

Savaş, Terör ve Hemşirelik

War, Terrorism and Nursing

Hatice BEBİŞ*, Serpil ÖZDEMİR**

İletişim/Correspondence: Serpil ÖZDEMİR Adres/Address: GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Hrk. Eğt. Ks. A.liğine 06010 ETLİK/ANKARA
E-mail: serpilozdemir327@gmail.com

ÖZ

Savaş/terör; insan eliyle meydana gelen, toplumun normal yaşantısını engelleyen, baş etmesini sağlayacak destek sistemlerini yok eden durumdur. Savaşlar ve terörist saldırılar; oldukça fazla insanın hayatını tehlikeye attığı gibi sağlık kuruluşlarına hasar vermekte, hasta naklini, ileri bakım kabiliyetini personelinin iletişimini olumsuz etkilemektedir. Hemşirelerin; savaş/terör olaylarını tanımaları, olağandışı durumlarda sağlık hizmetlerini etkili sunabilmeleri için kişisel ve profesyonel olarak hazır olmalarını gerektirmektedir.

Bu makalenin amacı, tarihi süreçte savaşlarda verilen hemşirelik hizmetlerinin, savaş/terör olaylarına yönelik hemşirelik eğitiminin ve savaş alanında hemşirelerin sorumluluklarının incelenmesidir.

Anahtar Kelimeler: Savaş, terör, hemşirelik hizmetleri.

ABSTRACT

War/terrorism, occurring in the human hand, prevents the normal life of society, is destroying the support systems that enable them to cope. Wars and terrorist attacks; quite a lot of people risked his life to give, such as damage to health facilities, patient transport, advanced treatment negatively affects the ability to communicate with staff. Nurses in the war / terrorism incidents, identify unusual cases they can deliver health services effectively requires that they are available for personal and professional. This article is the historical process of nursing care given to war, war / terrorism incidents and for the importance of nursing education is to review the responsibilities of nurses in the field of battle.

Key Words: War, terror, nursing services.

GİRİŞ

Günümüzde, görsel ve basılı medyada bir “son dakika haberi” olarak; iki ülke arasındaki bir “savaşın” ya da sivil halka yönelik “terörist” saldırılardan söz edildiğine sıklıkla tanık olmaktadır. Dünyanın herhangi bir yerinde meydana gelen savaş/terör saldırıları, orada çok uzun süre gizli kalmamakta, medya aracılığı ve anında erişimle çok geniş kitlelere duyurulmakta, mağdurlarla iletişim kurularak, onlara dünyanın diğer

tarafından yardım gönderilmektedir. Savaşın/terörün yıkıcı sonuçları, yalnızca meydana geldiği bölgeyi değil, çok uzaklarda yaşayan insanları da olumsuz etkilemektedir. Mağdurların biyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığı önemli ölçüde bozulmakta, dünya genelinde morbitide ve mortalite artmakta ve konu uluslararası bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Allender, Rector ve Warner 2010; Hough, Sadler ve Patrician 2003; Kenar 2004; Nies ve Mceven 2011).

*Yrd. Doç. Dr. GATA Hemşirelik Yüksekokulu, **Arş. Gör. Dr. GATA Hemşirelik Yüksekokulu

Yazının gönderilme tarihi: 30.04.2012

Yazının basım için kabul tarihi: 14.01.2013

Savaş (harp); barış yoluyla halledilemeyen sorunların çözümü için bir devlet veya devletler grubunun, milli güçlerinin tamamını veya bir kısmını kullanarak diğeri ile yaptığı mücadeledir. Savaşlar, insanlık tarihi boyunca iki kabile arasındaki küçük çaplı çatışmalardan, yeryüzündeki nüfusun çoğunluğunu etkileyen düzenli ordular arasında geçen dünya savaşlarına kadar sıralanmaktadır. İlk tarihi savaş kanıtları; Nil Nehri yakınlarında “117’nci Mezarlık” olarak bilinen yerde bulunan yedi bin yıllık iskeletlerde tespit edilen ok kalıntılarıdır (Anameriç 2010; Kenar 2004).

Günümüzde savaşlar, sivil insanların günlük yaşantılarını sürdürdükleri alışveriş merkezlerini, okulları, sokakları, bankaları, otogar ve otoyolları, spor müsabakalarının yapıldığı alanları hedef alacak şekilde; bombalama, ateşli silah kullanma, kimyasal, biyolojik ajanlarla hatta nükleer silahları devreye sokarak “terörist eylemler” şeklinde devam etmektedir (Bridges 2003; Gebbie ve Qureshi 2002; Hough 2003; Kenar 2004; Sarnecky ve Cox 2001).

Düzenli orduların birbirleriyle kitle imha silahları kullanmadan, görece doğrudan yaptıkları konvansiyonel savaşlar oldukça azalmıştır. Savaşlar günümüz dünyasında baskın, ayaklanma ve terörist saldırılar şeklinde, yüksek teknolojinin yaygın olarak kullanıldığı oldukça karmaşık olaylar haline dönüşmüştür (Anameriç 2010; Kenar 2004; Kenny ve Hull 2008; Nies ve Mceven 2011). Bu olaylara; Dünya Ticaret Merkezi’nin bombalanması (1993); binlerce kişinin yaralanarak öldüğü 11 Eylül ikiz kule terörist eylemi (2001); 56 kişinin öldüğü, 700 kişinin yaralandığı Londra Kent Metro’suna (2005) gerçekleştirilen terörist saldırı; 136 kişinin hayatını kaybettiği, 387 kişinin yaralandığı Pakistan Karaçi’de terör saldırısı (2007) örnek olarak gösterilebilir. Daha önceleri bu saldırılar bizden uzak, başka ülkelerde canlı yayınlarla izlediğimiz olaylar-ken, ülkemizde, yaşadığımız kentte, hatta birkaç saat önce geçtiğimiz caddede meydana gelip, çok sayıda masum insanı etkileyen olaylar haline dönüşmesi mümkündür (Fahlgren ve Drencart 2002; Kelly 2010; Nies ve Mceven 2011). Kasım 2003’te İstanbul’da 27

kişinin ölümü, 450 kişinin yaralanmasıyla sonuçlanan banka saldırısı, 2011’de Ankara Kumrular’da 5 kişinin ölümüyle sonuçlanan bombalama eylemi ve halen devam eden iç güvenlik harekâtı ülkemizde de bu sorunu güncel ve önemli kılmaktadır.

Savaşlar ve terörist saldırılar; oldukça fazla insanın hayatını tehlikeye attığı gibi sağlık kuruluşlarına hasar vermekte, ilk ve acil bakımı, hasta nakillerini, ileri tetkik ve tedaviyi etkilemekte, sağlık çalışanlarını çaresiz bırakabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü; tıpkı diğer afetler gibi savaşı da insan eliyle meydana gelen, toplumun normal yaşantısını engelleyen, baş etmesini sağlayacak destek sistemlerini yok eden durum olarak tanımlamaktadır (WHO 2006). Sağlık sistemi içinde hemşirelerin, savaş/terör olaylarına hazır olmaları, sağlık hizmetlerinin sunumunun kesintisiz ve etkili bir şekilde devam etmesi için hem kişisel hem de profesyonel olarak niteliklerini geliştirmeleri gerekmektedir (Gebbie ve Qureshi 2002; Hilton ve Allison 2004; Hsu ve ark. 2006; Kelly 2010).

Bu makale, hemşirelik hizmetleri yönüyle savaş ve terör olayını, geçmişten günümüze savaşlarda yürütülen hemşirelik hizmetlerini, savaş ve teröre hazırlıkta hemşirelik eğitiminin önemini ve böyle bir durumda görev yapan/yapacak hemşirelerin sorumluluklarını incelemek amacıyla ele alınmıştır.

Savaş/Terör ve Tarihi Süreçte Hemşirelik

Savaş/terör saldırılarından fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak olumsuz etkilenen kadınlar; aynı zamanda dünyanın pek çok yerinde yaralı askerlerin ve diğer savaş/terör mağdurlarının bakımında ve tedavisinde rol almıştır. Kadınların bu hizmetleri; önceleri profesyonel bir meslek olarak hemşireliği ifade etmese de, farklı zamanlarda birçok şekilde sürdürülmüştür. Örneğin Rufeyde; İslamiyet’in ilk yıllarında “Seyyar Sahra Çadır Hastanesi” kurarak idare eden ilk kadındır. Selçuklu Dönemi’nde ise; Gevher Nesibe Sultan hem savaşan askerlere hem de halka sağlık hizmeti verilmesinde etkili olan tarihi kadın kimliklerinden biridir (Baltacı 2010; Ökdem, Abbasoğlu ve Doğan 2000).

Florence Nightingale'in Kırım Savaşı'nda (1854); kadınların yürüttüğü bakım hizmeti ile hasta ve yaralı askerlerin sağlıklarını olumlu yönde etkilemesi hemşirelik mesleğinin miladı olarak nitelendirilmektedir. Kırım Savaşı'na 25.000 İngiliz askeri katılmış, bunların 18.000'i dizanteri, kolera, beriberi, yüksek ateş, kalabalık yaşam alanları, pis hastane ortamı, yetersiz yiyecek, kötü hasta bakımı gibi nedenlerle hayatlarını kaybetmiştir. Florence Nightingale'nin çevreye yönelik yaptığı iyileştirici uygulamalar ve tuttuğu istatistiklerde, çevre sanitasyonu, kişisel hijyen, el yıkamanın önemi gibi hasta bakımı uygulamaları, mortalite hızını %42'den %2.2'ye düşürmüştür (Anameriç 2010; Sarnecy ve Cox 2001).

Sonraki yıllarda, Balkan, Çanakkale, I. ve II. Dünya Savaşları, Kore, Vietnam, Irak, Afganistan Savaşları gibi pek çok savaşta hemşireler görev almışlardır. Bu kadınlar; savaşlara katılarak hem kadının sosyolojik olarak ev dışında var oluşunu sağlamışlar hem de yaralılara yaptıkları uygulamalar (yara debridmanı, bakımı, çevre sanitasyonu, triyaj, nazogastrik sonda takılması, kan ve kan ürünlerini uygulama, anestezi, yoğun bakım hemşireliği, psikolojik bakım, şoka müdahale, aşılama vs.) ile hemşirelik mesleğinin temellerini atmışlardır (Finucane 2004; Hough ve ark. 2003; Sarnecy ve Cox 2001).

I. Dünya Savaşı'nda 10.000 den fazla hemşire savaşta görev almış, dört yılda 260 hemşire yaşamını yitirmiştir. Sister Edit Cavell (1915); Belçika Hastanesi'nde çalışırken, Alman askerleri tarafından İngiliz askerlerine yardım etmekle suçlanıp, tutuklanarak öldürülmüştür. Rebecca Calhoun ve Margaret Smith Dewar (1918) ise bombardımana aldırılmadan, hastalarının güvenliğini sağlamak için hastaneyi terk etmemiş, hastasının üzerine kapanmış bir halde ölü bulunmuştur. Bu hemşirelerin bir kısmı yaşarken ve diğerleri ölümlerinden sonra takdir ve madalyalarla ödüllendirilmişlerdir (Bowen ve Bellamy 1998; Finucane 2004; Sarnecy ve Cox 2001).

II. Dünya Savaşı'nda ise ateş altında görev yapan 1600 hemşirenin 210'u yaşamını yitirmiştir. Vietnam

savaşına katılan 7500 hemşire, kurşunla yaralanan, yanık ve tropikal hastalığı olan askerlere bakım vermiştir (Reineck, Finstuen, Connelly ve Murdock 2001). Hemşirelik bakımı ve tıbbi gelişmeler ile enfeksiyon hızı I. Dünya Savaşı'nda %29.3 iken, Kore Savaşı'nda %26.3'e, Vietnam Savaşı'nda %19.0'a kadar düşüş göstermiştir (Finucane 2004). Irak Savaşında yapılan bir çalışmada, vücudunun çeşitli bölgelerinde ateşli silah yaralanması olan 88 hastanın, %80'inde enfeksiyon tespit edilmiş; tıbbi tedaviyi takip eden, yara bakımı ve etkili hemşirelik uygulamaları ile enfeksiyon hızı yüzde, yüz düşmüştür (Bowen ve Bellamy 1998; Fahlgren ve Drencart 2002; Leininger, Rasmussen, Smith, Donalt ve Coppola 2006).

Ülkemizde hemşirelik hizmetlerine duyulan gereksinim; Trablusgarp Savaşı'nda (1911) askerlerin ağır kayıp vermesi ve yaralılara sağlık hizmetlerinin yeterince verilmemesi nedeniyle gün yüzüne çıkmış ve acil önlem alınmasına karar verilmiştir. Bu amaçla 1911'de Hilal-i Ahmer Cemiyeti (Kızılay) tarafından, Dr. Besim Ömer Paşanın desteğiyle, 6 ay süreli ilk hemşirelik kursu açılmıştır. Buradan mezun hemşireler Balkan ve I. Dünya Savaşı'nda görev yapmıştır. Bu hemşirelerden biri olan Safiye Hüseyin Çanakkale Savaşı'nda cephelelerden gelen yaralılara ilk müdahalenin yapılarak İstanbul'a nakillerinin sağlandığı bir hastane gemisi olan "Reşit Paşa Vapuru"nun başhemşiresi olarak çalışmıştır. Bu gemi hastane olduğunu gösteren işarete olmasına rağmen, birçok defa düşman ateşine maruz kalmıştır. Türk ve yabancı askerlerin bakımını yapan Safiye Hüseyin bir anısında "Başından yaralı bir İngiliz askerinin ağzına damla damla su akıttık, yaralıların sayıkladıkları en tesirli kelimelerden biri de budur: 'Su'. Hiçbir ağır yaralının susuz ölmemesine son derece dikkat ederdik" şeklinde ifade etmiştir. Safiye Hüseyin görevini yaparken onları düşman askeri olarak görmediğini, kendilerini İngilizce ana dilleriyle teselli ettiğini belirtir (Anameriç 2010; Baltacı 2010; Ökdem ve ark. 2000).

Kurtuluş Savaşı ve sonrasında askeri hemşireler, Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesinde hizmetlerine devam et-

mişlerdir. Günümüzde, “GATA Hemşirelik Yüksekokulu” mezunları “Askeri Sivil Memur” statüsünde yurt içinde askeri hastanelerde diğer meslektaşları gibi hasta bakım hizmetleri yürütürken; iç güvenlik hareketi yapılan bölgelerde, Türk Silahlı Kuvvetleri’nin barışı sağlamak için görev aldığı Afganistan, Kosova gibi yurt dışı askeri sağlık hizmetlerinde de görev yapmaktadırlar (Ökdem ve ark. 2000).

Savaş/Terör ve Hemşirelik Eğitiminin Önemi

Bütün dünyada savaş/terör olaylarının hız kesmeden devam ediyor olması, özellikle de 11 Eylül 2001 ikiz kule saldırıları sonrasında İngiltere, Amerika gibi ülkeler; tıp ve hemşirelik eğitimini sorgulamaya başlamışlardır. Olası bir savaş/terör durumunda sağlık hizmetini etkili verebilecek sağlık personeli yetiştirilebiliyor mu? sorusu gündemde yerini almıştır (Allender ve ark. 2010; Nies ve Mceven 2011).

Amerikan Acil Hekimler Koleji (ACEP) tarafından Nisan-2001’de hazırlanan bir raporla, savaş/terör olayına hemşire okullarının hazır oluş durumları incelenmiştir. Bu raporda, hemşire okullarının eğitim gereksinimleri, eğitimi engelleyen durumlar (uzman bulunmaması, zaman kısıtlılığı, pratik yapılacak ortam yaratılmaması gibi) ortaya konmuş, etkili bir eğitim programı için önerilerde bulunulmuştur. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ve Acil Hemşireler Birliği (ENA) bu raporu temel alarak, nükleer, biyolojik, kimyasal terör saldırısı durumuna hazırlık açısından, okulların; mevcut müfredatlarını inceleyerek, hemşirelik müfredatının içerik ve süreç açısından bu yönde değerlendirilmesini istemiştir (Fahlgren ve Drencart 2002; Hsu ve ark. 2006; Veenema 2007). Uluslararası Toplu Yaralı Eğitim Hemşirelik Koalisyonu (INCMCE)’nun vurguladığı gibi acil durumlarda; hemşirelerin hasta ve yaralılara bütüncül bakım verebilecek, diğer sağlık ekibi ile işbirliği ve iletişim kurabilecek, savaş/terör durumunda etkili bir şekilde sorumluluk alabilecek, hem birlikte hem de bağımsız uygulamalar yapabilecek, kritik düşünme ve karar verme becerisine sahip meslek üyeleri olduğu belirtilmektedir. Ancak; 348 Amerikan Hemşirelik Okul Programının incelendiği

bir çalışmada; bu okuldaki öğrencilerin %74’ünün savaş/terör durumunda karşılaşacakları durumları bilmedikleri ve bakım girişimleri konusunda yetersiz oldukları belirtilmiştir. Ayrıca okulların müfredat programlarını oluştururken; %48’i internet siteleri, %44’ünün dergilerdeki makaleleri kaynak olarak kullandığı belirlenmiş; mevcut programı yürütme konusunda ise %37’sinin kitap takip ettiği, %36,7’sinin uzman konuşmacı davet ettiği, %21,9’unun video izlettiği bildirilmiştir (Bridges 2003; Weiner, Irwin, Trangenstein ve Gordon 2005).

Diğer önemli bir soruda; farklı alanlarda çalışan (iş sağlığı hemşiresi, okul sağlığı hemşiresi, kanser bakım hemşiresi vb.) ve farklı bilgi, beceriye sahip olan hemşirelerin tamamı savaş/terör saldırılarına hazır olmalı mı, olmamalı mı? sorusudur. Amerikan Kolej Hemşireleri Birliği (AACN) tüm hemşirelerin çalışma alanı ve deneyimlerine bakılmaksızın, böyle bir durumda uygun hizmet verebilecek temel bilgi ve beceri yeterliliğine sahip olması gerektiğini belirtmektedir. Bu nedenle AACN, hemşire okullarının “çekirdek müfredat programında” temel bilgi ve beceri yeterliliği sağlayacak şekilde savaş/terör konularına yer vermesini böylece, tüm diğer alanlarda çalışacak hemşirelerin mezuniyet öncesi bu eğitimi almaları gerektiğini vurgulamaktadır (Fahlgren ve Drencart 2002; Hilton ve Allison 2004; Veenema 2007).

Batılı ülkelerdeki hemşirelik okullarında bu hazırlık, bazılarında teorik olarak yapılırken büyük çoğunluğunda bir ya da birkaç günlük sempozyumlar şeklinde, teorik ve uygulamalı programlar halinde yürütülmektedir. Öğrenci hemşireler, mesleki kariyerleri açısından olası savaş/terör durumuna yeterli olmaları için teşvik edilmekte, internet ortamında sunulan eğitimleri bitirmeleri, ayrıca Kızılhaç, askeri hemşire okulları ve hastaneler gibi ulusal ve bölgesel kurumların düzenlediği tatbikat ve seminerlere katılmaları istenmektedir. Bu eğitimlerde öğrencilere; çeşitli senaryolar verilmekte ve onlardan mağdur ya da bir sağlık personeli olarak uygulamaya katılmaları beklenmektedir. Senaryolarda; bir canlı bombanın alışveriş merkezinde çok

sayıda ölüme ya da yaralanmaya neden olduğu durum veya bir okula, işyerine kimyasal veya biyolojik silahla saldırıldığı durum vs. verilmektedir. Öğrencilerden mevcut senaryoya uygun sorunları tespit etmeleri, öncelikleri belirleyerek, acil bakım, iletişim, işbirliği, triyaj uygulamaları yapmaları istenmektedir (Bridges 2003; Hsu ve ark. 2006; Ireland, Emorsan, Kontzamanis ve Michel 2006; Sanders, Frisch ve Wing 2005; Weiner ve ark. 2005).

Ülkemizde lisans seviyesinde eğitim veren hemşirelik fakülte ve yüksekokullarda, zorunlu olarak “Afet ve İlk Yardım” dersi kapsamında savaş/terör, sivil savunma ile ilgili konularda teorik ve uygulama dersleri verilmektedir. Türkiye’de tek askeri hemşirelik okulu olan Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencileri bir savaş/terör durumu için; Amerika ve İngiltere hemşirelik okullarındaki eğitime benzer şekilde, üçüncü sınıfta “Barış ve Olağanüstü Koşullarda Askeri Hemşirelik” komitesi kapsamında eğitim almaktadırlar. Bu komitede, Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer (KBRN) savaş/terör saldırıları ve etkileri, ateşli silah yaralanmalarında tedavi ve bakım, triyaj ilkeleri, hasta/yaralı nakli gibi teorik konular, uzman konuklar davet edilerek anlatılmaktadır. Uygulama (Tatbikat) ise üç tam gün süreyle öğrencilerin aktif görev alarak kurduğu “Sahra Çadır Hastanesinde” yapılmaktadır. Bu tatbikatta öğrenciler; senaryo gereği savaş/terör mağduruna olay yerinde ilk müdahaleyi yapmakta, sorumlu öğretim görevlileri ile birlikte, triyaj kartı doldurmakta, yaralının nakil işlemini sağlamaktadır. Daha sonra kurulan “Sahra Hastanesinde” yaralılara çeşitli istasyonlarda (ateşli silah yalanması olan hastalar, kimyasal saldırı mağdurları, bilinçsiz hastalar vs.) uygun hemşirelik bakımı vermektedirler. Bu komitenin sonunda öğrenciler; uygulama (tatbikat) ile rol ve sorumluluklarını daha somut öğrendiklerini, aynı zamanda sınırlılıklarını gördüklerini, bu uygulama ile kritik düşünmenin, doğru, hızlı hareket etmenin ve ekip çalışmasının ne kadar önemli olduğunu yaşayarak deneyimlediklerini belirtmektedirler (GATA HYO Eğitim Programı 2012).

Savaş/Terör Durumunda Hemşirelik Hizmetlerinin Önemi

Savaş/terör durumunda hemşirelik uygulamaları; afet hemşireliğine benzer, fakat onun biraz daha ötesindedir. Afetlerde olduğu gibi hemşireler; ilk anda riskli grupları (mülteciler, yaralı askerler, yaşlılar, gebe ve çocuklar vs.) tespit ederek, KBRN saldırıları, canlı bomba veya ateşli silah yaralanması nedeniyle meydana gelmiş travma, yanık, kanama gibi pek çok duruma doğru, etkin, hızlı reaksiyon göstermek zorundadır. İlk aşama atlatıldıktan sonra, temel gereksinimlerin karşılanması (beslenme, hijyen, giyinme, barınma gibi.) ile ilgili sorunları çözmek için farklı bilgi, beceri, deneyim gerektiren çok geniş bir yelpazede rol ve sorumluluklar yürütürler (Bridges 2003; Hinton Walker, Garmon Bibb ve Elbersen 2005; Hsu ve ark. 2006; Nies ve Mceven 2011; Reineck ve ark. 2001; Sanders 2004).

Tüm afetlerde olduğu gibi, savaş/terör durumunda da hemşirelerin görevleri; önleyici tedbirleri almak, olay anında yaşam desteği sağlayarak, bakım gereksinimlerini belirlemek, tıbbi tedaviyi ve hemşirelik bakımını gereken standartlarda uygulamak, mümkün olduğunca kısa sürede askerin tekrar savaş alanına, sivil halkın normal yaşamına dönmesini kolaylaştırmaktır (Bridges 2003; Demi ve Miles 1984; Gebbie ve Qureshi 2002; Nies ve Mceven 2011; Veenema 2007). Bu kapsamda savaş/terör durumu üç dönemde incelemektedir.

1. Savaş/Terör Öncesi Dönem: Ülkeler, sınırları dışından gelebilecek savaş tehdidine ve ülke içinde meydana gelebilecek terörist saldırılara karşı hazırlıklı olmalıdır. Savaş/teröre “hazırlıklı olma”, bir görevi başarma kabiliyetini engelleyebilecek durumları önceden belirleme ve bunlara karşı tedbir alma olarak tanımlanmaktadır. Bu aşama aynı zamanda birincil koruma kapsamında önlem alma, korunma aşamasıdır (Kelly 2010; Sanders 2004).

Çağdaş sağlık hizmeti; ekip çalışması yaklaşımı ve toplumsal bir sorun daha oluşmadan “önlem alma” anlayışı ile etkili bir şekilde bu aşamada gerçekleştirilebilir. Savaş/terör durumunda hekimler, hemşireler,

eczacılar, laborantlar, sağlık teknikerleri organize bir ekip çalışması yürütmelidir (Allender ve ark. 2010; Fahlgren ve Drencart 2002; Nies ve Mceven 2011). Çalışma alanlarının çeşitliliği ve bakım verdikleri bireylerle daha uzun süre birlikte olmaları nedeniyle toplumu en yakından tanıyan ekip üyesi hemşirelerin, bakım verdikleri toplumun sağlığını koruma ve sürdürmede önemli sorumlulukları vardır. Her hemşire bakım faaliyetleri sırasında, toplumu dikkatle dinlemeli, çalıştığı ekip ile birlikte bölge ve bölge halkı hakkında bilgi sahibi olmalı, riskli grupları değerlendirmelidir. Bakım verdiği toplumu olası riskler ve korunma konusunda eğitmeli “Savaş/Terör Saldırısına Karşı Toplumsal Uyarı Sistemleri” hakkında onları bilgilendirmelidir. Terörist saldırısı ihtimali renk kodları ve risk seviyeleri ile belirtilir, buna göre alınacak tedbirlere karar verilir. Örneğin; yeşil renk kodu terörist bir saldırı ihtimalinin en düşük seviyede olduğunu gösterir ve yerel sağlık ünitelerinin dikkatli olması beklenir, kırmızı renk kodu ise terörist bir saldırı ihtimalinin en yüksek seviyede olduğunu gösterir, bir binayı boşaltmak, güvenlik güçleri ve sağlık hizmetlerinin hazır bulunması gibi ciddi tedbirler almayı gerektirir (Allender ve ark. 2010; Bridges 2003, Hsu ve ark. 2006; Janousek, Jackson, DeLorenzo ve Coppola 1999; Kelly 2010).

Diğer afet ve krizlerde olduğu gibi terörist saldırı işaretlerine karşı toplum etrafta olup bitenlerin farkında olmalı ve hemşireler toplumu bilinçlendirme çalışmalarında aktif rol almalıdırlar. KBRN saldırısı belirtilerini anlatarak günlük yaşam içinde, bir anda etrafta çok sayıda ölmüş veya ölmek üzere olan hayvan bulunması, beklenmeyen sayıda ve ciddiyette hastalık ya da ölümlerin meydana gelmesi, hava durumuyla ilişkili olmayan, sis, duman, farklı kokuların ortamda bulunmasının vs. terörist bir saldırı işareti olabileceğinin farkında olmalarını sağlamalıdır. Ayrıca böyle bir durumla karşılaştıklarında yetkililere haber vermeleri, şüpheli ya da tanımadıkları kişilerden gelen paketleri almamaları konusunda bilinçlendirilmelidirler (Allender ve ark. 2010; Fahlgren ve Drencart 2002; Hinton Walker ve ark. 2005; Nies ve Mceven 2011; San-

ders ve ark. 2005). Ülkemizde bombalama eylemi için bırakılan paketler, kontamine hayvan ölüleri, merak nedeniyle çocukların, hatta yetişkinlerin hayatına mal olabilmektedir.

Hemşireler; çalıştıkları kurumlarda var olan savaş/teröre müdahale çalışmalarına aktif olarak katılarak, eğitim ve tatbikatlarda yer alarak, olası bir savaş/terör durumunda sağlık hizmetleri organizasyonunda üzerine düşen görevleri öğrenmeli ve uygulayabilme becerisi kazanmalıdır. Halen birçok hemşire kimyasal ve biyolojik saldırı konusunda yetersiz bilgiyle çalışmakta ve kurbanlara nasıl müdahale edileceğini bilmemektedir. Hemşireler yakınları tarafından hastaneye getirilen mağdurları kimyasal, biyolojik ajana maruz kalma ihtimali yönünden değerlendirebilmelidir. En kısa zamanda hastane acil durum planına göre hareket ederek yetkililere haber verilmelidir (Allender ve ark. 2010; Brewer ve Ryan-Wenger 2009; Cox ve Briggs 2004; Kenny ve Hull 2008; Mosca, Sweeney, Hazy ve Brenner 2005; Sanders 2004).

Birçok bilim adamı gerçek bir savaş durumuna, en iyi şekilde yanıt vermek için en önemli dönemin hazırlık dönemi olduğunu düşünmektedir (Allender ve ark. 2010; Brewer ve Ryan-Wenger 2009; Fahlgren ve Drencart 2002). Reineck’de savaşa hazırlık konsepti geliştirmek için 30 hemşire ile sekiz aydan fazla süren, üç odak gruplu bir çalışma yapmıştır. Burada hem bireysel hem de sistem hazırlığı üzerinde durulmuştur. Değerlendirme sonucunda; hemşirelerin yeterli klinik uygulama becerisine sahip olmaları ve bu becerilerin işlevselliğinin önemli olduğunu belirtmiştir. Her hemşire savaş anında hayatta kalabilme becerisine sahip olmalı, liderlerin öncülüğünde hareket etmeli, yönetsel destek alabilmelidir. Savaş/terör ortamında çalışacak hemşirelerin fiziksel, psikolojik hazırlıkları sağlanmalı, sosyal yönden ailesi ve yakınları ile iletişimi desteklenmelidir. Böylece hemşirelerin gruba entegrasyonu ve aidiyet duygusu artacaktır (Hinton Walker ve ark. 2005; Reineck ve ark. 2001; Sanders ve ark. 2005).

Bireysel hazırlığın ilk aşaması; uzun çalışma saatlerine, zor koşullara ve az uykuya karşı fiziksel dayanıklılığı

içerir. Savaş/terör ortamını tanımlamak için “zor” kelimesi genel olarak yetersiz kalır. Seyyar hastanelerde su, elektrik gibi hayati kaynaklar sınırlıdır. Hasta bakımında kullanılan modern araç gereç yerine manual aletler kullanılması gereken durumlarla karşılaşılabilir. Ortamdaki belirsizliklere, ani ve hızlı değişikliklere çabuk adapte olmak ve olumlu kalmak, hizmetlerin sürekliliğinde çok önemlidir (Allender ve ark. 2010; Finucane 2004; Kelly 2010).

Hemşireler, genç insanların ağır yaralanmaları ya da ölümleriyle yüz yüze kalabileceklerini bilerek, duygusal açıdan aşırı zorlayıcı durumlara kendilerini hazırlamalı, bu ortamın zorlukları ve yapılması gerekenleri bilmelidir. Savaşta yaralıların çok sayıda ve ciddi yaralanmış durumda olması nedeniyle, genç ve klinik deneyimi az hemşirelerin yetersiz kalabileceği göz ardı edilmemelidir; buna bağlı olarak suçluluk, şüphe, depresyon gibi duygular yaşayan hemşirelerin farkına varılarak, bu duygularla baş etmelerini sağlayacak gerekli destek verilmelidir (Dittmar, Stanton, Jezewski ve Dickerson 1996; Fahlgren ve Drencart 2002; Hough ve ark. 2003; Kenny ve Hull 2008).

Hazırlık aşaması, hemşirelerin kendi klinik becerilerini, yeterliliklerini test etmeleri ve eksikliklerinin farkına varmaları açısından önemlidir. Hizmet içi eğitimler ve tatbikatlarla klinik beceri ve yeterliliklerini geliştirebilirler. Temel hemşirelik eğitimi dahil olmak üzere tüm mesleki eğitimlerde; travmada müdahale, yanık bakımı, acil müdahale ve hayat kurtarma (resus-tasyon) prosedürlerine ek olarak, KBRN saldırısını tanıma, korunma, acil bakım, malzeme, teçhizat kullanma, dekontaminasyon kuralları gibi diğer eğitimlere yer verilmesi hazırlık aşamasının en önemli konusudur. Bu hizmet içi eğitimler; sahra hastanelerinde, araç, gereç, malzeme ve ekipmanlar kullanılarak, simülasyon eğitimleri ve beceri geliştirme eğitimleri şeklinde yapılmalıdır. Sahra koşullarında teknolojik araç gereç olmasa dahi hemşireler, doğru değerlendirme yapabilmeli, triyajı hatasız uygulayabilmeli, bakım hizmetlerini sürdürebilmelidir (Bridges 2003; Cox ve Briggs 2004; Janousek ve ark. 1999; Kelly 2010; Nies ve Mceven 2011).

Hazırlık aşamasında olması gereken eğitimin önemli bir diğer basamağı da tüm ekip üyelerinin aktif rol aldığı, ortak eğitim programlarıdır. Savaş/terör olaylarına karşı yürütülen askeri operasyonlarda, hastanelerin bir yere kurulması, yer değiştirilmesi, tekrar kurulması, hasta ve yaralıların nakil işlemleri karışık ve çok yönlü bir eğitim gerektirir. Sağlık ekibi, neden orada bulunduğunu bilir ve inanırsa gruba daha çabuk entegre olur ve aidiyet duygusu hisseder, görevi daha kolay başarır (Cox ve Briggs 2004; Duncan ve ark. 2005; Kenny ve Hull 2008; Mosca ve ark. 2005). Lider hemşireler; ekip üyelerinin göreve entegre olmasını kolaylaştırmalı, zamanı ve enerjiyi doğru kullanmaya odaklanarak, eğitim gerektiren konuları dikkatle ele almalı, yürütülen bakım faaliyetlerinin denetim ve izleminde uygulanabilir stratejiler belirlemelidir (Bridges ve Evers 2009; Hinton Walker ve ark. 2005; Wynd 2006).

Hemşirelerin ve diğer ekip üyelerinin, askerler gibi savaş koşullarında hayatta kalma becerileri, fiziki yeterlilikleri ve bilgileri geliştirilmelidir. Sağlık ekibinin tüm üyeleri, silah kullanma, harita okuma, telsiz gibi haberleşme araçlarını kullanma durumunda kalabilirler. Savaş/terör koşullarında, hastayı hızlı ve doğru değerlendirebilme, gerekli tıbbi ve teknik bilgi, beceriyle bakım verebilme, sahada sanitasyon ilkelerini bilme ve uygulama, mortalite ve morbiditenin önlenmesinde veya azaltılmasında oldukça önemlidir. Sahra hastanesinin sanitasyonu, çöplerin yok edilmesi, kan idrar gibi atıklar ve atık bulaşmış malzemelerin uygun şekilde uzaklaştırılması, yaralıları bulaşıcı hastalıklardan korunmanın önemli basamağıdır (Brewer ve Ryan-Wenger 2009; Cox ve Briggs 2004; Duncan ve ark. 2005; Finucane 2004; Hough ve ark. 2003; Kenny ve Hull 2008).

Hemşireler, bakım verdikleri askerlerin kişisel özellikleri ve kültürel farklılıklarını da bilmelidirler. Genel olarak sağlık ekibi, savaş/terör sırasında çoğunlukla kendi ülke vatandaşlarına sağlık hizmeti verirler. Yaoder ve Bruken (2003)'nin çalışmasında “askerlerin kültürel inançlarını, değerlerini gelenek, görenek ve ortak geçmişlerini bilmek bir bütün olarak tüm üniteler arasında doğru iletişim kurulmasını sağlar” demektedir

(Hough ve ark. 2003; Kelly 2010; Nies ve Mceven 2011; Yaoder ve Brunken 2003). Düşman askerine ya da bir teröriste bakım vermek durumunda kalan hemşire, mesleki ve insanı duyguları bir arada yaşayabilir (Dittmar ve ark. 1996). Irakta ve Afganistan’da görev yapan hemşirelerle yapılan bir çalışmada bir hemşire “...aynı saldırıda birçok asker ölmüş ve yaralıları hastaneye gelmişti. Yatağın birinde bir Amerikalı asker, diğerinde ise Iraklı bir asker yatıyordu. Aynı anda bu iki askere bakım vermek duygusal olarak gerçekten zordu ” demiştir. Afganistan’da çalışan hemşireler ise hizmet verirken bölge halkının az banyo yapmasının bakımlarını zorlaştırdığını belirtmiştir (Scannell-Desch ve Doherty 2010).

2. Savaş Dönemi: Savaş/terör anında gerçek bir durum yaşanır ve etkileri şiddetli hissedilir. Savaşın olduğu bölge stresin çok yoğun yaşandığı, taleplerin fazla olduğu, klinik uygulamaların otomatik yapıldığı ortamlardır. Hemşirenin zengin bilgi, beceri ve yeterliliği ile birden fazla müdahaleyi en kısa sürede, en doğru bir şekilde ve aynı anda yapabilmesi gerekmektedir. Bu aşamada, hazırlık döneminde yapılan planlar aktif hale getirilir; hayat kurtarma timleri harekete geçirilir (Brewer ve Ryan-Wenger 2009; Dittmar ve ark. 1996).

ABD’ne karşı 11 Eylül 2001’de yapılan terörist saldırıdan sonra halkın çok sayıda ve ciddi şekilde yaralanması, böyle olası durumlar için “Acil Hemşireliği Temel Beceri Rehberi”nin hazırlanmasına neden olmuştur. Bu rehber; herhangi bir savaş/terör durumunda, emir komuta zincirini tanımlayan, acil servis hizmetleri için gerekli ekipmanın hazır bulunması, kişisel olarak bu malzemeyi tanıma bilgisi ve kullanma becerisini değerlendiren önemli bir rehberdir. Ekip üyeleri; daha önceden yapılmış planlara uygun, rol ve sorumluluklarını bilerek, yeni duruma çabuk adaptasyon sağlayabilmeli ve etkili bir iletişimle hareket etmelidir (Gebbie ve Qureshi 2002; Hough ve ark. 2003; Kelly 2010; Kenny ve Hull 2008; Mosca ve ark. 2005).

Ayrıca Jennings-Sanders (2004), savaşa/terör durumunda hemşirelerin rol ve sorumluluklarını en geniş anlamda tanımlamıştır. Savaş/terörden etkilenen birey

ya da toplumun mortalite, morbitide oranları, sağlık bakım maliyeti ile savaşın ilişkisi, ekip üyeleri arasındaki iletişim ve diğer gruplarla olan işbirliğinin önemini vurgulayarak toplumun sağlık durumu ve savaşa yönelik yapılan planının etkinliğinin değerlendirilmesi gerektiğini açıklamıştır.

Savaş/terör anında bakım veren hemşirenin görevi ya da branşı (psikiyatri, pediatri, cerrahi, yoğun bakım hemşiresi, yönetici) ne olursa olsun bilgi ve becerisini uygulayabileceği savaş/terör durumuna uygun “rol adaptasyonuna” hızla ulaşması, olaya müdahalede en önemli ilkedir. Örneğin, bir hemşire, normal sağlık hizmeti verirken, kimyasal, biyolojik ajana maruz kalmış yaralılara bakım vermek durumunda kalacaksa, kişisel güvenlik ve dekontaminasyon kurallarına uymalı, en kısa zamanda hazırlanabilmeli ve özel giysi, ekipmanlarını giymiş olarak hasta ve yaralılara hemşirelik bakımı verebilmelidir. Yapılan çalışmalarda, hemşirelerin savaş ortamına uyum sağlamada güçlük yaşadığı, o günlere ait kötü görüntü, ses, koku gibi imgeleleri halen hatırladıkları belirtilmektedir. Bunun yanı sıra, savaş deneyimleyen hemşirelerin, bilgi ve becerilerini geliştirdikleri, yaratıcılık gerektiren girişimler uyguladıkları, farklı meslek grupları ile işbirliği halinde çalışma şansı buldukları bildirilmektedir. Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmış, stresli savaş ortamına rol adaptasyonu sağlandıktan sonra bu ortamlarda çalışmanın mesleki bilgi ve becerilerini gelişmesine önemli katkı sağladığı belirtilmiştir (Dittmar ve ark. 1996; Duncan ve ark. 2005; Finucane 2004; Hinton Walker ve ark. 2005; Kelly 2010; Mosca ve ark. 2005).

Savaşta/terör olaylarında, hemşirelik hizmetlerine rehberlik edecek planlar uygulanırken; hemşirelerin uzun çalışma saatleri ve zorlu çalışma koşulları ile ortamın olası özellikleri dikkate alınmalıdır (Allender ve ark. 2010; Kenny ve Hull 2008). Örneğin Vietnam savaşına katılan hemşireler, çok sayıda yaralının olması ve bunlara bir anda bakım vermek durumunda kaldıkları için çok zorlandıklarını belirtmişlerdir. Bu yaralıların durumlarının ciddiyeti, yaralanan askerlerin genç olması onları olumsuz etkileyen önemli durum olmuştur. Ayrıca yiyecek sıkıntısı, çok sıcak ya da soğuk

havada çalışmak, banyo yapamamak gibi hemşirelerin kendi yaşam koşullarının zorluğu, birçoğunu genç ve klinik deneyiminin az olması ve yeterince uyuyamamaları da onları olumsuz etkilemiştir (Dittmartr ve ark. 1996; Scannell-Desch ve Doherty 2010).

Birçok ülkede askeri hemşireler; kara, hava, deniz kuvvetlerinde aktif görev alarak, operasyon bölgelerinde çalışmakta, terörist saldırıları ya da savaş sonrası barışı koruma görevlerinde hemşirelik hizmeti vermektedir (Duncan ve ark. 2005; Hough ve ark. 2003; Janousek ve ark. 1999; Scannell-Desch ve Doherty 2010; Yaoder Brunken 2003). Hemşireler, diğer birimlerle beraber askeri operasyonun olduğu bölgeye, hızlı bir şekilde hareket etmeli ve bu hıza uygun hazırlık yapmalıdır. Hemşireler, savaş/terör ortamında yaralıların ilk ve acil bakımlarını sağlamak, ileri bakım ve desteğe gereksinimleri olan yaralıların nakillerini düzenlemek, hafif yaralıların bakımlarını yaparak en kısa sürede savaş gücüne destek olmalarını sağlaktan sorumludurlar (Dittmartr ve ark. 1996; Duncan ve ark. 2005; Fahlgren ve Drenca 2002; Kenny ve Hull 2008; McLarnon ve Wise 2003).

Tüm bunların yanı sıra savaş anında sıklıkla düşman ateşi altında, düşman hattına yakın alanda çalışmak durumunda kalan hemşirelerin hasta ve yaralının çok miktarda geldiği, buna karşın kaynakların sınırlı olduğu sahra hastanelerindeki çalışma ortamlarında, hızlı hareket ederek, yaralıları savaş ortamından uzaklaştırmaları gerekmektedir. Yaralı askerlerin hayatlarının kurtarılması, geçici bakım alanından daha ileri düzeyde bakım alabilecekleri hastanelere gönderilmelerinde “zaman” oldukça önem taşımaktadır. Hemşireler hasta ve yaralı tahliyesini yapan uçak, gemi ve kara ambulanslarında görevlerinde bağımsız mesleki rollerini ve kişisel otonomilerini daha fazla kullanırlar. Mesleki bilgilerinin yanı sıra hasta bakımını organize edebilme yeteneklerini, yönetsel ve klinik becerilerini üst düzeyde kullanabilmelidir (Boren, Forbus, Bibeau, McKenzie ve McKinsey 2003; Bridges ve Evers 2009; Dittmartr ve ark. 1996; Janousek ve ark. 1999; McLarnon ve Wise 2003; Mosca ve ark. 2005; Scannell-Desch ve Doherty 2010; Wynd 2006).

Hemşirelerin savaş ortamının belirsizliği ve değişen koşullara çabuk adaptasyon gösterebilmeleri ve farklı ünitelerin birbirleri ile koordinasyonlarını sağlamaları gerekmektedir. Bütün bu değişiklik ve koordinasyon kararları, kritik düşünme, uzmanlık ve iyi bir iletişim becerisi gerektirir. Her hemşire, savaş/terör anında NATO triyaj kurallarını, görev ve sorumluluğunu bilmeli, karışıklığa meydan vermemelidir. Savaş anında triyaj; barış zamanında bir hastanenin acil bakım ünitesine, acil olarak getirilen hastalardan farklı yapılıdır (Janousek ve ark. 1999; Kelly 2010; Kenny ve Hull 2008; McLarnon ve Wise 2003). Savaş triyajı sınırlı kaynağın en fazla sayıda kişiye, en iyi şekilde kullanılması ilkesine dayanmaktadır. Öncelik bu nedenle hayatı tehlikesi fazla olan yaralının değil, yürüyebilen hafif yaralanmış askerlerindir. Helikopter ya da ambulansla savaş/terör alanından gelen yaralıların, ikinci müdahale merkezlerinde de triyajı doğru yapılmalı, acil müdahale alanına, ameliyathaneye ya da yoğun bakım ünitesine yaralıları hızlı bir şekilde yönlendirilebilmelidir (Boren ve ark. 2003; Brewer ve Ryan-Wenger 2009; Bridges ve Evers 2009; Hough ve ark. 2003).

Diğer önemli bir konuda KBRN saldırısına maruz kalan yaralıların mutlaka dekontaminasyon alanından geçmesinin sağlanmasıdır. Bu alanlarda çeşitli uygulamalarla yaralının maruz kaldığı kimyasal madde uzaklaştırılır. Enfeksiyon hastalığı olanlara ise izole edilmiş, ayrı bir ünite de bakım verilir (Fahlgren ve Drenca 2002; Janousek ve ark. 1999; McLarnon ve Wise 2003; Nies ve Mceven 2011). Triage sınıflanmış hastaların; pozisyonlarına uygun alanlarda kalmalarını sağlamak çok önemlidir. Sahra hastanesinde acil bakımları yapılan ancak daha ileri bakım ve tedavi alacak yaralıların nakil işlemlerinin tamamlanması, ambulans helikopterin zaman kaybını engeller (Dittmartr ve ark. 1996; Ross, Smith ve Smith 2008; Wynd 2006).

Sahra hastanesi, hem iç bölgelerde konuşlanmış hastane ile hem de cephe hattına yakın sağlık birimleriyile iletişimini; süreklilik ve gizlilik esasına göre devam ettirir. İletişim genel olarak telefonla sağlanmaktadır.

Ancak çoğunlukla bu hatlar düşman tarafından imha edilir. Bu nedenle diğer haberleşme araç gereçlerin nasıl kullanılacağına bilinmesi önemlidir. Personelle (ulak) yapılan haberleşmelerde gerekli kodlar bilinmelidir. Hasta sayısı, boş yatak durumu, hasta kabulü ve nakli ile malzeme gereksinimi (serum, kan, pansuman malzemeleri vs.) gerekli birimlere gizli kodlarla bildirilmelidir (Dittmartr ve ark. 1996; Drencart 2002; Fahlgren ve Hinton 2005; Janousek ve ark. 1999) Hastaneye yapılacak herhangi bir düşman saldırısına karşı güvenlik birimleri oluşturulmalı, buralarda görevlendirilen elemanların her biri, çıkış kapılarına yerleştirilmelidir. Hastane güvenliği kadar, kalabalık ve yaralı trafiğini de kontrol etmek, kargaşayı engellemek gerekir. Hemşireler; yaralının durumuna özel, gereken klinik beceriyi yüksek bakım standardında sağlayabilmeli, rutin olarak hemşirelik bakımıyla ilgili araç gereci kullanabilmelidir. Ayrıca deneyimli bir hemşire hayatını kaybettiğinde, ya da görev yerine ulaşamadığında, diğer hemşire onun yerine geçebilmeli, hizmet aksatılmadan sürdürülmelidir. Santral venöz basıncı, arterial basınç takibi ve intrakranial basınç izlemi gibi ileri uygulamalar, sahra koşullarında yapılamadığında, her hemşire bu değerlerin izlemi ve kontrolünde temel ilkeleri uygulayabilmelidir (Dittmartr ve ark. 1996; Duncan ve ark. 2005; Hough ve ark. 2003). Savaş/terör ortamı; bir taraftan teknolojik olanakların kullanılmadığı; eski teknoloji ile sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü; malzeme, araç ve gereç kısıtlılığı yaşanabilecek alanlar olabileceği gibi, diğer taraftan son teknoloji ile donanımlı sahra, gemi hastanelerinde hizmet verilen, uzman doktorların uydu bağlantısı ile ameliyat ekibini yönlendirdiği, ambulans uçaklarda durumu kritik yaralının her türlü tıbbi girişim ve hemşirelik bakımının devam ettirilerek naklinin yapıldığı yerlerdir. Hemşirelik hizmetleri; bu açıdan her iki duruma da uyum sağlayacak bilgi ve beceri yeterliliğine sahip olmalıdır (Brewer ve Ryan-Wenger 2009; Bridges ve Evers 2009; Hough ve ark. 2003; Ross ve ark. 2008; Wynd 2006).

3. Savaş Sonrası Dönem: İyileşme, yeniden yapılanmanın gerçekleştiği bu süreç oldukça uzun sürer. Savaş ve terör olaylarının açtığı derin yaraların sarıldığı dönemdir. Yaralılara müdahale tıbbi, sosyal ve mesleki rehabilitasyon uygulamalarında hemşirelik bakım faaliyetleri olarak devam eder. Aynı zamanda, hasta ve yaralılara müdahalede bulunan ekip üyeleri, bu durumun kısa ve uzamış etkilerini, bu süreçte yaşayabilir. Yapılan çalışmalarda çeşitli askeri operasyon ve savaşlara katılan hemşirelerin normal yaşantılarına uyum sağlamakta sıkıntı yaşadıkları saptanmıştır. Bu çalışmalarda; hemşirelerin bazıları savaş ortamında bıraktıkları ekip arkadaşları için suçluluk duyarken, diğerleri depresyon, post travmatik sendrom, uykuya dalmada güçlük sorunları yaşadıkları belirlenmiştir (Dittmartr ve ark. 1996, Finucane 2004, Nies ve Meeven 2011, Scannell-Desch ve Doherty 2010). Stresle baş etme, bu dönemde çok önemlidir. Hizmet veren personelin üzerindeki yaşadığı travmaya bağlı gerilimin alınması, ruhsal sağlık ve esenliğe ulaşılması için müdahaleler dikkatle yapılmalıdır. Savaş alanında rol alan hemşirelerin, bu süreçteki en önemli görevi savaş sırasında verilen reaksiyonu değerlendirmek, planın uygun olup olmadığını, plana göre hareket edilip edilmediğinin ve plana eklenmesi gereken noktaları belirlemektir. Bu dönemde malzemelerin, birimin tamir ve temizliği, ekipmanın bakımı sağlanır, yeniden stoklama yapılır (Fahlgren ve Drencart 2002; Hinton Walker ve ark. 2005; Janousek ve ark. 1999; Kelly 2010; Wynd 2006).

Savaşa/teröre müdahalenin üçüncü fazının, en önemli konusu değerlendirmedir. Deneyimlerden elde edilen tüm sonuçlar titizlikle incelenmelidir. Bu sürede rapor ve brifingler hazırlanır, hemşirelik hizmetlerinin eksik kalan uygulamaları, gereksinim duyulan yeni prosedürler belirlenir. Yeni planlarda değerlendirme sonuçları göz önüne alınarak iyileştirmeler yapılmıştır. Ayrıca başarılı yapılan hemşirelik uygulamaları ile kahraman davranışlar sergileyen hemşireler de belirlenmeli ve mutlaka ödüllendirilmelidir (Allender ve ark. 2010; Brewer ve Ryan-Wenger 2009; Fahlgren ve Drencart 2002; McLarnon ve Wise 2003).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşireler, bireylerin ve toplumların yaşamlarını tamamen değiştiren savaş/terör olaylarına ilişkin toplumu bilinçlendirerek farkındalık oluşturulmasına katkı sağlamalıdır. Savaş/terör mağduru ile ilk karşılaştığı olay yerinde acil yaşam desteği anından, tıbbi bakım ve tedavinin takip edildiği hastane ortamı ile rehabilitasyon ve topluma uyum aşamasında gerekli eğitim ve iletişimi sağlamalıdır. Diğer tüm sağlık çalışanlarından farklı olarak hemşireler, hem ekip üyelerinin istedikleri tıbbi girişimlerin başarılmasından, hem de kendi bakım girişimlerinin uygulanmasından (yara bakımı, enfeksiyon takibi, ameliyata hazırlık pre-postoperatif bakım, ağrı yönetimi, rehabilitasyon eğitimi vs.) sorumludur. Savaş/terör olgusu ve sonuçları, özel bilgi, beceri ve kompleks müdahaleler gerektirmektedir. Lisans eğitiminde yer verilen müfredatın bu anlamda geliştirilmesi ve mezuniyet sonrası güncel gelişmelerin hizmet içi eğitimler ve sertifika programları ile desteklenmesi, yaşam boyu öğrenme ilkeleri ile hareket ederek, hem bireysel hem de profesyonel olarak mezuniyet sonrasında da kendilerini geliştirme sorumluluğuna sahip olması gerekir.

KAYNAKLAR

- Allender, J. A., Rector, C., Warner, K. D. (2010). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health*. 7th ed., Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 453-474.
- Anameriç, H. (2010). Türk Kızılayı'nın (Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti) savaş eserlerine kitap ve kütüphane hizmetleri (1912-1922). *Erdem Dergisi*, 58: 19-44.
- Baltacı, T. (2010). Hemşirelik mesleğinin dünü bugünü. *Sağlık ve Yaşam 19 Mayıs Üniversitesi Dergisi*, 3(2): 8.
- Boren, D., Forbus, R., Bibeau, P., McKenzie, R., McKinsey, K. (2003). Managing critical care casualties on the Navy's hospital ships. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 15: 183-191.
- Bowen, E., Bellamy, R. F. (1988). *Emergency War Surgery Second United States Revision, Emergency War Surgery, NATO Handbook*. Superintendent of Documents, US Government Printing Office, Washington, 163- 177.
- Brewer, T. L., Ryan-Wenger, N. A. (2009). Critical care air transport team (CCATT) nurses' deployed experience. *Military Medicine*, 174(5): 508-514.

- Bridges, E. (2003). Military and disaster nursing. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 15(2): 13-14.
- Bridges, E., Evers, K. (2009). Wartime critical care transport. *Military Medicine*, 174(4): 370-375.
- Cox, E., Briggs, S. (2004). Disaster nursing: new frontiers for critical care. *Critical Care Nursing*, 24(3): 16-22.
- Demi, A. S., Miles, M. S. (1984). An examination of nursing leadership following a disaster. *Topics in Clinical Nursing*, 6(1): 63-78.
- Dittmartr, S. S., Stanton, M. P., Jezewski, M. A., Dickerson, S. S. (1996). Images and sensations of war: A common theme in the history of military nursing. *Health Care of Women International*, 17(1): 69-80.
- Duncan, R. ve ark. (2005). Grace under fire. *Nursing*, 35(5): 62-64.
- Fahlgren, T. L., Drencart, K. N. (2002). Health care system disaster preparedness, part 2, nursing executive role in leadership. *Journal of Nursing Administration*, 32(10): 531-537.
- Finucane, J. (2004). Civilian legacies of military nursing. *Health and History*, 16(2): 101-110.
- GATA Hemşirelik Yüksek Okulu 2011-2012 Eğitim Öğretim Kitabı 3. Sınıf Ders Programı. (2012). GATA Basımevi, Ankara, 186-191.
- Gebbie, K. M., Qureshi, K. (2002). Emergency and disaster preparedness: Core competencies for nurses. *American Journal of Nursing*, 102(1): 46-51
- Hinton Walker, P., Garmon Bibb, S. C., Elberson, K. L. (2005). Research issues in preparedness for mass casualty events, disaster, war, and terrorism. *The Nursing Clinics of North America*, 40(3): 551-564.
- Hilton, C., Allison, V. (2004). Disasters Preparedness: An indictment for action by nursing educators. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 35(2): 59-65.
- Hough, C., Sadler, M., Patrician, P. A. (2003). Military nursing at the forefront: The army forward surgical team. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 15(2): 193-200.
- Hsu, E., ve ark. (2006). Healthcare Worker Competencies for Disaster Training. *BMC Medical Education*, 6(19): 1-9.
- Ireland, M., Emorsan, E., Kontzamanis, E., Michel, C. (2006). Integrating disaster preparedness into a community health nursing course: One school's experience. *Disaster Management and Response*, 4(3): 72-76.

- Janousek, J. T., Jackson, D. E., DeLorenzo, R. A., Coppola, M. (1999). Mass casualty triage knowledge of military medical personnel. *Military Medicine*, 164(5): 332-335.
- Jennings-Sanders, A. (2004). Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings disaster nursing management model. *Nursing Education in Practice*, 4(1): 69-76.
- Kelly, J. (2010). Battlefield conditions: Different environment but the same duty of care. *Nursing Ethics*, 17(5): 636-645.
- Kenar, I. (2004) Kitle imha silahlarına karşı savunmanın boyutu. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(10): 243-259.
- Kenny, D. J., Hull, M. S. (2008). Critical care nurses' experiences caring for the casualties of war evacuated from the front line: Lessons learned and needs identified. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 20(1): 41-49.
- Leininger, E. Rasmussen, T. E., Smith, D., Donalt, J., Coppola, C. (2006). Experience with wound VAC and delayed primary closure of contaminated soft tissue injuries in Iraq. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 61(5): 1207-1211.
- McLarnon, C. O., Wise, J. H. (2003). Blue water nursing: The role of navy nurses on board us navy combatant ships. *Critical Care Nursing Clinic North America*, 15(2): 233-243.
- Mosca, W., Sweeney, M. P., Hazy, M. J., Brenner, P. (2005). Assessing bioterrorism and disaster preparedness training for school nurses. *Journal of Public Health Management Practice*, 11(6): 38-44.
- Nies, M. A. Meeven, M. (2011). Natural and man-made disaster. *Community/Public health nursing: Promoting the health of populations*. 5th ed., Elsevier, St. Louis, 561-583.
- Ökdem, A., Abbasoğlu, A., Doğan, N. (2000). Hemşirelik tarihi, eğitimi ve gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Hemşirelik Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı*, 1(1): 5-11.
- Reineck, C., Finstuen, K., Connelly, L. M., Murdock, P. (2001). Army nurse readiness instrument: psychometric evaluation and field administration. *Military Medicine*, 166(11): 931-939.
- Ross, M. C., Smith, K. K., Smith, A. (2008). Analysis of after-action reporting by deployed nurses. *Military Medicine*, 173(2): 210-216.
- Sanders, A. J. (2004). Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings disaster nursing management model. *Nurse Education Practice*, 4(1): 69-76.
- Sanders, A. J., Frisch, N., Wing. S. (2005). Nursing students' perceptions about disaster nursing. *Disaster Management and Response*, 3(3): 80-85.
- Sarnecky, M. T., Cox, D. R. (2001). 1901-2001: A century of heroism. *Army*, 51: 58-64.
- Scannell-Desch, E., Doherty, M. E. (2010). Experiences of U.S. military nurses in the Iraq and Afghanistan wars 2003-2009. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1): 3-12.
- Veenema, T. G. (2007). *Disaster nursing and emergency preparedness: For chemical, biological, and, radiological terrorism and other hazards*. 2nd ed, Springer Publishing Company, New York, 3-29
- Walker, P. H., Garmon, B. S. C., Elberson, K. L. (2005). Research issues in preparedness for mass casualty events, disaster, war, and terrorism. *The Nursing Clinics of North America*, 40(3): 551-564.
- Weiner, E., Irwin, M., Trangenstein, P., Gordon, J. (2005). Emergency preparedness curriculum in US nursing schools, survey results. *Nursing Education Perspectives*, 26(6): 334-339.
- World Health Organization Health Topics (2006). http://who.int/health_topics/en (01.02.2013).
- Wynd, C. A. (2006). Proposed model for military disaster nursing. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 11(3): 1-16.
- Yaoder, L. H., Brunken, S. L. (2003). Peace making/peace keeping missions: Role of the U.S. Army Nurse. In *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 15(2):265-273.