

BİR OLAĞANDIŞI DURUM OLARAK KİTLESEL ETKİNLİK VE EYLEMLERDE SAĞLIK HİZMETLERİ VE "SOKAK" SAĞLIKÇILARI

Kevser VATANSEVER*

Özet: Kitlesele olaylarda sağlık hizmetleri, literatürde iki ayrı kavram olarak ele alınmaktadır. İlkinde "afet tıbbı" disiplininin görev alanlarından birisi olarak, diğerinde kitlesele politik eylemlerde eylemci/sağlık çalışanı olarak yer almanın ilke ve kuralları çerçevesinde tartışılmaktadır.

Kısa bir süre için, sınırlı bir alanda büyük kalabalıkların bir araya geldiği kitlesele olaylar, sağlık sisteminin özel önlem almasını gerektirir. Topuluğun sağlığını etkileyen başlıca etmenler katılımın büyüklüğü, olayın süresi, güvenlik sorunları, iklim, toplu yaşama ve beslenme ve patlayıcı madde ya da biyolojik-kimyasal-radyonükleer ajan kullanımı riskidir.

Kitlesele olaylarda sağlık sisteminin amacı katılımcılar, görevliler ve bölge halkına yaralanma ve hastalanmalarla ilgili olarak birincil ve ikincil düzeyde koruyucu sağlık hizmeti sunmaktır. Temel sorumlulukları; hazırlıklı olma, hizmet kapasitesi artışı, sürveyans, evre sağlığı ve gıda güvenliği, patlayıcı, biyolojik, kimyasal ve radyonükleer ajanların kullanımına hızlı yanıt ve etkili yönetimdir.

Politik eylemler sırasında bölge sağlık sistemi ile işbirliği içinde eylemcilere yönelik etkili dekontaminasyon ve tedavi hizmetleri örnekleri azdır. Bu gereksinim genellikle bağlantısız eylemci/sağlıkçılar tarafından karşılanır.

Dünyada 68 olayları ile birlikte başlayan ve pek çok ülkede sokak sağlıkçısı kolektifleri olarak örgütlenen gruplar, uluslararası dayanışma içindedir. Bu gruplar aynı zamanda kendi ülkelerinde yoksulların ve dezavantajlı grupların gerçekten gereksinim duyduğu hizmetleri sunmaya yönelik çabalar sürdürmektedirler.

Sokak sağlıkçıları, diğer yandan tıbbın biyomedikal diskurunu ve kibirli ve otoriter hizmet sunumunu değiştirmeyi öncelikli sorunlar olarak ele almaktadırlar. Dünyada politik eylemler ve antikapitalist başkaldırı yayıldıkça, sağlık emekçileri de bu eylemler içindeki yerlerini ve görevlerini belirlemede ve bu çerçeveyi toplumsal bir örgütlenme aracına dönüştürmede ciddi deneyimler kazanmışlardır.

Anahtar Sözcükler: Kitlesele olay, kitlesele toplanma, sağlık bakımı hizmetleri, sokak sağlıkçısı, eylem sağlıkçısı, olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri.

Healthcare In Mass Actions and Demonstrations as Emergency Situations and "Street" Medics

Abstract: *Healthcare in mass events has been conceptualized as two different concepts in the literature. Firstly, it has been discussed as a field of practice of the disaster medicine; and the other concept has been debated as the rules and principles of taking part in political demonstrations both as a participant and as a health care provider.*

Mass events, in which huge crowds gather in a limited space for a short time, necessitate health system to take specific precautions. Main factors that influence the populations' health are magnitude of the participation, duration of the event, safety problems, climate, collective living and nutrition, and the risk of deliberate use of explosive, biological, chemical and radionuclear agents.

Aim of the health system in mass events is to provide primary and secondary preventive care to participants, workers, audience and to the inhabitants of the region. Basic responsibilities are consisted of preparedness, service capacity surge, environmental care and food safety, rapid response to deliberate use of explosive, biological, chemical and radio nuclear agents.

During political demonstrations, there are rare examples of collaboration of the local health system in order to provide effective decontamination and treatment services to demonstrators. This need is generally met by free-standing participants/health care providers.

Beginning from the 68 protests, groups organized as street medic collectives in many countries have been in international collaboration. At the same time, they have been sustaining the efforts that aim at providing the services that meet actual needs of the poor and disadvantaged groups in their country.

Besides providing health care in the streets, street medics have also been discussing to change the biomedical discourse of medicine and the arrogant and authoritarian way of service provision. As the political demonstrations and anticapitalist riot have been spreading all around the world, health workers have gained a good deal of experiences in determining their side and function within these demonstrations; and in transforming this framework into a measure of organizing the society.

Key words: Mass event, mass gathering, health care services, street medic, action medic, health care in emergency situation.

*Yrd. Do. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD

Giriş

Kitlesel olaylarda sağlık hizmetleri, literatürde iki ayrı kavram olarak yer alıyor.

Bunlardan ilki, "afet tıbbı" disiplininin görev alanlarından birisi olarak kitlesel etkinliklerde sunulacak sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu açısından ele alınıyor. Bu çerçevede ağırlıklı olarak olimpiyat, dünya kupası gibi büyük spor organizasyonları ile hac, festivaller gibi etkinliklerde sunulacak hizmetler tartışılıyor. 2001 yılından sonra ise özellikle "hac" konusundaki çalışmalar ve yayınların arttığı gözleniyor. Bu durum 2007'de Lancet dergisi öncülüğünde yapılan bir konferansla ve bir özel sayı ile tartışılmış.

Diğeri ise kendilerini "sokak sağlıkçıları" olarak tanımlayan ve kitlesel politik eylemlerin içinde eylemci/sağlık çalışanı olarak yer alan grupların sağlık hizmeti sunumuna ilişkin deneyimlerini içeriyor. Tahmin edileceği üzere bu deneyimleri içeren makalelere "resmi" biyomedikal literatürde sıkça rastlanmıyor. Daha çok "Medic Wiki" gibi ana akım dışı web ortamlarında, dernek ya da örgütlere ait web sitelerinde ve kişisel bloglarda bilgiye ulaşılabiliyor. SCI, SSCI sınıflamalarıyla alakası olmayan bu kaynaklardan ulaşılan bilgiler kanıt piramidinde nerede yer alır bilinmez ancak tam da hayata dair olduğu tartışılmaz bir gerçek.

Bu yazıda önce kitlesel olaylarda sağlık hizmetleri literatürü özetlenecektir. Ardından "sokak sağlıkçıları"nın dünyada politik eylemlerin kronolojisine uygun olarak tarihçesi ve çalışmaları ele alınacaktır.

1- Bir Olağandışı Durum Olarak Kitlesel Olaylarda (Kitlesel Toplanmalarda - Mass Gatherings) Sağlık Hizmetleri

1.1. Kitlesel olaylarda sağlık riskleri

Kısa bir süre için, sınırlı bir alanda büyük kalabalıkların bir araya geldiği spor karşılaşmaları, hac gibi dini etkinlikler, rekreasyon etkinlikleri, konserler, festivaller ve politik eylemler gibi olaylar, sağlık sistemi için özel önlem almayı gerektiren durumlardır (Tsouros, 2007).

Olağandışı durum yönetimi ve sağlık hizmetlerinin planlanması açısından tanım yapmak gerekirse, kitlesel olay belli bir zaman periyodunda belli bir yerde büyük bir insan topluluğunun (kimi yayınlara göre 1000, kiminde 25 bin kişinin) bir araya

gelmesidir (Arbon, 2007; Tsouros, 2007; Memish, 2012). Kitlesel bir olayda gerçekleşen yaranma ve ölüm sayısı benzer büyüklükteki bir nüfusla karşılaştırıldığında daha yüksektir. Ancak morbidite ve mortalite artışı, etkinliğin gerçekleştiği bölgede değil, daha çok etkinliğe katılanlar arasında görülür (Memish, 2012).

Her kitlesel etkinlikte özel olarak sağlık hizmeti organizasyonu gerekip gerekmeyeceği, literatürde sıkça tartışılan bir konudur. Olay birkaç gün sürecekse, uluslararası ya da diğer kentlerden katılım varsa ve kent ya da ülke içinde birkaç yerde etkinlikler oluyorsa özel bir organizasyona gereksinim olduğu konusunda genel olarak uzlaşılmıştır (Thackway, 2009).

Dikkate alınması gereken bir başka yön de, etkinliğin politik ve dinsel boyutunun olup olmadığıdır. Tüm dünyanın ve uluslararası basının ilgisini çeken, politik ya da dinsel yanı olan kitlesel etkinliklerde terörist saldırı riski de yüksektir (Thackway, 2009). Son yıllarda kitlesel antikapitalist gösterilerin artmasına bağlı olarak, örneğin 1999 Seattle'dan başlayarak yayılan tüm Dünya Ticaret Örgütü toplantıları ile 2006 Melbourne, 2009 Londra G20 toplantıları sırasında kitlesel gösterilerin düzenlenmesi görmezden gelinememiş, göstericilerin ve kent sakinlerinin özel sağlık gereksinimleri literatürde az da olsa tartışılmaya başlanmıştır (Thackway, 2009).

1.1.1. Topluluğun sağlığını etkileyen etmenler

Topluluğun sağlığını etkileyen başlıca etmenler katılımın büyüklüğü, olayın süresi ve güvenlik sorunlarıdır. Havanın sıcak ya da soğuk olması gibi çevresel etkenler de hastalanmaların artışına katkıda bulunur (Tsouros, 2007). Bunun yanı sıra kalabalık yaşama ve toplu beslenmeye bağlı olarak salgın ve gıda zehirlenmesi gibi sorunların görülmesi riski yükselir. Ayrıca patlayıcı madde ya da biyolojik-kimyasal-radyonükleer ajan kullanılan saldırı gerçekleşmesi riski yüksektir (Tsouros 2007).

Ülke içinde ya da uluslararası farklı coğrafi bölgelere seyahat etmek, gidilen yerde endemik olan hastalıklara yakalanma ya da bu hastalıkların etkenlerini kendi çevresine taşıma gibi sonuçlar doğurabilir. Pek çok kitlesel olayda hava yolu, damlacık ve temasla bulaşan hastalık salgınları yaşanmıştır (Tsouros, 2007).

Büyük kalabalıkların toplanmasına neden olan kitlesel olaylar aynı zamanda basın ve uluslararası toplumun da ilgisini çeken olaylardır. Böyle bir durumda yaşananlar toplumda ve basında geniş yankı uyandıracığı için illegal örgütlerin kendilerini duyurmak amacıyla patlayıcı, kimyasal ya da biyolojik ajan kullanması riski de yüksektir (**Tsouros, 2007**). Örneğin 1972 Münih Olimpiyatları'nda meydana gelen patlamada 11 kişi ölmüştür.

Kitlesel olaylarda mortalite ve morbidite artışına katkıda bulunan etmenler şu şekilde listelenebilir:

1. Genellikle açık havada bulunulması sonucu olumsuz hava koşullarına maruz kalma
2. Kalabalık yaşam nedeniyle bulaşıcı hastalıklar
3. Sağlam olmayan geçici yapıların varlığı
4. Etkinliğe katılanların yaş, cinsiyet sosyoekonomik durum gibi ortak özellikleri nedeniyle bu özelliklere sahip gruplara özel risklerin yoğunlaşması
5. Etkinliklerin genellikle dışarıda ve hareket halinde olmayı gerektirmesi.

Sağlık sorunlarının dağılımı ve sıklığı toplanan kalabalığın özelliklerine göre değişecektir. Olimpiyat oyunları için bir araya gelen toplulukla rock müzik festivali için bir araya gelenlerin ya da hacca gidenlerin demografik, sosyal ve sağlık durumu özellikleri birbirinden farklı olacaktır.

Farklı dine mensup kişilerin katıldığı Hac'lar, kitlesel etkinlikler arasında özel bir yere sahiptir (**Memish, 2009; Johansson, 2012; Memish, 2012**). Kumbh Mela, üç yılda bir Allahabad'da 45 gün boyunca Ganj nehri kıyısına 70 milyondan fazla Hinduyu çeken bir hac etkinliğidir. Burada 1954'te izdiham nedeniyle 500 kişi yaşamını yitirmiştir (**Memish, 2012**). Fransa'da Pirene'lerdeki Lourdes Köyü ise her yıl 5 milyon Katolik hacıyı ağırlamaktadır. Şimdiye dek bilinen bir sağlık sorunu ve riski gözlemlenmemiş olsa da, bundan sonra olmayacağını garanti yoktur (**Memish, 2012**).

Mekke'de her yıl bir hafta süreyle yaklaşık 160-180 ülkeden yaklaşık 3 milyon kişinin katıldığı Hac, Müslümanların en büyük etkinliğidir. Çoğu ileri yaşta büyük bir kalabalık, geçici barınma alanlarında, gıdaların uygun saklanmadığı, iyi işlenmediği

ve pişirilmediği koşullarda, çok sayıda kişinin bulunduğu ve hijyenin korunamadığı ortak kullanım alanlarının varlığı nedeniyle artmış bir risk altındadır (**Johansson, 2012; Memish, 2012**). Bunun yanı sıra, yaklaşık 200.000 hacı, hac öncesinde sağlık hizmetine erişme şansının belki de hiç olmadığı yoksul ülkelere gelmektedir (**Memish, 2012**). Her yıl tarihin değişmesi nedeniyle iklim özelliklerine bağlı olarak riskler de değişmektedir. Bu da hazırlıklı olmayı zorlaştırmaktadır. Diğer yandan, tüm hacılar kısıtlı bir zaman içinde ve aynı yerde dini görevlerini yerine getirmektedirler. Bu durum hemen her yıl kalabalık nedeniyle köprü çökmesi, tünelde sıkışma, ezilme sonucu yüzlerce kişinin ölümüne yol açmaktadır (**Johansson, 2012**). Örneğin, 1990'da kalabalıkta sıkışma sonucu 1426, 1994'te kalabalıkta sıkışma sonucu 270, 1997'de yangın nedeniyle 343 kişi yaşamını kaybetmiştir (**Tsouros, 2007**).

Her kitlesel olayda kendine özgü sağlık sorunları gözlenirse de, olimpiyat oyunları, konserler ya da festivaller gibi çeşitli etkinliklerden sonra düzenlenen raporlar incelendiğinde ortaya çıkan sağlık örüntüsü tablosu çeşitli benzerlikler içermektedir (**Tsouros, 2007**). Tablo 1'de örnek olarak ABD ve Kanada'da düzenlenen büyük katılımlı çeşitli etkinliklere ilişkin tıbbi olay (yaralanma ya da hastalık) sıklığı sunulmaktadır.

Tablo 1'de yer alan diğer çeşitli etkinliklerden elde edilen rakamlara göre kitlesel etkinliklerde; başvuru sayısının, on binde 5-40, hastaneye taşınmanın on binde 0,1-5, hastaneye sevklerin yüzde 5-10 arasında çok da geniş olmayan aralıklarda küçük değişiklikler gösterdiği görülmektedir.

Kitlesel olaylarda en sık rastlanan sağlık sorunları deri ve kas-iskelet (laserasyon, abrazyon, incinme, burkulma, kırık vb.) sorunları, olası kardiyak hastalıklardır (göğüs ağrısı, baş dönmesi, bilinç kaybı) (**Tsouros, 2007**).

Türkiye'den bir örnek verilecek olursa, Erzurum 2011 Universiade Oyunları boyunca Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi (BEAH)'ne başvurularda % 23 artış saptanmıştır (**Bayramoğlu, 2011**). Oyunlar boyunca toplam bir ölüm vakası ile karşılaşılmış, kurulan üç sağlık hizmet alanına ve BEAH'ne 2500 hastalık ve yaralanma başvurusu yapılmıştır. Başvurulardan 703'ü (%28) akut solunum yolu enfeksiyonu, 199'u (%8) travmadır. Oyunlar boyunca Erzurum'da ortalama hava sıcaklığının -9°C olduğu

düşünülürse, solunum yolu enfeksiyonu başvurularının neden yüksek olduğu anlaşılacaktır (**Bayramoğlu, 2011**).

Her kitlesel olayda özgün sağlık sorunları görülebilse de bu ortak yönlerden yola çıkarak etkili bir hizmet için ortak bir kavramsal çerçeve oluşturulmasına gereksinim vardır. Özellikle son yıllarda olağandışı durum yönetiminde benimsenen "tüm tehlikeler yaklaşımı" açısından da ortak kavramsal çerçeve gereklidir.

Etkinliğin türü, süresi, katılan kişi sayısı, düzenlendiği bölgenin hastalık örüntüsü, mevsimsel özellikler gibi pek çok faktör morbidite ve mortaliteyi farklı yönde etkilese de, kitlesel olaylarda sağlık gereksinimlerine ilişkin Arbon'un oluşturduğu model hizmet planlaması açısından önemli bir çerçeve çizmektedir (**Arbon, 2004**). Bu model Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2'de, karşılıklı etkileşim içindeki tüm risk faktörlerini üç alan başlığı altında (psikososyal, biyomedikal, çevresel) bir araya getiren bir kavramsal çerçeve gösterilmektedir (**Arbon, 2004**). Psikososyal alan, bireylerin ve topluluğun davranış ve motivasyonunun kitlesel etkinliğe olan sosyal ve psikolojik etkilerini kapsar. Çevresel alan, hava durumu ve etkinlik alanının fiziksel özelliklerini içerir. Bu alanlar birbiriyle etkileşerek etkinliğe ve topluluğa özel sağlık gereksinimlerinin ortaya çıkmasına

neden olur. Örneğin çevresel alan özelliklerinden olan ulaşımın kolay olması ve kalabalığın yoğun olması, bir yandan psikososyal alanda bireylerin ve topluluğun ruh halini ve davranışını etkilerken, bir yandan da biyomedikal alanda yaralanma ve hastalık potansiyelinin artışına neden olacaktır (**Arbon, 2004**).

Tablo 2'dekine benzer bir yaklaşımla 2004 Atina Olimpiyatları ve Paralimpik Oyunları öncesinde potansiyel sağlık riskleri listelenmiş ve enfeksiyöz olan / olmayan ve düşük / yüksek risk kategorileri altında sınıflanmıştır (**Tsouros, 2007**). Riskler Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo 3'te gösterilen bu riskler arasında enfeksiyöz nedenli en yüksek risk turist diyaresi, enfeksiyöz olmayan en yüksek risk ise sıcaklar ilişkili hastalıklardır (**Tsouros, 2007**).

1.2. Kitlesel olaylarda sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumu

Kitlesel olaylarda sağlık sisteminin amacı katılımcılar, görevliler ve bölge halkına yaralanma ve hastalanmalarla ilgili olarak birincil ve ikincil düzeyde koruyucu sağlık hizmeti sunmaktır.

Sağlık sisteminin temel sorumluluk alanları;

1. Kitlesel olaya hazırlıklı olmak
2. Sağlık hizmeti kapasitesini artırmak
3. Hastalık sürveyansı ve salgın kontrolü

Tablo 1. Çeşitli kitlesel etkinliklerde tıbbi olay (yaralanma ya da hastalık) sıklığı

Olay	Yer	Katılan sayısı	Tıbbi olay sıklığı (On binde)
Dünya Fuarı, 5-10, 1982	Knoxville, ABD	11.000.000	23
Yaz Olimpiyatları, 7-8, 1984	LA, ABD	3.450.000	16
Live Aid Konseri, 07, 1985	Philadelphia	590.000	33
Dünya Sergisi 5-10, 1986	Vancouver, Kanada	22.100.000	39
Kış Olimpiyatları, 02, 1988	Calgary, Kanada	1.800.000	15,2

Kaynak: Tsouros, 2007

Tablo 2. Kitlesel olaylarda topluluğun sağlığını etkileyen etmenler ve ilişkileri

Psikososyal alan	Biyomedikal alan	Çevresel alan
Kalabalık: Davranış Ruh hali	Kalabalığın sağlığa etkisi	Kalabalık: Katılım Yoğunluk
Birey: Motivasyon Davranış	Bireysel hastalanma ve yaralanma riskleri	Yer: Sınırlı/kapalı alan Geniş alan Arazide
Kalabalığın kültürü, ilgi alanları	Kalabalığın yaş ve cinsiyeti	Olayın doğası
Katılım gerekçesi	Kalabalığın yaş ve cinsiyeti	Etkinliklerin yerleşik ya da hareketli olması
Kalış süresi	Soğuk-sıcaklığın etkisi	İç ortam havası ve iklim
Alkol-madde kullanımı	Alkol-madde etkisi	Alkol-maddeye erişim

Kaynak: Arbon, 2004; Tsouros, 2007

Tablo 3. Atina 2004 Olimpiyat Oyunları için potansiyel halk sağlığı riskleri

Risk kategorisi	Yüksek risk	Düşük risk
Enfeksiyöz nedenler	Turist diyaresi	Hepatit A
	Suyla ve gıdaya bulaşan hastalıklar	Bruselloz
	Havayoluyla bulaşan hastalıklar	Endemik olmayan enfeksiyonlar
	Cinsel yolla bulaşan hastalıklar	Ciddi akut solunum yolu hastalıkları
Enfeksiyöz olmayan nedenler	Sıcakla ilişkili hastalıklar	Patlayıcı, kimyasal ve radyo-nükleer ajanların kasıtlı kullanımı
	Trafik kazaları	
	Boğulma ve diğer kazalar	

Kaynak: Tsouros, 2007

4. Çevre sağlığı ve gıda güvenliği

5. Patlayıcı, biyolojik, kimyasal ve radyonükleer ajanların kullanımına hızlı yanıt verebilmek

6. Tüm bunları tek bir komuta altında liderlik, operasyon ve kapasite artışını gerçekleştirmektir (Tsouros, 2007).

Kitlesel olaylar aynı zamanda sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve hareketli yaşam, sigaradan kaçınma gibi sağlık mesajlarının verilebileceği fırsatlardır (Tsouros, 2007).

Literatürde, kitlesel olaylarda sağlık riskleri ve öncelikli sağlık hizmetlerine ilişkin yer alan ortak başlıklar şöyle listelenebilir (Emergency Management Australia, 1999; Tsouros, 2007; WHO, 2012):

- Çevre kaynaklı sağlık riskleri ile baş etme
 - Gıda güvenliği
 - Sanitasyon gereksinimleri ve atık yönetimi
 - Güvenli ve temiz su sağlanması
 - Haşere/vektör kontrolü
 - Bina güvenliği
 - Gürültü ve benzeri sorunların önlenmesi
- Birincil korunma ve sağlığı geliştirilmesi etkinlikleri
 - Risk iletişimi
- Eğilimleri izlemek ve salgını erken tanımak amacıyla süreyans
- Riskli grupları belirleme, izleme ve korunma ve tedavi yöntemleri uygulama
- Karantina, dekontaminasyon, kemoprofilaksi gibi hastalık kontrol süreçleri
- Hastane öncesi sağlık hizmetlerinin ve hastanelerin kitlesel yaralanmalara hazırlıklı olması

- Biyolojik ajanları ve çevreye ve insana zararlı kimyasal maddeleri belirlemek için özel laboratuvarların kurulması

- Biyolojik, kimyasal ve radyonükleer ajan kullanımına karşı sağlık sisteminin hazırlıklı olması

- Uluslararası ve sektörler arası ortak planlama ve işbirliği

Sağlık hizmetlerinin nasıl düzenleneceğine ve öncelikle hangi konularda hazırlıklı olmak gerektiğine dair çeşitli yaklaşımlar vardır. Bunlardan birisi, uzun süredir bilinen ve yaralanmaların önlenmesine ilişkin araştırma ve müdahale programlarında kullanılan yaklaşımdır (Tsouros, 2007). Bu yaklaşımda kitlesel olaylarda sağlığı en çok etkilemesi olası etmenlerle ilgili olarak, olay öncesinden başlayarak tüm evrelerde ne yapılması gerektiği belirlenir (Tsouros, 2007). Etkili bir sağlık yanıtı, olay öncesinde başlayan ve olay sonrasında hizmetleri değerlendirme ve geliştirmeye dek kesintisiz süren hizmet sunumunu içerir.

Tablo 4'te evrelere göre sağlığı etkileyen etmenlere dair yapılacaklar, bir matris şeklinde gösterilmektedir.

Olay öncesi etkinlikleri; risk değerlendirme, risk iletişimi ve birincil koruma etkinliklerini içerir. Olay sırasında risk iletişimi devam eder ve rutin hizmetlerin yanı sıra toplu bir yaralanma/hastalık durumunda acil sağlık hizmeti sunumunu içerir. Bu hizmetler arasında dekontaminasyon, temaslılara profilaksi, izolasyon, karantina ve gerekirse boşaltma yer alır. Kriz anı ruh sağlığı danışmanlığı, olayın toplum üzerindeki uzun süreli etkilerini kontrol etmede önemli hizmet alanlarından birisidir.

Olay sonlandıktan sonra tehlike geçene dek risk iletişiminin ve topluma-dayalı halk sağlığı girişimlerinin sürdürülmesi gerekir. Bununla birlikte

Tablo 4. Kitlesele olaylarda evrelere göre hazırlıklı olma ve yanıt

Evre	Hazırlıklı olma/yanıt	Etkileyen Etmenler		
		Etken/Vektör	Fiziksel Çevre	Sosyal çevre/Örgüt kültürü
Olay öncesi	Risk değerlendirme	Biyolojik, kimyasal, nükleer etkenler	Varolan altyapı Gıda ve suya bulaşma riski	Halk sağlığı çalışanları ve diğer ilk yanıt çalışanlarında hazırlıklı olma kültürü
	Olay öncesi risk iletişimi	Etkenin kitle imha silahı olarak etkisi	Hasta nakli altyapısı	Her çalışanın acil yanıtta işlevsel rollerini bilmesi
	Olay öncesi sürveyans	Beklenmeyen bir etken görülme riski		Kayıt ve bildirim sistemi kurulması ve çalışanların rollerinin farkında olması
	Birincil koruma (aşılama...)		Etkinlik alanının kimyasal ve radyoaktif kirliliğe yakınlığı	Toplumun olay öncesi risk iletişimine tepkisi Riskin toplumda nasıl algılandığı
	Çalışanlara hazırlıklı olma eğitimi			Her çalışanın bilgisinin sınırlarının farkında olması
	Sektörlerarası işbirliği			Tatbikatlara katılım
Olay sırasında	Krizi anı risk iletişimi	Yaralanmalar ve hastalıklar Etkenin saptanması	Acil sağlık hizmeti birimlerinin kurulması ve işletilmesi	Toplumun kriz sırasında risk iletişimine tepkisi
	Dekontaminasyon, bulaşın önlenmesi ve tedavi	Etkenin müdahale ve ortadan kaldırma çalışmalarına yanıtı	Acil tıbbi malzemeye erişim Klinik kapasitenin artırılması	Toplumun halk sağlığı uyarılarına uyması
	Profilaksi			Toplumun sağlık hizmetlerine erişimi
	Kriz anında ruh sağlığı hizmetleri			
	Sektörler arası işbirliği			
	Epidemiyolojik çalışma hazırlıkları (adli epidemiyoloji dahil)	Etkenin akut sağlık etkileri	Hasta nakil araçlarına hızla ulaşabilme	
Boşaltma				
Olay sonrası	Olay sonrası risk iletişimi			Toplumun olay sonrası risk iletişimine yanıtı
	Hizmetlerin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi	Etkenin müdahale ve ortadan kaldırma çalışmaları sonrası durumu		Sağlık çalışanlarının hizmet değerlendirmesi yapma istekliliği
	Olay sonrası ruh sağlığı hizmetleri			Toplumun sağlık hizmetlerine güveni
	Olay sonrası sürveyans ve izlem			Toplumun kültürel yapısı içinde olay sonrası risk algısı

Kaynak: Tsouros, 2007

toparlanma ve bir sonraki olaya hazırlıklı olma çalışmalarına başlanmalı ve olayın toplum üzerindeki uzun süreli fiziksel ve ruhsal etkileri yakından izlenmelidir (Tsouros, 2007).

1.2.1. Hastalık sürveyansı ve salgın incelemesi
Kitlesele etkinliklerde hastalık bulaşma riski çok artar. Bu nedenle hem var olan sürveyans sisteminin güçlendirilmesi hem de bildirim zorunlu hastalık sürveyansı, sendromik sürveyans sentinel sürveyans ve yaralanma sürveyansı gibi kitlesele olaya özgü çalışmaların sürdürülmesi gereklidir (Khan, 2010). Kullanılan yöntemlerde dikkat çekici bir eğilim ya da önemli bir olay saptandığında genellikle hızlı bir epidemiyolojik araştırma yapmaya da ihtiyaç duyulur (Tsouros, 2007).

Hac, hastalık sürveyansı açısından özel ilgi gerektiren bir kitlesele etkinliktir (Memish, 2009). Ondokuzuncu yüzyılda tüm dünyaya yayılan bir kolera

salgını Hacdan dönüşle birlikte başlamıştır. 1989'da hacılar arasında başlayan ve döndüklerinde ülkerlerinde temas ettikleri kişilere bulaşarak dünyaya yayılan Menengokok A salgını, Suudi Arabistan yönetiminin vize almak için menengokok aşısını zorunlu hale getirmesiyle sonuçlanmıştır (**Memish, 2009**). İnfluenza A H1N1 pandemisinin yaşandığı 2009 yılından sonra Suudi Arabistan'da Hac'a özel sürveyans ve müdahale sistemi kurulmuştur (**Memish, 2009**).

Sürveyans etkinlikleri, ortamdaki belli mikroorganizmaları saptayacak pasif sistemlerden, kuşkulu semptomların olağandışı kümelenmesini belirleyebilmek amacıyla acil servis, birinci basamak ve ilaç-eczacılık veri tabanlarına dek çeşitli kaynaklarda veri madenciliğine dek çeşitli düzeylerde olabilir (**Tsouros, 2007**). Var olan sağlık sistemi içinde, kitlesel olayla ilgili olarak hangi düzeyde sürveyans sürdürüleceğine karar vermek zordur.

Sendromik sürveyans, geleneksel hastalık sürveyansından farklı olarak, doğrulanmış tanılardan çok semptomlara odaklanır ve sağlık eğilimleri ya da ilaç satışları ile ilgili istatistiksel verilerin toplanması ve analizini içerir. Sendromik sürveyansla ilgili çeşitli tartışmalar olsa da, kitlesel olaylarda kısa süre için kullanımıyla ilgili başarılı örnekler vardır. Örneğin, 2002 Utah Kış Olimpiyatları'nda başarıyla uygulanmıştır. Hastaların ana yakınmaları yedi prodrom kategorisinde sınıflanmış ve 10 acil servisle 20 ayaktan tedavi merkezinden toplanan gerçek zamanlı verilerle zaman serileri grafikleri ve coğrafi bilgi sistemleri çıktılarını elde edilmiştir (**Tsouros, 2007**). Sendromik sürveyansa dahil edilebilecek hastalıklara ilişkin olarak 2006 Torino Kış Olimpiyatları'nda belirlenen sendromlar gösterilebilir (**Tsouros, 2007**).

2006 Torino Kış Olimpiyatları'nda sürveyansa dahil edilen sendromlar:

- Yüksek ateş ve solunum semptomları
- Hemorajik hastalık
- Kanlı olmayan gastroenterit
- Botulizm-benzeri hastalık
- Kanlı gastroenterit
- Lokalize deri lezyonları
- Ateş ve döküntü
- Sepsis ya da açıklanamayan şok

- Ateş ve lenfadenit
- Akut koma
- Sinir sistemi sendromu
- Açıklanamayan ölüm
- Akut başlangıçlı sarılık

Sydney 2000 Olimpiyatları'nda sentinel sürveyans dahil pek çok sürveyans yöntemi bir arada kullanılmıştır. Bunlar arasından en dikkat çekenler kapsamlı bulaşıcı hastalık sürveyansı, acil servislerden sentinel sürveyans, seyahat gemilerinin sürveyansı, çevre ve gıda güvenliği kontrolleri ve biyolojik silah sürveyansıdır. Açılış töreninden üç hafta önce başlayıp, kapanıştan üç gün sonrasında dek süren sürveyans sisteminde günlük güncel veriler elde edilmiştir (**Tsouros, 2007**).

Avustralya'da 2008'de düzenlenen Dünya Gençlik Günü etkinliklerinde kartpostal şeklinde bir anket formu düzenlenmiş ve başarılı bir sentinel sürveyans çalışması gerçekleştirilmiştir (**Hutton, 2010**).

1.2.2. Sağlık hizmeti kapasitesi ve kitlesel yaralanmalara hazırlıklı olma

Kitlesel etkinlikler sırasında sağlık hizmeti kapasitesini artırmak aslında politik bir karardır. Sağlık yöneticileri bu kararı verirken hem kitlesel etkinliğin bölge toplumu tarafından nasıl algılandığını ve kabul görüp görmediğini dikkate alırlar hem de yerel, ulusal ve uluslararası basın ilgisini çekme potansiyelini göz önünde bulundurlar (**Thackway, 2009**). Toplumun çok benimsemediği, basın da ilgi göstermediği bir kitlesel etkinlik için özel olarak sağlık hizmeti sistemi kurmak çoğu yönetici için bir angaryadır. Bunun yanı sıra gereksinim duyulan ek bütçeler genellikle gelmez ya da yetersiz kalır. Var olan sınırlı olanaklar içinde gerçekçi olmayan ve artmış beklentileri karşılama yüküyle karşı karşıya kalan sağlık çalışanları ise motivasyonunu kısa sürede yitirir ve kaynaklar hızla tükenir (**Thackway, 2009**). Bu durumda olay öncesinde risk değerlendirmesi büyük önem kazanır. Ayrıca kaynak kullanımını için bir öncelik sırası belirlemek, var olan olanakların etkili kullanımı için şarttır (**Thackway, 2009**).

Katılımcılara, izleyicilere ve görevlilere, alışılan ortamlar ve kurumlar dışında sağlık hizmeti sunmak, kitlesel etkinliklerdeki önemli zorluklardandır. Ayrıca itfaiye, ambulans servisi, polis teşkilatı, hastaneler, Kızılay/Kızılhaç ve diğer sivil toplum kuruluşları gibi çok sayıda kurum ile işbirliğini gerektirir

(Tsouros, 2007). Yine de kitlesel etkinliklerin çoğunda, yer ve zaman yıllar öncesinden belirlendiğinden, hazırlanma için yeterli süre vardır.

İlk müdahale ve acil sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerinin etkili sürdürülmesi için, öncelikle yabancıların kolay erişebileceği sağlık hizmeti alanlarının oluşturulması ve yeterli çalışan, araç, tıbbi malzeme ve donanım sağlanması; rutin kurum içi ve sektörler arası iletişim kanallarının oluşturulması, sürdürülmesi ve bölgedeki sağlık kurumlarının afet planlarının güncellenmesi gereklidir.

Kitlesel olaylarda çok sayıda yaralanmaya yol açan durumlarda, ilk andaki başvurulardan yola çıkarak, genel yaralı ve hasta örüntüsü ve toplam sayı tahmin edilebilir (Lund, 2011). Bu da planlama işlerini oldukça kolaylaştırır. Şekil 1'de CDC tarafından yapılan bir hesaplama göre toplam yaralı ve hasta sayısının olaydan sonraki ilk bir saat içinde başvurduğu gösterilmiştir (Tsouros, 2007; CDC, 2013). Genel olarak kitlesel yaralanmalarda ilk 90 dakika içinde, en yakın hastaneye/sağlık kuruluşuna, tüm yaralı ve hastaların % 50-80'inin başvurduğu, daha uzak kurumlara neredeyse hiç başvuru olmayacağı bildirilmektedir (Tsouros, 2007). Hafif yaralılar

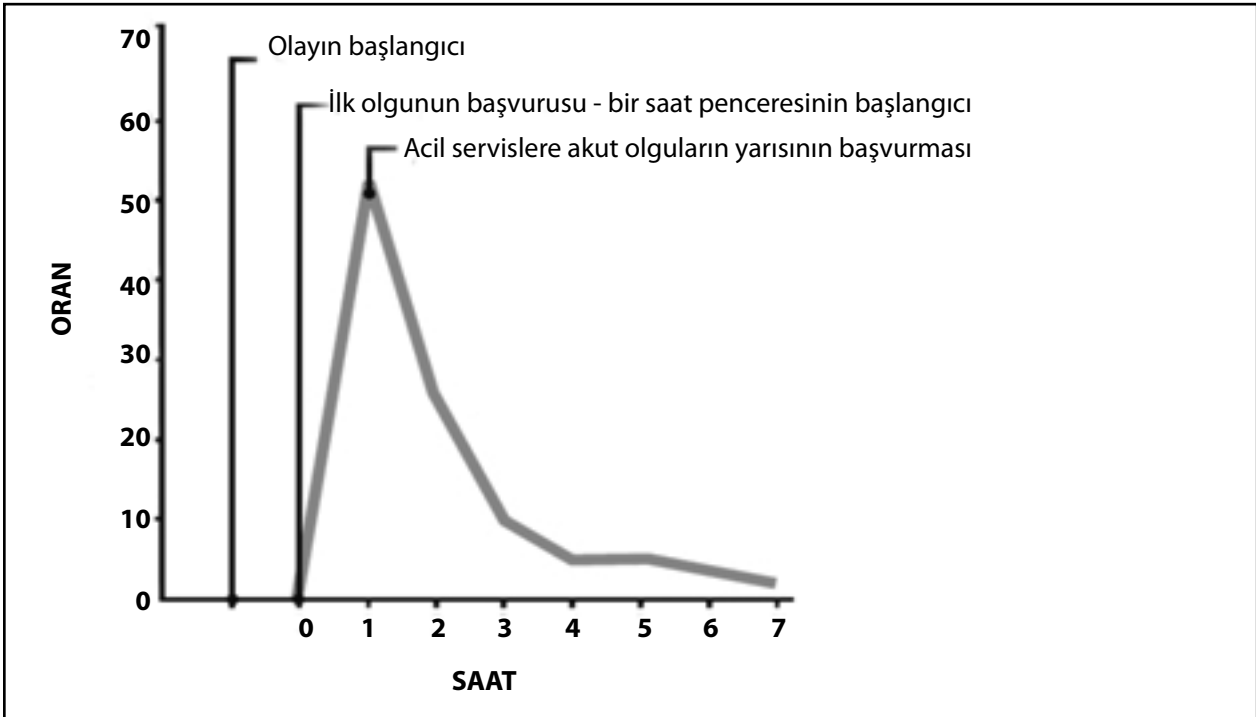
genellikle olay yerinden kendileri ayrılıp hastanelere başvururlar ve bu nedenle olay yerinde triyaja genellikle dâhil olmazlar. Yine de bu tahminin pek çok durumda doğru olmayabileceği hatırlanmalıdır.

Hasta nakil zorlukları, gecikmeler ve güvenlik sorunları hasta/yaralı başvurularının zamanlamasını değiştirebilir. Örneğin birçok yerde patlama olmuş ya da patlamanın ardından bina çökmesi yaşanmış, yollar ve trafik akışı etkilenmiş olabilir (Lund, 2011).

Kitlesel olaylarda sağlık hizmetlerinin sunumunda erişim, en dikkat edilmesi gereken özelliklerdendir. Bölgeye yabancı çok sayıda kişinin orada bulunduğu ve etkinliğe katılan, izleyen ve görev alanların farklı gereksinimlerinin olacağı unutulmamalıdır.

Yayınlanan bir makalede, gereksinimlerin farklılıklarını dikkate alarak ve erişimi kolaylaştırmak amacıyla Erzurum 2011 Universiade Oyunları'nda üç farklı alanda sağlık hizmeti sunulduğu bildirilmiştir;

- Yarışma ve antrenman alanları
- Universiade köyü



Şekil 1. Kitlesel olaylarda sağlık hizmetlerine başvuru Kaynak: CDC, 2013

- Hastane hizmetleri (**Bayramoğlu, 2011**)

Bu alanlara iki hafta boyunca toplam 2500 kişi başvurmuştur. Ayrıca 1000'e yakın olguya olay yerinde hizmet verilmiş, 131 olgu ambulansla hastaneye nakledilmiştir. Kitlesel yaralanmayla sonuçlanan bir olay yaşanmamıştır (**Bayramoğlu, 2011**).

Kitlesel olaylarda sık raslanan ve enfeksiyöz olmayan sağlık sorunlarını ele almak gerekirse ilk sırada izdihama bağlı sorunlar gelir. Ardından, sıcak ya da soğuk havayla ilişkili sorunlar, emosyonel stres, travmatik yaralanmalar kronik hastalıklar ve yakınmalar ile kitlesel yaralanmalı kazalar gelir (**Steffen, 2012**).

1.2.3. Çevre sağlığı ve gıda güvenliği

Çevre ve gıda güvenliği özellikle topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri açısından kritik görevlerdendir.

Yapılması gerekenler; gıda hazırlama ve sunumu koşullarının denetlenmesi; içme suyu ve hava kalitesinin izlenmesi; atıksu, katı ve zararlı atıkların yok edilmesi, önceden beri var olan çevre sağlığı ve gıda güvenliği ihlallerinin sonlandırılması için ilgili kurumlarla işbirliği kurmaktır (**Tsouros, 2007**). Gıda güvenliği ve çevre sağlığı timlerinin düzenli kontrol yapması, selektif örnek alma, mikrobiyolojik testler, su sanitasyonunun ve atık yok etme işlemlerinin kontrolü gibi işlemleri sürdürebilmesi için etkinliğin düzenleyicileri ile işbirliği kurulmalıdır (**Tsouros, 2007**).

1.2.4. Toplumunu bilgilendirme ve sağlığın geliştirilmesi

Kitlesel etkinliklerde toplumun bilgilendirilmesi özellikle bulaşıcı hastalıklar ve çevre kaynaklı sağlık sorunlarının önlenmesi için gereklidir. Etkinliğe katılanların bölgenin endemik hastalıklarından ve çevre sağlığı ya da iklim kaynaklı sorunlarından haberdar olma hakları vardır.

Çok sayıda kitlesel etkinlikte hem o etkinliğe özel risklere hem de genel olarak sağlığın geliştirilmesine ilişkin çok çeşitli bilgilendirme ve halk eğitim fırsatları yaratılmıştır. Pek çok etkinlikte sigarasız ortam sağlanması ve sigara bırakmayla ilgili broşür, afiş vb. dağıtımı; kilo kontrolü ve sağlıklı beslenme ile ilgili bilgilendirmeler yapılmıştır. Buna ek olarak mevsime özgü risklerden örneğin sıcak, güneş ya da soğuğa bağlı hastalıklardan korunmaya dair afiş, broşür ve rozetler hazırlanmış,

eğitim gönüllüleri yetiştirilmiştir (**Tsouros, 2007**). Bunun yanı sıra büyük kalabalıkların toplandığı çeşitli etkinliklerde bulaşıcı hastalıklar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin bilgilendirmeler yapılmış, aile planlaması malzemeleri dağıtılmıştır (**Tsouros, 2007**).

1.2.5. Biyolojik, kimyasal ve radyonükleer ajan kullanımına karşı hazırlıklı olma

Kitlesel olaylarda saldırı amaçlı olarak biyolojik, kimyasal ya da radyonükleer ajanların kullanımı seyrek görülen olaylar değildir. Münih 1978 Olimpiyatları'nda 11 kişinin yaşamını kaybetmesi, 1995'te Tokyo Metrosu'nda 20 kişinin yaşamını kaybettiği ve 2000'den fazla insanın etkilenmediği Sarin gazıyla yapılan saldırı, yakın zamanda 15 Nisan 2013'te 27.000 kişinin koştuğu Boston Maratonu'nda 3 kişinin ölümü, 140'dan fazla kişinin yaralanmasıyla sonuçlanan bombalı saldırı hafızalardan çıkmayan olaylardır (**Tsouros, 2007; Okumura, 1998; Golen, 2013**).

Diğer yandan, 11 Eylül 2001'de ABD'ne yönelik saldırıların ardından bu ajanların ve patlayıcıların kullanıldığı saldırılara yönelik toplumsal bir paranoya oluşturulmuş ve eğitim programlarından korunma malzemeleri ve ilaçları içeren kişisel paketlere dek sivil savunma alanında büyük bir küresel pazar yaratılmıştır. Bu koşullarda bu ajanlara yönelik hazırlıklı olma gerekliliğini göz ardı etmeden, sınırlı sağlık hizmeti kaynaklarını akılcı kullanmak gerekir.

Kitle imha silahı olarak kullanılacak biyolojik ajanlar, genellikle önceden bilindiği için spesifik korunma mümkündür. Kimyasal ve radyo nükleer ajanlar için genel dekontaminasyon yöntemleri dışında spesifik korunma yöntemleri ne yazık ki çok sınırlıdır.

Kitlesel olaylarda biyolojik ajanlarla ilgili olarak alınacak önlemler ulusal hazırlıklı olmayı gerektirir. Bu alanda, aynı zamanda pazarı da yöneten, ABD öncülük etmiş ve Ulusal Stratejik Stok oluşturmuştur (**Tsouros, 2007**). Bu stokta, binlerce hastayı tedavi etmeye yetecek uygulamaya hazır ilaçlar, kemoprofilaktik ajanlar ve yüksek öncelikli biyolojik etkenlere yönelik aşılarda yer almaktadır.

Biyolojik ve kimyasal ajanların kullanılması durumunda ne yazık ki etkeni belirlemek saatler hatta günleri bulabilir. Hastalananlardaki belirtiler, genellikle sık rastlanan hastalıkların belirtilerinden farksızdır. Potansiyel tehditler için erken uyarı sis-

temleri kurmuş olmak, hızlı bir halk sağlığı yanıtı için ön koşuldur (**Arbon, 2007; Tsouros, 2007**).

1.2.6.Yönetim, liderlik ve ortak komuta

Etkinlik bir bölgeye sınırlı bile olsa, kitlesel etkinlikler ulusal düzeyde yönetilir (**Tsouros, 2007**). Sağlık hizmetlerinin yönetiminde şu bileşenler bir araya gelir;

- Ulusal, il ve ilçe sağlık yönetimleri
- Sağlık hizmetleri, hasta nakil hizmetleri, güvenlik, ulaşım vb. farklı sektörler
- Spesifik risk-temelli kurumlar:
 - Sivil savunma (biyolojik, kimyasal saldırı),
 - Çevre müdürlüğü (endüstriyel vb. çevresel riskler),
 - Bayındırlık müdürlüğü (sel, deprem vb. olağandışı durumlar)
 - ...
- Spesifik işlevleri olan kurumlar (hastaneler, laboratuvarlar, hastane dışı acil sağlık hizmetleri, vb.)
- Bu alanlarda katkısı olan örgütler (meslek örgütleri, Kızılay, arama kurtarma dernekleri, vb.)

Etkili bir olay yönetim sistemi oluşturulmasında anahtar özellikler, olay öncesinde planlama, rollerin net olarak tanımlanması ve komuta yapısı gibi resmi sistemlerin oluşturulmasıdır. Komuta yapısının olay sırasında kesintisiz 24 saat çalışacak şekilde oluşturulması gerekir (**Tsouros, 2007**). Sağlık hizmetlerinin yönetimine dair planlar şunları mutlaka içermelidir (**Arbon, 2007; Tsouros, 2007; Lund, 2011**):

- Meslek örgütleri ve seçilmiş ve atanmış yerel yöneticiler dahil, ilgili tüm tarafları kapsayan plan komitesinin oluşturulması
- Komuta, kontrol ve yönetim prosedürleri (iletişim ve kayıt sistemleri dahil)
- Gerekli personel ve kaynakların nasıl harekete geçirileceği
- Sürveyans ve epidemiyolojik araştırma prosedürleri (temaslı aranması, iz sürme, temaslılara aşılama ya da kemoprofilaksi, kuşkulu olgularda etkenin belirlenmesi için laboratuvar olanaklarının harekete geçirilmesi vb.)
- Karantina koşulları ve izolasyon alanları için yasal dayanakların tanımlanması

- Sağlık çalışanlarının eğitimi
- Hizmet sunulan kurumlarda ve sağlık çalışanları için, yasama ve güvenlik kurumlarının desteğiyle güvenliğin ve su, elektrik ve atıkların yok edilmesi gibi desteklerin sağlanması.

Kitlesel olaylarda sağlık hizmeti sunumunda iletişim ağları ve süreçleri başarılı bir yönetimin ön koşuludur (**Tsouros, 2007**). Sağlık, yangın söndürme ve kurtarma, güvenlik gibi hizmetlerin hem kendilerine ait hem de tüm tarafların ortak kullanabildiği iletişim sistemlerine gereksinim vardır. Sağlık yönetiminin iletişim işlevinin önemli bir bileşeni de basın ve toplumla iletişimidir (**Arbon, 2007**). Bu konuda özel eğitim almış kişilerin iletişim sorumluluğunu üstlenmesi, birkaç dilde birden iletişim kurulabilmesi, topluma güncel, güvenilir ve hızlı bilgi sağlanması, kaosun önlenmesinde kritik öneme sahiptir.

2. Gösterici ve Eylemciler İçin Sağlık Hizmeti: Sokak Sağlıkçıları "Street Metics"

2.1.Politik eylemlerde kamu sağlık sistemi ne yapar?

Yazının önceki bölümlerinde 1.2.2. no'lu başlık altında da vurgulandığı gibi, kitlesel etkinlikler sırasında sağlık hizmeti kapasitesini artırmak aslında politik bir karardır.

Aynen tekrarlayacak olursak, "Sağlık yöneticileri bu kararı verirken hem kitlesel etkinliğin bölge toplumu tarafından nasıl algılandığını, kabul görüp görmediğini dikkate alırlar hem de yerel, ulusal ve uluslararası basının ilgisini çekme potansiyelini göz önünde bulundurlar" (**Thackway, 2009**).

Politik eylemlerde ise göz önünde bulundurulacak bir başka etmen hükümetin ve yerel yönetimin eyleme bakışıdır. Göstericiler ile hükümet/yerel yönetim arasında bir gerilim yaşanması durumunda sağlık sistemi yönetimi, ya koşulsuz olarak hükümetin/yerel yönetimin tarafında yer alacak ya da olması gerekeni yapıp tarafsızlığını koruyarak sağlık hizmeti sunmaya yönelik girişimde bulunacaktır (**Johnsson, 2006**).

2.1.1. İsveç'ten bir örnek: Avrupa Konseyi Zirvesi karşıtı gösterilerde yerel kamu sağlık sisteminin çalışmaları

Yerel sağlık örgütlenmesinin, gösteriler sırasında etkili bir hizmet sunmaya yönelik hazırlıklarına ve tarafsızlık içinde sunulan hizmetlere dair olumlu

bir örnek, 2001 yılında İsveç'te yaşanmıştır (**Johnsson, 2006**). Ülkemizde özellikle Sağlık Bakanlığı içinde olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri yönetimi yapılarına örnek olması amacıyla, İsveç'te 2001 Avrupa Konseyi Zirvesi'nin protesto edildiği gösterilerde bölge sağlık yönetimi tarafından sunulan hizmetler ayrıntılı olarak aktarılmıştır. Bu örnekten aynı zamanda sağlık yöneticilerinden neyin talep edileceğine ilişkin yararlı dersler de çıkarılabilir.

Avrupa Konseyi'nin 2001'de İsveç Göthenburg'da yaptığı zirve toplantısı, yaklaşık 4000 katılımcının yanı sıra 50 bin kadar göstericiyi de çekmiştir. Zirveye katılanlar için sağlık hizmeti olanakları ayrıca özel olarak düzenlenmiştir (**Johnsson, 2006**).

Avrupa Konseyi Zirvesi sırasında üç gün boyunca her birine yaklaşık 15 bin kişinin katıldığı toplam 43 gösteri yürüyüşü düzenlenmiş, 600 kişi gözaltına alınmış, 60'ı tutuklanmıştır (**Johnsson, 2006**). Zirve öncesinde polis istihbaratı ile gösteri düzenleneceğinden haberdar olunmuş ve bölge sağlık yönetimi hazırlık yapabilmıştır. Bölge sağlık yönetimi, var olan dört hastaneyi artan başvurularla baş edecek şekilde ek personel ve ekipmanla donatmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde de kapasite artışına gidilmiş, ek olarak kardiyoloji, genel cerrahi gibi uzmanlık alanlarında görevlendirmeler yapıp otellerde hasta bakım olanakları hazırlanmıştır (**Johnsson, 2006**). Makalede, bu otellere gaz bombası ya da biber gazı atılıp atılmadığına dair bilgiye rastlanmamıştır!

Bölgedeki hastane öncesi ve hastane acil sağlık hizmetleri güçlendirilmiş, ek ambulanslar sağlanmıştır. Acil Sağlık Komuta Merkezi, göz yaşartıcı gaz ve butirik asit maruziyetinden sonra dekontaminasyon ve tedaviye ilişkin rehberler hazırlamıştır. Çatışmadan kaçınmak için, her hastane sadece gösterici ya da polis kabul edecek şekilde ayrılmıştır (**Johnsson, 2006**).

Zirve toplantısı boyunca günlük kayıtlar tutulmuş ve hasta envanteri çıkarılmıştır. Envanterlere göre 2500 polis ve 50 bin göstericinin karşılaşmasıyla birkaç çatışma yaşanmış, çatışmalar çoğunlukla minör yaralanmalar ve ağır maddi kayıplarla sonuçlanmıştır. Toplam 143 hastanın kaydı tutulduğu bildirilmektedir. Bunların 53'ü (%37) polis, 90'ı (%63) göstericidir. Yaralıların 58'i hastanelerde, 57'si genel pratisyen tarafından tedavi edilmiştir (**Johnsson, 2006**). Toplam 143 yaralıdan 18'inde köpek ısırtığı olması ve bunlardan beşinin polis olması dikkat

çekicidir. Diğerlerinde, sıklık sırasına göre el, ayak ve kafa yaralanmaları vardır. Kongre binasında kalp krizinden yaşamını kaybeden bir gazeteci dışında ölüm olmamıştır. Durumu ciddi olan dokuz hastadan üçü polistir ve bu yaralıların en ciddi olanlarından üçünde ateşli silah yaralanması, birinde kafatası kırığı, birinde beyin sarsıntısı vardır (**Johnsson, 2006**).

Bunlara ek olarak kongre alanında 100 kişi minör yaralanmalar nedeniyle muayene ve tedavi edilmiştir.

2.1.2. 68 kuşağının savaş karşıtı eylemlerinde sağlık hizmeti için kurulan işbirliği

2001'de İsveç'te yaşananların daha eski bir tarihteki bir benzeri de 1969'da ABD Washington DC'de savaş karşıtı gösterilerde yaşanmıştır (**Chused, 1971**).

Mayıs 1969'da Washington'da düzenlenen savaş karşıtı eylemlerde Dr. Edward Schneider'in öncülük ettiği İnsan Hakları İçin Tıp Komitesi Washington Şubesi gönüllülerden oluşan bir ilk yardım ekibi kurmuş ve eylemler sırasında sağlık hizmeti sunmuştur (**Schneider, 1971**). Gönüllüler Mayıs 1969'daki eylemler sırasında Washington Sağlık Departmanı ve Polis Departmanı'na çalışmalarını hakkında sadece bilgi vermişlerdir. Ardından Kasım ayında resmi kurumlara ve sivil toplum kuruluşlarına giderek işbirliği teklif etmişlerdir (**Schneider, 1971**).

ABD'de o dönemde yapılan en büyük savaş karşıtı eylem 13-15 Kasım 1969 tarihlerinde 250.000-800.000 kişinin katılımıyla Washington DC'de olmuştur (**Chused, 1971**).

Bu eylemden önce ABD'de Vietnam savaşı karşıtı eylemlerin başlamasının ardından, İnsan Hakları İçin Tıp Komitesi "sivil huzursuzluklar sırasında sunulacak sağlık hizmetleri" ile ilgili olarak bir protokol hazırlamıştır. Bu protokolü temel alan bir grup gönüllü hekim yapılacak eylemler sırasında ihtiyaç duyulabilecek sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi için gönüllü olduklarını yerel sağlık otoritelerine bildirmişlerdir. Bu başvuru yerel otoriteler tarafından olumlu karşılanmış ve 10 kişilik bir çekirdek hekim grubu hazırlıklara başlayıp yaklaşık 500 gönüllü çalışanla temasa geçmiştir. Gösteriden iki hafta önce gönüllü çekirdek ekip, Amerikan Kızılhaçı, DC Tıp Birliği, Ulusal Park Hizmetleri, DC Sağlık Departmanı ve DC Polis Departmanı ile birlikte çalışarak ortak ilkeler belirlemiştir. Buna göre; gönüllü

ekipler deneyimli ve saygı duyulan tıp örgütlerinin himayesinde olacaktır ve hizmet sırasında yansız duruşlarını koruyacaklardır. Böylelikle gönüllülerin resmi otoriteler nezdinde kabul görebileceği ve malzeme, personel sağlama şansı olabileceği düşünülmüştür (**Chused, 1971**).

2.2. Sokak sağlıkçıları

Politik eylemler sırasında bölge sağlık sistemi ile işbirliği içinde sunulan sağlık hizmeti örneklerinin yanı sıra, bağlantısız ve eylemde hem katılımcı olan hem de sağlık hizmeti sunan sağlıkçı grupları vardır. Bu gruplar ABD’de ve Avrupa’da çok sayıda ülkede kendilerini çeşitli isimler altında tanımlamaktadırlar. Sokak sağlıkçısı örgütlenmesi olduğu bilgisine ulaşılabilen ülkeler, Avustralya, Kanada, Almanya, Yunanistan, Hollanda, Rusya ve Ukrayna’dır (**Medic Wiki, 2013**). Örneğin Kanada’da yayınlanan bir gazeteden erişilen bilgiye göre ilk kez 2001’de Quebec’te Serbest Ticaret Anlaşması protestolarında çeşitli sokak sağlıkçısı grupları eylemcilere sağlık hizmeti sunmuşlardır (**Blanding, 2003**).

Şimdilerde İnsan Hakları İçin Tıbbi Topluluk (Medical Community for Human Rights) olarak bilinen grup, 1960’larda “Sivil Haklar İçin Tıbbi Komite” (Medical Committee for Civil Rights) olarak etkinlik göstermekteydi (**Chicago Action Medical, 2012**). Bu hareket içinde zamanla sokak sağlıkçıları grupları şekillenmeye başladı.

Farklı ülkelerdeki sokak sağlıkçıları arasında yardımlaşma da oldukça yaygındır. Örneğin Rusya St. Petersburg ve Moskova ekiplerini İngiltere eylem sağlıkçıları grubu eğitmiştir (**Medic Wiki, 2013**). Yunanistan grubunu ise Hollanda grubu eğitmiştir (**Medic Wiki, 2013**).

Sokak sağlıkçıları grupları / kolektifleri için İngiltere’de yaygın olarak street medic ya da action medics terimleri kullanılmaktadır. Örneğin UK Action Medics grubu web sayfasında kendini “eylem sağlıkçısı” tanıtmakta ve protestoya hazırlık, temel ilk yardım, ilk yardım kiti gibi bilgiler sunulmaktadır (<http://www.actionmedics.org.uk/>).

Yıllar içinde varlığını çok göz önünde olmadan sürdüren bu gruplar Seattle’da bu kez daha örgütlü olarak sahneye çıktılar (**Gillham, 2000; Chicago Action Medical, 2012**). Eylemlerde hizmet sunmanın yanı sıra kolektifler şeklinde örgütlenen sağlıkçılar, Gazze’ye yardım götürme, yoksul mahallelerde toplum kliniklerinde çalışmaya dek çeşitli etkinliklerde de çalışmaktadırlar (**Buccini,**

2010; Weinstein, 2009; Chicago Action Medical, 2012).

Bu örgütlerden birisi olan Siyah Haç Sağlık Kolektifi şöyle demektedir:

“Sağlık hizmetinin politik olduğuna inanıyoruz. Aldığımız ya da almadığımız hizmetlerin türü, nerede nasıl aldığımız, kimden aldığımız, kimin sağlık hizmeti sunmak üzere eğitim alabildiği, hangi eğitimin hoş karşılandığı ya da karşılanmadığı, tümü özünde politiktir. Sistemin değişmesi gerektiğine inanıyoruz... Diğer sistemler gibi sağlık hizmet sisteminin de...”

Siyah Haç Sağlık Kolektifi eylemler sırasında eylemcilere sağlık hizmeti sunmanın yanı sıra kendi “klinik deneyleri”ni sürdürerek göz yaşartıcı gaz ve biber gazına yönelik “kanıta dayalı tıp” çalışması yaptığını ilan etmektedir (**Weinstein, 2009**).

Sokak sağlıkçıları, aynı zamanda tıbbın biyomedikal diskurunu değiştirmeye yönelik bir çaba içindedirler. Farklı tıbbi diskurlara/söylemlere açık olduklarını ilan etmişler ve 2001’de Atina’da toplanıp yayınladıkları Atina Manifestosu’nda herbalizm, cadılık, allopati, homeopati, naturopati gibi tüm disiplinlere saygı duyulması gerektiğini vurgulamışlardır (**Weinstein, 2009**). Atina Manifestosu’nun ilk maddesinde “şirket” tıbbının yapısını oluşturan kibir, güç ve otorite konularının öncelikli sorunlar olarak ele alınması önerilmektedir:

“Eğitimlerde, sokaklarda ve eylemlerde sıkça rastlanan “ezici” tutumun tekrar ortaya çıkmasını önlemek istiyoruz. Bir beyin cerrahı ya da en deneyimli eğitici olabilirsiniz ancak durumu nasıl kolaylaştıracağınızı bilmez ve “ezici” tavra devam ederseniz, yarardan çok zarar verirsiniz.” (**Weinstein, 2009**).

2.2.1. Sokak sağlıkçılarının çalışma ilkeleri

Sokak Sağlıkçıları El Kitabı’nda eylem sırasında temel tıbbi hizmetler şöyle listelenmiştir (**Chicago Action Medical, 2012**):

- Her şeyden önce birincil korunma, eğitim ve güçlendirme
- Durumun farkına olmak, ikincil korunma ve güvenlik önlemleri
- Halk sağlığı ve güvenlik önlemleri olarak olay yerini güvenli hale getirme
- Triyaj ve dikkatli bir hasta değerlendirmesi
- Tehlike işaretlerinin tanınması, ilk yardımcının

yapabileceği yaşam kurtarıcı uygulamaların yapılması, yaralanmaların yasaya uygun kaydı, kapsamlı sağlık hizmetine sevk, gerektiğinde hastanın savunucusu olarak eşlik edilmesi

- Tehlike belirtileri yoksa hastanın rahatlamasının ve güvende olmasının sağlanması ve temel ilk yardım yaparak ve eğitim vererek hastanın güçlendirilmesi
- Kişinin, emosyonel ve fiziksel sağlığının iyileşmesi için ileri tedavi ve destek almaya teşvik edilmesi

Bu temel düzeyin ötesinde hizmet sunabilmenin ilk koşulu; hizmet sunanların yasal olarak bu yetkiyi almalarını sağlayan eğitime sahip olmalarıdır. Bitkisel tedavi, homeopati ya da geleneksel tıp uygulamaları sokak sağlıkçıları tarafından reddedilmez. Ayrıca belli durumlarda, hastanın ve toplumun yararı için, sahip olunan sosyal ayrıcalıklar, reçete yetkisi, uzmanlık alanı bilgisinden yararlanılabilir.

Hizmet ilkeleri arasında "YAP" başlıklarının yanı sıra "YAPMA" başlıkları da tanımlanmıştır:

- Reçeteli-reçetesiz ilaç dağıtımı
- Hizmet için ücret alınması
- İnsanların belli hizmetleri alma ya da protesto taktiklerini değiştirme konusunda zorlanması
- Sözlü onay almadan hastaya dokunulması
- Hastanın gizliliğinin ihlal edilmesi
- Kayıt tutulmaması
- Söylenti yayılması ve sağlık dışı konular için bilgi kaynağı olunması
- Hastanın yalnız bırakılması
- Bakım tamamlanana ve hastaya işlemin bittiği bilgisi verilene dek
- Bakım işi başkasına devredilene dek
- Hasta hizmeti reddedene dek ve
- Olay yeri hizmet sunan için tehlikeli hale gelene dek hastanın yanında kalınmalı
- Aşağıdaki durumlarda tarafsızlık korunmalıdır:
 - Görev başında iken eylem desteklenebilir, ama slogan atma, pankart taşıma gibi taktiklere katılmamalıdır
 - (Olay yeri güvenli ise ve hasta reddetmemişse) Eylemde sokak sağlıkçısına göre karşı tarafta yer alan (polis, karşıt gösterici, vb.) hastaya/yaralıya hizmet sunulması gerektiğinde hizmet sunulur

- Meslekle ilgili etik dokümanlarda belirlenen sınırlara uyulmalıdır.

Sokak sağlıkçılarının örgütlenmesinin iki düzeyde olması önerilmektedir. İlki ikili gruplar (badi grupları), ikinci düzey ise afinite gruplarıdır. Afinite grupları modeli ilk kez İspanya'da 20. Yy. başlarında kullanılmıştır, ikinci kez ortaya çıkışı 1970'lerde nükleer karşıtı grupların yol kapatma ya da meydan işgali gibi barışçıl eylemlerinde olmuştur. Afinite grubu 5-20 kişiden oluşan aynı amaç için eyleme geçen, hiyerarşik olmayan bir yapısı olan gruplardır. Politik eylemlerde sağlık hizmeti sunma, yasal gözlemcilik ve yasal destek, basınla ilişki kurma ya da trafiği düzenleme gibi işlevler üstlenebilirler. Afinite grupları özellikle Seattle Dünya Ticaret Örgütü protestoları ve Washington DC İMP ve Dünya Bankası eylemlerinde işlev görmüşlerdir (**Shawn, 2013**).

İkili grup olarak birlikte hareket etmek, ikinci bir çift gözün değerlendirmesinden ve başka bir bakış açısından yararlanma fırsatı; olay yeri değerlendirmesi, kalabalık kontrolü, hasta/yaralı taşıma gibi işlerde destek alabilme; ve genellikle ihmal edilen temel gereksinimlerin hatırlatılması (su içme, tuvalet ihtiyacı, beslenme, güneşten korunma vb.) gibi avantajlar sağlar. Birlikte hareket etmenin ilk koşullarından birisi gün sonunda debriefing yapmaktır. Debriefing şunları sağlar (**Chicago Action Medical, 2012**):

- Stres ve travmayı uzaklaştırmak
- Gizli travma ve stresi tanımlamak
- Başka perspektifleri fark etmek
- Kendini/başkalarını desteklemek

Badi gruplarına eylem öncesinde yapılması önerilen ilk iş, eylemle ilgili temel konuların tartışılmasıdır. Temel konular "kendin", "deneyimin" ve "günün planlanması"ni içerir.

KENDİN: O günkü ruh halin ne? O güne özgü riskler var mı? Kişisel sınırlar var mı? Sağlık sorunların var mı? Geçmişteki kötü deneyimler? Eylemle ilgili umutların ve amacın ne? Açık olarak konuşulması önerilir.

DENEYİM: Olay deneyimi ve tıbbi becerilerin düzeyi gözden geçirilir.

PLANLAMA: Roller (kim müdahale edecek, kim

karar verecek?), iletişim, felsefe (polis, faşist, vb. tedavi edilecek mi?), eyleme katılım düzeyi (kursüye çıkma, slogan, marşa katılım vb.), gün sonunda geri bildirim ve debriefing ne zaman yapılacak? gibi temel konuların açıklığa kavuşturulması gerekli olarak tanımlanmaktadır.

Badi gruplarının yanı sıra örgütlenmede ikinci düzey olarak, eyleme 4-16 kişilik afinite gruplar halinde katılınması vurgulanmaktadır (**Chicago Action Medical, 2012**). Afinite grupları genellikle birbirlerini önceden tanıyan ve ortak amaçları paylaşan kişilerden oluşur. Afinite grupları, üyelerine şu kolaylıkları sağlar:

- Öncesi ve sonrasında destek
- Söylenti kontrolü ve sakinleştirme
- Çeşitli beceri alanları ve düzeyleri (triyaaj, ileri tedavi, yasal sorunlarla baş etme, ruh sağlığını koruma, malzeme yetiştirme, etrafı gözleme...)
- Gözaltı desteği
- Hedef olması muhtemel üyeleri koruma (etnik köken, cinsel kimlik, engellilik...)
- Gruba sızmaların engellenebilmesi

Eylemlerde sokak sağlıkçılarının birbirini tanıması ve eyleme katılanların hizmete ulaşabilmesi için rozet, şapka ya da gömlek gibi özel işaretlerin taşınması önerilir. Diğer yandan, bu işaretlerin varlığında polis için açık hedef olunacağından eylemcilerin arasında "gerilla" (görevini belli edecek bir işaret taşımadan hizmet vermek üzere alanda bulunan) sağlıkçıların da olmasının yararlı olduğu belirtilmektedir (**Chicago Action Medical, 2012**).

Her sokak sağlıkçısı kolektifi için eğitim içeriğinde farklılıklar olsa da, eğitim almak temel bir kuraldır. El kitabında 20 saatlik bir temel sokak sağlıkçısı eğitiminin yanı sıra 8 saatlik afinite grubu eğitimi önerilmektedir.

Eğitim konuları arasında şunlar yer alır:

- Öncelikler, «ÖNCE ZARAR VERME»
- Temel Yaşam Desteği
- Sıcak-soğuk maruziyeti
- Travma
- Kimyasal silahlar
- Dekontaminasyon (kimyasal, internal, ruhsal)
- Hazırlıklı olma ve sonrasında yapılacaklar

• Ekipman ve giyim

Referans gösterilen el kitabının yanı sıra web ortamında pek çok broşüre ve tıbbi kitap şeklinde düzenlenmiş başka kaynaklara da ulaşmak mümkündür.

Dünyada politik eylemler ve antikapitalist başkaldırı yayıldıkça, sağlık emekçileri de bu eylemler içindeki yerlerini ve görevlerini belirleme ve bu çerçevede örgütlenme konusunda önemli deneyimler biriktirmiştir. Bu deneyimler zaman içinde hem farklı uluslardan sağlık emekçilerinin yardımlaşmasıyla, hem de farklı iş kollarıyla ve sosyal gruplara hizmet çalışmalarına doğru dönüşerek zenginlik kazanmıştır.

Pek çok sokak sağlıkçısı kolektifi, diğer uluslardan sağlıkçıları eğitmekte ya da yoksul mahallelerde, afet bölgelerinde ya da işgal altındaki topraklarda sağlık hizmeti sunmaktadırlar.

Sonuç

Kitlesel bir olay olarak politik eylemlerde sunulacak sağlık hizmetleriyle ilgili olarak, sağlık sistemleri açısından iki ayrı yönde gelişme izlenmektedir. İlkinde politik eylemler dışındaki diğer tüm toplumlar formel bir tıp disiplini olan afet tıbbının uygulama alanı olarak literatürde kapsamlı olarak ele alınmış, çalışma ve planlama stratejileri geliştirilmiştir.

Kitlesel politik eylemlerde resmi sağlık yönetimi yapısının nasıl çalıştığına/çalışması gerektiğine ilişkin çok az örnek vardır. Bu durum şaşırtıcı değildir, çünkü devletin bir aygıtı olarak kurumsallaşan resmi sağlık yönetimi, eylemlerde devletin yanında taraf almaktadır. Bütirik asit, biber gazı, göz yaşartıcı gaz gibi kimyasallardan etkilenen, kalabalıkta ezilen, güvenlik güçlerinin ya da karşıt grupların fiziksel saldırısına uğrayan eylemcilere hizmet sunulmasına ilişkin "resmi" öngörü yoktur.

Yine de, az da olsa yakın zamanda ve geçmişte yaşanan örneklerden yola çıkarak, resmi sağlık yönetimi yapıları ve kamu sağlık kurumlarından talep edilmesi gereken hizmetleri belirlemek ve bu konudaki talepleri yükseltmek görevi bizi beklemektedir.

Bunun yanı sıra, politik eylemler sırasında sokakta, camide, otelde, çadırda ve sığınılan herhangi bir mekânda ilk yardım ve acil sağlık hizmeti sunmak konusunda kazanılan ciddi deneyimler vardır. Bu deneyimlerin diğer uluslardan sağlık emekçileri

ile paylaşılarak zenginleştirilmesi gereklidir. Diğer yandan, kısmen kendiliğinden ve hızla gerçekleşen bu örgütlü gücün toplumcu sağlık hizmeti anlayışıyla halkın yararına kullanılmak üzere başka bir "sokak tıbbı"na dönüştürülmesi elzemdir.

Son zamanlarda, sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesinin en etkili reçetesi olarak diğer yoksul ülkelere reklamı yapılan Sağlıkta Dönüşüm Programı, hükümetin halkın kalbini kazanmasında en önemli araçtır. Sokaklarda yan yana durduğumuz ve yakınlaştığımız halkla, bu kez mahallelerde, evlerde bir araya gelmek ve gerçekten gereksinimleri olan hizmetleri sunarak sokak sağlığı üzerinde ortak bir anlayış geliştirmenin zamanı tam da bu günlerdir.

Kaynaklar

- Arbon, P.** (2004). *The development of conceptual models for mass-gathering health*, *Prehospital and Disaster Medicine*, 19: 208-212.
- Arbon, P.** (2007). *Mass-gathering medicine: a review of the evidence and future directions for research*, *Prehospital and Disaster Medicine*, 22(2): 131-35.
- Bayramoğlu, A., A. Aköz, Çakır, Z. Aslan, Ş. Kadağan, S. Yüksel O., Vancelik S. Avcı M.** (2011). *Winter Universiade 2011-Erzurum Sağlık Organizasyonu Nasıl Gerçekleşti*, *Akademik Acil Tıp Dergisi (Journal of Academic Emergency Medicine-JAEM)*, 10: 76-79.
- CDC web sayfası** (2013) Erişim Tarihi 6 Ağustos 2013. *Mass Casualties Predictor*. *Mass Casualties Predictor*. from <http://www.bt.cdc.gov/masscasualties/predictor.asp>.
- Chicago Action Medical** (2012). *Street Medic Handbook for Occupy Chicago and the mobilization against the 2012 NATO summit Chicago*. <https://chicagoactionmedical.files.wordpress.com/2012/03/medic-binder-chi-2012-03.pdf> Erişim tarihi: 17.07.2013
- Chused, T.M., Cohn, C.K., Schneider, E., Winfield, J.B.** (1971). *Medical care during the November 1969 antiwar demonstrations in Washington, DC: an experience in crowd medicine*. *Archives of Internal medicine* 127(1): 67.
- Emergency Management Australia** (1999). *Manual 2: Safe and Healthy Mass Gatherings. A Health, Medical and Safety Planning Manual for Public Events*, Commonwealth of Australia: Dickson ACT.
- Ewald Shawn web sayfası** (2013). *Affinity Groups*. Erişim Tarihi 17 Ağustos 2013, http://shawnwald.info/aia/dec_affinity.html.
- Golen, J.** (2013). *Boston Marathon Explosion: Headquarters On Lockdown Following Blast Near Race Finish Line*. *The Huffington Post*, 16.04.2013. Washington DC, theHuffingtonPost.com, Inc.
- Hutton, A., A. Roderick, Munt, R.** (2010). *Lessons learned at World Youth Day: collecting data and using postcards at mass*

- gatherings, Prehospital and Disaster Medicine*, 25(3): 273-77.
- Johansson, A., M. Batty, Hayashi, K., Al Bar O., Marcozzi, D., Memish, Z.A.** (2012). *Crowd and environmental management during mass gatherings*, *The Lancet Infectious Diseases*, 12(2): 150-156.
- Johnsson, K.M., Ortenwall, P.A. Kivi, A.L., Hedelin, A.H.** (2006). *Medical support during the European Union Summit in Gothenburg, Sweden, June 2001*, *Prehospital and Disaster Medicine*, 21(04): 282-285.
- Khan, K., C. C. Freifeld, Wang, J., Mekar, S.R., Kossowsky, D., Sonricker A.L. Hu, W., Sears, J., Chan, A., Brownstein, J.S.** (2010). *Preparing for infectious disease threats at mass gatherings: The case of the Vancouver 2010 Olympic Winter Games*, *Canadian Medical Association Journal*, 182(6): 579-583.
- Lund, A., Gutman S. J., Turris S.A.** (2011). *Mass gathering medicine: a practical means of enhancing disaster preparedness in Canada*, *Canadian Association of Emergency Physicians*, 13(4): 231-236.
- Medic Wiki web sayfası** (2013). Erişim Tarihi 16 Temmuz 2013, http://medic.wikia.com/wiki/Main_Page
- Memish, Z. A., McNabb, S. J. N., Mahoney, F., Alrabiah, F., Marano N., Ahmed, Q.A., Mahjour, J., Hajjeh R.A., Formenty, P., Harmanci, F.H., El Bushra, H., Uyeki, T.M., Nunn, M., Isla N., Barbeschi, M.** (2009). *Establishment of public health security in Saudi Arabia for the 2009 Hajj in response to pandemic influenza A H1N1*, *The Lancet*, 374(9703): 1786-1791.
- Memish, Z. A., Stephens, G. M., Steffen, R., Ahmed, Q.A.** (2012). *Emergence of medicine for mass gatherings: Lessons from the Hajj*, *The Lancet Infectious Diseases*, 12(1): 56-65.
- Okumura, T., Suzuki, K., Fukuda, A., Kohama, A., Takasu, N., Ishimatsu, S., Hinohara, S.** (1998). *The Tokyo Subway Sarin Attack: Disaster Management, Part 2: Hospital Response**. *Academic Emergency Medicine* 5(6): 618-624.
- Schneider, E.** (1971). *The organization and delivery of medical care during the Mass Anti-War Demonstration at the Ellipse in Washington, DC on May 9, 1970*, *American Journal of Public Health* 61(7): 1434-1442.
- Steffen, R., Bouchama, A., Johansson, A., Dvorak, J., Isla, N., Smallwood, C., Memish, Z.A.** (2012). *Non-communicable health risks during mass gatherings*, *The Lancet Infectious Diseases*, 12(2): 142-149.
- Thackway, S., Churches, T., Fizzell, J., Muscatello D., Armstrong P.** (2009). *Should cities hosting mass gatherings invest in public health surveillance and planning? Reflections from a decade of mass gatherings in Sydney, Australia*, *BMC Public Health*, 9(1): 324.
- Tsouros, D. A., Efstathiou P. A.** (2007). *Mass Gatherings and Public Health: The Experience of Athens 2004 Olympic Games*. Copenhagen, Denmark, WHO Regional Office for Europe.
- Weinstein, M.** (2009). *Critical science literacy: identifying inscription in lives of resistance*, *Journal for Activist Science & Technology Education*, 1(2): 1-11.
- WHO** (2012). *Disaster Risk Management for Health Fact Sheets: Disaster Risk Management for Health: MASS GATHERINGS*. World Health Organization, United Kingdom Health Protection Agency and partners.