye olan her departmanın dışardaki işletmeler ile etkileşim içerisinde olmaları gerekmektedir. Ayrıca şebekede yer alan birimler arasındaki işlemlerde organizasyon dışındaki işletmeler ile yapılan alım satım faaliyetlerinde geçerli olan gerçek fiyatların kullanılması gerekmektedir. Bu kapsamda organizasyon içindeki birimler, diğer firmalarla yapıldığı gibi kendi aralarında da alım satım faaliyetleri yapabilmektedir (Semercigöz, 2000).



Şekil 6: İç/Dâhili Şebeke (Semercigöz, 2000)

2.4.1.2. Dış/Harici (External) Şebeke Organizasyonu

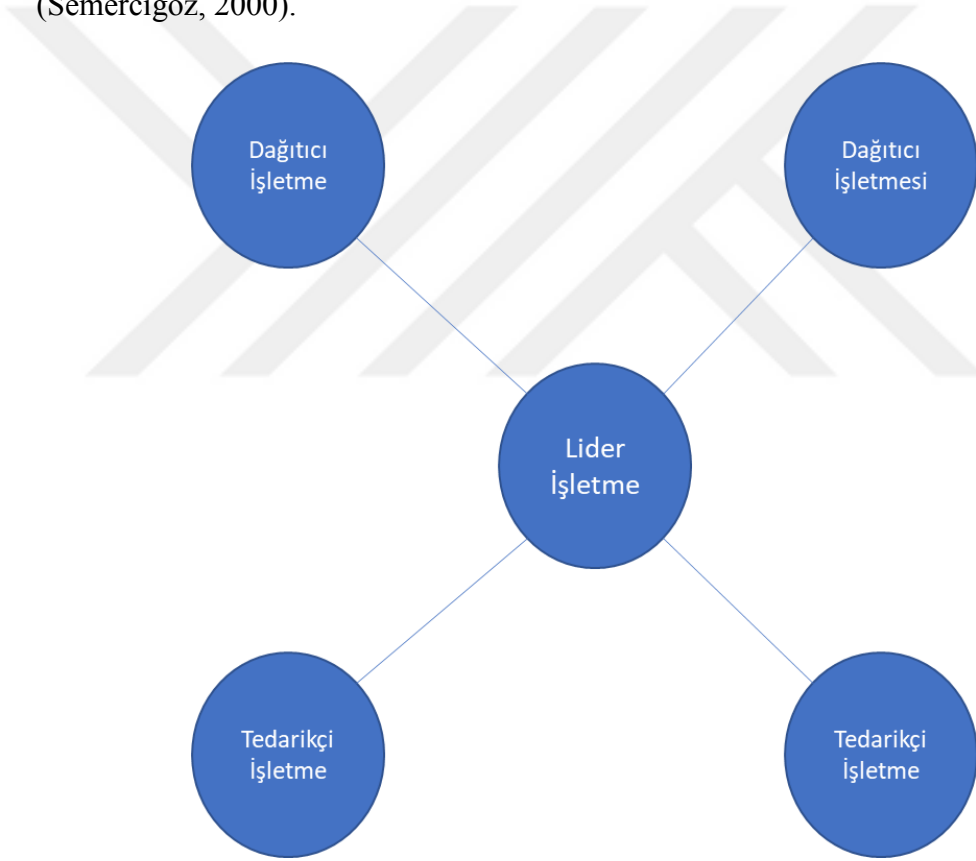
Merkez işletmenin, sınırları ötesinde bazı bağımsız tüzel kişiliklerle iş birliği ve ilişkileri sonucunda ortaya çıkan yapı, dış şebeke olarak adlandırılmaktadır. Bu şebeke tipi, üye işletmelerin serbest piyasa anlayışı ile birbirleriyle etkileşime geçtikleri, ancak aralarındaki ilişkinin güven temelli, bilginin paylaşıldığı ve ilişkilerin geliştirilmesi amacıyla yatırımların ön planda olduğu bir anlayış olarak ifade edilebilir. Bu kapsamda merkez işletmenin uzmanlık dışında kalan faaliyetlerden çekilerek, söz konusu faaliyetlerde uzman olan diğer işletmelere bırakarak, mali yönden giderlerini önemli ölçüde kısmaktadır. Dış şebeke organizasyonu kendi içerisinde dengeli ve dinamik şebeke organizasyonları adı altında ikiye ayrılmaktadır (Bekâroğlu, 2002). Bazı kuramcılar şebeke organizasyon türlerini üçe ayırmışlardır. Dış şebeke organizasyon yapısını almayarak direkt olarak dâhili, dengeli ve dinamik şebeke organizasyon türlerini incelemiştir.

2.4.1.3. Dengeli (Stable) Şebeke Organizasyonu

Dengeli şebeke organizasyonu, dış şebeke organizasyonunda bulunan faaliyetlerin lider bir işletme tarafından koordinasyonun sağlanarak yönetilmesidir (Koçer, 2014). Söz konusu lider işletme, organizasyonun koordinatörlüğünü yürütmek

ve merkezi planlama vazifesini yüklenmiştir. Mülkiyetler bir veya birden fazla bağımsız işletmeye ait olup ancak belirli bir faaliyeti tamamlamak üzere görev verilmiştir. Bu yapıda genellikle büyük işletme merkez işletme, merkez işletmeye girdi sağlayan satıcı ve merkez işletmenin dağıtım işlemlerini yapan distribütör vazifesini yürüten, daha küçük işletmelerden oluşan bir yapıdır (Bekâroğlu, 2002).

Bu yapıda üretilen araçların mülkiyet ve riskleri bağımsız işletmeler (üyeler) arasında paylaşılmaktadır. Fakat bunun yanı sıra merkez işletme aynı yapıdaki diğer küçük işletmeleri koruma altına da alabilmektedir. Dengeli şebeke organizasyondan yarar sağlayabilmek üyeler arasındaki koordinasyona, standart kalitenin sağlanmasına, tedarikçi veya dağıtıcı işletmelere olan güvene bağlıdır. Bu organizasyon yapısının sakıncası ise, üyeler arasında karşılıklı bağımlılık oluşarak esnekliğin kaybolmasıdır (Semercigöz, 2000).



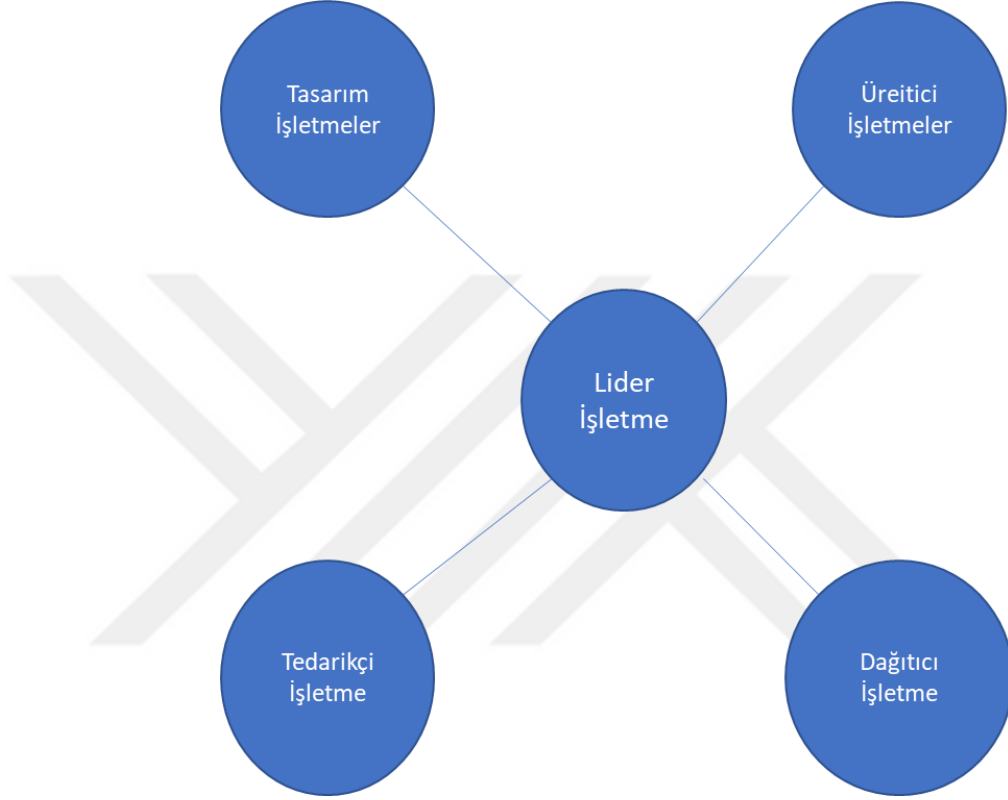
Şekil 7: Dengeli Şebeke (Semercigöz, 2000)

2.4.1.4. Dinamik (Dynamics) Şebeke Organizasyonu

Dinamik şebeke organizasyonu, organizasyonda faaliyet gösteren işletmelerin rekabet ortamına uyum sağlayabilmesi adına kendi faaliyet alanlarının ötesine geçebilmek için oluşturulmuş bir yapıdır. Bu yapıda da organizasyonun faaliyetlerini koordine eden lider bir işletme vardır. Bu lider işletme, organizasyon kapsamında

tamamı veya büyük bir bölümü başka işletmelerin mülkiyetinde olan üretim araçlarını belirler ve bir araya getirir (Semercigöz, 2000).

Bu yapı sayesinde işletmelere hem esneklik hem de alanda uzmanlaşma sağlamaktadır. Her bir işletme kendi uzman olduğu alana yönelik iş yapmakta ve aracı yani lider işletme tüm işletmeleri hızlı koordine edebildiği süre zarfında, işletme piyasasının ihtiyaçlarına oldukça hızlı cevap verebilmektedir.



Şekil 8: Dinamik Şebeke (Semercigöz, 2000)

2.4.2. Şebeke Organizasyon İlkeleri

Lipnack ve Stamps (1994) şebeke organizasyon yapısının beş temel organizasyon ilkesi olduğunu bildirmişlerdir. Bunlar:

- **Bütünleştirici Amaç:** Belirlenmiş hedeflere hep birlikte odaklanmak, bir araya gelmiş organizasyonların faaliyetlerine odaklanabilmek için koordinasyon olmalarını sağlamaktadır. Neticede şebekeyi meydana getiren organizasyonlar belirli bir amaç uğruna eşgüdüm sağlamaktadırlar.
- **Bağımsız Üyeler:** Üyeler arasında hiyerarşik bir bağın olmaması üye olan her işletme, birey veya kurumun bağımsız olmasını sağlamakta ve bu şebeke organizasyonlar için bir önkoşuldur.

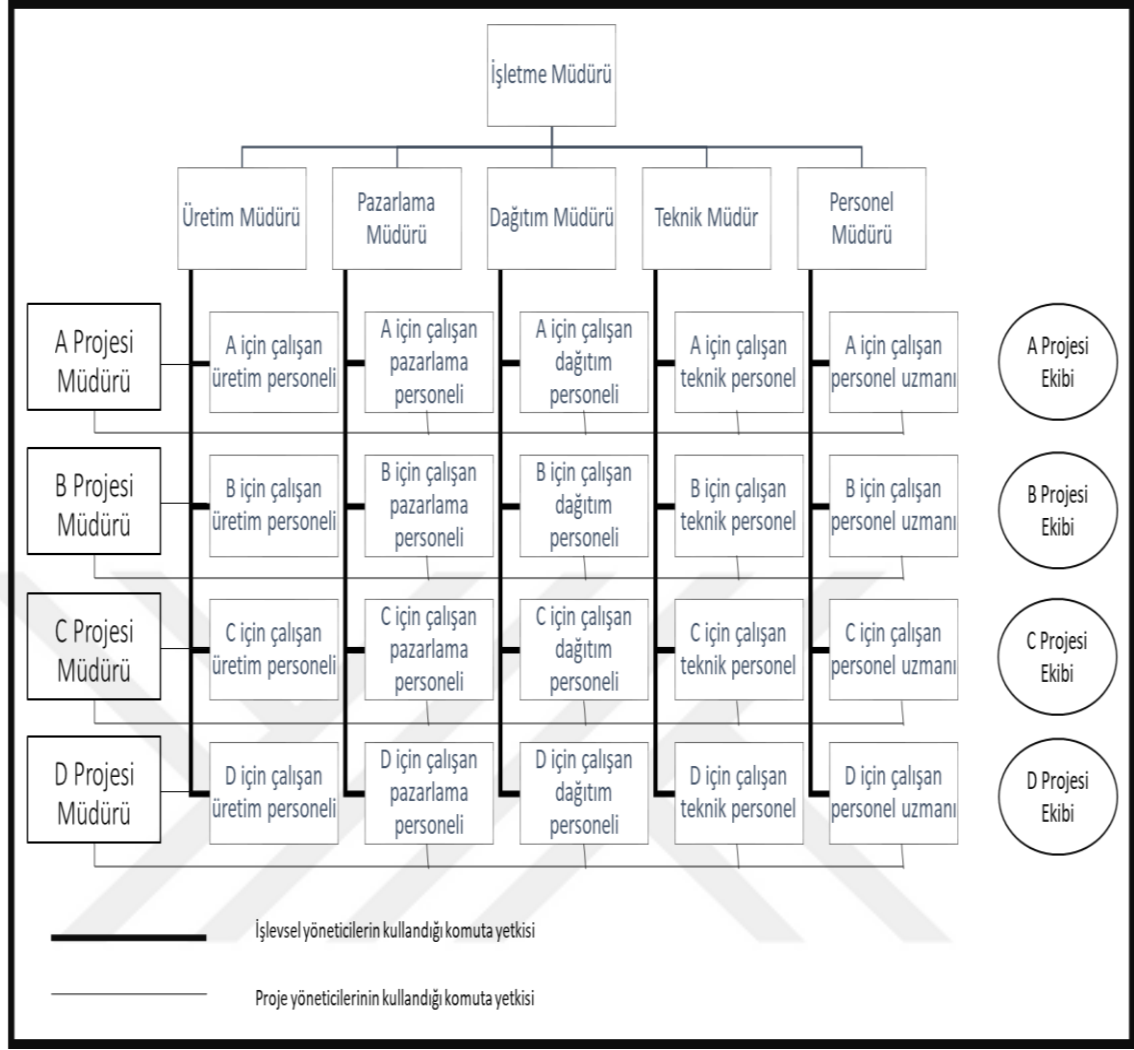
- **Gönüllü Bağlar:** Şebeke organizasyon yapısındaki tüm üyeler hiyerarşik bir bağın olmaması neticesinde tüm üyeler arasında gönüllülüğe dayanan bir bağ bulunmaktadır.
- **Çok Sayıda Lider:** Dikey hiyerarşik yapıdan yatay hiyerarşik yapıya geçişi neticesinde yönetici bölümünün boşluğunu daha esnek ve dinamik yapıda olmasını sağlayan liderlik süreci yerini almaktadır. Yöneticiliğin katı kuralları dışında lider daha çok aracı gibi işletmeler arasındaki koordinasyonu sağlamaktadır.
- **Bütünleşmiş Katmanlar:** Şebeke organizasyonlar yapı itibari ile çok katmanlıdır. Organizasyon faaliyetinden ayrı olarak bünyesinde küçük grup ve koalisyon yapılanmaları ile şebeke yapı bünyesinde hem hiyerarşiyi hem de esnekliği taşımaktadır.

2.5. Proje Tipi Matriks Organizasyon Yapısı

Örgütlerin içinde bulunduğu rekabet durumlarında başarılı olabilmesi ve varlığını sürdürebilmesi için değişen koşullara hızlı tepki vermesi gerekmektedir. Bu ortamın sağlanabilmesi için örgüt yapılarının olabildiğince yatay ve paydaşlarında mümkün olduğu kadar nitelikli, katılımcı ve serbest olması gerekmektedir (Ballıoğlu, 2019). Bu sebepten dolayı özellikle çok paydaşlı işletmelerin örgüt yapılarında proje tipi matriks organizasyon yapısı kullanılmaktadır.

Bu organizasyon modeli geleneksel örgüt modeli anlayışı dışında ekip çalışmasına dayalı güçlendirilmiş hem ürün hem de fonksiyon temelli çalışabildiği karmaşık ancak işlevsel örgüt yapısıdır. Organizasyon modelinin amacı, geleneksel örgüt kurumları ve örgütsel sınırlamanın olumsuz sonuçlarından etkilenmeden, proje nedeni ile örgütte geçici olarak ortaya çıkan gereksinimlere, belirli iş görenlerin uzmanlık, beceri ve bilgilerinden yararlanarak etkin bir şekilde cevap verebilmektir (Eyiñç, 1992).

Proje tipi matriks organizasyon yapısında temel proje modellerinin ön önemli eksiği olan faaliyet tekrarını engelleyen organizasyon modelidir. Modelde dikey hiyerarşiye ek olarak proje yöneticileri için yatay hiyerarşi alanı eklenmiştir (Ballıoğlu, 2019). Bu kapsamda projenin yürütülmesi açısından ihtiyaç duyulan uzmanlık alanlarından faydalanmak ve her bir proje yöneticisinin denetimi sayesinde işlemin maliyetinin artmaması sağlanmaktadır.



Şekil 9: Proje Tipi Matris Organizasyon Modeli

Proje tipi matris organizasyonda çalışanların (paydaşların) hem dikey konumdaki işlevsel yöneticilere hem de yatay konumdaki proje yöneticilerine karşı sorumluluğu bulunmaktadır. Böyle bir yönetim anlayışı paydaşların etkinliğini artırmakta ve özgür çalışmasını sağlamaktadır.

Matris organizasyon yapısının yararları olduğu gibi bazı sorunları ve sakıncaları da bulunmaktadır. İki başlı bir yönetimin olması sebebiyle yöneticiler arasında çıkan problemlerde karışıklık ve düzensizliğe karşı savunmasız bir yönetim modelidir. Çalışanlar (paydaşlar) uzmanlıkları açısından fonksiyonel yöneticiye, işin yürütülmesi açısından ise proje yöneticiye bağlı olarak çalışmaktadır. Bu kapsamda kişilerin performans değerlendirilmesine ilişkin bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Değerlendirmenin yapılabilmesi için ilgili yöneticilerin ortak kararı gerekmektedir.

Matriks organizasyon yapısının bürokrasilerde uygulanması da hiyerarşik yapının yıkılmasını zorlaştırmaktadır. Ayrıca, alışılmış davranışların değiştirilmesi de bir başka sorun olarak daima karşımıza çıkmaktadır (Kargül, 1987).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın türü, sınırlılıkları ve veri toplama yöntemleri ile ilgili bilgiler ile model önerisinin yapısı aşağıda sunulmuştur.

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, hem ulusal hem de askeri sağlık hizmetlerinin incelenmesi, mevcut özelliklerini ve yapısal durumuna ilişkin verilerin el verdiği ölçüde ortaya konulması bakımından tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma için ihtiyaç duyulan verileri toplamakta birtakım zorluklar yaşanmıştır. Bunlar, Türk Silahlı Kuvvetlerinin (TSK) mevcut yapısı ve özellikleri, eski askeri sağlık sisteminin imkân, kabiliyet ve alt yapısı gibi konularda veri toplama hususundaki güçlükler olup; bu zorluğu aşabilmek amacıyla literatür taramaları yapılmış, sınırlı sayıda bilgiye ulaşılmıştır.

Ulusal acil sağlık sistemiyle ilgili bilgiler ulaşılan mevcut veriler ışığında toplanmıştır. Sağlık Bakanlığının askeri sağlık hizmetlerine yönelik yeni bir çalışması ya da yapılması varsa araştırmaya dâhil edilememiştir.

Çalışmaya örnek olması açısından örnek ülkelerin askeri sağlık sistemleri hakkında bilgilere ulaşmakta karşılaşılan zorluklardan dolayı askeri sağlık sistemlerinin incelenmesi konusunda da sıkıntılar yaşanmıştır.

Çalışmaları desteklemesi açısından Suriye krizinde icra edilen harekâtlar sırasında acil sağlık hizmetleri ile ilgili yaşanan sorunlarla ilgili bilgilere ulaşmakta da zorluklar yaşanmış ve buna ilişkin olarak harekâtlarla ilgili sınırlı bilgiye ulaşılmıştır.

Alanla ilgili çalışmaların azlığından dolayı bazı incelemelerde yetersizlikler yaşanmıştır. Bundan dolayı bu çalışma literatürdeki boşluğu doldurma iddiası taşımaktadır.

3.3. Veri Toplama

Öncelikle araştırmanın kaynağını oluşturan Türkiye ile ilgili veriler toplanmıştır. Türkiye açısından savaş tehdidi oluşturabilecek ülkelerin ve bölgelerin durumları incelenmiş ve Türkiye'nin askeri sağlık sisteminin geçmiş ve mevcut yapısı ve özellikleri, mevcut ulusal acil sağlık sisteminin imkân, kabiliyet ve alt yapısı konularına ilişkin veri toplama amacıyla literatür taramaları yapılmış, söz konusu

bilgilere imkanlar el verdiği ölçüde elektronik ortamda ve yazılı ortamda ulaşılmıştır. Özellikle TSK'nın erişime açık olan konsept, yönerge ve yönetmelikleri incelenmiştir.

Askeri sağlık sistemleri ve acil sağlık hizmetlerinin nasıl işletildiğini görmek ve model önerisi için örnek oluşturması amacıyla bazı ülkelerin askeri sağlık sistemleri incelenmiştir. Bu veriler daha çok askeri sağlık hizmetlerinin ülkede hangi kurum eliyle yürütüldüğünü belirtmektedir. Söz konusu verilere daha çok elektronik ortamdan erişim sağlanabilmiştir.

3.4. Seferberlik ve Savaş Halinde Acil Sağlık Hizmetlerinin Koordinasyonu Model Önerisi

Araştırma sonucu ve incelenen veriler kapsamında seferberlik ve savaş halinde acil sağlık hizmetlerinin koordine edilebilmesi için önerilerde bulunulmuştur.

3.4.1. Önerinin Amacı ve Temel Varsayımları

669 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) kapsamında askeri sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi ile oluşan yeni konjonktürde, savaş halinde görev alacak personelin psikolojik yönden hazırlıklı ve savaşta oluşabilecek yaralanma şekillerine müdahale konusunda uzmanlaşmış olması önerilmektedir.

Askeri sağlık hizmetlerinin savaş haline yönelik kaynak ve ekipman planlamaları, 2016 öncesinde Genelkurmay Başkanlığı tarafından icra edilmekteydi. Fakat yeni sistem ile bu planların yapılması Sağlık Bakanlığı sorumluluğundadır. Buna yönelik olarak çalışma, kaynak planlarını, ekipman yönetimini ve ayrıca savaş halinde oluşabilecek iletişim hatalarını engellemek için haberleşme planlarının nasıl yapılması gerektiğini önermektedir.

Çalışmada temel varsayımlar şunlardır:

- Seferberlik ve savaş halinde uygulanacak acil sağlık hizmetlerine yönelik sivil asker koordinasyonunun sağlanması amacıyla hazırlanmış bir plan ya da organizasyon bulunmamaktadır.
- Sağlık Bakanlığına bağlı acil sağlık birimlerinin kalitesi bölgesel olarak farklılık göstermektedir.
- Seferberlik ve savaş halinde uygulanacak acil sağlık hizmetleri, çoğu North Atlantic Treaty Organization (NATO) üyesi ülkelerde kullanılan ve NATO

Standardizasyon Merkezince belirlenen acil sağlık hizmetleri uygulamalarının Şebeke organizasyon modeli içerisinde alıŐılabılır.

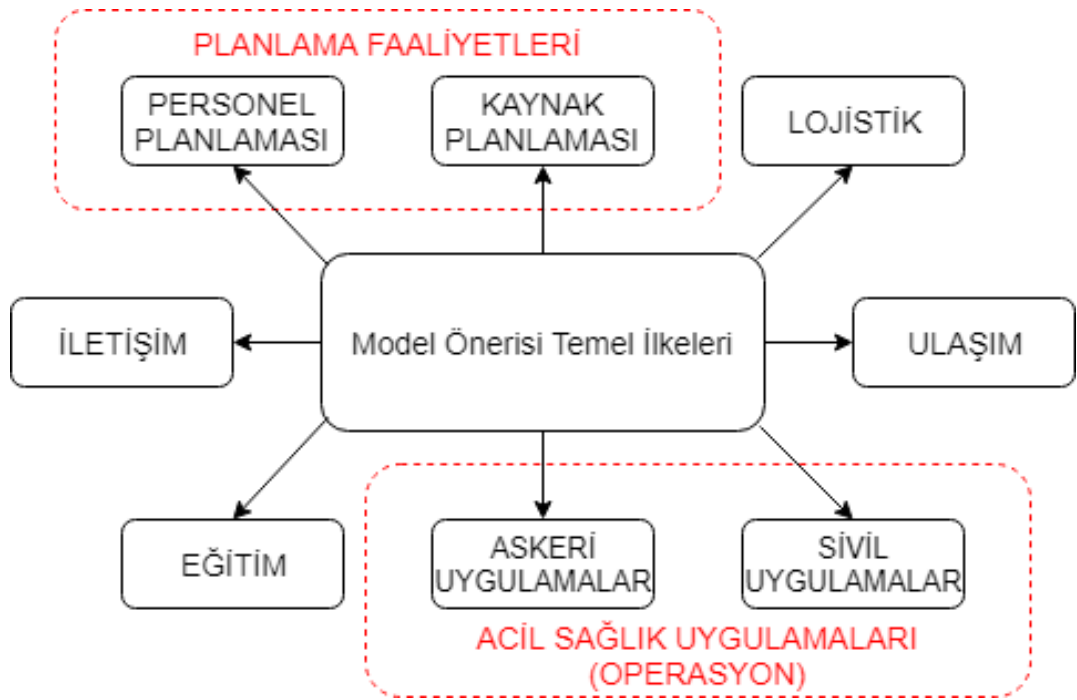
- Şebeke organizasyon modeli uygulanan bir sistem diğer kurum ve kuruluşlarla koordineli bir Şekilde alıŐması sağlanabilir.
- Seferberlik ve savaş halinde uygulanacak acil sağlık hizmetlerinin bileşenleri konu ile ilgili kuruluşlarla yonetimi sağlanıp tek elden koordine edilebilir.

3.4.2. Modelin Genel Yonetim Yapısı

Model önerisinin temel ilkeleri ve organizasyon yapısı ile ilgili bilgiler aşağıda verilmiştir.

3.4.2.1. Model Önerisinin Temel İlkeleri

2016 öncesinde Genelkurmay Başkanlığı acil sağlık hizmetlerine ilişkin ihtiyaç olacak tüm ilkeleri askeri teŐkilatlanması içinden karŐılamakta ve diğer kurum ve kuruluşlar ile çalışmasına gerek kalmamaktaydı. Yeni konjunktürde Sağlık Bakanlığı'nın seferberlik ve savaş halinde acil sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlayabilmesi için ihtiyaç duyulacak ilkeler kapsamında diğer kurum ve kuruluşlar ile çalışmalıdır. Bu çerçevede öncelikle acil sağlık hizmetlerinin temel ilkelerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu alıŐma sonucunda ortaya çıkacak model önerisi kapsamında birtakım temel ilkeler belirlenmiştir. Bu ilkeler Şekil 10'da verilmiştir

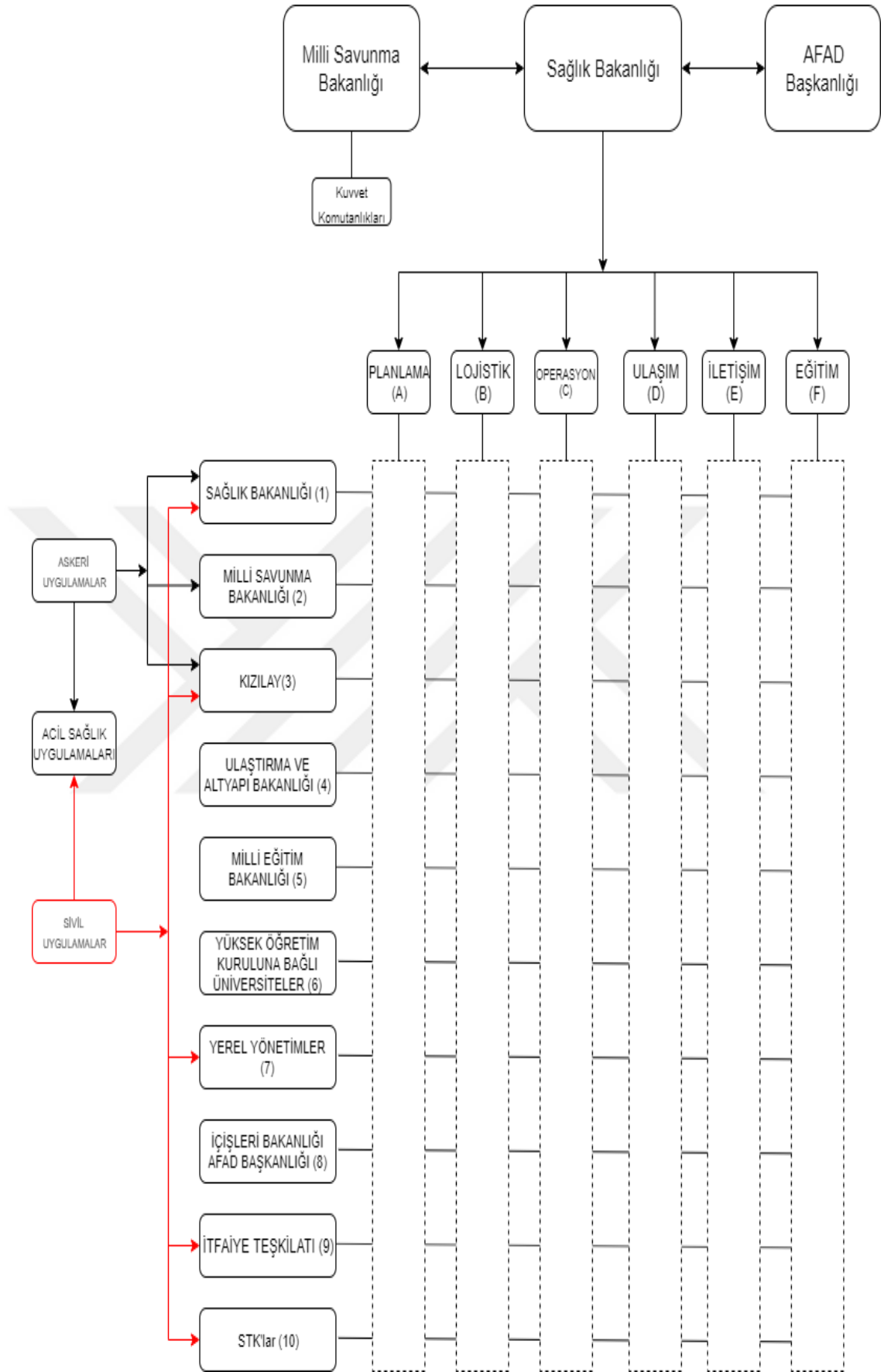


Şekil 10: Model Önerisi Temel İlkeleri

3.4.2.2. Seferberlik ve Savaş Halinde Uygulanacak Acil Sağlık Hizmetleri Şebeke Organizasyon Modeli

Şekil 10'da verilen ilkeler çerçevesinde koordinasyonun sağlanabilmesi için bir model önerisi oluşturulmuştur. Oluşturulan bu model önerisi Şekil 11'de verilmiştir.

Model önerisi, Caymaz ve ark. (2013), oluşturduğu model önerisi referans alınarak hazırlanmıştır. Savaş öncesi ve sonrasında yapılacak her türlü planlama ve operasyon çalışmaları belirlenen ilkeler çerçevesinde faaliyet gruplarına ayrılmalıdır. Faaliyet gruplarının yapısı proje tipi matriks organizasyon modeline göre oluşturulmuştur. Kurumların ilkeler kapsamında çalışması ise şebeke organizasyon yapısı şeklinde olması gerektiği belirlenmiştir. İki yapının birlikte kullanılmasının nedeni, şebeke organizasyon modelinde kurumların birbirleri ile hiyerarşik bağlantıda değil, fonksiyonel bağlantı ile bağlı olması kurumların uzmanlık alanları kapsamında ve özgür bir şekilde çalışmasını sağlayacak, proje tipi matriks organizasyon yapısı ise içerisinde bulundurduğu etkili bağlantı sayesinde etkin kararlar alınmasını sağlayacaktır. Bu sebeple oluşturulacak örgütün şebeke organizasyon yapısının, dış organizasyon yapısına bağlı dinamik şebeke organizasyon yapısı şeklinde oluşturulması gerekmektedir. Bunun temel nedeni ise her bir kurumun kendi uzmanlık alanları ile örgüte destek vermeleri, lider konumdaki aracı kurum ise sadece koordinasyonu sağlamalıdır. Bu bağlamda Savaş halinde hızlı ve doğru kararlar almak için acil sağlık hizmetlerini temsilen Sağlık Bakanlığı, askeri yapıyı temsilen Millî Savunma Bakanlığı ve acil durum yönetimini temsilen Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) koordinasyonu sağlamalıdır. Faaliyet gruplarında çalışan bakanlık, kurum ve kuruluşlar arasında herhangi bir hiyerarşik bağlantı bulunmamalıdır. Önerilen organizasyon yapısında hiyerarşik yetkiye sahip kurumlar, koordinatör kurum olan Sağlık Bakanlığı, Millî Savunma Bakanlığı ve AFAD Başkanlığı olmalıdır.



Şekil 11:Seferberlik ve Savaş Halinde Acil Sağlık Hizmetlerinin Koordinasyonu Model Önerisi

Model önerisinde belirtilen kurum ve kuruluşlar çalışma gruplarında sahip oldukları görevlerle ilgili stratejik bir yönetim sağlamalıdır. Özellikle savaş haline yönelik planların hazırlanması ve sıkça gerçekleştirilen tatbikatlarda bu planların taşra ile hiyerarşik bir şekilde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu hiyerarşik yapının sağlanmasında merkez ve taşra birimleri arasında farklılıklar bulunmaktadır. Özellikle merkezi kurum ve kuruluşların stratejik ve taktiksel düzeyde ve uygulayıcı taşra birimlerinin operasyonel seviyede olması gerekmektedir.



Şekil 12: Stratejik Organizasyon Yapısı

Faaliyet gruplarında bulunan kurumlar kendi uzmanlık alanlarıyla alakalı konularda görev alacaklardır. Grup sorumluları, grupların işleyişlerini koordinatör kuruma aktaracak ve kendi gruplarını koordine etmekten sorumlu olacaklardır. Şekilde görülen 6 faaliyet grubu üstüne düşen görevleri barış döneminden itibaren yerine getirmekle mükellef olacaklardır.

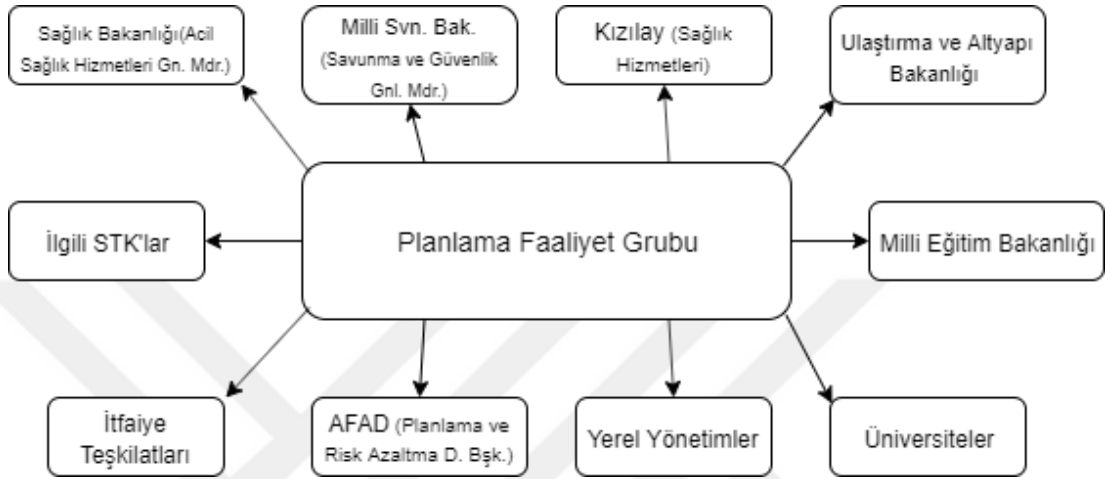
3.4.3. Şebeke Organizasyon Modelinin Alt Sistemleri

Bu bölümde seferberlik ve savaş haline yönelik acil sağlık hizmetlerinin şebeke organizasyon yapısı içerisinde bulunan alt sistemleri yani çalışma gruplarına ilişkin model önerisi yapılmıştır.

3.4.3.1. Planlama Faaliyet Grubu (A)

Bu faaliyet grubunun barış döneminde yapacağı planlamalar savaş anında hayat kurtarıcı etkilere sebep olacaktır. Planlama grubu yapılacak planlar bazında ikiye

ayrılmaktadır. İlki acil sağlık hizmetlerinin uygulanmasında kullanılan her türlü araç, gereç ve ekipmanın planlamasını yapacak **Kaynak Planlama Faaliyet Grubu**, ikincisi ise savaş halinde acil sağlık hizmetlerinin uygulanmasını sağlayacak personellerin planlanmasını yapacak **Personel Planlama Faaliyet Grubu**dur. Planlama faaliyet grubunun iş akış şeması Şekil 13'te şematik olarak ifade edilmiştir.

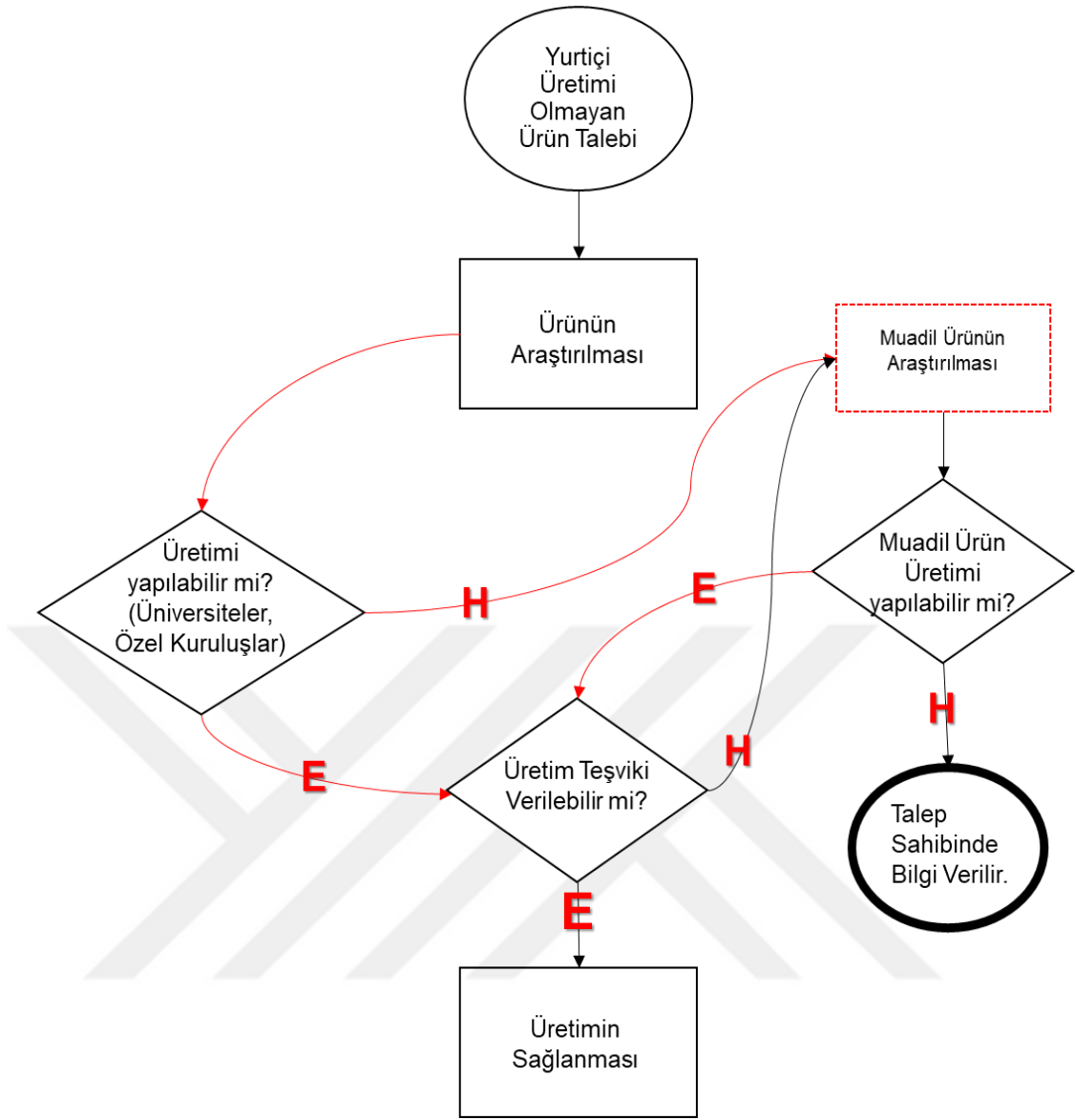


Şekil 13: Planlama Faaliyet Grubu Şebeke Organizasyon Yapısı

1) Kaynak Planlama Faaliyet Grubu:

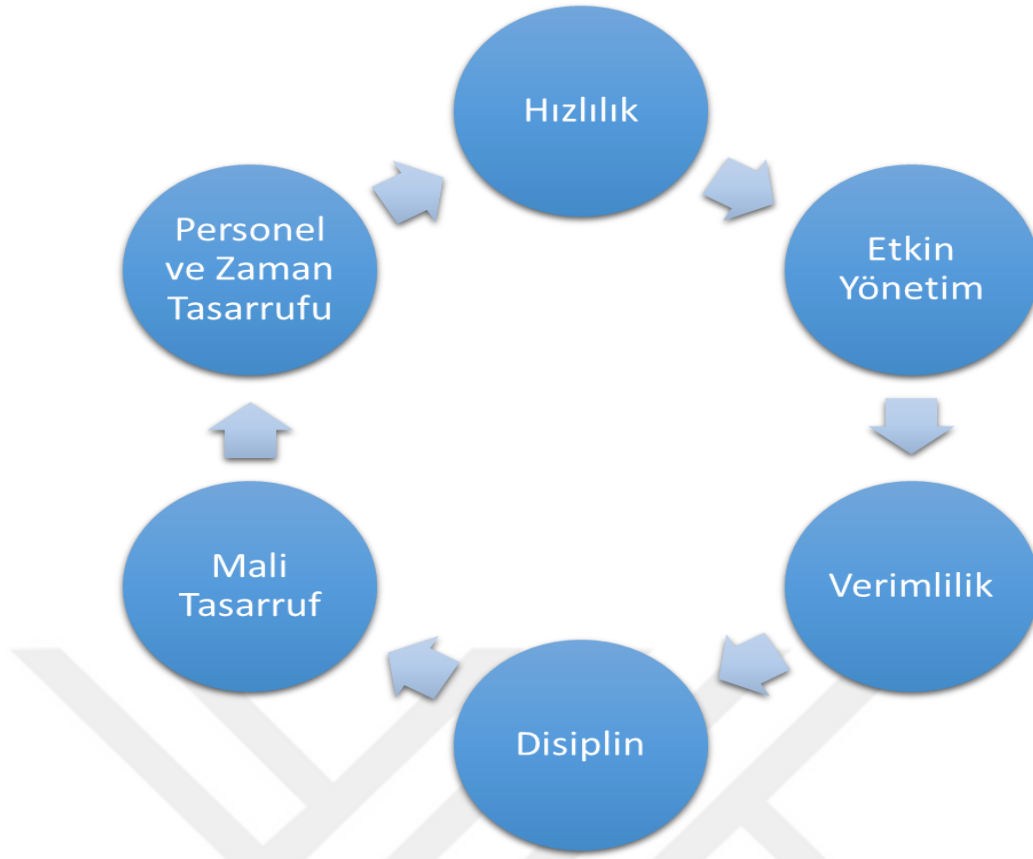
Acil sağlık hizmetlerinde gerekli her türlü ilaç ve tıbbi cihazın savaş halinde kullanılması için hazır bulunmasını sağlamak, savaş halinin getirdiği kriz durumlarına karşın barış döneminde tedarikini sağlamak ya da yapılacak planlamalar doğrultusunda üretimini sağlamaktan sorumludur.

Özellikle kaynak planlamasında Türkiye’de üretimi gerçekleşmeyen ilaç ve tıbbi cihazların gerekli stok durumları planlanmalı, yeterli olmayan noktada etken maddeleri uyarınca üniversiteler ve belirli özel kuruluşlara teşvikler verilerek üretimi sağlanmalıdır. Bunun temel sebebi dış alım ile stoku sağlanan ürünlerin savaş halinde diğer ülkelerin ambargoları ya da lojistik faaliyetlerinde yaşanabilecek sorunlardır. Bu faaliyet grubu tedarikin sağlanması noktasında lojistik faaliyet grubu ile ortak çalışmalıdır. Kaynak planlama akış süreci Şekil 14’te şematik olarak ifade edilmiştir. Şemanın sonunda verilen üretim sağlanması sonrası işlemleri lojistik faaliyet grubu tarafından yürütülmektedir.



Şekil 14: Kaynak Planlama Faaliyeti İş Akış Şeması

Kaynak planlaması, organizasyonun tüm fonksiyonlarının bir bütün olarak çalışmalarını sağlayan, kritik kaynakların analiz edilmesini ve yönetilebilmesinin sağlayan sistemdir. Bu sistemin uygulanmasını sağlayan ilkeler Şekil 15’te verilmiştir.



Şekil 15: Kaynak Planlaması İlkeleri (AKAR, 2016)

2) **Personel Planlama Faaliyet Grubu:**

Seferberlik ve Savaş Halinde acil sağlık hizmetlerinde görev alacak işgücünü nitelik ve nicelik yönünden inceleyen ve aynı zamanda ne kadar sayıda, hangi nitelikte personele ihtiyaç olduğunu, bu ihtiyacın ne dereceye kadar karşılanmasının gerektiğinin planlamasını yapan faaliyet grubudur.

Sağlık Bakanlığının bünyesinde hâlihazırda acil sağlık hizmetlerinde uzman personel bulunmaktadır. Ancak bu personelin seferberlik ve savaş halinde yapması gereken tedavi ve triyaj yöntemlerindeki farklılıklar ve bu yöntemlerin kaos ortamında uygulanması gibi nedenlerden dolayı bu planlamanın yapılması önem arz etmektedir.

2016 öncesi Genelkurmay Başkanlığınca yapılan planlamalarda doktorlar Gülhane Askeri Tıp Akademisinden (GATA), hemşireler GATA Hemşirelik Fakültesinden ve diğer sağlık personelleri GATA Sağlık Astsubay Meslek Yüksekokulu'ndan mezun olmaktadır ve bu kişiler, meslek yaşamı boyunca askeri disiplin içinde çalışır ve sık sık askeri harekâtlarda görev alırlardı. Bu kapsamda personel seferberlik ve savaş

haline her daim hazır halde bulunmaktaydı. Ancak günümüzde Sağlık Bakanlığının bu kapsamda bir birimi ve çalışması bulunmamaktadır.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet veren Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) birimlerinde gönüllü olarak görev alan personelin afetler konusunda yoğun bir eğitimden geçtiği yapılan araştırmalar sonucunda tespit edilmiştir. Söz konusu eğitimlere savaş ve askeri operasyonlar ile ilgili teknik bilgiler eklenir ve bunlarla alakalı pratik eğitimler artırılırsa, UMKE personelinin sahada görev almasının daha uygun olacağı belirlenmiştir. Ancak sistemin gönüllü olarak hizmet vermesi askeri operasyonlar açısından olmasa da seferberlik ve savaş hali noktasında bazı sıkıntılar yaratmaktadır.

Seferberlik ve Savaş Hali Tüzüğü'nün (16 Temmuz 1990, Sayı:20576) 6. Maddesinin B bendinde yer alan "Bakanlığın merkez ve taşra birimlerinin, bağlı ve ilgili kuruluşlarla bunlara bağlı ve bunların kurdukları veya özel kanunlarla kurulmuş birlik, işletme, müessese, teşebbüsler ve bakanlık görev alanına giren özel kuruluşların seferberlik ve savaş hazırlıklarını, kendi kuruluş kanununda yer alan görevleri seferberlik ve savaş hallerinde de etkin olarak yerine getirecek biçimde gerekli düzenlemeleri yapmak ve yaptırmak." ifadeden de anlaşılacağı üzere, seferberlik ve savaş halinde bakanlık kurum ve kuruluşlar görev alanına giren faaliyetlere devam etmek durumundadır. Savaş gibi bir kaos ortamında ülkenin sağlık işlerinden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı'nın tüm birimleri yürüttüğü işlere devam edeceği için UMKE'nin gönüllülük sistemi savaş halinde işletilemeyebilir.

UMKE birimlerinde gönüllü personelin, savaş halinde görevli oldukları birimlerde hizmet vermeye devam edeceğinden dolayı seferberlik ve savaş haline yönelik UMKE'nin kadrolu personel bulundurması ve bu personelin acil sağlık konusunda sahada tüm ekipmanı kullanabilme kabiliyetine sahip olması gerekmektedir. Oluşturulması gereken ekibin tüm eğitimleri barış döneminde planlanarak uygulamalı olarak yapılmalıdır. Tam zamanlı olarak çalışan bu birim gerek afetlere müdahale konusunda gerekse savaşlarda acil sağlık hizmetleri konusunda uzman kişiler olması önerilmektedir. Bu eğitimlerin sağlanmasında personel planlaması faaliyet grubu eğitim faaliyet grubu ile ortak bir çalışma içerisinde bulunmak durumundadır.

3.4.3.2. Lojistik Faaliyet Grubu (B)

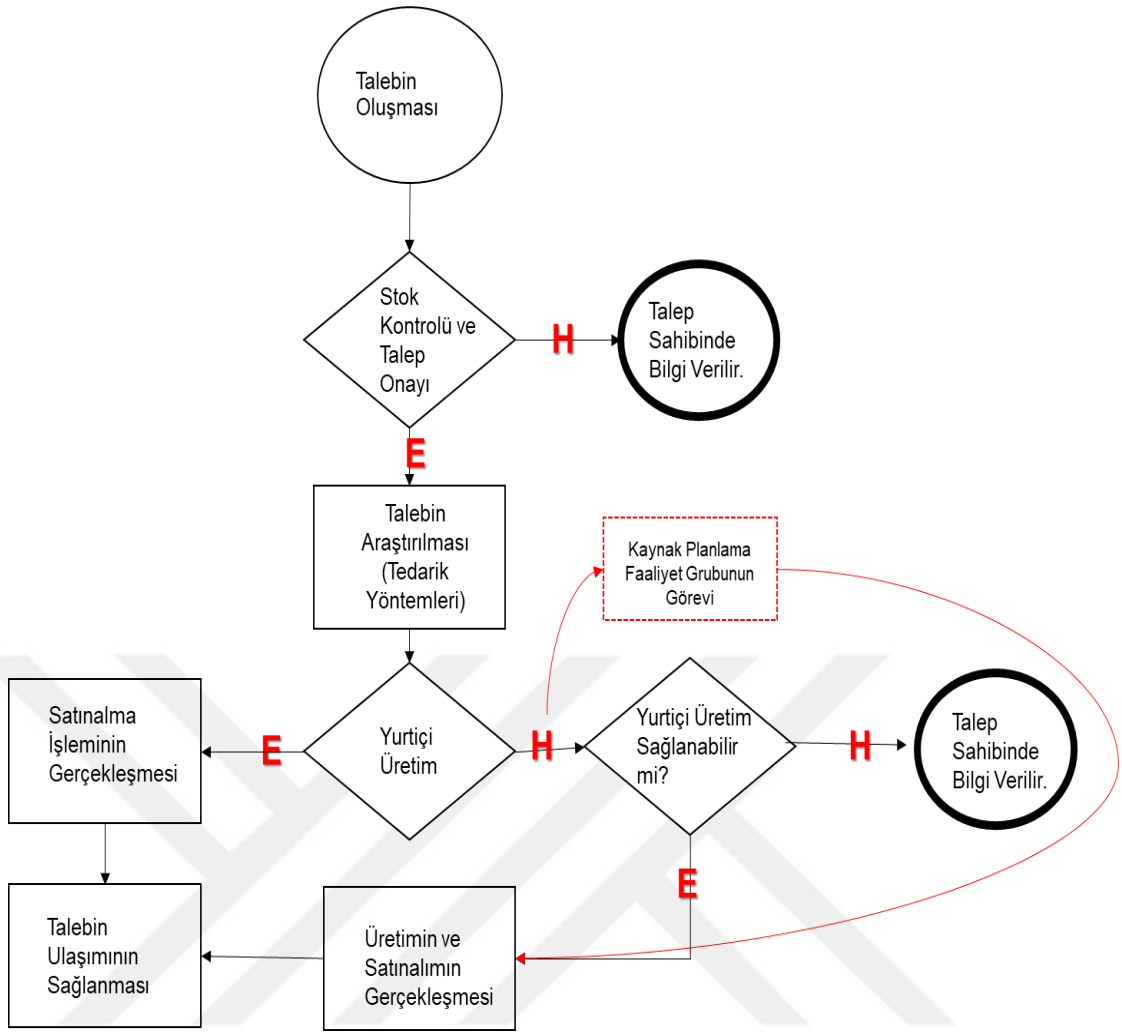
Savaş döneminde acil sağlık hizmetleriyle ilgili gerekli tüm ekipman ve malzemelerin tedarikinden, üretiminden ve ulaşımından sorumludur. Lojistik faaliyet grubu, tedarik edilmesi gereken ürünler için mümkün olduğu ölçüde yurtiçinden tedarikini sağlamalıdır. Yurtiçinden üretimi olmayan ürünler için planlama grubu ile koordinasyon sağlayarak üretiminin mümkün kılınmasını sağlamalıdır. Lojistik faaliyet grubunun iş akış şeması Şekil 16’da şematik olarak ifade edilmiştir.



Şekil 16: Lojistik Faaliyet Grubu Şebeke Organizasyon Yapısı

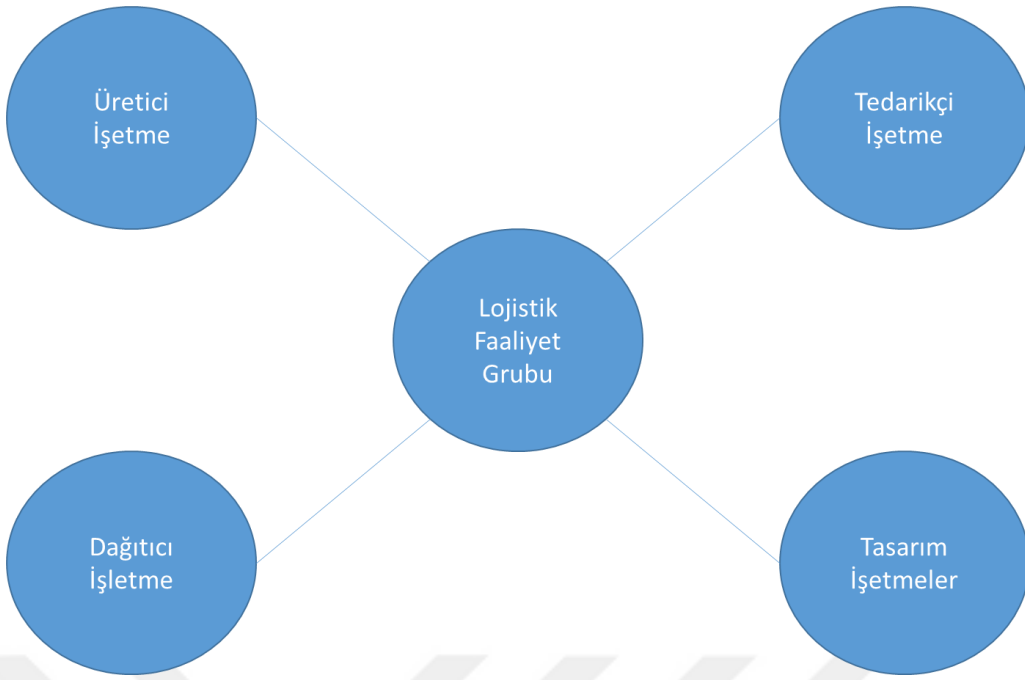
Lojistik faaliyet grubunun tedarik ve üretim akış süreci Şekil 17’de şematik olarak ifade edilmiştir. Talep edilen ürünlerin çalışma grubu tarafından dikkatli incelenmesinin ardından yurtiçi tedarik sağlananların tespit edilerek normal satınalma sürecine gidilmesi gerekmektedir. Eğer ürünün yurtiçi üretimi yoksa öncelikle planlama faaliyet grubu ile koordinasyon sağlanarak yurtiçi üretimi sağlanmalıdır. Eğer mümkün değil ise barış döneminden itibaren gerekli miktarda stoku sağlanmalıdır.

Ulaşım faaliyetinin barış döneminde bölgesel olarak planlanması gerekmektedir. Savaş haline uygun olarak rotalar belirlenmeli ve ulaşım türünün seçiminde güvenlik ve ekonominin ön planda tutulması sağlanmalıdır.



Şekil 17: Lojistik Faaliyet Grubu Tedarik ve Üretim İş Akış Şeması

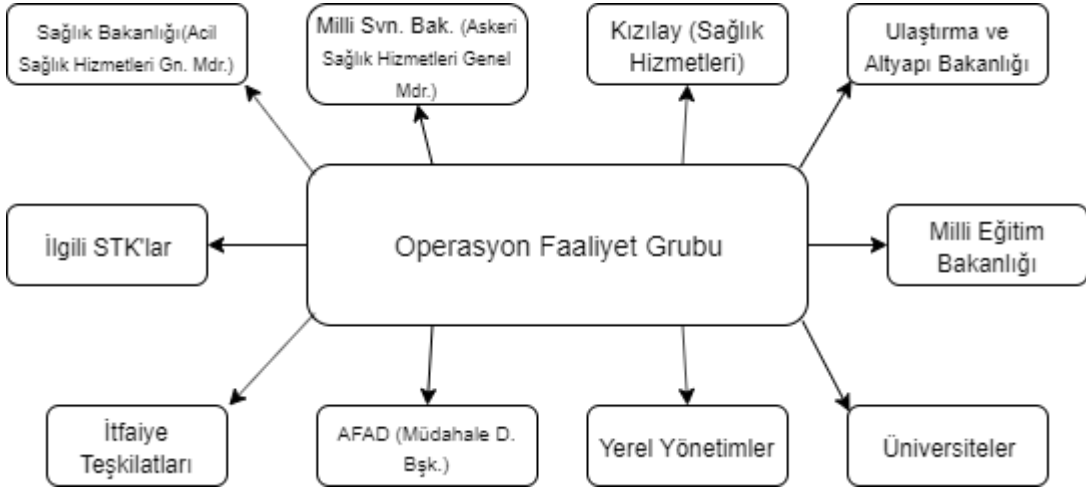
Bu çalışma grubunun barış döneminden başlayarak savaş dönemi ve savaş sonrasında tedarik zinciri yönetimi prensiplerine uygun olarak hareket etmesi önemli olacaktır. Tek bir uzmanlık alanı olmayan tedarik zinciri yönetimi içerisinde, satın alma ile gelen ürünün sistem içinde nasıl sirküle edileceği, üretilen ürünün depolanması, depodaki ürünün kullanıcıya ulaştırılması gibi birçok farklı uzmanlık alanı gerektiren bir süreçtir (Eymen, 2007). Bu kapsamda lojistik faaliyet grubunun diğer tedarikçilerle kuracağı ilişki ise şebeke organizasyon yapısı çerçevesinde kurulması gerekmektedir. Söz konusu organizasyon yapısı Şekil 18’de verilmiştir.



Şekil 18: Lojistik Faaliyet Grubu Organizasyon Yapısı

3.4.3.3. Operasyon Faaliyet Grubu (C)

Operasyon faaliyet grubu, savaş anında uygulanacak acil sağlık hizmetlerinin hangi yöntemlerle ve tekniklerle gerçekleştirileceğini planlamakla sorumludur. Operasyon faaliyet grubunun iş akış şeması Şekil 19'da şematik olarak ifade edilmiştir.



Şekil 19: Operasyon Faaliyet Grubu Organizasyon Yapısı

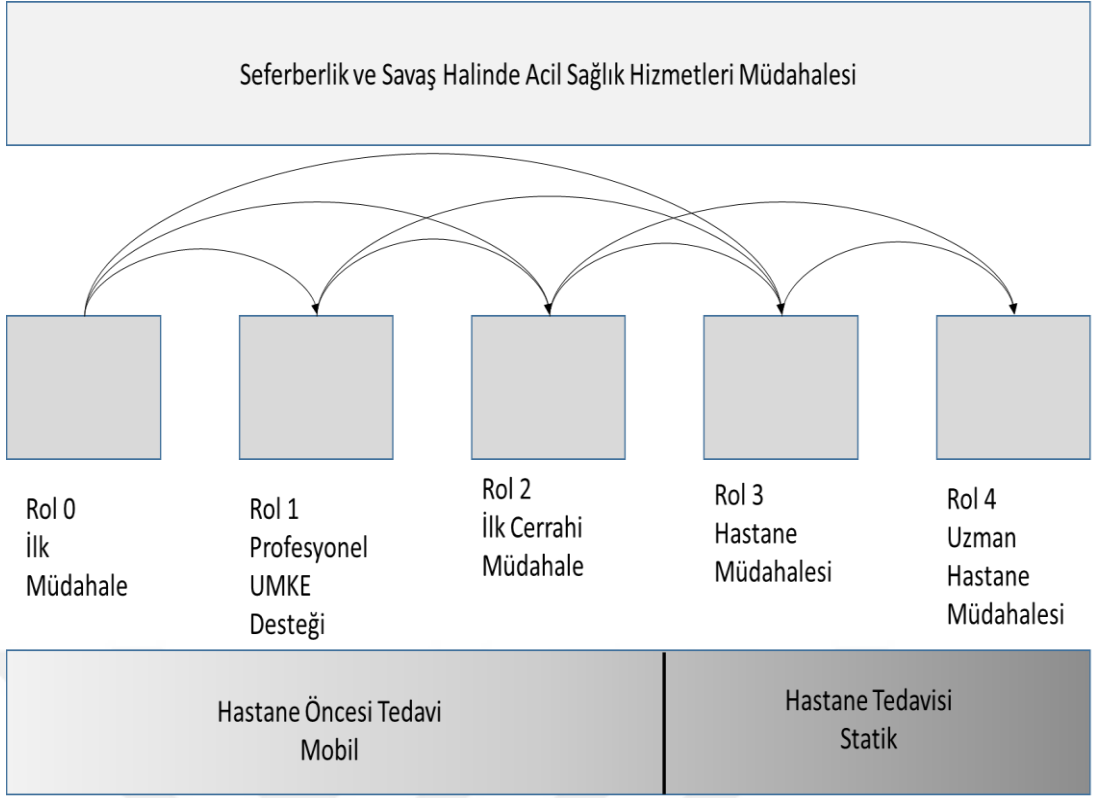
Operasyon faaliyet grubu müdahale alanına yönelik olarak ikiye ayrılmaktadır. İlki askeri personele müdahalede bulunacak acil sağlık görevlilerinin oluşturduğu **Askeri Uygulamalar Faaliyet Grubu**, diğeri ise halka müdahale eden acil sağlık görevlilerinin oluşturduğu **Sivil Uygulamalar Faaliyet Grubu**dur.

1) Askeri Uygulamalar Faaliyet Grubu:

Seferberlik ve savaş halinde görev alınması ve teşkil edilmesi planlanan UMKE birimlerinin askeri sahada nasıl organize olması gerektiğini tespit eden ve bu organizasyonun stratejik seviyede koordinasyonunu sağlayan faaliyet grubudur.

Türkiye’de uygulanan Anglo-Amerikan modeli ile acil sağlık personeli, hasta veya yaralıya sahada müdahale etmekten çok hastanın acil servise sevkini sağlamaktadır. Bu yapının seferberlik ve savaş halinde özellikle askeri birimlere uygulanması durumunda, geçmiş savaşlardan da edinilen tecrübeler ile çok fazla kayba sebep olacağı değerlendirilmektedir. Seferberlik ve savaş halinde hastalanan veya yaralanan askeri personelin Franko-German modeli ile sahada gerekli tüm müdahalelerin yapılmasının ardından hastanın doğrudan ilgili servise ya da ilgili uzmana transferinin sağlanması önerilmektedir. Kurulması önerilen tam zamanlı UMKE birimlerinin profesyonel acil sağlık personelinden oluşması ve Franko-German modeli kapsamında tüm müdahale teknikleri üzerine eğitim alması önerilmektedir.

Seferberlik ve savaş halinde sağlık desteğinin sağlanması kapsamında NATO standartları belirlenmiştir. Bu kapsamda öncelik olarak savaş anında yaralanan askeri personele Rol-0 olarak tanımlanan ilk müdahaleyi ekipte bulunan askeri personel uygulayacaktır. Ardından Komuta Kontrol Merkezinden istenilen tıbbi destek çağrısı ile olay yerine gelen UMKE birimleri Rol – 1 olarak tanımlanan profesyonel sağlık desteği sağlamaktadır. Hasta veya yaralının Rol-2 olarak tanımlanan ameliyat hizmeti ve hasta takip hizmeti veren mobil hastanelere sevki sağlanır. Gerekli görüldüğü ve uygun koşullar sağlandığı takdirde hasta direkt olarak Rol-3 ve Rol-4 olan hastanelere sevki sağlanabilir. Bu organizasyon şemasında hastaya yapılan müdahale ve tanının Rol-1 aşamasında sağlık ekipleri tarafından yapılarak diğer aşamalarda tedavi yöntemine yardımcı olacak teşhisler koyulmalıdır. Eğer Rol-0’da UMKE ekiplerinin olay yerine ulaşımı mümkün değilse hasta veya yaralının mümkün olduğu koşullarda direkt olarak diğer sağlık tesislerine ulaşımı sağlanabilir. Söz konusu müdahale Şekil 20’de şematik olarak ifade edilmiştir.



Şekil 20: Seferberlik ve Savaş Halinde Acil Sağlık Hizmetleri Müdahale Şeması

Hasta veya yaralının Roller arasında geçişinin koordinasyonunu belirleyen triyaj kategorileri Şekil 19’da şematik olarak ifade edilmiştir. Özellikle T1 ve T4 kategorilerindeki hasta veya yaralının Rol 3 veya Rol 4 olarak bilinen sağlık tesislerine sevki sağlanmalıdır. T2 ve T3 yerel imkânlarla kolay bir şekilde tedavi edilebileceğinden dolayı Rol 2 mobil sağlık tesisine sevki sağlanabilir ve bakımı buralarda yapılabilir. Ölüm kategorisi için herhangi bir tıbbi müdahaleye gerek kalmadan defin hizmetlerinin sağlanması gerekmektedir.

Kategori	Renkler	Etkileri
T1	Red	Hayat kurtaran müdahaleler gerektirir. Mümkün olduğu en çabuk sürede sevk edilmesi gerekir.
T2	Yellow	Müdahale gereklidir. En yakın sürede sevk edilmelidir.
T3	Green	Sevk gereklidir. Mümkün veya güvenli olduğunda tahliye edilebilir.
Ölüm	Black	Daha fazla tıbbi müdahale yok.
T4	Blue	Klinik müdahale kapasitesi yerel müdahaleyi aşıyor.

Şekil 21: Triyaj Kategorileri (North Atlantic Treaty Organization (NATO), 2015)

2) Sivil Uygulamalar Faaliyet Grubu:

Seferberlik ve savaş halinde sivil kesimin zarar görmesini engellemek ve yaralılara müdahale etmek amacıyla bölgede faaliyet gösteren 112 acil sağlık hizmetleri ile diğer acil sağlık hizmetleri, daha fazla hastaya daha hızlı ulaşması ve acil servislerin yetkinliğinin artırılması için Anglo-Amerikan modeli ile müdahalede bulunması önerilmektedir.

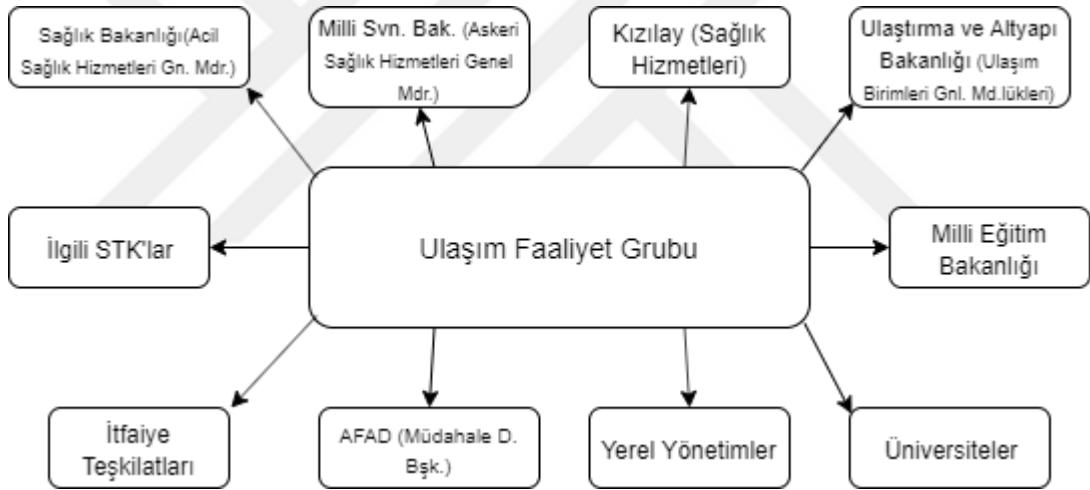
Türkiye’de acil sağlık hizmetleri sisteminde hastanelerin acil servislerin yapısı güçlendirilerek Anglo-Amerikan modeli benimsenmektedir. Bu durum karşısında ambulans sistemlerinde hızlılık ön planda olurken hastaya sahada temel yaşam desteği sağlanmaktadır. Öncelik her zaman hastanın hastane acil servisine sevkini sağlanmasıdır. Seferberlik ve savaş halinde halka acil sağlık hizmetleri sağlanırken genel yapının dışına çıkmadan ağırlığın hastane acil servislerine verilmesi önerilmektedir. Savaş hali bir kaos ortamı yaratacağından ve saldırıların daha çok siviller üzerine olacağından dolayı ambulans ekiplerinin bir hastaya müdahalesi olabildiğince kısa olmalı ve diğer hasta veya yaralılara müdahale için zaman kazanılmalıdır. Sivillerin olabildiğince acil servise kendi imkânları ile ulaşım sağlaması ambulanslar üzerindeki krizi az da olsa azaltacaktır.

Söz konusu yapının sağlanabilmesi için hastane acil servislerinin ekipman ve personel yönünden güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda planlama faaliyet grubu ile ortak bir çalışma gerekmektedir.

Savaş hali olması sebebiyle cep telefonu gibi iletişim cihazları çalışmayabilecektir. Yaşanabilecek iletişim kopukluklarının barış döneminden itibaren tespit edilerek konu ile ilgili iletişim faaliyet grubu ile ortak çalışma yapılması gerekmektedir. Sivillerin iletişim aksaklıklarının giderilmesi savaş döneminde hayati öneme haizdir.

3.4.3.4. Ulaşım Faaliyet Grubu (D)

Ulaşım faaliyet grubu barış döneminde yapılacak harekât planları doğrultusunda kara, hava ve deniz ambulanslarının yeterliliği ve donanımlarını planlamakla sorumludur. Öncelikle görevli tüm kurum ve kuruluşlar bünyesinde bulunan ambulansların verisini paylaşmalı ve seferberlik ve savaş haline yönelik askeri personele ve sivil halka yeterliliği noktasında veri analizi yapılmalıdır. Ulaşım faaliyet grubunun iş akış şeması Şekil 22’de şematik olarak ifade edilmiştir.



Şekil 22: Ulaşım Faaliyet Grubu Organizasyon Yapısı

Harekât planları doğrultusunda, ülke çapında ambulanslar yeterli gelmezse savaş halinde ambulans olarak kullanılacak araçlar tespit edilmelidir. Savaş alanında kullanılacak zırhlı ambulanslar askeri birimler ile ortak çalışma doğrultusunda savunma sanayi firmalarına üretimi sağlanmalıdır.

3.4.3.5. İletişim Faaliyet Grubu (E)

Savaş anında gerek askeri personele gerekse sivil halka zamanında müdahale edebilmek amacıyla, barış döneminde yapılan plan ve tatbikatlar doğrultusunda iletişimin aksamaması gerekmektedir. İletişim faaliyet grubunun iş akış şeması Şekil 23’de şematik olarak ifade edilmiştir.



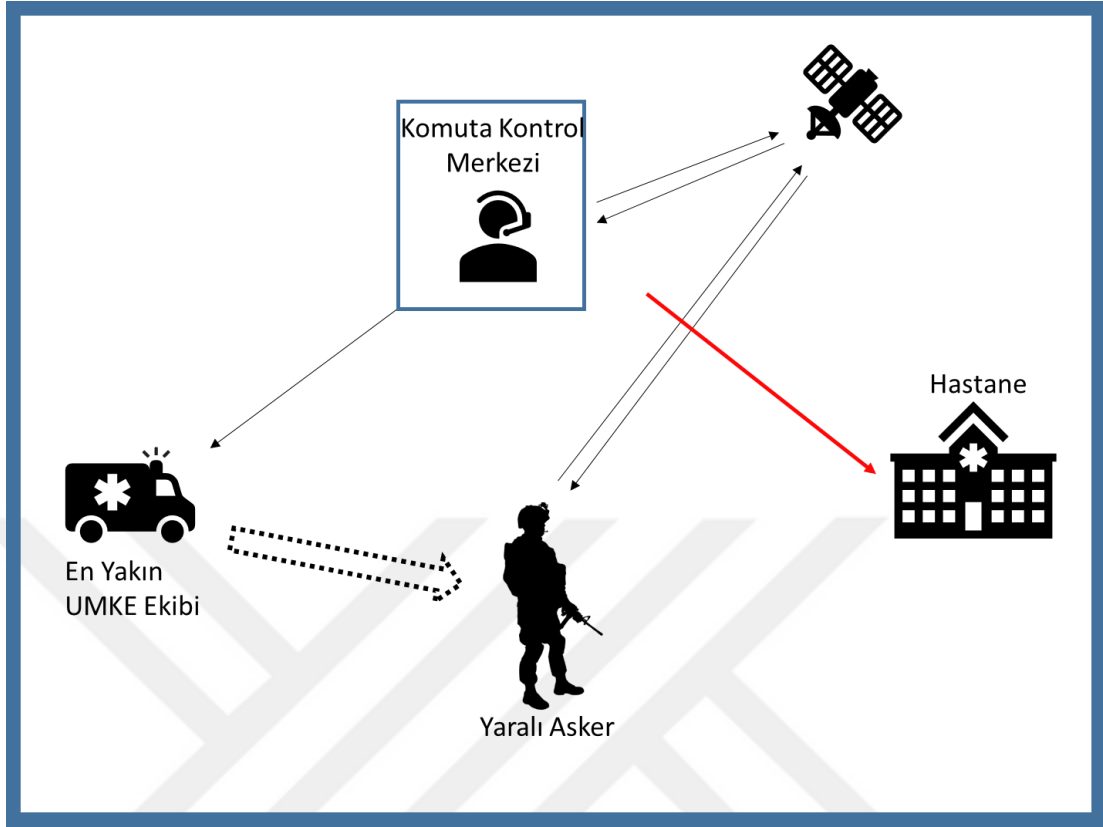
Şekil 23: İletişim Faaliyet Grubu Organizasyon Yapısı

Bu kapsamda, 697 sayılı Ulaştırma ve Haberleşme Hizmetlerinin Olağanüstü Hallerde ve Savaşta Ne Suretle Yürütüleceğine Dair Kanun'un (26 Temmuz 1965, Sayı:12058) 2. Maddesinde "Olağanüstü hallerde ve savaşta uygulanacak ulaştırma ve haberleşme planları Türk Silahlı Kuvvetlerinin ihtiyaçları önceliğe alınmak suretiyle, Türk Silahlı Kuvvetlerinin ihtiyaçları bakımından Genelkurmay Başkanlığınca, diğer Devlet daire ve müesseseleri ile halk ihtiyaçları bakımından Genelkurmay Başkanlığının mütalaası alınmak ve ilgili makamlarla işbirliği yapılmak suretiyle Ulaştırma Bakanlıklarınca ve müştereken barıştan itibaren hazırlanır." hükmü gereği haberleşme hizmetleri savaş halinde Genelkurmay Başkanlığınca yürütülmektedir. 2016 öncesi askeri sağlık birimleri Genelkurmay Başkanlığına bağlı olduğundan haberleşme ile ilgili planlama zaten yapılmaktaydı. Fakat günümüzde Sağlık Bakanlığı bünyesinde olduğundan dolayı bu birimin haberleşmesi ilgili birimler tarafından barış döneminde planlanması gerekmektedir.

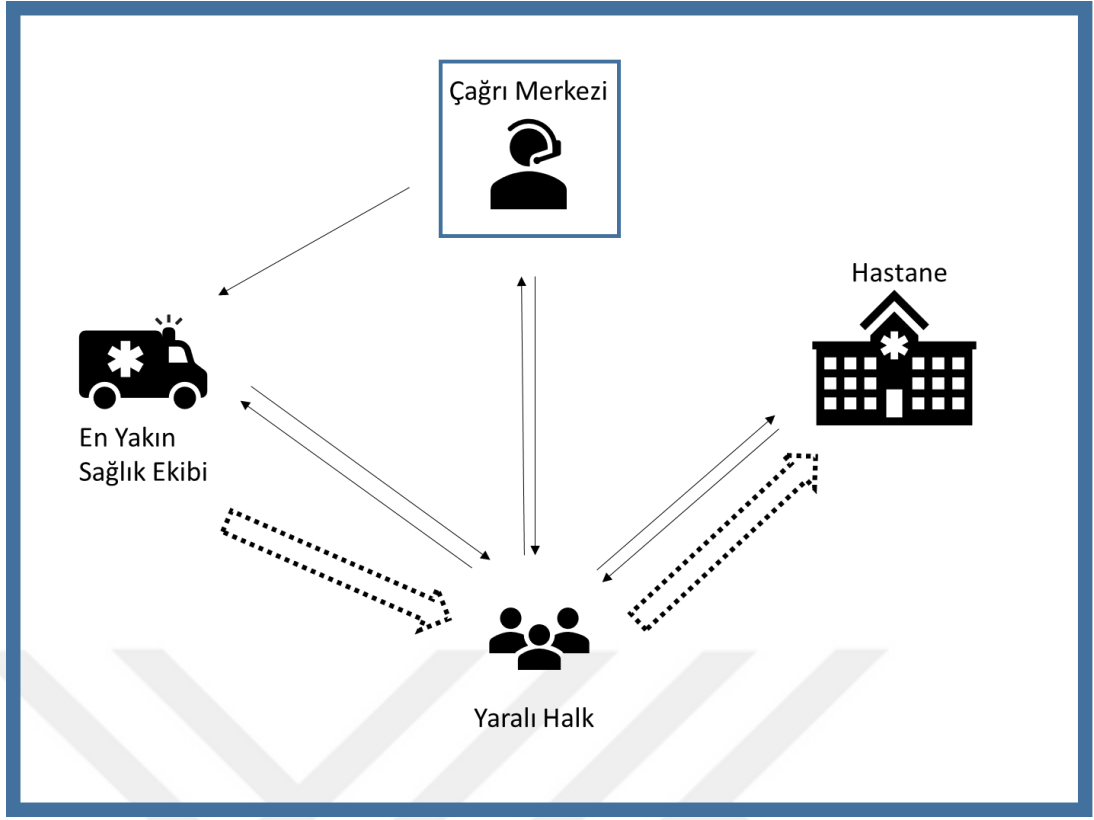
Sağlık birimleri savaş haline ne kadar iyi hazırlanırsa hazırlansın iyi bir iletişim olmadığına hiçbir hasta ve yaralıya ulaşım sağlanamayacaktır. Savaş halinde acil sağlık uygulamaları askeri ve sivil olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu kapsamda haberleşmenin yönetilmesinde de bazı farklılıklar olacaktır.

Savaş hali aynı zamanda bir kriz yönetimi olduğundan ve mevcut elektronik cihazlara siber saldırılar gerçekleştirilebileceğinden dolayı uydu haberleşmeli telsiz sistemi kullanılması gerekmektedir. Savaş halinde askeri personele uygulanması gereken acil sağlık hizmetlerinin haberleşmesine yönelik akış süreci Şekil 24'de, halka

uygulanacak acil sağlık hizmetlerinin haberleşmesine yönelik akış süreci Şekil 25'te şematik olarak ifade edilmiştir.



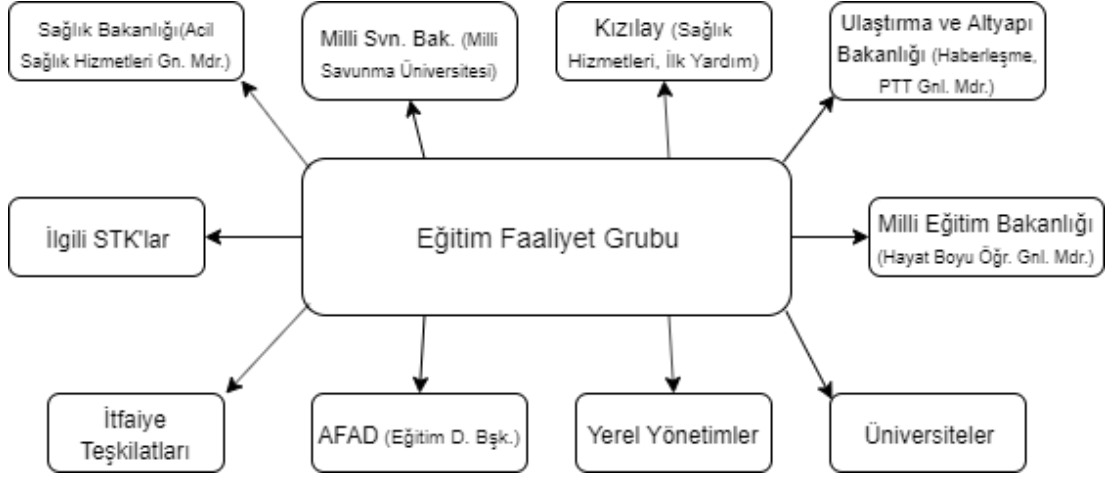
Şekil 24: Askeri Personele Uygulanması Gereken Acil Sağlık Hizmetlerinin Haberleşmesi İş Akış Süreci



Şekil 25: Halka Uygulanması Gereken Acil Sağlık Hizmetlerinin Haberleşmesi İş Akış Süreci

3.4.3.6. Eğitim Faaliyet Grubu (F)

Seferberlik ve savaş halinde uygulanacak acil sağlık hizmetlerine ilişkin askeri personelin ve profesyonel sağlık personelinin eğitim planlamasını gerçekleştiren faaliyet grubudur. Bu grubun özellikle barış döneminde yapacağı çalışmalar ile savaşta görev alacak sağlık personelinin, savaş anında oluşabilecek yaralanmalar ve vakalara karşı hazırlıklı olmasını sağlamaktan ve savaş halinin yarattığı stres ve kaos ortamında sağlıklı düşünebilmesine yarayacak eğitimleri planlamakla sorumludur. Ayrıca görev alacak sağlık personeli dışında sivil halka ve askeri personele gerekli ilk yardım eğitimleri planlamalıdır. Eğitim faaliyet grubunun iş akış şeması Şekil 26'da şematik olarak ifade edilmiştir.



Şekil 26: Eğitim Faaliyet Grubu Organizasyon Yapısı

Personel planlaması faaliyet grubu düzenlenen UMKE birliklerinin eğitim planlaması ve üniversitelerde eğitim alan sağlık öğrencilerinin bu kapsamdaki eğitim planlaması eğitim faaliyet grubu tarafından yapılmaktadır. Bu kapsamda:

- Üniversitede sağlık eğitim alan öğrencilere yönelik seferberlik ve savaş halinde acil sağlık hizmetlerinin uygulanmasına yönelik eğitim verilmesi,
- UMKE birimlerinde kadrolu olarak çalışan personelin savaş halinde hayatta kalma, kriz anında tıbbi müdahale ve psikolojik yönetim gibi eğitimlerin verilmesi,
- Savaş halinde profesyonel sağlık ekibi gelene kadar temel tıbbi müdahalede bulunması için savaş anında görev alacak askeri personele temel acil yardım eğitiminin verilmesi,
- Halkın bilinç kazanması ve savaş halinde ilkyardım yapabilmesinin sağlanabilmesi için halka ilkyardım eğitiminin verilmesi gerekmektedir.

4. BULGULAR

ABD, Almanya ve Fransa ülkelerinin askeri sağlık hizmetlerinde acil sağlık hizmetleri incelenmiş ve Türkiye'nin coğrafi açıdan tehditleri araştırılarak seferberlik ve savaş hali ile barış dönemi acil sağlık hizmetleri ve Suriye krizine ilişkin bilgiler aşağıda verilmiştir.

4.1. Bazı Ülkelerin Askeri Sağlık Hizmetleri Bulguları

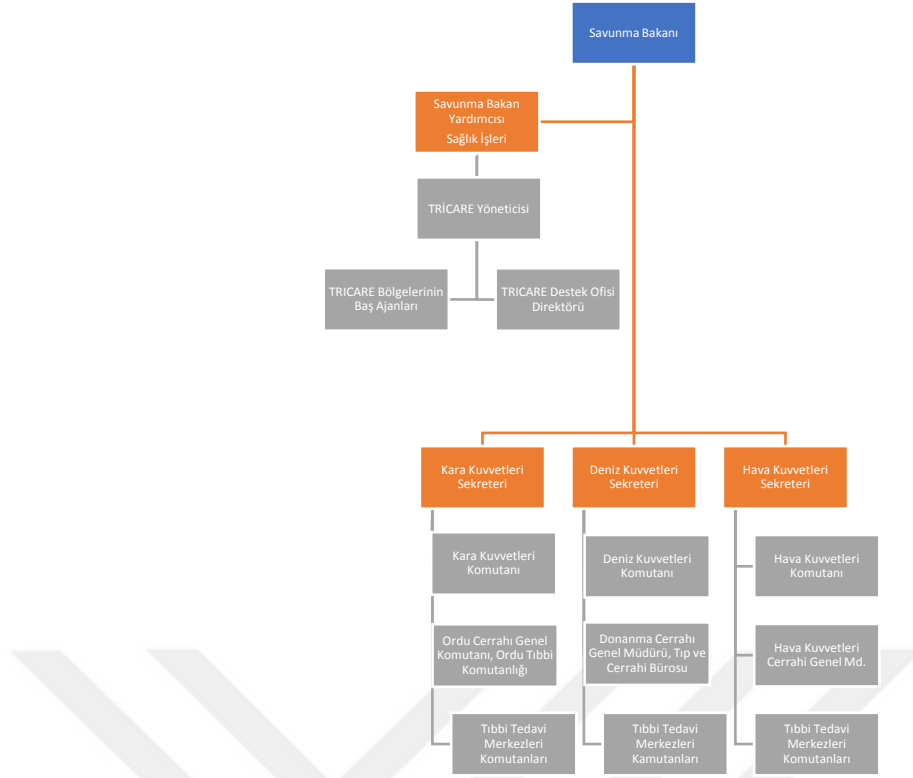
Askeri acil sağlık hizmetleri ile ilgili en uygun modelin belirlenmesi açısından bazı ülkelerin askeri sağlık hizmetleri incelenmiştir. ABD, Almanya ve Fransa örnekleri aşağıda verilmiştir.

4.1.1. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Askeri Sağlık Sistemleri Bulguları

ABD askeri sağlık hizmetlerinin barış ve savaş haline yönelik bilgileri aşağıda verilmiştir.

4.1.1.1. ABD Barış Haline Yönelik Askeri Sağlık Hizmetleri Bulguları

ABD Silahlı Kuvvetlerinin sağlık sistemleri ile ilgili öncelikli misyonu, her bir askeri personelinin bedensel ve ruhsal açıdan zinde tutmak amacıyla harbe hazır bulundurmaktır. Çok sayıda askeri personele hizmet verebilmek için TRICARE adında bir program kurulmuştur bu programla hem muvazzaf ve emekli askerlere hizmet verilmekte hem de ücretli bir şekilde sivil vatandaşa hizmet verilmektedir (Okyay, 2014).



Şekil 27: TRICARE Organizasyonu (Hosek ve Cecchine, 2001)

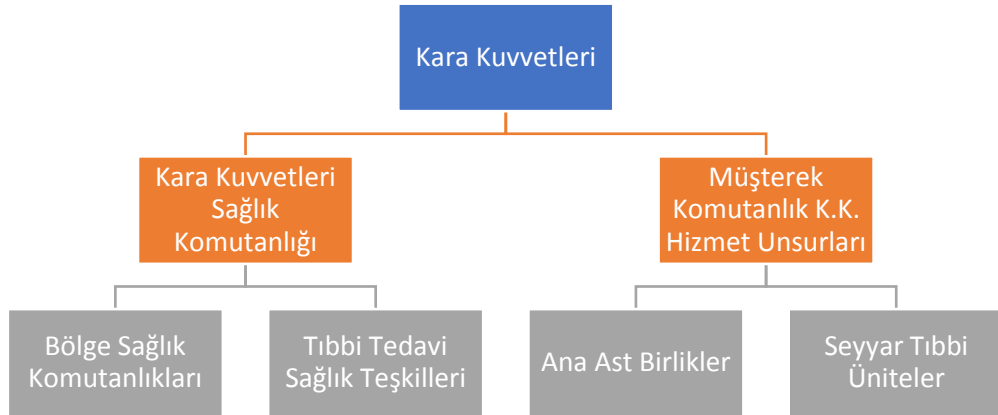
ABD askeri sağlık hizmetlerinin temelde iki görevi bulunmaktadır (Secretary of Defense, 2014):

- Herhangi bir askeri operasyon esnasında silahlı kuvvetleri medikal açıdan desteklemektir. Savaş durumlarında barışı korumak, savaşan unsurları desteklemek ve güçlendirmektir.
- Barış döneminde silahlı kuvvetler personeline ve ailelerine sağlık hizmeti vermektir.

Birleşik Devletlerde askeri sağlık hizmetleri, Savunma Bakanlığı ya da Genelkurmay Başkanlığınca değil Kara Kuvvetleri, Deniz Kuvvetleri ve Hava Kuvvetlerinin ayrı yapılanması ile yürütülmektedir (Department of Defence, 2013).

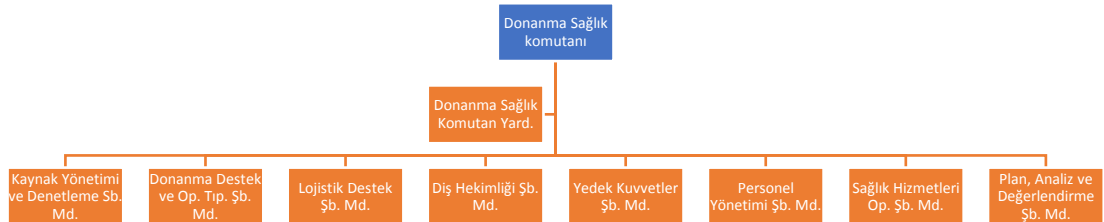
Kara kuvvetlerinin sağlık teşkilatı, hat komuta yapısı ile diğer hizmetlerden daha az bütünleşmiştir. Ordu tıp merkezleri, hem komuta kontrol hem de kaynak sağlayan bölgesel tıbbi komutlar altında düzenlenmiştir (Secretary of Defense, 2014). Küçük Ordu tıbbi tedavi merkezleri bölgesel tıbbi komutlardan kaynak alır, ancak komutanları genellikle sorumlu hat komutanları tarafından değerlendirilir. Deniz Kuvvetleri gibi konuşlandırılabilir Ordu tıbbi birimleri ve “organik” veya yüksek

derecede entegral olan tıbbi bileşenler gibi hizmet bileşenleri komutları, Şekil 28'de gösterildiği gibi Kara Kuvvetleri Komutanlığı tarafından kontrol edilir (Okyay, 2014).



Şekil 28: ABD Kara Kuvvetleri Sağlık Hizmetleri Teşkilat Şeması (Okyay, 2014)

Donanma tıbbi yapısı doğrudan tıbbi tedavi merkezlerini ve konuşlandırılabilir sağlık birimlerini birbirine bağlar. Örneğin, aile hekimliği ikametgâhına sahip altı orta büyüklükteki donanma hastanesi, her bir donanma hastanesindeki çalışanların neredeyse tümünü gerektiren bir filo hastanesidir. Bu “topluluk” hastanelerinde bulunmayan alt uzmanlar, üç denizcilik tıp merkezinden birinden filo hastanelerine atanmaktadır. Donanma merkezlerinden ikisi, Bethesda ve San Diego’da bulunan iki hastane gemisine personel atanmaktadır (Hosek ve Cecchine, 2001). Her yıl, tüm bu donanma hastanelerine atanan personel, filo hastanelerinde veya hastane gemilerinde iki hafta boyunca birlikte çalışır. Yedek personel bu süre zarfında tıbbi tedavi merkezlerini doldurur. Barış zamanı bakımı sağlarken öncelikle tıbbi tedavi merkezi tabanlı olan Hava ve Kara Kuvvetleri aksine, deniz medikal birimleri sürekli olarak konuşlandırılmış Donanma ve Deniz Piyadeleri birimlerine rotasyonel olarak destek sağlar (US Joint Chiefs of Staff, 2018).



Şekil 29: ABD Deniz Kuvvetleri Sağlık Hizmetleri Teşkilat Şeması (Okyay, 2014)

Hava Kuvvetlerinde, barış zamanı ve operasyonel tıbbi birimler, her kanat komutunda yerel komuta ve kontrol altında birleştirilir, tıbbi tedavi merkezi komutanı kanat komutanına rapor verir. (Hosek ve Cecchine, 2001).



Şekil 30: ABD Hava Kuvvetleri Sağlık Hizmetleri Teşkilat Şeması (Hosek ve Cecchine, 2001)

4.1.1.2. ABD Savaş Hali Askeri Sağlık Hizmetleri Bulguları

ABD doktrini savaş alanında tıbbi ve sağlık yeteneklerini tanımlamak için tıbbi bakım rollerini kullanır. ABD doktrininde yer alan tanımlar NATO'nun belirlemiş olduğu tanımlarından biraz farklıdır (Chlapek, 2019). ABD ile NATO arasındaki benzerlikler ve farklılıklar aşağıda açıklanmaktadır. Sağlık desteğinin bir özelliği, tıbbi kaynakların ve tıbbi bakımın rollerini sağlama yeteneklerinin dağılımıdır. Politika, sağlık topluluğunun yönü belirlediği ve refahı geliştirmek, korumak veya iyileştirmek için gerekli kişileri, malzemeleri, tesisleri ve bilgileri tanımlayan çerçeveyi sağlar (Secretary of Defense, 2014).

Bakım rolleri şunları içerir:

İlk Yanıtlayıcı Bakım (Rol-I)

1) Askeri personele ilk tıbbi bakım, Rol I'de verilmektedir (ayrıca birim düzeyinde tıbbi bakım veya kendi kendine yardım, arkadaş yardımı, savaş cankurtarımı ve / veya tıbbi bakım olarak da adlandırılır). Bakımın bu rolü şunları içerir (US Joint Chiefs of Staff, 2018):

- Acil hayat kurtarıcı önlemler.

- Hastalık ve savaş dışı yaralanma tedavisi veya personel tarafından sürdürülen ve doğrudan düşman eylemine atfedilenler dışındaki faktörlerin neden olduğu fonksiyonel kabiliyetin bozulması.
- Savaş ve operasyonel stres önleyici tedbirler.
- Hasta lokasyonu ve alımı (toplama).

2) Kendi Kendine Yardım ve Arkadaş Desteği: Tüm askeri personel çeşitli temel ilk yardım prosedürleri konusunda eğitilmiştir. Bu prosedürler, hayat kurtarıcı görevlere özellikle vurgu yapan kimyasal zayıatlar konusundaki yardımları içerir. Bu eğitim, askeri personelin, hayati tehlikesi olan durumları hafifletmek için ilk yardımları uygulamalarını sağlar (Secretary of Defense, 2014).

Rol-II

1) Rol-II, Rol-I'de başlatılan resüsitasyonun sürdürülmesi de dahil olmak üzere ileri travma yönetimi ve acil tıbbi tedavi sağlar. Rol-II, hastaları R-I'de elde edebileceğinden daha büyük bir yetenek sağlar ve en azından hasar kontrol cerrahisi yapabilir. Gerekirse, ek acil durum önlemleri alınır, ancak acil ihtiyaçların gerektirdiği önlemlerin ötesine geçmezler. Rol-II bakımı, paketlenmiş kırmızı kan hücreleri (RBC'ler), donmuş plazma, kriyopresipitat, intravenöz sıvılar, sınırlı röntgen, sınırlı laboratuvar, diş desteği, savaş ve operasyonel stres kontrolü (COSC) ve Rol-II veteriner tıbbi ve resüsitatif cerrahi destek sunmaktadır. Rol-II, sınırlı bir tutma yeteneğine sahip olabilir (Secretary of Defense, 2014).

(2) Rol-II, Rol-II hafif manevrasına ve Rol 2 gelişmiş (E) olarak ikiye ayrılır (US Joint Chiefs of Staff, 2018):

(a) Görev 2 ve görev gereksinimlerine bağlı olarak, Rol 2 LM, sabit bir binada veya deniz platformunda olduğu gibi hafif ve oldukça hareketli bir tıbbi tedavi tesisleri olarak da kurulabilir. Bir Rol-II LM tıbbi birimi, kontrol cerrahisine zarar verecek kadar ileri resüsitasyon prosedürleri uygulayabilir. Cerrahi sonrası vakalarını Rol-IV'e tahliye etmeden önce Rol-III'e (veya stabilizasyon ve olası primer cerrahi için Rol-IIIE) tahliye edecektir.

(b) Rol-IIIE, birincil ameliyat etrafında inşa edilmiş temel ikincil sağlık bakımı sağlar; yoğun bakım ünitesi; koğuş yatakları; sınırlı röntgen, laboratuvar ve diş desteği sağlamaktadır. Bir Rol-IIIE tesisleri, ilk olarak daha yüksek bir Rol-III tesisinde

yönlendirilmelerine gerek kalmadan cerrahi sonrası vakaları Rol-IV'e tahliye için dengeleyebilir.

Rol-III

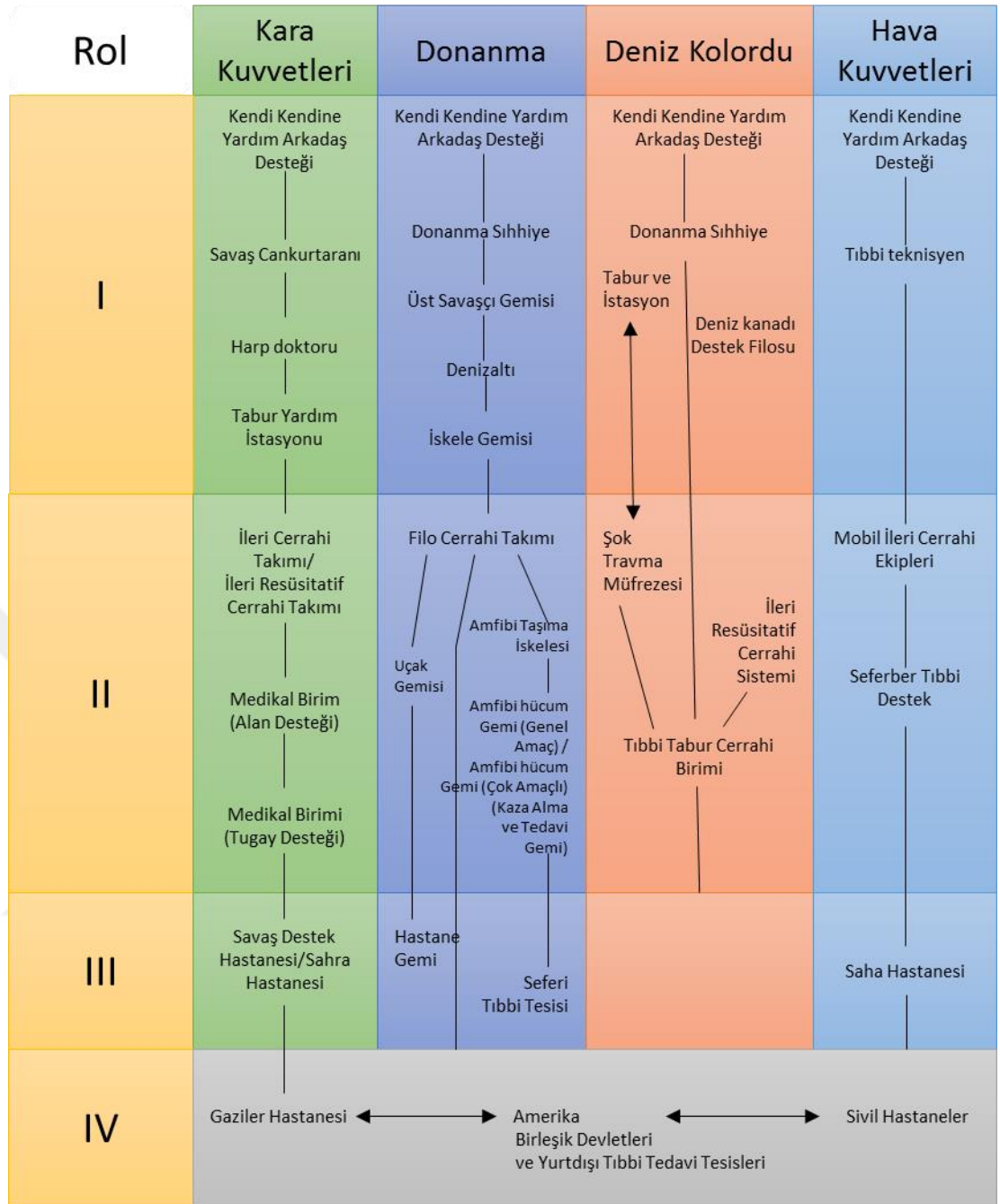
Hasta bir tıbbi tedavi tesisinde veya çalışan hayvanlar için, resüsitasyon, ilk yara ameliyatı ve ameliyat sonrası tedaviyi içermek üzere tüm hasta kategorilerine bakım sağlamak için personel ve teçhizatlı bir veteriner tesisi olarak tedavi edilir. Bu rolde sağlanan hizmet Rol-II'de sağlanan destekten daha geniştir. Uzun mesafeler boyunca harekete tahammül edemeyen ve hayatta kalmayı başaramayan hastalar, bir hastanede taktiksel durumun izin verdiği ölçüde desteklenen birime yakın cerrahi bakım alır. Bu rol aşağıdakileri içerir (US Joint Chiefs of Staff, 2018):

- Hastaları desteklenen birimlerden tahliye etmek,
- Bir tıbbi tedavi tesisindeki tüm hasta kategorilerine uygun personel ve ekipmanla özen göstermek,
- Organik tıbbi varlıkları olmayan birimlere alan bazında destek sağlamaktır.

Kesin Bakım Rol-IV

Tıbbi bakım ABD merkezli hastanelerde ve sağlam denizaşırı tesislerinde bulunur. Rol-IV veterinerlik bakımı, Savunma Bakanlığı (DOD) Askeri Çalışma Köpek Veterinerlik Hizmetleri, Lackland Hava Kuvvetleri Üssü (AFB), Texas'ta (TX) bulunmaktadır. Seferberlik, hastaların sorumluluk alanından tahliye edilmesinin yarattığı artan talepleri karşılamak için askeri hastane kapasitelerinin genişletilmesini ve Ulusal Afet Tıbbi Sistemine (NDMS) Sivil İşler Dairesi (VA) ve sivil hastane yataklarının dâhil edilmesini gerektirmektedir. Rol-IV, tıbbi bakım sisteminde mevcut olan en kesin tıbbi bakımı temsil eder (Department of Defence, 2013).

Şekil 31'de Birleşik Devletlerin tıbbi bakımdaki askeri rollerini açıklanmıştır.



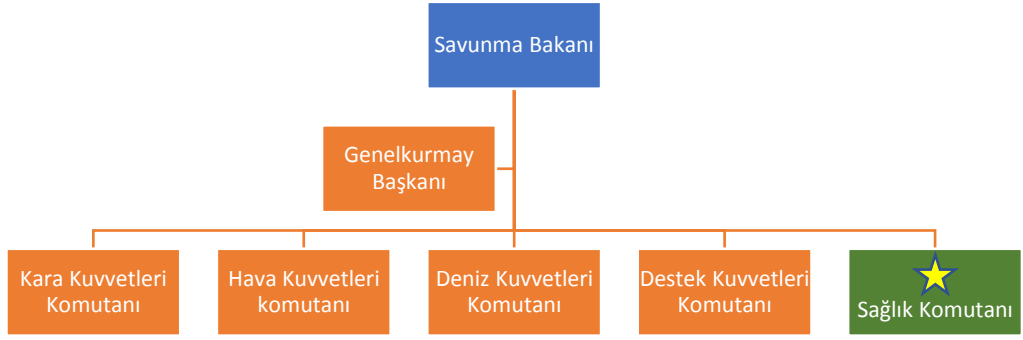
Şekil 31: Birleşik Devletlerin Savaş Haline Yönelik Askeri Sağlık Hizmetlerini Gösteren Şekil. (US Joint Chiefs of Staff, 2018)

4.1.2. Almanya Askeri Sağlık Sistemleri Bulguları

Almanya askeri sağlık hizmetlerinin barış ve savaş haline yönelik bilgileri aşağıda verilmiştir.

4.1.2.1. Almanya Barış Haline Yönelik Askeri Sağlık Hizmetleri Bulguları

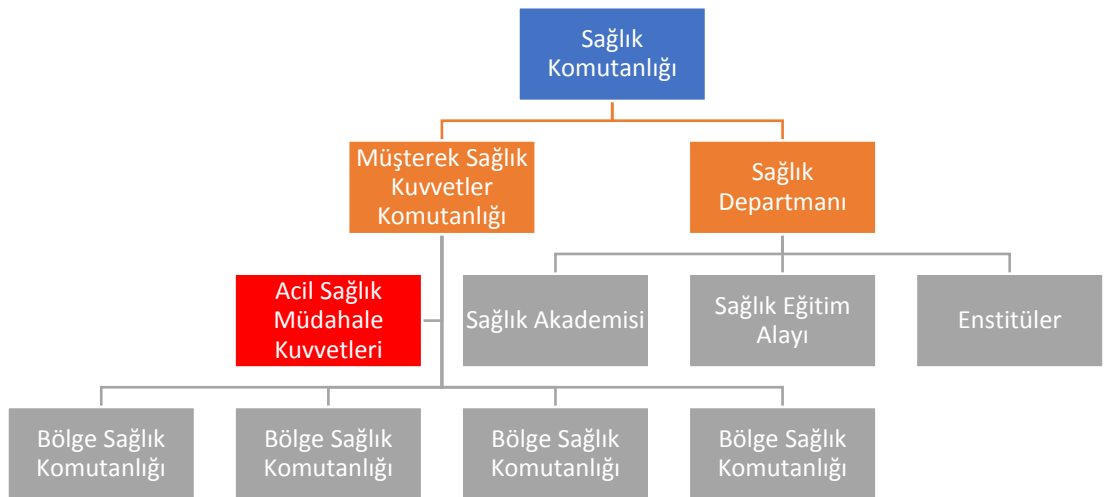
Almanya'da askeri sağlık hizmetleri diğer kuvvet komutanlıkları ile eşit düzeyde yer almaktadır. Söz konusu Alman Silahlı Kuvvetler teşkilatı Şekil 32'de yer almaktadır (Harms, 1999).



Şekil 32: Alman Silahlı Kuvvetler Teşkilatı (Okyay, 2014)

Almanya Federal Cumhuriyeti'nin silahlı kuvvetlerine Türkçe anlamı "Federal Ordu" anlamına gelen "Bundeswehr" denilmektedir. Bundeswehr Ortak Tıbbi Hizmetinin (BWJMS) temel görevi, hizmet personelinin sağlığını korumak, sürdürmek ve eski haline getirmektir (Hagen, 2019).

Bundeswehr'deki sağlık hizmetleri yelpazesi, fiziksel ve zihinsel sağlık, askerlerin refahı ve operasyonel hazırlığını kapsamaktadır. Bu hizmetler, koruyucu tıbbi bakım, ücretsiz sağlık hizmetleri, askeri tıp, diş hekimliği, veteriner hekimliği, askeri eczane görevleri (gıda kimyası dâhil), KBRN tıbbi savunması ve kamu hukuku altındaki diğer görevlerini içerir. Bu hedeflere ulaşmak ve personelin sürdürülebilirliğini sağlamak için, Bundeswehr Ortak Tıbbi Servisi toplamda yaklaşık 14.650 askeri ve 2.700 sivil görevden oluşmaktadır (Military Medicine, 2019).



Şekil 33: Almanya Müşterek Sağlık Hizmetleri Teşkilatı (Okyay, 2014)

Bundeswehr Ortak Tıbbi Hizmetleri, eğitim ve egzersiz sistemini güçlendirmek ve saha birimleri ile Bundeswehr hastaneleri arasındaki karşılıklı destek seçeneklerini artırmak amacıyla öğeleri Bundeswehr hastanelerinde ya da yakınında konuşlandırabilecek beş Tıbbi Alay'a sahiptir. Weißenfels/Berlin, Rennerod/Koblenz ve Dornstadt/Ulm'da üç Tıbbi Bölge bulunmaktadır. Tıbbi alayların asıl görevi, askeri hastanelerden ve bölgesel tıbbi tesislerden tıbbi uzmanlar tarafından artırılan, bir hastaneyi konuşlandırma konusunda personel ve malzeme sağlamaktır. Leer'deki Hızlı Tıbbi Müdahale Kuvvetleri Komutanlığı, çok kısa bir süre içinde yurtdışındaki müttefiklere tıbbi bakım ve desteğin sağlanabilmesi için Bundeswehr Ortak Tıbbi Hizmetinin tüm hava taşıtı ve havadan tıbbi yeteneklerini birleştirir. Tıbbi stajyer askerlerin temel eğitimi ve tıbbi personelin iş öncesi eğitimi, Feldkirchen'deki Tıbbi Eğitim Alayı tarafından verilmektedir (Hossfeld ve ark., 2005).

4.1.2.2. Almanya Savaş Haline Yönelik Askeri Sağlık Hizmetleri Bulguları

NATO standartları kapsamında, Almanya'nın sahada gerçekleşen yani savaş haline yönelik askeri sağlık hizmetleri 4 düzeyde gerçekleştirilmektedir. Savaş sırasında hastalanan veya yaralanan personel için tıbbi bakım, tıbbi tahliye zinciri aracılığıyla sağlanır. Bu birbirine kenetlenen fazlar zinciri, kişisel tıbbi tedavi tesislerinde tıbbi bakımdan, tıbbi tedavi ve Almanya'daki son klinik tedavi ve rehabilitasyona kadar uzanmaktadır (Mangold, 2008). Tıbbi tahliye zinciri, dört tıbbi servis tedavi seviyesinden oluşur. Hastalığın veya yaralanmanın ciddiyetine bağlı olarak, hasta bu seviyelerin bir kısmını veya tamamını geçecektir. İyi eğitilmiş uzman personel ve verimli mobil ekipman, personel yararına her zaman mevcuttur (Military Medicine, 2019).

Rol-I

Kendi kendine ve arkadaş yardımı ile ilk yardım, tıbbi tahliye zincirinin başlangıcını oluşturur. İlk acil tıbbi bakım Mobil Yardım İstasyonlarında (Rol 1) verilmektedir. Eğitilmiş tıbbi uzmanlar, yerinde triyaj, şok ve ağrı yönetiminin yanı sıra hemostatik önlemleri uygularlar. Ayrıca solunum yollarının ve yapay ventilasyonun temizlenmesini sağlarlar (Military Medicine, 2019).

Rol-II

Tamamlayıcı acil durum tanı hizmetleri ve tedavisi Mobil Cerrahi Hastanelerinde verilmektedir. Mobil Cerrahi Hastanesi, mobil konteynerlerden oluşmaktadır. Çadırlar

bazı durumlarda kullanılır. Bir merkezin büyüklüğü ve tesisleri, her dağıtımın gereksinimlerine uyarlanmıştır (Harms, 1999).

Rol-III

Sahra Hastaneleri (Rol 3), yatan hasta ve ayakta hastalara uzman tıbbi yardım sağlar. Cerrahi, yoğun bakım ve uzman tanı ve tedavi olanaklarını genişletilmiş ve gerekirse Almanya'ya doğrudan tahliye için zayıfatı dengelenmesi sağlanmaktadır (Military Medicine, 2019).

Yaralanmalarının cinsi ve ciddiyeti ile ilgili olarak, zayıfatlar, havadan tıbbi tahliye çerçevesinde özel olarak donatılmış Bundeswehr uçaklarında genellikle Almanya'ya taşınmaktadır. Özel ekipman, yoğun bakım hastalarının hareketi için Hasta Taşıma Birimlerini (PTU) içerir. Deutsche Luftwaffe tarafından işletilen Airbus A-310 uçağına altı adet PTU monte edilebilir (Harms, 1999).

Rol-IV

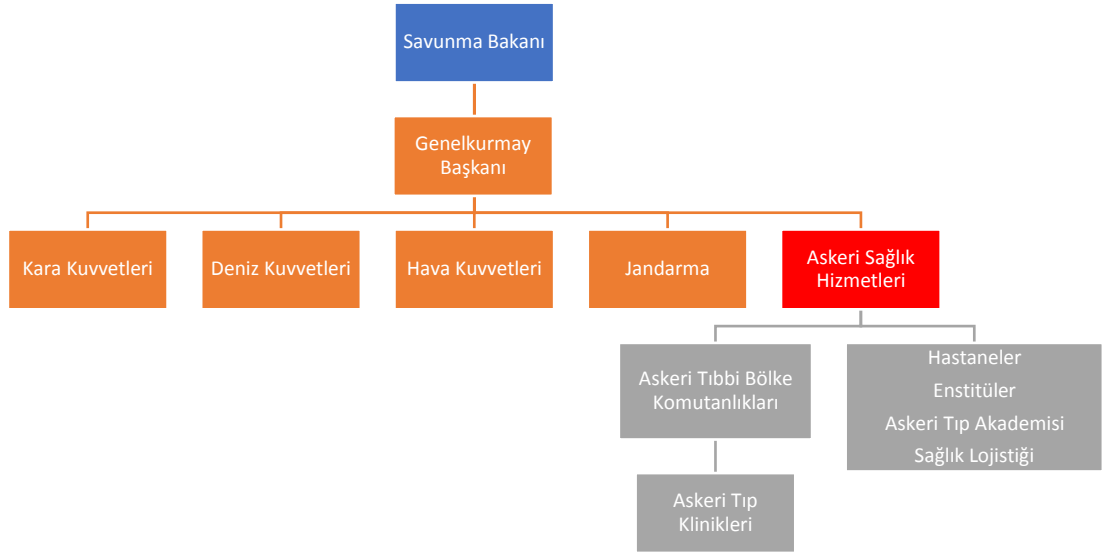
Rol-IV seviyesindeki ana unsurlar, Almanya'daki Bundeswehr Hastaneleridir. Gerekirse sivil hastaneler ve rehabilitasyon merkezleri de kullanılır. Bu tesisler, yayılma alanından tahliye edilen hastaların tedavi edilmesini sağlar. Kural olarak, Köln-Bonn havalimanının ayrılmış askeri bölgesinde stratejik hava tıbbi tahliye uçakları karaya çıkar. Oradan hastalar Bundeswehr hastanelerine transfer edilir (NATO, 2019).

4.1.3. Fransa Askeri Sağlık Sistemleri Bulguları

Fransa askeri sağlık hizmetlerinin barış ve savaş haline yönelik bilgileri aşağıda verilmiştir.

4.1.3.1. Fransa Barış Haline Yönelik Askeri Sağlık Hizmetleri

Fransa askeri sağlık sistemi 1708 yılından beri Fransız Ordusuna her yerde, her zaman ve operasyonel durumlarda tıbbi destek sağlamaktadır. Fransa Askeri Tıbbi Servisi (FMMS), Genelkurmay Başkanlığı yetkisi altında bulunmakta ve merkezi, 2015'ten itibaren Paris'te bulunmaktadır (Ministry of Defense, 2019).



Şekil 34: Fransa Silahlı Kuvvetleri Sağlık Teşkilatı (Military Medicine, 2019)

Ordu Sağlık Hizmeti Projesi olan “SSA 2020 Projesi” kapsamında FMMS bileşenleri büyük çapta bir yeni yapılanma oluşturulmaktadır. Yeni hastane modeli ilkeleri operasyonel görevlere, sivil ve halk sağlığı sistemine bir açılım üzerinde odaklanmaktadır. Bu çerçevede, faaliyetleri travma, cerrahi ve bulaşıcı hastalıklara odaklanan her biri hava kuvvetleri üssüne yakın Paris ve Toulon Marsilya bölgelerinde 2 askeri eğitim hastanesi yapılmıştır. Ek olarak, FMMS, sivil hastanelere entegre yoğun bakım ve cerrahi, fiziksel ve zihinsel yaralanmaların rehabilitasyonu, müdahale gibi çeşitli prensiplere dayanan 4 diğer askeri platform dışı hastaneyi (Bordeaux, Brest, Metz ve Lyon) hizmete açmıştır (Military Medicine, 2019).

Tablo 6: Fransa Askeri Sağlık Hizmetleri Görevli Personel Sayısı

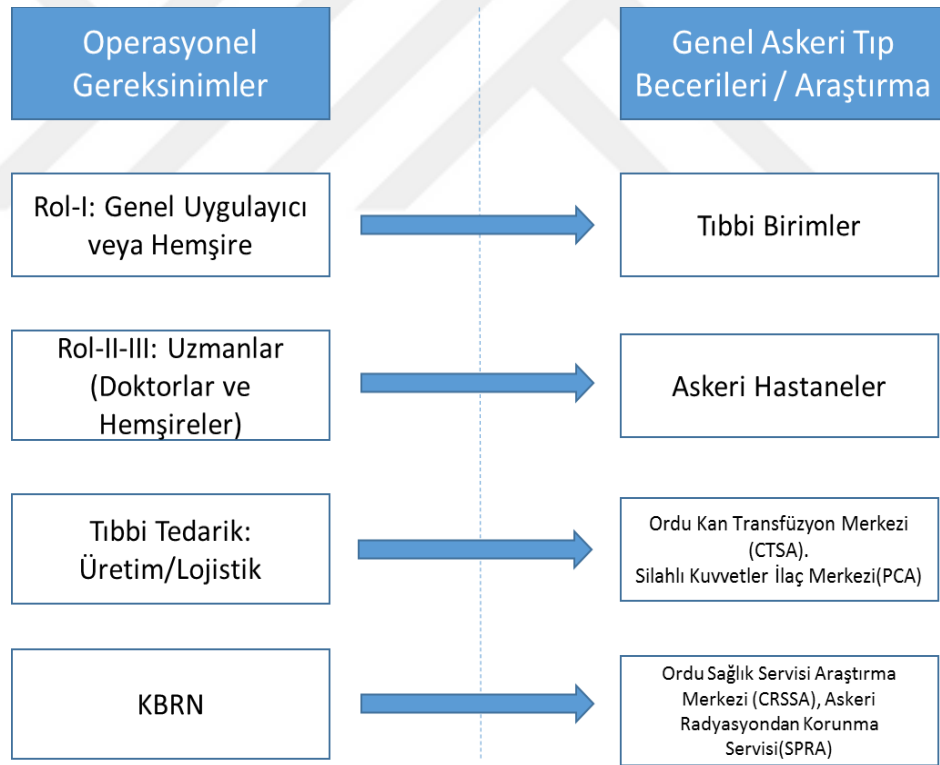
Kuvvet	Kara Kuvvetleri	Deniz Kuvvetleri	Hava Kuvvetleri	Jandarma	Destek	TOPLAM
Askeri Personel	134.000	43.000	59.000	98.000	14.000	348.000
Sivil Personel	28.000	9.500	5.000	2.000	35.000	79.500
TOPLAM	162.000	52.5000	64.000	100.000	49.000	427.500
Yedek Kuvvetler	29.000	7.700	8.000	40.000	9.000	94.000

(Martelet, 2019) (Kadın Yüzdesi %14)

FMMS Askeri Tıbbi Tedarik Zinciri'nin (MMSC) misyonu, ne zaman ve nerede bir tıbbi destek gerekirse, birimlerine tıbbi malzeme ve ikmal sağlamaktır. Bu, MMSC'nin kıtasal birimlere ve ayrıca denizaşırı birimlere ve konuşlandırılmış operasyonel birimlere destek sağladığı ve sürdürdüğü anlamına gelir. MMSC, Fransız Silahlı Kuvvetlerini desteklemek için hazırlığı geliştirmek ve hayat kurtarmak amacıyla duyarlı ve güvenilir sağlık desteği sağlamak için gerekli tüm ilaç ve ekipmanları satın almak, geliştirmek, üretmek, saklamak, bakımını yapmak ve teslim etmek zorundadır (Military Medicine, 2019).

4.1.3.2. Fransa Savaş Haline Yönelik Askeri Sağlık Hizmetleri

NATO standartları kapsamında, Fransa'nın sahada gerçekleşen yani savaş haline yönelik askeri sağlık hizmetleri 4 düzeyde gerçekleştirilmektedir. Savaş sırasında hastalanan veya yaralanan personel için tıbbi bakım, tıbbi tahliye zinciri aracılığıyla sağlanır. Fransa Silahlı Kuvvetleri'nin savaş haline yönelik olarak geliştirdiği 4 düzeyli şema Şekil 46'da verilmiştir (Martelet, 2019).



Şekil 35: Fransa Silahlı Kuvvetleri Savaş Haline Yönelik Askeri Sağlık Hizmetleri (Martelet, 2019)

4.2. Türkiye'nin Coğrafi Açından Savaş Tehdidi Bulguları

Türkiye Soğuk Savaşın sona ermesi ve Sovyetler Birliği'nden olası tehdit algılarının kısmen azalması sonucu askeri bakımdan rahatlamıştır. Fakat Uçar'a

(2007) göre günümüzde eski dönemle karşılaştırıldığında çok daha istikrarsız bir durum mevcuttur. Coğrafik açıdan çok yakınımızda yer alan bölgelerde etnik milliyetçilik ve terörizmin artması Kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer (KBRN), göç ve çeşitli bulaşıcı hastalık tehditlerinin artmasına sebep olmuştur. Bunların artması Türkiye’de özellikle acil sağlık hizmetlerindeki müdahale tarzlarında ve teknolojilerinin gelişmesinde öncelik olmalıdır.

İlhan’a (1999) göre Jeopolitik bir deyim ile Türkiye; Asya, Avrupa ve Afrika’nın Dünya Adası’nın Mentşesi konumundadır. Aynı zamanda bu menteşeye vurulmuş bir kilit ve anahtar değerindedir. Birçok coğrafi bölgenin birleştiricisi ve ayırıcısı konumundadır. Asya ile Avrupa arasında doğal bir köprü niteliği taşıması amacıyla birçok ülkenin ve devlet dışı örgütlerin kötü niyetli politikalarının gerçekleşmesi yolundaki hedefi olmuştur (L. Uçar, 2007).



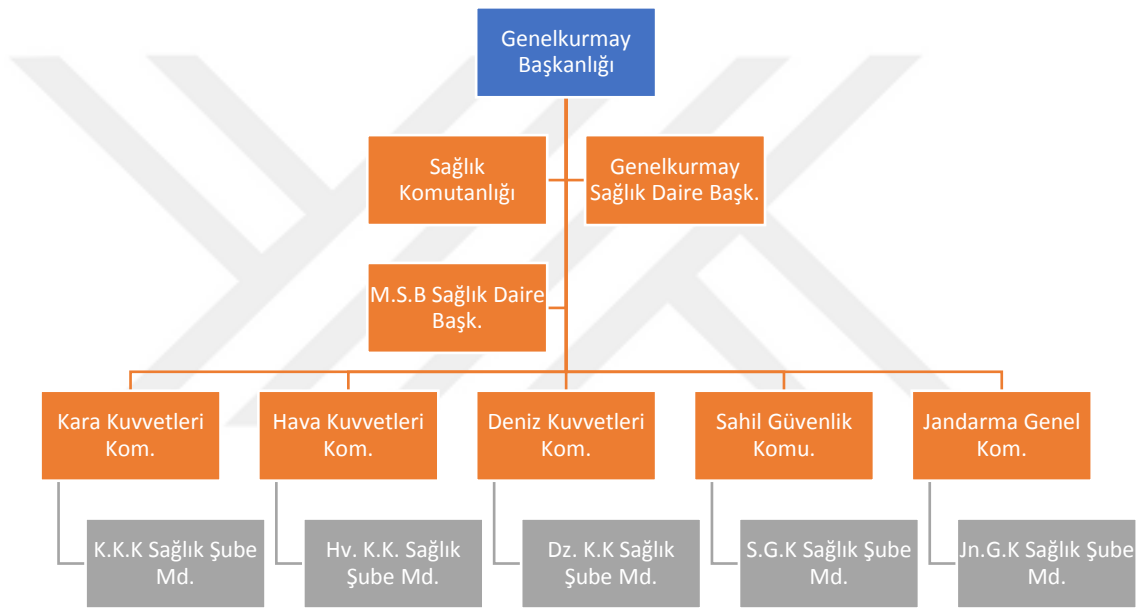
Şekil 36:Avrupa, Afrika ve Orta Asya Fiziki Haritası (Coğrafya Harita, 2019)

Türkiye’nin bulunduğu stratejik konum itibari ile geçmişten günümüze birçok güvenlik tehdidi yaşamıştır. Bu sebeple tehditlere yönelik olarak güvenlik önlemlerini artırılması gerekmiştir. Özellikle jeopolitik bakımdan incelendiğinden Orta Asya,

Kafkasya, Orta Doğu ve Doğu Avrupa’da gerçekleşen çatışmalar Türkiye için tehdit oluşturduğu söylenebilir.

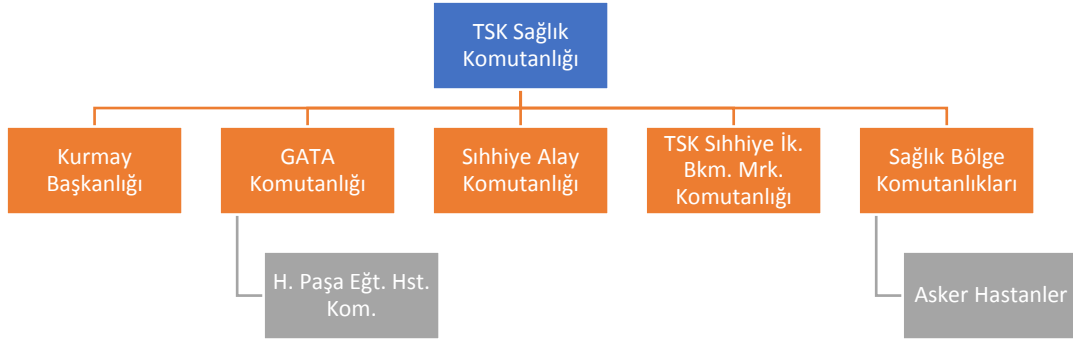
4.3. Türkiye’de Askeri Sağlık Hizmetleri Bulguları

Tüm dünya ordularında olduğu gibi TSK’da da askeri sağlık hizmetleri ile ilgili birimler oluşturulmuştur. Bu birimler sırasıyla, sahada görev alan ve acil sağlık hizmetlerinden sorumlu askeri acil sağlık birimleri, sağlık tesisi olarak görev yapan askeri hastaneler ve hem eğitim hem de hastane görevini yürüten askeri eğitim araştırma hastanelerinden oluşmaktaydı. Bu birimler barış döneminde askeri harekâtlarda ve çatışmalarda, savaş anında yaralanan asker ve sivillerin tedavi edilmesi yönünde ve savaş sonrası iyileştirme çalışmaları kapsamında görev almaktaydı.



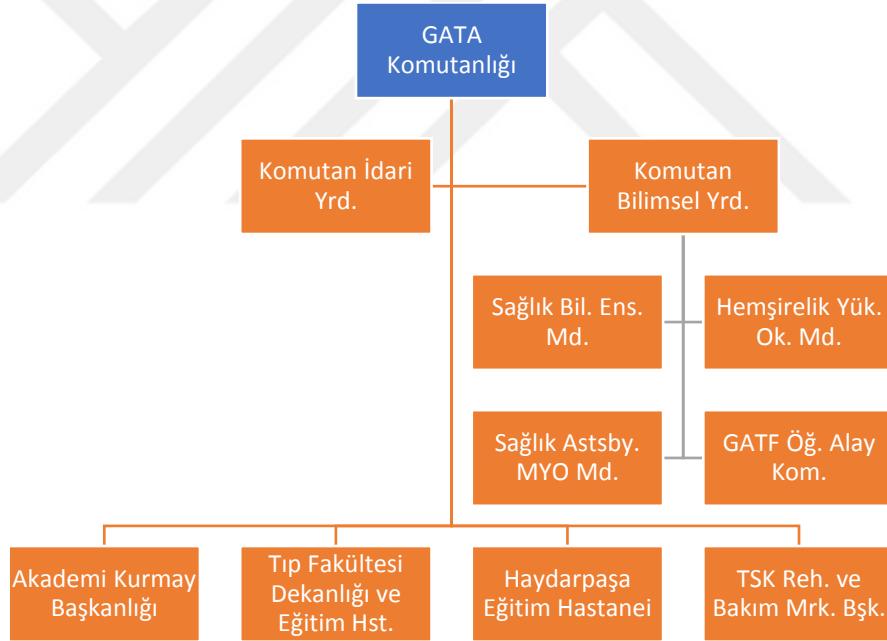
Şekil 37: TSK Sağlık Sistemi Teşkilat Yapısı (Okyay, 2014)

Türkiye’de askeri sağlık birimleri 2016 tarihinden önceki yapılanmasında Şekil 37’de belirtildiği gibi TSK Sağlık Komutanlığı, Genelkurmay Sağlık Daire Başkanlığı ve Kuvvet Komutanlıklarına bağlı sağlık birimlerince yürütülmekteydi. Sağlık Komutanlığı ve diğer tüm kuvvetler Genelkurmay Başkanlığına bağlıydı. TSK’da askeri yapıya bağlı sağlık hizmetleri Genelkurmay Sağlık Daire Başkanlığınca planlanmakta ve diğer tüm kuvvetlerde icra edilmekteydi.



Şekil 38: TSK Sağlık Komutanlığı Yapılanması (Okyay, 2014)

TSK Sağlık birimlerinin doktor, hemşire, sağlık astsubayı gibi personel ihtiyacının karşılanması amacıyla Şekil 39’da verilen eğitim kurumları kurulmuş ve bu birimler eğitimden farklı olarak araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde de bulunmaktaydı. Bu meslekler haricinde ihtiyaç duyulan diğer sağlık personeli (Dış tabibi, eczacı, veteriner, biyolog, laborant vb.) sivil kaynaklardan temin edilmekteydi.



Şekil 39: GATA Komutanlığı Teşkilat Yapısı

4.3.1. Barışta Askeri Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi

Barışta TSK sağlık hizmetlerini Tablo 7’de verildiği gibi 3 basamak şeklinde yürütmekteydi.

Tablo 7: Barışta TSK Sağlık Hizmetleri Basamakları

BASAMAK	SORUMLU MAKAM	TEŞKİL
1	Kuvvet Komutanlıkları	1. Basamak Muayene Merkezleri
2	Sağlık Komutanlığı	Asker Hastaneler
3	Sağlık Komutanlığı	GATA Komutanlığı

(Okyay, 2014)

Tablodan da anlaşılacağı üzere 1. Basamak Muayene Merkezleri kuvvet komutanlıklarına; 2. basamağın oluşturan Asker Hastaneler Sağlık Bölge Komutanlıklarına; son basamağı oluşturan GATA komutanlığı da direkt olarak Sağlık Komutanlığına bağlı olarak hizmet vermekteydiler.

TSK 2. ve 3. basamak sağlık teşkilleri (Okyay, 2014);

- 2 eğitim hastanesi,
- 1 rehabilitasyon ve bakım hastanesi,
- 5 bölge hastanesi,
- 28 çevre hastanesi olmak üzere toplam 36 hastane ile hizmet vermekteydi.

4.3.2. Seferberlik ve Savaş Halinde Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi

Seferberlik ve savaş haline yönelik olarak sağlık hizmetleri barışta yürütülen üç basamaklı sistemden farklı olarak Rol-I, Rol-II, Rol-III ve Rol-IV olmak üzere dört seviyede yürütülmesi planlanmıştır. 2016 öncesi planlanan bu dört seviyeli sistem günümüz planlarında da geçerli durumdadır. Aynı zamanda NATO standardizasyon ofisi (NATO Standardization Office) tarafından geliştirilen Tıbbi Destek Doktrininde de (Allied Joint Doctrine for Medical Support) bu seviyeler belirtilmiştir. Türkiye NATO üyesi ülke olması sebebiyle bu standartlara uymak durumundadır (NATO, 2015). Söz konusu bu standartlar aşağıda maddeler halinde verilmiştir:

Rol-I:

- 1) Tıbbi müdahale yeteneği (Rol-I) ulusal bir sorumluluktur ve 1. basamak sağlık hizmeti, uzmanlaşmış ilk yardım, triyaj, resüsitasyon ve stabilizasyon sağlanmasına odaklanır (NATO, 2015).



Resim 2: Birinci Dünya Savaşında Rol-I düzeyinde Yaralıya İlk Yardım Yapan Askeri Sağlık Personeli (History Extra, 2019)

- 2) Rol 1 tıbbi desteğinin ek unsurları genellikle (Department of Defence, 2013):
 - Temel mesleki ve önleyici sağlık konularında emir komuta zincirine danışmanlık yapmak,
 - Rutin, günlük hasta geçit töreni ve ani göreve dönüş için küçük hasta ve yaralı personelin yönetimi ve
 - Bakımın devamında üst düzey tedaviye tahliye için hazırlanması.
- 3) Göreve uygun olarak, tıbbi müdahale yeteneği (Rol-I) ek olarak aşağıdakileri içerebilir (NATO, 2012):
 - Minimum hasta tutma kapasitesi,
 - Bir zayıt toplama noktasından yaralı toplama,
 - Acil dış bakımı,
 - Temel laboratuvar testleri,
 - İlk stres yönetimi.
- 4) Rol-I tarafından sağlanan tıbbi destek, tüm kuvvet personeli tarafından çabucak ve kolayca erişilebilir olmalıdır. Ne zaman bir ulusal bir koşul bu kriterleri karşılayamazsa, ilgili ülkeler arasında genişletilmiş yetenekler veya başka bir koşulun tıbbi kaynaklarından tıbbi destek sağlanmalıdır (NATO, 2019).



Resim 3: Birleşik Devletler Ordusuna Ait Bir HH-60 Tıbbi Tahliye Helikopteri (Hoffman, 2019)

Rol-II;

- 1) İlk cerrahi müdahale yeteneği (Rol-II), yaralı alım / triyajı gerçekleştirilmenin yanı sıra cerrahi müdahalelerde bulunma kabiliyeti olarak nitelendirilir; canlandırma ve şokun Rol-I tesislerinden daha yüksek bir seviyede tedavisidir.
- 2) Rol-II'lerin dağıtımı, özellikle aşağıdaki durumlara bağlıdır (Department of Defence, 2013):
 - Çok sayıda personel ya da çok sayıda zayıt riski vardır.
 - Coğrafi, topografik, iklimsel ya da operasyonel faktörler, tıbbi tahliyeyi, özellikle iletişim hatları genişletildiğinde, tedavi zaman çizelgelerine uymak için bakımın sürekliliğini yüksek seviyelere sınırlayabilir.
 - Gücün büyüklüğü ve/veya dağılımı, tam bir hastane müdahale kabiliyetinin (Rol-III) uygulanmasını garanti etmemektedir.
- 3) İki ana Rol-II tipi vardır (NATO, 2015):
 - Rol-II Temel (Rol-IIB) ve
 - Rol-II Geliştirilmiş (Rol-IIIE).
- 4) “Temel” ve “Geliştirilmiş” terimleri klinik yeteneklerle ilgilidir ve ilgili rolün hareketlilik seviyesini ifade etmez. Göreve ve operasyon gereksinimlerine bağlı olarak, bir Rol-IIB, sabit bir bina veya deniz platformunda olduğu gibi hafif ve oldukça hareketli bir tıbbi tedavi tesisi olarak da kurulabilir. (NATO, 2019)
- 5) Bir Rol-IIB Temel, yaşam, uzuv ve fonksiyon kazandıran tıbbi tedavi sağlamak için hasar kontrol cerrahisi ve acil cerrahi vakalar için cerrahi

prosedürler dâhil olmak üzere cerrahi yetenek sağlamalıdır. Cerrahi yetenek tıbbi zaman çizelgelerinde sağlanmalıdır. (NATO, 2015)

- 6) Bir Rol-III Geliştirilmiş, Rol-II Temel'in tüm yeteneklerini sağlamalıdır, ancak stratejik havadan tıbbi tahliye (AE) için zayıfların dengelenmesi ve hazırlanabilmesi de dahil olmak üzere ek olanaklar ve daha fazla kaynakların bir sonucu olarak ek yeteneklere sahiptir (Sidel ve Levy, 2008).
- 7) Operasyonel gereksinimlere göre, Rol-II tıbbi tedavi tesislerinin bileşimi önemli ölçüde farklılık gösterebilir. Aslında, hiçbirisi tek bir operasyonel alanda aynı şekilde oluşturulamaz. Her ne olursa olsun, belirli bir düzen ile konuşlandırılan her bir Rol-II tesisi, içerdiği yetenek unsurlarına uygun olarak operasyon komutanına bildirilmelidir (NATO, 2019).
- 8) Özel Harekât Kuvvetleri veya bazı denizcilik hareketlerinin desteklenmesi gibi bazı durumlarda, İleri Cerrahi Faktörleri (Forward Surgical Element (FSE)) olarak adlandırılan bu cerrahi modül kapsamında özel bir tıbbi tedavi tesisi sağlanması gerekecektir (NATO, 2019).



Resim 4: Rol-III Seviyesi Özelliklerinde Askeri Sahra Hastanesi

Rol-III;

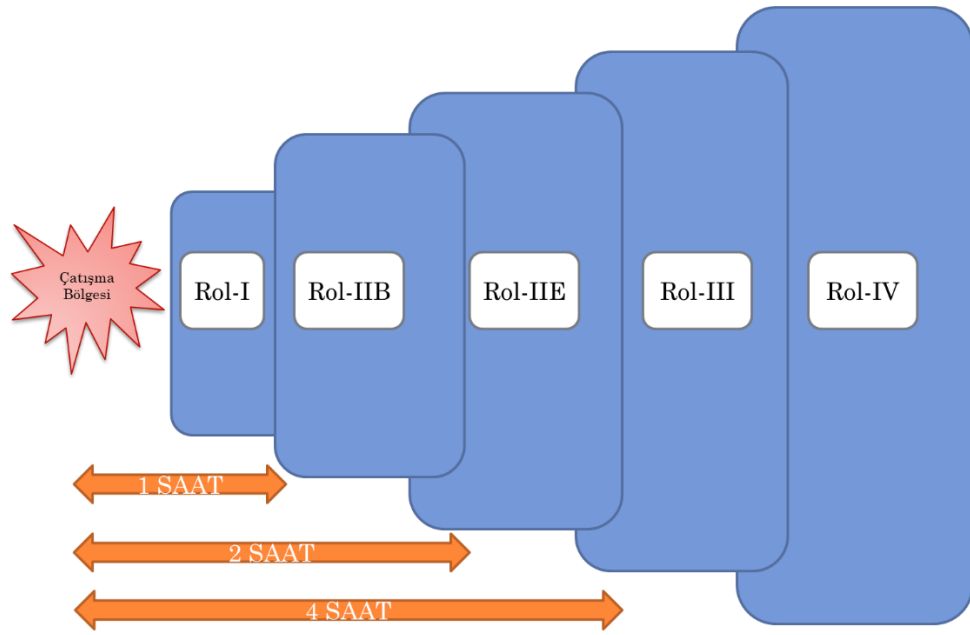
- 1) Hastane müdahale yeteneği, ameliyathane düzeyinde ikincil sağlık hizmeti sunar. Bir Rol-III tesisi, Rol-III tesisinin tüm yeteneklerini sağlamalı ve görev ve ameliyathane gereklilikleri tarafından belirlenen şekilde özel cerrahi, bakım ve ek hizmetler sunabilmelidir (NATO, 2019).
- 2) Görev özelliklerine bağlı olarak, acil tıbbi bakım sağlanmasına odaklanan, çeşitli klinik uzmanlıklara uygun bir görev içerir. Özel tıbbi bakım sağlanması, hastaların kesin bakıma geri gönderilmesi gerekliliğini

sınırlayacak ve gerekirse bu tür bir bakımın sağlandığı durumlarda Rol-IV tesislerin tahliyesi sırasında yeterli hayatta kalma oranını sağlayacaktır (NATO, 2015).

- 3) Rol-III tesislerin klinik yetenekleri ve kapasitelerinin, yeterli tedavi alabilen ve müşterek operasyon alanında ameliyathane politikasına uygun olarak ortak operasyon alanı içinde göreve geri dönebilecek olan hastaların teşhis, tedavi ve tutulmasına izin vermek için yeterli olması gerekir (Department of Defence, 2013).
- 4) Rol-III tesislerinin hareketliliği büyük ölçüde operasyonel senaryoya bağlıdır. Genellikle sadece ameliyathaneye ilk giriş için konuşlandırılabilir olması gerekir ve daha sonra yeniden dağıtım gerektirmez. Bununla birlikte, oldukça hareketli bir operasyonda, kuvveti sürekli olarak desteklemek için Rol-III tesislerini yeniden kullanmak gerekebilir (Naylor ve ark., 2019).

Rol-IV;

- 1) Kesin bir hastane müdahale kabiliyeti (Rol-IV), ameliyathaneye yerleştirilemeyen veya ameliyathanede yapılması çok zaman alacak olan kesin tıbbi bakımın tam spektrumunu sunar (NATO, 2015).
- 2) Rol 4 tesisler normalde kesin bakım uzmanı cerrahi ve tıbbi prosedürler, rekonstrüktif cerrahi ve rehabilitasyon sağlar (NATO, 2019).
- 3) Bu bakım genellikle son derece uzmanlaşmıştır, zaman alıcıdır ve normal olarak yaralının kendi ülkesinde veya başka bir ittifak üyesinin ülkesinde sağlanır. Birçok üye ülkede askeri hastaneler kesin bakım sağlar. Ulusal (sivil) sağlık sisteminin kullanılması başka bir modeldir (NATO, 2012).



Şekil 40:Savaş Halinde Tıbbi Tedavi Tesislerinin Rol Bazında Ayrımı (Durusu, 2019)

Tıbbi Tahliye

1) Askeri harekât sırasındaki kayıpların aktarılması görevi; operasyonel ortam, hava durumu ve tahliye yollarının uzunluğu ve kalitesi gibi faktörlerden etkilenir. Tahliye görevlerinin diğer ihtiyaçlarla birlikte başarılı bir şekilde yönetilmesi, uygun tıbbi tahliye varlıklarının yeterli sayıda ve zamanında temin edilmesini gerektirir. Tıbbi tahliye, yalnızca hastaların/yaralıların tıbbi tedavi tesislerinde gözetim altında hareket etmesi değildir. (Stralen, 2008) Aynı zamanda tahliye sırasında hastaya sürekli tıbbi destek sağlanmasını da içerir. Tıbbi tahliye; deniz, kara ve hava operasyonları için üç kategoride uygulanır (NATO, 2015):

- İleri (yara noktasından ilk tedavi noktasına),
- Taktik (saha içinde),
- Stratejik (saha dışı) tahliye.

2) Tahliye planı, tıbbi ayak izi (varlıkların yeri ve kabiliyeti), zayıyat oranı (zayıyatın yeri ve sayısı) ve sahada tutma politikası (zayıyatın ana üsse tahliye edilmeden önce sahada ne kadar kalacağı) ile ilgili olacaktır. Tahliye planının sağlamlığı, mevcut arıtma varlıklarının miktarına ve kapasitesine bağlıdır. Tahliye planını tasarlarırken aşağıdaki ilkeler uygulanmalıdır (Sidel ve Levy, 2008):

- Zamana Riayet.
- Hazır Bulunma.

- Süreklilik.
- Çokuluslu Birlikte Çalışabilirlik.

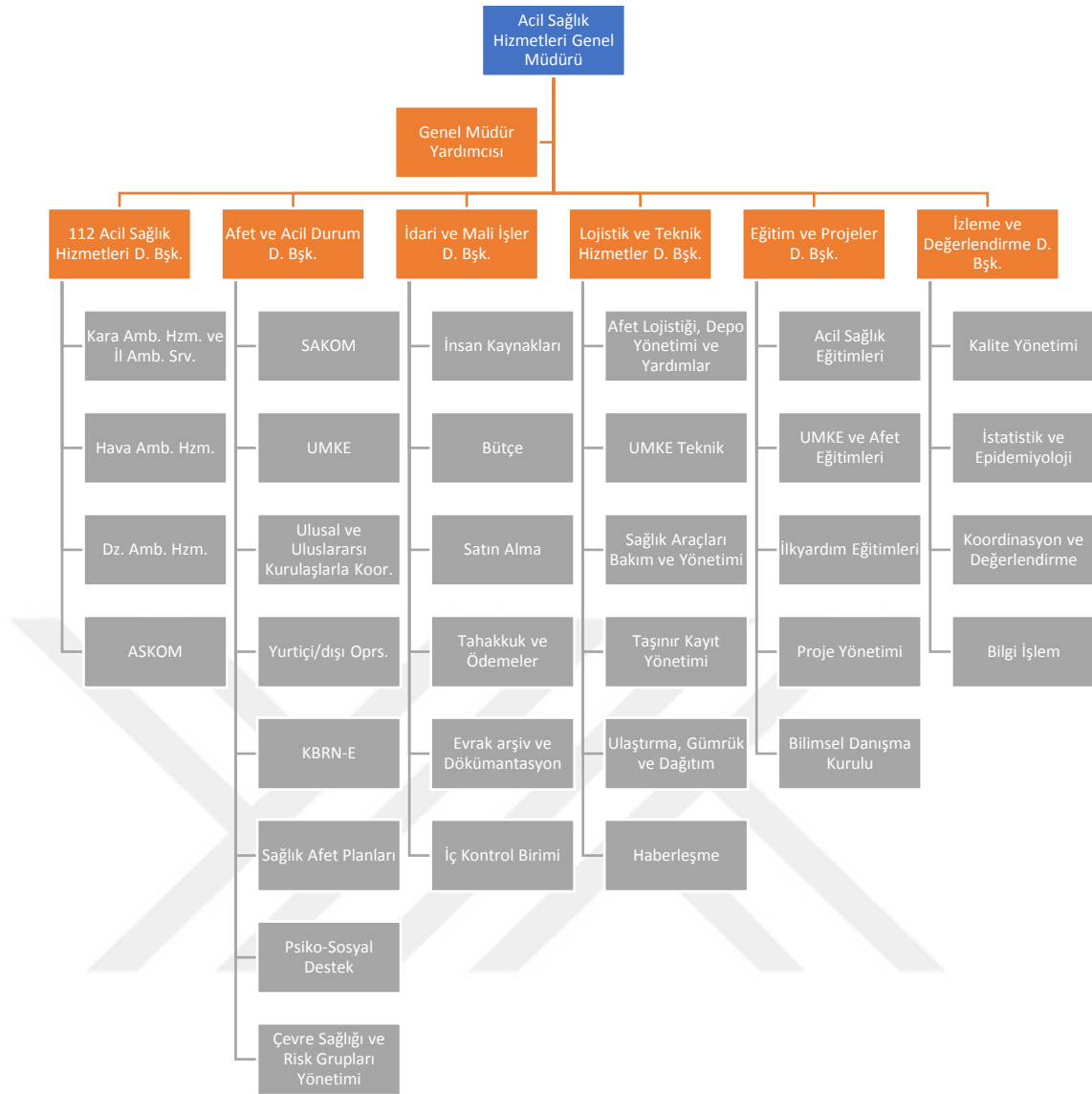
Özellikle acil sağlık hizmetleri kapsamında sivil yaşamda ve askeri olaylarda uygulanan tedavi yöntemleri karşılaşılan vaka tipleri farklılık göstermektedir. Bu tür sebeplerden dolayı ordunun askeri sağlık personeli yetiştirme görevi bulunmaktaydı. Her düzeyde sağlık personeli bulunduran askeri birimler sık sık hizmet içi eğitimlerle bilgilerin tazelenmesini sağlamaktaydı. Askeri bir birim olmasından dolayı da seferberlik ve savaşa yönelik planları hazır ve güncel durumda bulunmaktaydı (Okyay, 2014).

31 Temmuz 2016 tarihli ve 669 sayılı “Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Tedbirler Alınması ve Milli Savunma Üniversitesi Kurulması ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname” kapsamında askeri sağlık birimleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Bunun sonucu olarak savaş anında oluşabilecek farklı tipteki yaralanmalara ilişkin eğitim almış personel Sağlık Bakanlığı bünyesinde görevlendirilmiştir.

4.4. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi

Sağlık Bakanlığının 669 sayılı KHK kapsamında askeri sağlık birimlerinin devri ile seferberlik ve savaş halinde acil sağlık hizmetlerine yönelik nasıl hizmet verebileceği araştırılmıştır.

Günümüzde Türkiye’nin acil sağlık hizmetlerine ilişkin faaliyetleri 2000 yılında yayınlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği kapsamında yürütülmektedir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığının alt birimi olarak kurulmuş olan Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün teşkilat şeması şekil 41’de verilmiştir.



Şekil 41: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması (Sağlık Bakanlığı, 2019)

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün önceki bölümde de anlatıldığı gibi hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde ve hastane acil servislerinde çalışan personel bulunmaktadır. Mevcut durumda buralarda Doktor, Hemşire, Paramedik (Acil Tıp Teknikeri) ve ATT (Acil Tıp Teknisyeni) unvanlı personel hizmet vermektedir. Söz konusu personel profesyonel şekilde acil gelişen vakalara müdahale edebilme yeteneğine sahiptir.

Sağlık Bakanlığı, afetler ve olağandışı durumlara karşı kurumlararası koordinasyonu sağlamak, yaşanacak ölümlere ve sakatlanmaların sayısını en aza indirebilmek için yeteneklerini artırmak amacıyla 2004 yılında "Afetlerde Sağlık Organizasyonu Projesi" hayata geçirilmiştir (Arslan ve ark., 2007).

UMKE

Söz konusu proje kapsamında afetlere ve olağandışı durumlara yönelik gönüllü profesyonel sağlık ekiplerinden oluşan “UMKE” kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı TSHGM, 2011). UMKE ulusal ve uluslararası her türlü olağandışı durumlarda hasta veya yaralıya medikal müdahalede bulunmak amacıyla faaliyete geçirilmiş, özel donanım ve eğitimlere sahip tamamı profesyonel sağlık personelinin oluşturduğu ekiptir. Sağlık Bakanlığınca oluşturulan yönerge kapsamında görev alınır ve tamamen gönüllülük esas alınmaktadır. UMKE ekipleri timlerden oluşmakta ve bu timlerde 2’si doktor 3’ü yardımcı sağlık personeli olmak üzere 5 personel görev almaktadır.

Tablo 8:UMKE Personelinin Mesleklere Göre Dağılımı

MESLEK	SAYI	YÜZDELİK (%)
Doktor	723	31
Ebe-Hemşire	562	24
Sağlık Memuru	640	27
ATT	193	8
Anestezi Tek.	54	2
Lab. Tek.	35	1
Diğer	176	7

(Arslan ve ark., 2007)

Tablo 7’de verilen UMKE personeli meslekleri kapsamında her biri kendi alanında profesyonel olarak görev alan grupların herhangi bir olağandışı duruma yönelik eğitim almadığı bilinmektedir. Lise ve üniversite düzeyinde eğitim almış personelin müfredatlarında alanları ile ilgili bilgiler dışında olağandışı durum ve savaşlarla ilgili eğitim verilmemektedir. Bu personel UMKE’ye katılımının ardından “UMKE Temel Eğitim Modülü” olarak adlandırılan bir eğitim serüvenine girmektedir. Söz konusu bu modüllerin kitap haline getirilerek “UMKE Temel Eğitim Kitabı” adı altında birleştirilmesi kararı 27 Nisan 2012 tarihinde Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne kararlaştırılmıştır (UMKE, 2019). Bu kararlar kapsamında Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne tüm il UMKE’lere gönderilen yazıda kitapta yaracak modüller belirtilmiştir. Bu modüllere Tablo 9’de yer verilmiştir.

Tablo 9: UMKE Temel Eğitim Kitabı Eğitim Konuları

MODÜL	KONULAR
A) GENEL AFET BİLGİSİ MODÜLÜ	Afet ve Olağandışı Durumlara Genel Bakış Eğitimi
	Türkiye Afet ve Kriz Yönetim Sistemi
	Afet ve Olağan Dışı Durumlarda Sağlık Risk Yönetimi
	Afet Epidemiyolojisi Eğitimi
	UMKE Görev Tanımları
	Afetlerde Adli Boyut
	Afet Lojistiği Eğitimi
B) PSİKO SOSYAL DURUMLAR EĞİTİMİ MODÜLÜ	Afetler İlgili Ulusal ve Uluslararası Kuruluşlar
	Sahada Etik Davranış ve Kültürel Özellikler Eğitimi
	Afet Ortamında Ekip Çalışması ve Yönetimi
	Stres ve Çalışma Yönetimi
	Liderlik ve Motivasyon Yönetimi
C) AFET VE OLAĞAN DIŞI DURUMLAR MÜDAHALE EĞİTİMİ	Afet Psikolojisi Eğitimi
	Afet ve ODD Olay Yeri Güvenliği Eğitimi
	Afetler Sağlık Yönetimi
	Afetlerde Çevre Sağlığı Hizmetleri
D) TIBBİ MÜDAHALE BİLGİSİ MODÜLÜ	Afetlerde Barınma, Beslenme, Hijyen ve Psiko-Sosyal Hizmetler Eğitimi
	Medikal Müdahaleler Eğitimi
	İlkyardım Eğitimi Modülü
	Temel ve İleri Yaşam Desteği Eğitimi
	Alternatif Ateller ile Hasta/Yaralı Sabitlenmesi, Sedyeleme ve Taşıma Teknikleri Eğitimi
E) SAHA EĞİTİMLERİ MODÜLÜ	Çoklu Yaralanmalı Kazalara Müdahale Eğitimi
	Ezilme (Crush) Yaralanması Eğitimi
	Temel Kampçılık, Afet ve ODD'lerde Hayatı İdame Ettirme ve Fiziki Kondisyon Eğitimi
F) GELİŞTİRME EĞİTİMLERİ MODÜLÜ	Haberleşme Teknikleri
	Dağ ve Karda Medikal Müdahale Eğitimi
	Suda Medikal Müdahale Eğitimi
	Havadan Hasta/Yaralı Tahliyesi Eğitimi
	KBRN Atakları ve Endüstriyel Kazalar Eğitimi

(Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi, 2019)

Olağandışı durum gerçekleştiğinde hasta veya yaralıya zamanında müdahale edilemediği ya da sevk aracına taşınırken modern tıp tekniklerinin kullanılmaması durumlarında hayati sorun haline gelen kalıcı sağlık sorunlarının (sakatlık, ölüm vb.) ortaya çıkmasına neden olabilir (Günaydın ve ark., 2017).

Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi (SAKOM)

Mevzuatta “Bakanlık ve illerde kurulan, afet ve olağan dışı durumlarda koordinasyonun sağlanacağı birimlerdir.” olarak tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı TSHGM, 2011).

Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan merkez, illerde bulunan kriz merkezleri ve kriz masalarına doğru bilgi akışının sağlanması, kriz anında sağlık hizmetlerinin zamanında sağlanabilmesi ve kesintiye uğramaması, krize müdahalede bulunan diğer kurum ve kuruluşlarla koordinasyonu sağlanabilmesi amacıyla kurulması gerekli görülmüştür. Gerçekleşen olağandışı durumla ilgili bilginin bakanlık SAKOM’a ve valiliklere bildirilmesinde ve ildeki sağlık merkezlerini ve diğer kurum ve kuruluşları koordine eden görevli makam illerde bulunan SAKOM’lardır.

Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetlerinin Uygulanma Modeli

Genel bilgiler bölümünde Anglo-Amerikan ve Franko-German modeli detaylı bir şekilde anlatılmıştır. Türkiye’de de son yıllarda Anglo-Amerikan modeline yoğun şekilde geçiş söz konusudur. Eski yıllardan farklı olarak ambulans ekiplerinde hekim ve hemşirelerin yerini daha çok Paramedik ve Acil Tıp Teknisyenleri almıştır. Ambulans hizmetleri illerde “doktorlu ekip” ve “doktorsuz ekip” olarak ayrılmış durumdadır. Kitlesele yaralanmalar ve ciddi olaylarda sayısı oldukça az olan doktorlu ekip yönlendirilmektedir. Anglo-Amerikan modeline geçiş sağlayarak ambulans sürücüleri artık mesleği şoför olan kişilerden seçilmekte, bu sürücülük kabiliyetinde avantaj sağlarken, ekip donanımı noktasında dezavantaj sağlamaktadır.

Türkiye’nin hastane acil servislerinin donanım ve kalite yönünden üst düzeye ulaşmış olması Anglo-Amerikan modeline geçişte kolaylık sağlamaktadır. Bu modelin hastane acil servislerinin etkinliğinin artırılması yönünde sistemimize faydası olacaktır. Ancak ambulanslarda çalışan personelin olağandışı durumlara yönelik kabiliyetlerini teorik ve pratik yönden zayıflatmaktadır.

4.5. Suriye Krizinde Türkiye'nin Acil Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bulguları

669 sayılı KHK kapsamında askeri sağlık birimlerinin ve askeri sağlık personelinin Sağlık Bakanlığı bünyesine devredildiği 2016 yılında Suriye'de yaşanan iç savaş devam etmekteydi. Buraya müdahalede bulunan TSK'nın sağlık ile ilgili ihtiyaçları kendi bünyesinde bulunan asker hastaneler ya da tıbbi tedavi tesislerinden karşılandığı ifade edilmektedir. Ancak Temmuz 2016 tarihinde yürürlüğe giren KHK ile sağlık birimlerinin devredilmesi sonucu daha önce doğal afetler dışında olağandışı durumlara müdahalede bulunmamış Sağlık Bakanlığı harekâtın sağlık ayağından sorumlu hale gelmiştir.

Sağlık Bakanlığı sınır dışında özellikle acil sağlık hizmetleri kapsamında çalışmıştır. Bu görevi yürütmekte de UMKE gönüllülerine görev verilmiştir. Gerçekleştirilen hizmetler askerî harekâtla koordineli olarak ilerlemiştir. Suriye'nin iç bölgelerine girildiğinde askeri personelden farklı olarak zarar gören sivil halka da hizmet vermeye başlanmıştır. Suriye'de Sağlık Bakanlığı tarafından 112 acil sağlık komuta koordinasyon merkezi ve hastane açılmış ve UMKE personelinin hizmet vermesi sağlanmıştır. (Koparan ve Kako, 2019).

Eylül 2016 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından açılan Cerablus Hastanesi günlük ortalama 1.400 civarında hastaya hizmet vermektedir. Hastane açıldığından Haziran 2018 tarihine kadar 96.500 acil vakası, 600 bin hasta muayenesi, 6.350 ameliyat ve 5.020 doğum vakası gerçekleştirilmiştir. Ayrıca hastanelerden farklı olarak halkın kolay ulaşabileceği sağlık merkezleri de hizmete açılmıştır (Aslan, 2019).

5. TARTIŞMA

Yapılan incelemeler sonucunda NATO tarafından standardize edilmiş müdahale şekilleri Türkiye açısından yol gösterici durumdadır. Ancak Türkiye’de askeri sağlık sistemlerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesi, bu standartların uygulanma boyutunu farklılaştıracağı değerlendirilmektedir. Bunun ana sebebi ise özellikle acil sağlık hizmetlerinin yaşandığı Rol-I ve Rol-II aşamasında çatışma bölgelerinde personelin tecrübesizliğinden kaynaklanacağı belirlenmiştir.

Aynı zamanda uygulamaya yönelik stratejilerin belirlenmesinde, Türkiye’nin coğrafi açıdan içinde bulunduğu durum göz önüne alınarak sağlık yönünden tehditler belirlenmelidir. Bu tehditlere ilişkin acil sağlık ve diğer sağlık hizmetlerinin teknolojik açıdan güncellenmesi ve önlemlerin alınması gerektiği anlaşılmıştır.

İlgili KHK kapsamında askeri sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlık’ına devrilmeden önce askeri sağlık hizmetleri diğer kuvvet komutanlıkları gibi Genelkurmay Başkanlığına bağlı bir şekilde hizmet vermekteydi. Şekil 37’de gösterildiği gibi askeri sağlık hizmetleri ile ilgili tüm işlemler TSK Sağlık Komutanlığınca yürütülmekte olduğu tespit edilmiştir.

Özellikle Şekil 34’te verilen askeri sağlık bilimleri ile ilgili okullarda okuyan öğrencilerin askeri operasyonlar ve savaş hali kapsamında gerçekleştirebilecek travmalara ve cerrahiye yönelik eğitim almakta ve bunları meslek yaşantısı boyunca gerek askeri harekâtlarda gerekse de hizmet içi eğitimlerde konu ile ilgili uzmanlık derecesine sahip olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda eski askeri sağlık yapılanmasının eğitim-öğretim ve sağlık personeli yetiştirmeye önem verdiği görülmektedir.

Barış haline yönelik askeri sağlık hizmetleri NATO standartları kapsamında kuvvetlere bağlı olarak bulunan sıhhiye taburlarından başlayarak TSK Sağlık Komutanlığına bağlı GATA koordinesinde olan eğitim araştırma hastanelerinde sonlanmaktadır. Bu araştırma da incelenen ABD, Almanya ve Fransa’nın askeri sağlık hizmetlerine yapı yönünden çok küçük farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Ancak TSK Sağlık Sisteminin sınır dışı ve uluslararası insan, yardım operasyonlarında oldukça sık görev aldığı bilinse de sahra hastanelerinde verilen sağlık hizmetlerinin geliştirilemediği tespit edilmiştir (Okyay, 2014).

TSK Sağlık Hizmetlerinin seferberlik ve savaş haline yönelik planları NATO standartları kapsamında 2016 öncesi ve sonrası planlarında da dört seviyeden (Rol-I -

Rol-IV) oluşmaktadır. NATO Standardizasyon Merkezi tarafından belirlenen bu standartlarda; özellikle Rol-I ve Rol-II aşamasında acil sağlık hizmetleri ile ilgili teorik ve pratik bilgilere sahip olunması gerektiği anlaşılmaktadır. Bu kapsamda 2016 öncesi yapılanmada Askeri Sağlık/Tıp Akademisi/Enstitüsü ve eğitim araştırma hastanelerinde harekât ve savaş sahası sağlık hizmeti desteği vermeye yönelik eğitimlerin verildiği, sonrasında ise sağlık hizmetinin verildiği Lise/Üniversite birimlerinde ve meslekte hizmet içi eğitimlerde bu konularla ilgili eğitimlerin bulunmadığı tespit edilmiştir.

TSK sağlık hizmetlerinde görev alan askeri hastaneler, eğitim kurumları ile 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri Sağlık Komutanlığınca tek elden yürütüldüğü tespit edilmiştir. Buna istinaden 2016 öncesinde askeri sağlık hizmetlerinin askeri disiplinde yönetilmesinin de etkisi ile güçlü bir hiyerarşik yapıda olduğu tespit edilmiştir. Bu yönetim şeklinin askerî harekâtlarda askeri personelin yönetiminde kolaylık sağlasa da yeni yapılanma ile sivil sağlık personelinin yönetilmesinde bazı sorunlar yaşanacağı değerlendirilmektedir.

Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı'na devredilen birimlerin askerî harekâtlar ve savaşlarda yönetim biçimlerinin ve görev alacak birimlerin belirlenmesinde bu çalışma literatürdeki boşluğu doldurması hedeflenmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın mevcut yapılanmasında savaş ve askerî harekâtlara yönelik bir birim bulunmamaktadır. Özellikle bu çalışmanın da konusu olan Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde savaş ve operasyonlara yönelik mevcut bir birim yoktur. Ancak buna en yakın olarak Afet ve Acil Durum Daire Başkanlığı bünyesinde bulunan birimlerin bu konuda uzun soluklu eğitim almaları halinde uzman bir şekilde görev alabilecekleri değerlendirilmektedir.

Bakanlığın mevcut yapısında bulunan SAKOM'lar seferberlik ve savaş halinde kurumlararası iletişimi ve ekipler arasındaki haberleşmeyi kolaylaştırabileceği tespit edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nın son dönemlerde yoğun bir şekilde Anglo-Amerikan modeline geçişi söz konusudur. Bu modelin uygulanması Türkiye'de acil sağlık hizmetlerinin modern bir seviyeye ulaştığının bir göstergesidir. Ancak bu model acil sağlık personelinin özellikle sahada yaptığı işlemlerde körelmesine sebep olan bir modeldir. Seferberlik ve savaş halinde uygulanacak sağlık hizmetlerinde NATO

standartlarında bilhassa Rol-I ve Rol-II safhasında hasta veya yaralıya sahada uygulanacak acil sağlık hizmetlerine büyük önem verildiği görülmektedir. Bu kapsamda acil sağlık personelinin sahada uygulanması gereken ileri acil sağlık hizmetlerindeki yeteneğini artırması gerekmektedir.

669 sayılı KHK kapsamında askeri sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi sonrasında gerekleŖen iki askeri harektta Sağlık Bakanlığı birimleri görev almıŖtır. Söz konusu harektların bölgesel olması ve savaŖ büyüklüğünde olmaması bir karmaŖaya sebep olmamıŖtır. İki harektta da görev alan birimler UMKE gönüllüleri olmuŖtur. Askeri operasyonlar açısından sistemin yürütülebildiği tespit edilmiŖtir.

Türkiye'nin sağlık yapısı incelendiğinde sağlık personelinin ve tesislerinin, altyapı ve kabiliyetlerinin oldukça ileri düzeyde olduğu tespit edilmiŖtir. Askeri sağlık hizmetleri 669 sayılı KHK kapsamında yürürlükte olmadığından dolayı söz konusu KHK öncesindeki yapı incelenmiŖ ve diğer ülkelerdeki yapıya benzer bir yapı olduğu, NATO standartlarını karŖıladıđı görülmektedir. KHK sonrasında ise seferberlik ve savaŖ haline yönelik iŖletilecek askeri sağlık hizmetlerinin NATO kapsamında belirlendiği ve bu standartların yürütülmesi Sağlık Bakanlığının Ŗu anki yapısı ile mümkün olmayacağı değerlendirilmektedir.

Suriye krizinin yaŖandıđı ve askerî harektların gerekleŖtirildiđi dönemde Sağlık Bakanlığı bölgede yaŖayan sivillere sağlık hizmeti sađlamıŖtır. Özellikle acil sağlık hizmetlerinin sağlanması noktasında bölgeye 112 komuta kontrol merkezi ve birçok bölgeye hastaneler aılmıŖtır. Bakanlığın bölgede acil sağlık hizmetleri üzerinde yođunlaŖtıđı belirlenmiŖtir.

SavaŖ halinde savaŖan kuvvetlerin zinde kalmasını sağlamak ve hasta/yaralıların tedavilerini sağlamanın savaŖı kazanmakta büyük öncelik olacağı tespit edilmiŖtir. Ülkelerin savaŖlarda ve askeri operasyonlarında görev alan silahlı kuvvetleri ve askeri sağlık hizmetleri ülkelerin bulunduğu jeopolitik konum, tehditleri, ideolojileri, sosyoekonomik durumu gibi unsurlara göre farklılık göstermektedir.

ABD Silahlı Kuvvetlerine bağlı olarak hizmet veren sağlık birimlerinin özellikle barıŖ döneminde öncelik verdiği sistem askerler, yakınları ve gazilerinin kesintisiz hizmet almasını sağlamaktır. Bu bireylerden farklı olarak gerekli grldğu takdirde sivil halkta bu sistemden yararlanabilmektedir. BarıŖ döneminde yürütülen bu sistemin

işletilmesi direkt olarak Savunma Bakanı'na bağlı ilgili bakan yardımcısı tarafınca yürütülmektedir. Bu da asker ve yakınlarının tedavilerine ne kadar önem verdiklerinin bir göstergesidir.

Savaş haline yönelik olarak da her kuvvetin altında birbirinden bağımsız olarak yapılanan sağlık teşkilleri bulunmaktadır. Bunlar savaş ve askeri operasyonlarda NATO standartları kapsamında hizmet vermektedir. ABD'nin mevcut yapısı ile yürütmekte olduğu sistemi son yıllarda özellikle Orta Doğu ve Orta Asya üzerindeki operasyonlarında kullanma fırsatı bulduğu ve bu sayede birçok askerini ciddi yaralanmalardan kurtardığı görülmüştür.

Şekil 32'de verilen şemada Alman Silahlı Kuvvetlerinde Sağlık Komutanlığı'nın diğer kuvvetler gibi Savunma Bakanı'na bağlanması askeri sağlık hizmetlerine verdiği değerin göstergesidir. Almanya askeri sağlık hizmetleri yapılanması savaş ve askeri operasyonlara daha fazla önem verdiğini göstermektedir. Bünyesinde yetiştirdiği personel çeşitliliği ve eğitim alaylarının fazlalığı eğitime büyük bütçe ayırdığı tespit edilmiştir.

Fransız Silahlı Kuvvetlerinde de Almanya'da olduğu gibi direkt olarak Savunma Bakanına bağlı Askeri Sağlık Hizmetleri görülmektedir. Fransa askeri sağlık hizmetleri özellikle bilime ve araştırmaya verdiği önemle sürekli bir gelişim gösterdiği anlaşılmıştır. Savaşa ve operasyonlara yönelik sağlık hizmetleri NATO standartları kapsamında dört seviyeden oluşmaktadır. Sivil acil sağlık hizmetlerinde uygulanan Franko-German modelinin özellikle savaş halinde Rol-I düzeyinde uygulamaya konulduğu bunun için savaş öncesinde eğitime büyük önem verdiği tespit edilmiştir.

Bu çalışmanın model önerisini oluşturan organizasyon yapısı, proje tipi matrix ve şebeke organizasyon yapısı ile oluşturulmuştur. Faaliyet gruplarının oluşturulmasında proje tipi matriks organizasyon modeli temel alınmıştır. Faaliyet gruplarında görev alacak kurum ve kuruluşların bağlantısının sağlanmasında ise şebeke organizasyon yapısı temel alınarak oluşturulmuştur.

Model önerisinin faaliyet gruplarının bağlantısında kullanılan proje tipi matriks organizasyon yapısının temel alınmasının amaçları:

- Kaynakların verimli kullanılması,
- Çevre koşullarına kolay uyum sağlayan esnek yapısı,

- Karar verme sürecinin hiyerarşik karar verme sürecine oranla daha demokratik ve katılımcı olması,
- Farklı kurumların bir arada çalışmasını sağlayacak alt yapısı olması,
- Belirli konular üzerinde farklı kurumlarla çalışacak personelin farklı görüşleri değerlendirerek personelin gelişimini sağlamaktadır.

Farklı kurumların bir arada çalışması, gerçekleştirilmesi planlanan görevler neticesinde aynı dili konuşmalarını gerektirmektedir. Proje tipi matris organizasyon yapısı ile oluşturulan model önerisinde üst düzey kurumsal yöneticiler yani fonksiyonel yöneticiler ve konu bazında oluşturulan faaliyet gruplarının lider kurumları yani proje yöneticileri belirlenmiştir. Bu kapsamda kurum ve kuruluşların birbirleri ile ortak dili konuşmaları, konular bazında mümkün olmaktadır. Ayrıca karar alma sürecinde bürokrasiye takılmadan hızlı kararlar alınarak aksiyon alınması sağlanacaktır.

Faaliyet grupları arasındaki yönetim şekli şebeke organizasyon yapısı olarak belirlenmiştir. Bunun temel sebebi kurumların birbirlerinden bağımsız ve kendi uzmanlaştıkları alanlarda çalışmalarını sağlamaktır. Ayrıca bu organizasyon yapısının oluşturulması sayesinde kararlar hızlı bir şekilde alınacak ve faaliyet bir an önce tamamlanacaktır.

Şebeke organizasyon yapısının kullanılmasının bir nedeni ise Türkiye’de kamu kurum ve kuruluşları yapısı itibari ile birbirleri arasında hiyerarşik bağlantı söz konusu değildir. Paydaş kurum ve kuruluşlar ortak bir konu üzerinde çalışacakları zaman aralarında sözleşme imzalamak durumundadırlar. Sözleşmelerin yürütülmesinden sorumlu koordinatör kurum işlemlerin takibini yürütmekle sorumludur. Bütün paydaş kurumların birbirleri ile iletişim halinde olmasına gerek kalmadan işlemler tamamlanmış olur.

Geleneksel yönetim hiyerarşik yapılarda yukarıdan aşağıya doğru tek yönlü emir komuta zinciri mevcuttur. Şebeke organizasyon yapılarında sınırların tam anlamıyla çizilemediği, iş birliğinin ve ilişkilerin karşılıklı olduğu dinamik bir yapı mevcuttur. Bu kapsamda şebeke yapılar birçok alanda geleneksel yapıdan faydalı görünmektedir.

Şebeke organizasyonlar yönetim şekli ve organizasyon yapıları itibari ile genel bilgiler bölümünde de anlatıldığı gibi ikiye ayrılmaktadır. Bu çalışmanın modelinin oluşturulmasında dış/harici şebeke yapı kullanılmıştır. Bunun sebebi dış şebeke

yapılar iç/dâhili yapıdan farklı olarak paydaş işletmelerle çalışmayı desteklemektedir. Bu kapsamda merkezi işletme asıl uzmanlıkları dışında kalan alanlarından çekilmekte ve bu icraların öz uzmanlık alanları olan farklı işletmelere devretmektedir. Bu sayede hizmetin kalitesini arttırmakta ve yalınlaşarak, sabit giderleri önemli ölçüde azaltmaktadır. Acil sağlık hizmetleri konusu itibari ile Sağlık Bakanlığının hâlihazırda yürüttüğü bir faaliyettir. Ancak seferberlik ve savaş hali devreye girdiğinde bakanlığın mevcut yapısı o haldeki ihtiyaca elverişli olmayacaktır. Bu kapsamda bakanlığın yardım alması gerektiği konular ilkeler halinde tespit edilmiş ve bu ilkeler doğrultusunda alanında uzman kurumlarla işbirliğine gidilmesi önerilmiştir. Dış paydaşlarla işbirliği içinde olunması ve farklı uzmanlık alanlarını kapsaması sebebiyle harici şebeke yapısı tercih edilmiştir.

Dış/harici şebeke yapısı kendi içerisinde ikiye ayrılmaktadır. Dengeli ve dinamik yapıların arasından ki temel farklılık, dengeli yapıda lider bir işletme var merkezi yapı ile işletmelerin koordinasyonunu sağlanmaktadır. Dinamik yapıda ise işletmeler arasında faaliyetleri koordine eden lider bir işletme bulunmamaktadır. İşletmeler her biri kendi uzmanlık alanlarında çalışmakta ve yönetimi merkezi bir otorite tarafından değil, aracı bir işletme tarafından yürütülmektedir. Bu kapsamda model önerisinde dinamik yapının kullanılması kararlaştırılmıştır. Bunun temel sebebi merkezi bir otoritenin bulunmaması ve kurumların kendi uzmanlık alanlarında çalışmalarını sağlamaktır. Ayrıca dengeli şebeke organizasyonun kullanım alanları daha çok merkezi otorite olan büyük işletmelerin küçük işletmelerle çalışması şeklindedir. Dinamik yapılar ise büyük işletmelerden oluşturduğu, kurumların sürekli değişiklik gösterebileceği bir organizasyon yapısıdır.

Faaliyet gruplarında çalışmalarını sürdürecektür kurum ve kuruluşlar taşra yapılanmalarında da diğer kurum ve kuruluşlar ile olan ilişkilerini, merkezi yapıda olduğu gibi dinamik şebeke organizasyon yapısı ile sağlayacaktır. Faaliyet gruplarında görev alacak kurum ve kuruluşların kendi teşkilatı içerisinde yönetim organizasyonları merkezi ve taşra yapılanmalarında farklılıklar göstermektedir. Bu farklılık yapılacak işlerin düzeyleri belirlemek ve hiyerarşik yapının korunması açısından önem arz etmektedir. Söz konusu yapının sağlanabilmesi için stratejik organizasyon yapısı kullanılmaktadır. Stratejik organizasyon yapısında 3 aşama bulunmaktadır. Bunlar; stratejik organizasyonlar, taktik organizasyonlar ve operasyonel organizasyonlar olarak ayrılmaktadır. Faaliyet gruplarında yer alan kurum ve kuruluşlar konuya ilişkin

işin nasıl yürütülebileceğiyle ilgili strateji belirlemekle görevlidir. Bu kapsamda gruplarda görev alan merkezi yapılanmalar stratejik düzeye sahip kurum ve kuruluşlardır. Bu stratejiler doğrultusunda kurum ve kuruluşların ilgili birimlerince hazırlanan kurumsal planlar taktiksel organizasyonların faaliyeti kapsamında hazırlanmaktadır. Faaliyet gruplarında görev alan kurum ve kuruluşların merkezi birimleri veya bölge yapılanmaları tarafından taktiksel organizasyona sahiptir. Belirlenen stratejiler ve taktiklerin uygulamaya koyulması noktasında kurum ve kuruluşların taşra teşkilatları operasyonel organizasyon anlayışı ile yönetilmektedir. Merkezi ve taşra yapılanmalarındaki organizasyonların temel nedeni yapılacak işlerin farklılığındandır.

Model önerisinin organizasyon şeması belirlenirken öncelikle seferberlik ve savaş halinde acil sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sağlanabilmesi maksadıyla yapılacak işlemlere yönelik ilkeler belirlenmiştir. Bu ilkeler maddeler halinde verilmiştir:

- Planlama
- Lojistik
- Ulaşım
- İletişim
- Eğitim
- Operasyon

Bu ilkeler kapsamında acil sağlık hizmetlerinde görev alması gereken kurum ve kuruluşlar belirlenmiştir. Belirlenen kurum ve kuruluşlar faaliyet gruplarının her birinde farklı görevlerde çalışmaktadır. Faaliyet gruplarının yönetiminden ve alınan kararların onayında matris organizasyon yapısı gereğince belirlenmiş yönetici kurumlar vardır. Bu yönetici kurumlar acil sağlık hizmetlerini temsilen Sağlık Bakanlığı, seferberlik ve savaş halini temsilen Milli Savunma Bakanlığı, acil durumların yönetimini temsilen AFAD Başkanlığıdır. Faaliyet gruplarında alınan kararlardan ve yapılan işlemlerden yönetici kurumları bilgilendirmesi amacıyla dinamik şebeke organizasyonun da yapısı gereği aracı kurumlar belirlenmelidir. Bu çalışmada aracı kurumlara ilişkin bilgi verilmemiştir. Yapılan faaliyetlere ilişkin kurumların görevlerinin değişmesinden dolayı bu aracı kurumlar yönetici kurumlar tarafından belirlenmesi önerilmektedir.

Faaliyet gruplarında bulunan kurumlar arasında dinamik şebeke organizasyon yapısına yönelik bir organizasyon şeması oluşturulmuştur. Bütün gruplarda organizasyon şeması aynıdır. Grupların işleyişleri ve faaliyet alanlarına yönelik olarak yönetim modelinde verilen kurumların alt birimleri sunulmuş olup verilmeyen birimlerin konuyla ilgili birimleri olduğu takdirde model önerisine eklenebilir.

Söz konusu model önerisinin oluşturulduğu organizasyon modelleri kapsamında sistemin getirdiği artılar ve eksiler incelenebilmektedir. Bu kapsamda proje tipi matriks organizasyon yapısı ve şebeke organizasyon yapısı kullanıldığında sistemin artıları:

- Bu çalışmanın hayata geçirilmesiyle alanında uzmanlaşmış olması kaynakların verimli kullanılmasını sağlayacaktır. Ayrıca şebeke organizasyonun bir işlevi olan uzmanlık farklılıkları sayesinde her bir kurumun kendi konusundaki başarısının artmasını sağlamakta ve dolayısıyla işletmeler icracı oldukları işlemlerde farklı platformlarda da gerçekleştirerek daha da uzmanlaşma fırsatı kazanmaktadır.
- Model, hızlı değişen hükümet sistemlerine karşın işlemlerin yürütülmesinde esneklik kazandırmaktadır. Bunun yanında kurumların, ihtiyaç taleplerini karşılama hızlarını arttıracak ve daha hızlı, etkin karar verebilmeyi sağlayacaktır.
- Çalışmanın konusu olan, acil sağlık hizmetleri ülke çapında organizasyonun ve koordinasyonunun sağlanması zor bir konudur. Ayrıca seferberlik ve savaş halinde acil sağlık hizmetleri düşünüldüğünde sıkı şekilde hazırlanmış kaliteli bir acil sağlık sistemi olmalıdır. Bu sebeplerden dolayı özellikle kriz durumlarına yönelik olarak hazır bir acil sağlık sistemi tek bir kurum tarafından yürütülemeyecek kadar teknik, karmaşık ve büyük bir faaliyettir. Bu model sayesinde böylesine büyük bir faaliyetin icra edilmesi kolaylaşacaktır. Bu gibi karmaşık ve büyük faaliyetlere bu model uygulanabilir.
- Birçok kurumun bir arada çalışması kurumsal gelişimlere de yol açacaktır. Kurumların gelişmiş bilgisayar ve haberleşme teknolojilerini kullanmaları yönünde teşvik etmektedir. Modelin bir yapısı olan şebeke oluşturma sayesinde global dünyanın gerekli kıldığı bir takım haberleşme ihtiyacına cevap vermektedir.

- Seferberlik ve savaş haline yönelik bir yönetim ve koordinasyon modeli olması sayesinde ülkede kaynak sıkıntısı çekilen ürünler ve ham maddelerin tespit edilmesi sağlanacaktır. Bu kapsamda temininde güçlük çekilen söz konusu ürün ve ham maddelerin ülkemizde üretilmesi ve çıkarılması için ilgili makamlarla çalışılmasını sağlayacaktır.
- Faaliyet gruplarında yer alan personelin, başka kurumlarda çalışan kişilerin ileri sürdükleri farklı fikir ve görüşleri değerlendirerek ve analiz ederek gelişimine katkı sağlamaktadır.

Model önerisinin organizasyon yapısına ilişkin eksiler:

- Proje tipi matriks organizasyon yapısının bir sorunu olan kişilerin performansının ölçülmesi sorunu, iki amire bağlı olan personelin performans değerlendirmesi noktasında uzmanlık bilgisine ne derece sahip olduğu konusunda açıklık vardı. Ancak söz konusu sorun bu çalışmada şebeke organizasyon yapısının devreye girmesiyle birlikte personelin uzmanlık bilgisi ve performans değerlendirmesi kendi amiri tarafından yapılabileceğinden bu sorun aşılmaya çalışılmıştır.
- Birçok paydaş kurumun bir arada çalışmasının bir sonucu olarak çatışmalara açık bir sistem haline gelmiştir. Bu sorunun aşılması noktasında aracı kurum ve kuruluşların iletişim ve ikna yöntemlerinde güçlü olması gerekmektedir. Ayrıca aracı kurumların üst yönetim kurumlarına konuları başarılı aktarması da bu sorunun aşılmasında bir çözüm yolu olacaktır.
- Paydaş kurumlar arasında haberleşmenin kopması alınan kararların ve faaliyetlerin sekteye uğramasına sebebiyet verecektir. Bu kapsamda çalışmalarını ilgilendiren her türlü karar ve değişimlerin en kısa sürede ilgili tüm personele aktarılması gerekmektedir.
- Gruplarda alınacak kararların icra edilmesi kapsamında, seferberlik ve savaş hali durumu tartışılmasından dolayı faaliyetlerde görev alacak kurum ve kuruluşların farklı coğrafi bölgelerde yer alması planlamayı ve koordinasyonu güçleştirmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bir ülkenin askeri acil sağlık hizmetlerine yönelik öneride bulunurken o ülkenin bazı önemli kriterlerine dikkat edilmesi gerekmektedir. Bunlar:

- Ülkenin coğrafi yapısı,
- Ülkenin jeopolitik konumu,
- Ülkenin sosyoekonomik durumu,
- Ulusal sağlık sisteminin mevcut durumu ve altyapısı,
- İç ve dış tehditler, ideolojisi,
- Savunmaya ve sağlığa verilen değer vb. olarak değerlendirilebilir.

Bu kriterler dikkate alınarak bu tez çalışmasında model önerisi oluşturulmuştur.

Türkiye'nin bulunduğu jeopolitik konumunun etkisi ile savaşa yönelik birçok tehdidi bulunmaktadır. Özellikle acil sağlık hizmetlerinin yapısını etkileyecek bu tehditlere yönelik sağlık personelinin profesyonel düzeyde eğitim alması gerektiği belirlenmiştir. Söz konusu personelin eğitimleri 2016 öncesi askeri sağlık eğitim birimlerinde verilmekteydi. Ancak bu tarihten sonra bu eğitimleri veren herhangi bir yapı bulunmamaktadır. Buna yönelik olarak öncelikle profesyonel sağlık personelinin seferberlik ve savaş haline yönelik eğitim alması gerektiği anlaşılmıştır. Seferberlik ve savaş halinin ulusal bir kriz yönetimi olduğu ve kaos ortamı olmasından dolayı birçok kurumun koordineli bir şekilde çalışması gerekmektedir.

Bu çalışma kapsamında önceki bölümlerde edinilen bilgiler ışığında seferberlik ve savaş halinde acil sağlık hizmetlerinin kesintisiz ve kaliteli bir şekilde sunulması için model önerisinde bulunulmuştur. Öncelik olarak modelde seferberlik ve savaş haline yönelik acil sağlık hizmetlerinin temel ilkeleri belirlenmiş ve bu ilkeler üzerine model önerisinde çalışma grupları oluşturulmuştur. Bu gruplarda görev alması gereken kurum ve kuruluşlar tespit edilerek şebeke organizasyon modelinin dinamik şebeke organizasyon türüne uygun olarak yerleştirilmiştir. Bu yapı sayesinde seferberlik ve savaş haline yönelik acil sağlık hizmetlerinde görev alacak tüm kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu kolaylaştıracaktır. Ayrıca kalifiye personelin müdahalesi ile gerek operasyon bölgesinde gerek sivil alanda sağlık hizmetleri ve lojistiği kesintisiz sağlanacaktır.

TSK'nın yeni düzenleme ile çoğu operasyonlarında hizmet alımına gitmesi ile sivil kurum ve kuruluşlar ile çalışması gerekecektir. Önerilen modelde matriks ve şebeke organizasyon modelinin dengelenmiş olması sivil ve askeri kurumların ortak çalışmalarında kurumların etkin olması ve uzmanlık alanlarında faaliyet göstermesi sayesinde işlemlerin hızlı ve profesyonel gerçekleşmesi sağlanacaktır. Önerilen modelin seferberlik ve savaş halinde acil sağlık hizmetleri dışında kalan diğer sivil birim hizmetlerinde de uyarlanabilmektedir. Sivil-Asker işbirliği kapsamında modelin tüm hizmet birimlerinde uygulanabileceği değerlendirilmektedir.

Çalışmanın sonuçlarına göre seferberlik ve savaş halinde ortaya çıkan acil sağlık hizmetleri ihtiyaçları ve Türkiye'deki eksiklikler ortaya konulmuş, bu eksikliklerin giderilmesine yönelik model önerisi sunulmuştur. Ayrıca önerilen modelin gerçekleşmesi ve gelecek çalışmalara yön vermesi açısından öneriler maddeler halinde verilmiştir.

- Önerilen modelin hayata geçirilebilmesi için ilgili yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.
- Önerilen modelin hayata geçirilmesi için modelde belirtilen kurum ve kuruluş temsilcilerinin konu ile ilgili çalışması sağlanmalıdır.
- Yapılan çalışmada Sağlık Bakanlığına bağlı UMKE birliklerinin kadrolaşmasında görev alacak kişilerin alanında uzman olması ve hizmetiçi eğitimlerinin modelde belirtilen kurum ve kuruluşlarla sağlanması önem arz etmektedir.
- Teknolojinin gelişmesine paralel olarak gelişen tıp dünyasında özellikle acil sağlık hizmetlerinde sahadaki uygulamaların takip edilmesi, değişiklik söz konusu olduğunda organizasyon modelinde veya uygulama şekillerinde farklılıklar olabilir.
- Çalışma literatür taraması olduğundan, geçmiş ve güncel durumların analizi yapılarak eksiklikler tespit edilmiş ve buna yönelik önerilerde bulunulmuştur. Gelecek çalışmalarda önerinin özellikle operasyon bölümleri uygulamaya dökülerek bir çalışma yapılabilir.
- Bu çalışmada seferberlik ve savaş haline yönelik acil sağlık hizmetlerinin askeri kanadına ağırlık verilmiş sivil kesimin planlaması yüzeysel kalmıştır. Gelecek çalışmalarda savaş halinde sivil kesimin acil sağlık hizmetlerinin detaylı incelenmesi önerilmektedir.

Bu çalışma seferberlik ve savaş haline yönelik acil sağlık hizmetlerinin koordinasyonu önerisinde bulunan ilk ve tek çalışma olma özelliğini taşımaktadır.



7. KAYNAKÇA

- Adaş G, Sarvan F, ve Küpelioglu, R. Hastanelerde acil ve kaza servislerinin planlanması ve fiziksel organizasyonu. Ulusal Travma Dergisi, 1998; 1-6.
- Akar G. Hizmet ve perakende sektöründe tedarik zinciri yönetimi: türk silahlı kuvvetleri başlısı tüm askeri kantinler, orduevleri ve sosyal tesisler için bir model önerisi. 2016. Mersin: Toros Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 106 sayfa (Doç.Dr. Köksal HAZIR) .
- Aksoy F ve Ergün A. Acil sağlık hizmetlerinde ambulansın yeri. Ulusal Travma Dergisi, 2002; 160-163.
- Al-Shaqsi S. Models of international emergency medical service (EMS) systems. Oman Medical Journal , 2010;320-323.
- Arslan Ü, Şahinöz T ve Kaya M. Afetlerde sağlık organizasyonu çalışmaları . TMMOB Afet Sempozyumu. 2007; (s. 467-471).
- Aslan M. Yeniden yapılandırma Türkiye'nin Suriye'deki modeli. İstanbul : SETA Yayınları. 2019
- Aslan R. Gümüşhane 112 il ambulans servisi çalışanlarının afet ve olağandışı durum triyajı hakkındaki bilgi ve beceri düzeylerinin belirlenmesi. 2018. Gümüşhane: Gümüşhane Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 93 Sayfa (Doç.Dr. Saime ŞAHİNÖZ).
- Ata Keskin F. Uluslararası hukukta savaş ve barış. Mülkiye Dergisi. 2014;83-99.
- Aydın G. Hastane acil servisler inin organizasyonu ve yönetimi haydarpaşa numune eğitim araştırma hastanesi Vehbi Koç acil tip merkezinin bu açıdan değerlendirilmesi. 2006. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 94 Sayfa (Prof.Dr. Haydar SUR).
- Ballıoğlu B. Proje yönetimi ve matriks örgüt yapıları. Erişim adresi: https://www.academia.edu/5711162/Proje_Y%C3%B6netimi_ve_Matriks_%C3%96rg%C3%BCt_Yap%C4%B1lar%C4%B1. Erişim Tarihi: 13 Kasım 2019.
- Balta E. Uluslararası savaş. E. Balta içinde, Küresel Siyasete Giriş. İstanbul: İletişim Yayıncılık. 2014; s. 250-280

- Bekâroğlu Ő. Şebeke organizasyonu bakış açısından sağlık setktörü ve İstanbul'daki özel hastanelerin sektörel bağlantılarına ilişkin bir araştırma. İstanbul: İstanbul Üniversitesi. 2002.
- Beşikçi M. "Topyekûn Savaş" kavramı ve son dönem Osmanlı harp tarihi. Toplumsal Tarih Dergisi.2010; 1-11.
- Birkinshaw J ve Hangström P. The flexible firm: capability management in network organizations. New York: Oxford University Press. 2000.
- Boren D, Forbus R, Bibeau P, McKenzie R ve McKinsey K. Managing critical care casualties on the Navy's hospital ships. Critical Care Nursing Clinics of North America. 2003; 183-191.
- Caymaz E, Akyön F ve Erenel F. A model proposal for efficient disaster management: the Turkish sample . 9th International Strategic Management Conference. Published by Elsevier Ltd. 2013; s. 609-618
- Chlapek B. The role of ems in the military. national association of emergency medical technicians. Erişim adresi: <http://www.naemt.org/Files/TCCC/Role%20of%20EMS%20in%20Military.pdf>. Erişim Tarihi:5 Aralık 2019
- Coğrafya Harita. Dünya fiziki coğrafya haritaları. Coğrafya Harita. Erişim adresi: http://cografyaharita.com/haritalarim/1i_dunya_fiziki_haritasi2.png. Erişim Tarihi: 8 Haziran 2019
- Cowdrey A. The medics' war. Washington D.C.: United States Army Center of Military History. 1987.
- Custis D. Military medicine from World War ıı to Vietnam. Journal of the American Medical Association. 1990; 2259-2262.
- Dağlı R, Karabulut A ve Karabeyoğlu M. Ambulans ve acil bakım teknikerleri (paramedik) için temel konular ve tedavi yaklaŐımları. Ema Tıp Kitabevi. 2016.
- Dale C. Military Medical History: The American Civil War. OAH Magazine of History. 2005; 17-19.
- Demir S. Acil sağlık hizmetlerinde hizmet ilerleyiŐi ve hukuki sorunlar. 2018. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 127 Sayfa (Doç.Dr. Gürkan SERT).
- Department of Defence. Emergency war surgery. Texas. 2013.

- Durusu M. Savaş hekimliği. Acil Tıp Uzmanları Derneği. Erişim adresi: http://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/VzHBF4WH1L1h.pdf. Erişim Tarihi: 8 Haziran 2019
- Ebers M. The formation of inter-organizational networks. New York: Oxford University Press. 1997.
- Ercil Y (Ed.). Düşünceden hayatın içine kültürel olgu olarak savaş. H. Yalçinkaya içinde, Savaş, Farklı Disiplinlerde Yeni Yaklaşımlar. Ankara: Siyasal Yayım. 2010; s. 249-260
- Eyiñ D. Matriks organizasyonu ve Türkiye'de uygulamaları. 1992. İstanbul: Yıldız Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 92 Sayfa (Prof.Dr. İlker BİRDAL).
- Eymen U. Tedarik zinciri yönetimi. Kaliteofisi Yayınları. 2007.
- Gabriel R ve Metz K. A history of military medicine, from ancient times to the middle ages. New York: Greenwood Pres. 1992.
- Göksoy E. Olağanüstü durumlarda sağlık hizmeti ve yönetimi. E. Göksoy ve F. Şirin içinde, Kitle Yaralanmaları ve Afet Hekimliği İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2000; s. 9-21.
- Günaydın M, Tatlı Ö ve Genç E. Arama kurtarma örgütleri ve ulusal medikal kurtarma ekipleri (UMKE). Doğal Afetler ve Çevre Dergisi. 2017; 56-63.
- Gürsoy Z. Sun Tzu. E. Büyükkakıncı içinde, Savaş Kuramları. Ankara: Adres Yayınları. 2015; s. 8-33.
- Hagen R. Bundeswehr Medical Academy. European initiative for the exchange of military young officers. Erişim adresi: http://www.emilyo.eu/sites/default/files/Gell%20Presentations%20BOEI/DE_Medical%20Academy%202017%2009%2006%20compressed.pdf. Erişim Tarihi: 5 Aralık 2019
- Harms D. German military medicine: missions and innovations. Military Medicine Journal. 1999; 346-350.
- History Extra. First World War soldiers: life after the Armistice. History Extra. Erişim adresi: <https://www.historyextra.com/period/first-world-war/first-world-war-soldiers-life-after-the-armistice/> Erişim Tarihi: 8 Haziran 2019
- Hoffman M. Army wants more adaptive HH-60 medical evacuation systems. Erişim adresi: <https://www.military.com/daily-news/2015/04/03/army-wants-more-adaptive-hh60-medical-evacuation-systems.html>. Erişim Tarihi: 8 Haziran 2019

- Hogan D, Lairet J, Triage. D. Hogan, ve J. Burstein. Disaster medicane. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007; s. 12-28
- Hosek S ve Cecchineve G. Reorganizing the military health system: should there be a joint command? Santa Monica: RAND Corporation. 2001
- Hossfeld O, Helm M, Hölldobler G ve Lampl L. Langstrecken-Intensivtransport der Bundeswehr. Notfall & Rettungsmedizin. 2005; 201-206.
- İlhan S. Türkiye'nin jeopolitik konumu ve Türk Dünyası. İstanbul: Ötüken Yayınları. 1999.
- Kaba H ve Elçioğlu Ö. Acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi sürecinde ilk ve acil yardım teknikerliği ve acil tıp teknisyenliği mesleklerinin ortaya çıkışı ve gelişimi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics. 2013; 127-135.
- Kargül D. Matriks yönetim şekli. İktisat Fakültesi Mecmuası. 1987;151-160.
- Keskin F. Uluslararası hukakta kuvvet kullanımı: Savaş, karışma ve Birleşmiş Milletler. Ankara: Mülkiyeliler Birliği Vakfı Yayınları. 1998.
- Kıdak L, Keskinoğlu P, Sofuğlu T ve Ölmezoğlu Z. İzmir ilinde 112 acil ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi. 2009;113-119.
- Koçer T. İşletme Yöneticiliği. İstanbul: Beta Basım. 2014.
- Koparan Ö ve Kako A. Suriye'de terörden temizlenen bölgede '112 acil komuta merkezi' açıldı. Anadolu Ajansı. Erişim adresi: <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/suriyede-terorden-temizlenen-bolgede-112-acil-komuta-merkezi-acildi/1362852>. Erişim Tarihi: 10 Haziran 2019
- Lipnack J ve Stamps J. The age of the network: Organizing principles for the 21st century. Oliver Weight Ltd. Pub. 1994.
- Mangold A. Beruf, organisation und geschlecht am beispiel des sanitätsdienstes der Bundeswehr. Berlin: Logos Verlag Berlin . 2008.
- Martelet F. The French military health services the French military health services overview. Central Intelligence Agency. Erişim adresi: https://www.cia.gov/library/abbottabad-compound/1E/1E53B4857DBB5A9125E44A1B4F0659EE_mw09-med-martelet.pdf. Erişim Tarihi: 12 Haziran 2019
- Military Medicine. French Republic. Military Medicine. Erişim adresi: <https://military-medicine.com/almanac/53-french-republic.html>. Erişim Tarihi: 12 Haziran 2019

- Military Medicine. Germany (joint medical service), federal republic of. military medicine.
Erişim adresi: <https://military-medicine.com/almanac/56-germany-joint-medical-service-federal-republic-of.html> Erişim Tarihi: 12 Haziran 2019
- Ministry of Defense. Mission of the military health service. Military Health Services. Erişim adresi: <https://www.defense.gouv.fr/english/sante/introduction/mission-of-the-military-health-service/mission-of-the-military-health-service> Erişim Tarihi: 22 Haziran 2019
- National Academy of Science, Division of Medical Science, National Research Council .
Accidental death and disability: The Neglected Disease of Modern Society . Washington D.C. : National Academy of Science . 1966.
- NATO. NATO Logistics Handbook. Brüksel. 2012.
- Naylor J, Brillhart D, April M ve Schauer S. Non-battle emergency department utilization of the first modular army field hospital prototype in support of operation inherent resolve. Military Medicine. 2019;168-171.
- North Atlantic Treaty Organization. NATO standard allied joint doctrine for medical support. Brüksel: NATO Standardization Office (NSO). 2019.
- North Atlantic Treaty Organization (NATO). Allied joint doctrine for medical support. NATO Standardization Office. 2015.
- North Atlantic Treaty Organization. Chapter 16: Medical Support, Role Support. NATO.
Erişim adresi: <https://www.nato.int/docu/logi-en/1997/lo-1610.htm> Erişim Tarihi: 5 Aralık 2019.
- Okyay S. Somali örneği üzerinden askeri sağlık sistemi yapılanması. Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi. 2014.
- Owaid S. Anadolu Ajansı. Erişim adresi: <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/suriyede-terorden-temizlenen-bolgede-112-acil-komuta-merkezi-acildi/1362852> Erişim Tarihi: 10 Haziran 2019.
- Özdemir L. şebeke organizasyon nedir, ne değildir? Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2010; 260-271.
- Paksoy V. Acil sağlık hizmetlerinde uluslararası uygulama modellerinin karşılaştırması: Anglo-Amerikan Ve Franko-German modeli. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2016; 6-24.

- Pozner C, Zane R, Nelson S ve Levine M. International EMS Systems: The United States: past, present, and future. Official Journal Of The European Resuscitation Council. 2004; 239-244.
- Roser M. War and Peace. Our World in Data. Erişim adresi: <https://ourworldindata.org/war-and-peace>. Erişim Tarihi: 30 Mayıs 2019.
- Sağlık Bakanlığı. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü teşkilat şeması. T.C. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim adresi: <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR,4185/teskilat-semasi.html> Erişim Tarihi: 1 Haziran 2019.
- Sağlık Bakanlığı TSHGM. Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. Ankara: Sağlık Bakanlığı. 2011.
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık istatistikleri yıllığı. Ankara: Sağlık Bakanlığı. 2018.
- Saraçoğlu B. Ambulans personeline travma, tükenmişlik ve yaşam doyumu ilişkisinde başa çıkma yollarının etkisi. 2013. İstanbul: Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 125 Sayfa (Yard.Doç.Dr. Selma ARIKAN).
- Second World War History. World War 2 statistics. Second World War History. Erişim adresi: <https://www.secondworldwarhistory.com/world-war-2-statistics.php> Erişim Tarihi: 30 Mayıs 2019
- Secretary of Defense. Military health system review. Washington: Final Report to the Secretary of Defence. 2014.
- Semercigöz F. İşletmelerarası ilişkilerde şebeke organizasyon yapıları ve endüstriyel bölgelerdeki şebeke organizasyon yapısında ortaya çıkan güven ilişkisi üzerine bir araştırma. 2000. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 393 Sayfa (Prof.Dr. Hayri ÜLGER).
- Sidel V ve Levy B. The Roles and ethical dilemmas for military medical care workers. B. Levy ve V Sidel içinde, War and public health New York: Oxford University Press. 2008; s. 393-411.
- Snow C ve Thomas J. Building Networks: Broker Roles and Behaviours. P. Lorange, B. Chakravarthy, J. Roos, & A. Ven içinde, Implementing Strategic Processes: Change, Learning and Cooperation. Oxford: Blackwell Press. 1993; s. 217-238
- Snow C, Miles R ve Coleman Jr H. Managing 21st century network organizations. Organizational Dynamics. 1992; 5-20.

- Sosyal S, Karcioğlu Ö ve Topaçoğlu H. Acil tıp sistemleri. Cerrahpaşa Tıp Dergisi. 2003; 51-57.
- Söyök S ve Arslan Kurtuluş S. Acil servislerde yaşanan sorunların çalışanlar gözünden değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 44-56.
- Stralen D. The Origins of EMS in military medicine. Journal of Emergency Medical Services. 2008.
- Sur H. Hastane acil birimlerin örgütlenmesinde dikkat edilmesi gerekenler. Modern Hastane Yönetimi. 1998; 4-9.
- Susan D ve Cecchine G. Reorganizing the military health system: Should there be a joint command? Santa Monica: RAND Corporation. 2001.
- Sydow J ve Windeler A. Organizing and evaluating interfirm networks: A structurationist perspective on network processes and effectiveness. Organization Science. 1998; 265-284.
- T.C. Resmi Gazete, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 11 Mayıs 2000, Sayı:24046.
- T.C. Resmi Gazete, Seferberlik ve Savaş Hali Tüzüğü, 16 Temmuz 1990, Sayı:20576.
- T.C. Resmi Gazete, Ulaştırma ve Haberleşme Hizmetlerinin Olağanüstü Hallerde ve Savaşta Ne Suretle Yürütüleceğine Dair Kanun, 26 Temmuz 1965, Sayı:12058.
- T.C. Resmi Gazete, Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 7 Aralık 2006, Sayı: 26369.
- Taşkın S. İstanbul ilinde hizmet veren hastanelerin acil servislerinin fiziki yapı, insangücü tıbbi donanım açısından değerlendirilmesi. 2002, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 64 Sayfa (Yard.Doç.Dr. Cem DİKMEN).
- Taviloğlu K, Ertekin C ve Güloğlu R. Travma ve resüsitasyon kursu. İstanbul: Logos Yayıncılık. 2006.
- The National WWII Museum. Research starters: Worldwide deaths in World War II. The National WWII Museum. Erişim adresi: <https://www.nationalww2museum.org/students-teachers/student-resources/research-starters/research-starters-worldwide-deaths-world-war> Erişim Tarihi: 30 Mayıs 2019.
- Türedi G. Ü ve Bilgin K. R. Carl Von Clausewitz. E. Büyükakıncı içinde, Savaş kuramları. Ankara: Adres Yayınları.2015; s. 104-163).

- Uçar L. Değişen tehdit algılamaları ve Türkiye’Nin ulusal güvenliğine yansımaları. 2007, Malatya: İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 183 Sayfa (Yard.Doç.Dr. Mustafa ÖNEN).
- Uçar M ve Ataç A. Savaşlarda Sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi. H. Yalçinkaya içinde, Savaş, Farklı Disiplinlerde yeni yaklaşımlar. Ankara: Siyasal Yayım. 2010; s. 121-146.
- Uçar M ve Deniz S. Türk tarihinde askeri sağlık hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2012; 103-118.
- Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi. UMKE temel eğitim kitabı. Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi. Erişim adresi: <https://www.umke.org/tum-umke-illeri/umke-temel-egitim-kitabi-h2020.html> Erişim Tarihi: 8 Haziran 2019.
- Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri. UMKE bülteni 2012. Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri. Erişim adresi: https://www.umke.org/images/dosyalarim/2012_buelten_UMKE.pdf Erişim tarihi: 8 Haziran 2019.
- US Joint Chiefs of Staff. Joint Health Services. Joint Publication. 2018; 4-02.
- Ülger İ. Orta Asya’da radikalizm tehdidi: Gerçek mi? Efsane mi?. Bişkek: II. ULUSLARARASI SOSYAL BİLİMCİLER KONGRESİ. 2008; s. 441-454.
- Varlık A. Savaşı tanımlamak: Terminolojik bir yaklaşım. Avrasya Terim Dergisi. 2013; 114-129.
- Yavuz H. Bir savaş suçu olarak kültürel miras niteliğindeki eserlere yönelik saldırı eylemi: Uluslararası ceza mahkemesi’nin Al Mahdi kararı üzerine bir inceleme. Ankara Barosu Dergisi. 2017; 161-196.
- Yenice H, Köksal Ö, Armağan E, Köse A, Çetinkaya H ve Sığırlı D. Bir üniversite hastanesi acil servisine hava ambulansı ile nakledilen olguların değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2013; 105-110.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Mehmet Metehan	Soyadı	ÇETİNTAŞ
Doğum Yeri	AMASYA	Doğum Tarihi	16.03.1994
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	15364453720
E-mail	mehmetmetehancetintas@gmail.com	Tel	05544600035

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı	2020
Lisans	Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Çanakkale Sağlık Yüksek Okulu Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü	2017

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Kamu Personeli	Milli Güvenlik Kurulu Genel Sekreterliği	2017 – Devam Ediyor

A-Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Diğer:

Akyön, F., & Çetintaş, M. (2018). Afet Risklerinin Yönetiminde Deprem Sigortalarının Değerlendirilmesi: Dask Örneği. *Social Sciences Studies Journal*, 5651-5657.

Akyön, F., Çetintaş, M., & Gemici, T. (2018). Afet Yönetiminde İnsan Kaynağı Planlamasının Yönetilebilirliği. *Bildiri Kitapçığı: Türkiye'nin Yirminci Afet*

Risk Yönetimi Yuvarlak Masa Toplantısı (s. 62-69). Ankara: ODTÜ Afet Yönetimi Uygulama ve Araştırma Merkezi .

Çetintaş, M., & Akyön, F. (2018). Seferberlik ve Savaş Hâlinde Acil Sağlık Hizmetlerinin Koordinasyonu: Bir Model Önerisi . *I. Uluslararası Afet Yönetimi Kongresi Kongre Kitabı*, (s. 595-604). Gümüşhane.

Çetintaş, M., & Demirkaya, S. (2019). Afetlerde Güvenlik Güçlerinin Kullanılmasının Değerlendirilmesi. *13. Uluslararası Kamu Yönetimi Sempozyumu (Kaysem 13) Özet Kitapçığı*. Atlas Akademik Basım Yayın Dağıtım Tic. Ltd. Şti.

B-Katıldığı Uluslararası ve Ulusal konferans ve kongreler:

I. Uluslararası Afet Yönetimi Kongresi, Gümüşhane/Türkiye

13. Uluslararası Kamu Yönetimi Sempozyumu, Gaziantep/Türkiye

Türkiye'nin 20. Afet Risk Yönetimi Yuvarlak Masa Toplantısı, Ankara/Türkiye

Sığınak ve Ulusal Erken Uyarı Çalıştayı, Antalya/Türkiye

D- Projeler:

Araştırmacı (Test/Analiz Uzmanı), Seferberlik Kaynak Planlama Sistemi (SEKAPS) Projesi, Milli Güvenlik Kurulu Genel Sekreterliği

SPİRALLİ TEZ KONTROL FORMU

	Evet	Hayır
1) Amblem renkli ve 2x2 cm boyutunda olmalıdır.	✓	
2) Kapakta sadece başlık bold ve 14 punto, diğer yazılar normal renkte ve 12 punto yazılmalıdır.	✓	
3) Tez savunma sınavında kabul edilmiş tezler için, tezin sırtı tez yazım kılavuzuna uygun olarak düzenlenmiş olmalıdır.	✓	
4) Kabul edilmiş tez konusu ile tezin baş sayfasındaki tez konusu aynı olmalıdır.	✓	
5) Beyan eksiksiz ve imzalı olarak Tez Yazım Kılavuzundaki gibi konmalıdır.	✓	
6) Özet ve Summary 250'şer kelimeyi aşmamalıdır. (1 sayfa)	✓	
7) Anahtar kelimeler (en fazla) 5 adet olmalıdır.	✓	
8) İngilizce özetin başında konu başlığı yazılmalıdır.	✓	
9) Metin ve kaynakların tümü 1,5 aralıklı olmalıdır.	✓	
10) Tezde yazım karakteri olarak "Times New Roman" kullanılmalıdır.	✓	
11) Web sayfa kaynakları metin içinde de geçmelidir (parantez içinde güncelleme tarihi ile birlikte). Kaynaklar bölümünde de cümlelerin sonunda Erişim adresi ve Erişim tarihi sırasıyla verilmelidir.	✓	
12) Çalışmanın Etik Kurul onayı, varsa kurum onayı tezin en arkasına konmalıdır.	✓	

Tarih: 31.10.2020 Öğrenci Mehmet Metehan ÇETİNTAŞ İmza	Tarih: 31.10.2020 Danışman Dr. Öğr. Üyesi Felmi Volkan AKYON İmza
---	---

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ SİRALLI/CİTLİ TEZ YAZIM KONTROL
LİSTESİ

KONTROL BAŞLIĞI	ÖĞRENCİ	DANIŞMAN
Tez yazımında kullanılan yazı tipi	✓UYGUN	✓UYGUN
Sayfa kenar boşlukları	✓UYGUN	✓UYGUN
Kapak sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
İç kapak sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
Onay sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
Beyan sayfası içeriği ve düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
İçindekiler sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
Teşekkür sayfası	✓UYGUN	✓UYGUN
Türkçe özet	✓UYGUN	✓UYGUN
İngilizce özet	✓UYGUN	✓UYGUN
Simgeler ve kısaltmalar dizini	✓UYGUN	✓UYGUN
Şekiller dizini	✓UYGUN	✓UYGUN
Tablolar dizini	✓UYGUN	✓UYGUN
Tezin ön sayfalarının sıralaması	✓UYGUN	✓UYGUN
Ön sayfaların numaralandırılması	✓UYGUN	✓UYGUN
Sayfalarının numaralandırılması	✓UYGUN	✓UYGUN
Başlıklarının numaralandırılması	✓UYGUN	✓UYGUN
Şekil, resim ve tablo numaralandırması	✓UYGUN	✓UYGUN
Yöntem ve Gereç	✓UYGUN	✓UYGUN
Bulgular	✓UYGUN	✓UYGUN
Tartışma	✓UYGUN	✓UYGUN
Sonuç ve Öneriler	✓UYGUN	✓UYGUN
Kaynaklar	✓UYGUN	✓UYGUN
Atıflar (alıntı ve göndermeler)	✓UYGUN	✓UYGUN
Ekler (etik kurul onayı, vs)	✓UYGUN	✓UYGUN
Tez planı	✓UYGUN	✓UYGUN
Dil (anlatım, yazım –imla)	✓UYGUN	✓UYGUN
Kâğıt ve baskı özelliği	✓UYGUN	✓UYGUN
Tezin son şeklinin elektronik kopyası	✓UYGUN	✓UYGUN
Tarih: 17.10.2020 Öğrenci Mehmet Metehan ÇETİNTAŞ İmza	Tarih: 17.10.2020 Danışman Dr. Öğr. Üyesi Fehmi Volkan AKYÖN İmza	