

TTB 18. HALK SAĞLIĞI GEZİCİ EĞİTİM SEMİNERİ (GES, 2006) “GÜNEY VE GÜNEYDOĞU İLLERİNDE GÖÇ VE SAĞLIK”

1.GİRİŞ:

Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu' nun, bu yıl on sekizinci kez düzenlediği Halk Sağlığı Gezici Eğitim Semineri, 01–08 Temmuz 2006 tarihleri arasında Mersin, Adana, Gaziantep, Adıyaman ve Antakya illerini kapsayan bölgede gerçekleştirilmiştir. Seminer, 15 Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD' den (Hacettepe Ü., Akdeniz Ü., Uludağ Ü., Ege Ü., Dokuz Eylül Ü., Kocaeli Ü., Trakya Ü. Celal Bayar Ü., Fırat Ü., Gazi Ü., Pamukkale Ü., Süleyman Demirel Ü., Çukurova Ü., Erciyes Ü. Ve Marmara Ü.) 1 uzman, 22 araştırma görevlisi ile 2 halk sağlığı hemşiresinin katılımı ile yürütülmüştür. Sorumlu öğretim üyesi Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D Öğretim Üyesi Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak ve Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Öğretim üyesi Doç. Dr. Mehmet Zencir tarafından yürütülmüştür. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ali Osman Karababa konuk olarak katkıda bulunmuştur.

2.AMAÇ:

XVIII. GES' in amaçları; Halk sağlığı eğitimi almakta olanların tanışması ve deneyim paylaşımında bulunması, ilgili illerde göç olgusu üzerine yerinde değerlendirme yapılması, konu ile ilgili sorunların saptanması, bu sorunların sağlığa yansımaları ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri getirilmesi olarak belirlenmiştir. Ayrıca söz konusu illerde sağlık örgütlenmesinin tanınması ve sağlık durumunun değerlendirilmesi, sağlıkta dönüşümün sonuçlarının yerinde gözlenmesi de gezici eğitim seminerimizin amaçları arasındadır.

3. YÖNTEM:

GES, 1 Temmuz 2006 tarihinde Ankara'da Türk Tabipler Birliği'nde başlamış, 2 Temmuz' da Mersin, 3–4 Temmuz' da Adana, 5 Temmuz' da Gaziantep, 6 Temmuz' da Adıyaman, 7–8 Temmuz'da Antakya illeri gezilerek, 8 Temmuz akşamı Antakya'da sona ermiştir. Ulaşım, konaklama ve genel finansman TTB tarafından sağlanmıştır. Günün değerlendirilmesi ve gün içerisinde yapılan gözlem ve elde edilen bilgilerin yorumlanması ve bilgi aktarımı etkinlikleri hem otobüs yolculuğu sırasında hem de akşam yapılan toplantılar ile sağlanmıştır. Seminer süresince ziyaret edilen kurum /yer /kişi bilgileri Ek 1' de, gezi katılımcıları Ek 2' de sunulmaktadır.

4. BULGULAR, İZLENİM VE DEĞERLENDİRMELER

01 Temmuz 2006 – Cumartesi

İlk gün Ankara'da TTB binasında buluşuldu. Katılımcılarla tanışma etkinliğinden sonra ilk olarak TTB Merkez Konsey üyesi Altan Ayaz, bu yılki eğitim seminerinin amacıyla ilgili bir sunum yaptı ve amaçları şu başlıklar altında özetledi;

- 1) Gidilecek olan illerin il sağlık durumlarının değerlendirilmesi,
- 2) İç göç olgusunun göçerlerin sağlıklarına, sosyal yaşamlarına ve yerleşim alanlarına etkileri,
- 3) Kentsel sağlık örgütlenmesini göçe yanıt bağlamıyla incelemek,
- 4) Belediye sağlık hizmetlerini değerlendirmek,
- 5) Sosyal hizmetler başlığında, sosyal hizmetlerin kapsamını, görevli kuruluşları, sokak çocuklarının durumunu ve göç ve sosyal hizmetler ilişkisini incelemek,

- 6) Sağlık-kültür ilişkisi bağlamında göç, din, etnisite gibi olguların sağlığa etkisini değerlendirmek,
- 7) Halk Sağlığı ABD.'ni ziyaret ve halk sağlığı eğitiminin farklı üniversitelerde hangi araç ve yöntemlerle verildiğinin görülmesi,
- 8) Özellikle Adıyaman ili özelinde sağlıkta dönüşümün birinci basamak sağlık hizmetleri üzerindeki etkisini değerlendirilmek,
- 9) TTB, tabip odaları, halkın sağlığı ve Halk Sağlığı ABD.'ları arasındaki ilişkiyi değerlendirilmek.

Altan Ayaz ayrıca, il sağlık müdürlükleri, sağlık ocakları, verem savaş dispanserleri, devlet hastaneleri, çocuk hastanesi, belediye, göç alan mahalleler, sosyal hizmetlere bağlı kurumlar, müze, tarihi eser, kültür merkezlerinin inceleme ve gözlem yapılacak olan kurumlar olduğunu belirterek GES'nin programını özetledi.

Bu giriş sunumun ardından, Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak Göç ve Sağlık başlıklı bir sunum yaptı. Sunumun amacı göçün sağlık ile etkileşimi konusunda bilgilendirmektir. Sunumda genel olarak göçün tanımı, türleri ve nedenlerinden, insan ve çevre sağlığına olası etkilerinden, ülkemiz ve dünya'daki durumundan ve göçle ilgili kuruluşlardan bahsedildi.

Literatürümüze göç sağlığı kavramını ekledik. Göç sağlığı kavramı ile en genel anlamda "...göçmenlerin ve göç halinde olanların fiziksel, ruhsal ve sosyal iyiliği.." 'nden bahsediliyor. Göç ile ilgili kavramlar çerçevesinde, Göçmen (migrant-immigrant), Hacı (pilgrim), Sığınmacı (refugee), Yerinden olmuş (displaced persons), Fatih (conqueror) kavramları kısaca irdelendi.

Göçmen tanımı yaparken "bir önceki nüfus sayımında bulunduğunuz yerde mi yaşıyordunuz, doğduğunuz yerde mi yaşıyorsunuz?" sorularının bize yardımcı olabileceği anlatıldı.

Dr. Eskiocak göç nedenlerini ise başlıklar halinde şöyle sıraladı:

- Ekonomik
- Politik
- Nüfus planlaması
- Olağan dışı durmlar (doğal, insan eliyle)
- İstem, cazibe
- Emek göçü
- Kadın göçü

Tüm dünyada 185 milyon uluslar arası göçmen bulunmaktadır. Bu sayı dünya nüfusunun % 2,9'udur. Bunların %48'ini ise kadınlar oluşturmaktadır.

Sunumda dünyadaki durumdan da kısaca bahsedildi. 2004 yılı verilerine dünyada yerinden olmuş kişi sayıları bölgelere göre aşağıdaki tabloda verilmiştir.

2003 yılı sonu itibariyle Yerinden Olmuş Kişilerin Kıtalara Dağılımı		
Bölge	Ülke Sayısı	Yerinden olmuş kişi sayısı (milyon)
Afrika	20	12,7
Asya-Pasifik	11	3,6
Amerika	4	3,3
Avrupa	12	3,0
Orta Doğu	5	2,0
TOPLAM	52	24,6

Kaynak: Global IDP Project, 2004

Göçü istemli ve zorunlu olmak üzere 2'ye ayırıyoruz. İstemli göç daha iyi bir yaşam, eğitim, aileyi birleştirme gibi nedenlerle gerçekleşirken, zorunlu göç karmaşa, ayrımcılık (etnik, dinsel vb.), doğal afetler gibi nedenlerle gerçekleşmektedir.

Türkiye'deki duruma gelince son 20 yıl içinde Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da yaşana savaştan kaynaklanan nedenlerle çok sayıda köy ve mezra boşaltılmıştır. Bunlara ek olarak ekonomik nedenlerle, Güneydoğu Anadolu Projesi (GAP) çerçevesindeki geniş ölçekli kalkınma projeleri, deprem, doğal afet veya iskan politikaları nedenleriyle de yerleşim yerlerinin boşalması söz konusu olmuştur. 2005 yılı sonu itibariyle Doğu ve Güneydoğu'daki 12 ilde (Batman, Bingöl, Bitlis, Diyarbakır, Elazığ, Hakkâri, Mardin, Muş, Siirt, Şırnak, Tunceli ve Van) 357bin civarında nüfus yer değiştirmiştir.

Göç ve Sağlık sunumundan sonra Doç. Dr. Mehmet Zencir "Kentleşme" ile ilgili bir sunum yaptı. Sunumda kısa bir girişten sonra temel olarak aşağıdaki başlıklar tartışıldı:

1. Kent ile ilgili kavramlar
2. Kentin tarihçesi
3. Kentleşme dinamikleri
4. Kentleşme teorileri
5. Kent tipleri
6. Kapitalist ve sosyalist kent anlayışı
7. Küreselleşme dönemi kentleri
8. Demokrasi mücadelesinde kent

Kenti "tarımsal olmayan üretimin yapıldığı, tarım da dahil tüm üretim faaliyetlerinin denetlendiği ve dağıtımın yapıldığı ve belirli nüfusa ve nüfus yoğunluğuna sahip yerleşimler" olarak tanımlayan Mehmet Zencir, kent ile ilgili kullanılan çeşitli tanımlardan bahsetti. Bu tanımların bazılarında nüfusun, bazılarında ekonomik yönün, bazılarında ise sosyal yapının ağırlıklı olarak yer aldığını ve aynı zamanda bu tanımlarda kentle ilgili çeşitli kavramların birbirine geçmiş şekilde tartışıldığını söyledi. Kentleşme tartışmalarında sıklıkla kent, kentleşme ve kentlileşme konularının tümü için kullanıldığını belirtti.

Sunumdan öğrendiğimize göre kent tanımı iki ana zemin üzerinden yapılabiliyor. Bunlardan birincisi idari demografik yapıdır. Buna göre kent belli bir nüfus büyüklüğüne ulaşan yerleşim birimi olarak tanımlanabilir. Ülkemizde kimi yazarlar nüfus büyüklüğü olarak farklı sayısal veriler kullanmışlardır. Devlet İstatistik Enstitüsü ise nüfusu ne olursa olsun il ve ilçe merkezlerini "kent" olarak kabul etmektedir. Kenti ayrıca sosyo-ekonomik ve kültürel yapı üzerinden de tanımlayabiliyoruz. Buna göre kent, sosyal yaşamın mesleklere, işbölümüne, farklı kültür gruplarına göre organize edildiği; kurumlaşmaların yoğunluk kazandığı, karmaşık insan ilişkilerinin bütün bir günlük yaşayışı etkilediği yerleşme merkezleri olarak tanımlanabilir. Ekonomik bir olay olarak "kentleşme" işgücünün tarım sektöründen diğer tarım-dışı sektörler (sanayi ve hizmetler) transferi olarak tanımlanabilirken, sosyolojik bir kavram olarak ise: "kentleşme" "dar mekanlı" bir cemaat yaşamından, "geniş mekanlı" bir cemiyet (toplum) yaşamına geçiş ve bu ikinci yaşama şekline göre yeni "sosyal ilişkiler"e ve bunun gerektirdiği "yeni örgütlenmeler" olarak tasvir edilebilir.

Kentlerin tarihçesinden de kısaca bahsedecek olursak; kent M.Ö.3. ve2. Binlerde Mezopotamya ile Nil, İndus ve Sarı Irmak vadilerinde verimli tarım ürünlerinin biriktirilmesi ve fazlasının takas edilmesi için bir komuta merkezi olarak ortaya çıkmıştır. İlk köylerden günümüze dek insan kümeleri yerküreye gelişigüzel yerleşmemişlerdir. İlk kentler ırmak ağızlarını çevreleyen ovalarda ortaya çıktı. Bunun nedeni, o bölgelerde sulamanın daha kolay olması ve alüvyonlu toprakların bereketiydi. Kentin ortaya çıkışı artı ürünün saklanması için bir mekana gereksinim

duyulması arasında yakın bir ilişki vardır. Tarımda artı ürünün oluşması ve bunu saklamak gereği, ürünün depolanması ve korunması gereğini de beraberinde getirmiştir. Zamanla kent, artı ürünü yönetmeye başlayıp ürünü topladığı alanları denetim altına almıştır ve kent devletler ortaya çıkmıştır.

Sonraki tarih dönemlerinde kent-devletlerinin, ülke devlet anlayışına yerine bırakması ve kent yerleşme merkezlerinin yeni işlevler kazanması görülmektedir. Bu dönemde kentler sadece siyasi olarak değil, ekolojik ve kültürel bakımdan da çevreleriyle ilişkiler içinde olduğu ve bir bütünleşmenin kapısını açtığı görülmektedir. Buna karşın kent kavramı toplum yapısını niteleyecek bir ağırlık kazanması ve farklı bir yaşam kültürünü sembolize etmesi, sanayi devriminin başlangıcına denk gelmektedir.

Kentleşme dinamikleri batılı toplumlarda(gelişmiş kapitalist ülkelerde) ve az gelişmiş ülkelerde farklı şekillerde yaşanmıştır. Batılı toplumlarda Sanayide büyük ölçekli üretime geçiş, ulaşım ve haberleşme kanallarının hızlı gelişimi, giderek genişleyen dünya pazarı ve kırsal kesimde geniş küçük üretici kesimin mülksüzleşmesi, bu yeni oluşan ilişkiler yumağının en temel özellikleri arasında yer alır. Sanayi devrimi ile kırdan kente kitlesel göçü başlatan esas olarak, kentlerde sanayi yoğunlaşması ve kırsal mülkiyet ilişkilerin çözülmesidir. Batı toplumları kentleşme sürecini esas olarak 18.yüzyıl sonları ile 20.yüzyıl başları arasında geçen yaklaşık 150 yıllık bir dönemde yaşamışlardır. Dolayısıyla toplumun kentleşme süreci ile birlikte yaşanan değişimlere uyum sağlaması kolay olmuş, kurumsal düzenlemeler ve kültürel dönüşüm bu hızla uyumlu şekilde gerçekleşebilmiştir.

Kapitalist modernleşme sürecini genellikle dışsal dinamiklerin etkisiyle yaşayan az gelişmiş ülkelerde ise durum tümüyle farklı olmuştur. Gelişmiş ülkelerin yaklaşık 150 yıllık bir sürede yaşadıkları dönüşümler, az gelişmiş ülkelerde II.Dünya Savaşı sonrasında birkaç on yılda yaşanmıştır. Toplumun bu hızlı değişim sürecine ayak uydurması kolay olmamış, zaten kit olan kaynaklar hızlı kentleşme sürecinin yarattığı sorunlara ayrılamamıştır. Sonuçta da en temel göstergelerini gecekondulaşma, kırdan göç eden kitlelerin kentlerde yeterli iş bulamamaları gibi sorunlarda bulabileceğimiz bir dizi “çarpıklık” az gelişmiş kentleşmenin temel özellikleri arasında yer almıştır.

Kentleşme ile öne sürülen teori ve modeller 4 başlıkta toplanabilir:

- İtme teorisi
- Çekme teorisi
- Lewis modeli (teorisi)
- Todaro modeli (teorisi)

Kapitalist ve sosyalist kent anlayışları arasındaki fark da kısaca tartışıldı. Kapitalizmde sınıflı bir toplumun tüm özellikleri, kentlere yansır. Kent içinde zengin-yoksul, işçi veya bürokrat mahalleleri gözlemlenebilir. Bir başka özellik ise, toprak mülkiyetinin kamunun değil, bireylerin elinde olmasıdır. Bu durum ise, kentlerin imarında ve planlanmasında çeşitli sorunlar yaratabilmektedir. Sosyalist toplumda ise temel yaklaşım, üretim araçlarının olduğu gibi kentsel mekanizmaların da devletin düzenlenmesi ile şekillenmesidir. Eski Sovyetler Birliği kentlerinde görülen temel unsurlar, sosyalist düşüncenin bir ölçüde mekâna yansması olarak da yorumlanabilir. Örneğin, temel kent gereksinimlerinin belirli ölçülerde karşılanması ulaşım, konut, kültürel etkinlik bütünleşmiş bir kent dokusu, öte yandan farklı mekân ve toplum kesimlerinin olmaması gibi temel özellikler üzerinde durulabilir.

Küreselleşmeyle birlikte ulus devlet sınırlarını aşan ilişki ağlarının ortaya çıkması, kentlerin konumlarında da önemli değişiklikler meydana getirmiştir. Eskiden ulus devletler arasında gerçekleşen sermaye, mal, hizmet ve bilgi akımlarının çoğu bugün

artık kentler arasında gerçekleşmektedir. Küreselleşme süreci ile birlikte kentlerin dünya haritasındaki konumlarını belirleyen ilişkiler hızla değişmiş, bazı kentler yükselirken, bazıları da hızlı bir düşüş süreci içine girmiştir. Kentler hızla kapitalizmin ilk dönemlerinde edindikleri üretim merkezi olma işlevlerinden sıyrılmışlar ve sanayi, kenti tanımlayan temel öge olma niteliğini yitirmiştir. Artık günümüz kapitalizminin kentlerini tanımlayan temel öge, kentlerin sundukları servis, iletişim, haberleşme vb. olanaklardır. Öte yandan küreselleşme, kentler arası rekabetleri hızlandırmış ve kentleri yepyeni ekonomik, politik ve kültürel rolleri yüklemiştir. Küresel sermayeye gereksindiği türde hizmetler sunabilen dünya kentleri, hızla yükselirken, bu sürecin dışında kalmış kentler de dışlanmakta, hızla “taşra” konumuna itilmektedir.

Mehmet Zencir, kentin demokrasi mücadelesindeki konumundan kısaca bahsettikten sonra sonuç olarak ideal kentin, kentlinin haklarını güvenceye bağlayan kent olduğunu ve bu hakların, hem kentte yaşayanların sahip olması gereken insan hakları, hem de yaşadığı kentin bir bireyi olarak, o yerleşim yerinin kent ve çevre değerleri üzerinde haklar olduğunu belirtti. Bu noktada, “kentsel yaşam kalitesi” kavramının gündeme geldiğini söylerken, kentsel yaşam kalitesinin, çağdaş kent ve çevre standartlarının bir kentte sağlanmasının yanında, kent haklarının herkese sağlanmış olup olmadığı ile de doğrudan ilgili olduğunu belirtti.

02 Temmuz 2006 - Pazar

Mersin Tabip Odası

Gezinin ilk durağı Mersin Tabip Odası oldu. Tabip Odası’nda Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Mersin Tabip Odası ve İl Sağlık Müdürlüğü’nün birlikte hazırlamış olduğu program dağıtıldı. Daha sonra Mersin’in genel sağlık durumuna ilişkin bir sunum yapıldı. Sunumda kısa bir şekilde Mersin ilinin tarihçesi anlatıldıktan sonra ilin sağlık sorunları tartışıldı.

Mersin İli’nin Tarihçesi

Mersin ili 1924 yılında vilayet olmuş, 1933 yılında merkezi Silifke olan İçel vilayeti ile birleşerek, İçel adını almıştır. 28 Haziran 2002 tarihinde 4764 sayılı kanunla il’in ismi Mersin olarak değiştirilmiştir.

Yüz ölçümü 15.853km²’dir. Mersinde 10 ilçe 70 belediye ve 507 köy bulunmaktadır. Mersin’in 321 km.lik kıyı sınırı vardır ve Akdeniz’in en büyük limanı yine Mersin’dedir.

Mersin’de üretim açısından tarım ön plandadır. Bu sektörde çalışanların çoğu ücretsiz aile işçisidir. Mersin limanı hizmet sektörü açısından gelişkin sayılır. Mersin’de iç turizmin gelişkin olmasına rağmen yabancı turizmi aynı ölçüde gelişmiş değildir. İl’in ATAŞ ve çevresinde petrol ve petrol ürünleri üzerine bir sanayi birikimi dışında gelişkin bir sanayisi yoktur.

Kentin alt yapı sorunları oldukça fazladır. Öncelikle arıtma ve atık sorunu söz konusu. Ulaşım sorunu da kentliler için öncelikli sorunlar arasındadır.

Mersin İli’nin Sağlık durumu

Mersin’in 2005 yılı yıl ortası nüfusu 1551176’dır. Kırsal bölgede 257155 kişi kentsel bölgede ise 1294021 kişi yaşamaktadır.

Mersin’de 144 sağlık ocağı; 81 köy sağlık evi, 2 halk sağlığı laboratuvarı, 2 AÇSAP merkezi, 5 verem savaş dispanseri bulunmaktadır. Bunlara ek olarak kamuya ait 11

hastane, 5 özel hastane mevcuttur. Kamuya ait hastaneler ortalama %70 doluluk oranı ile hizmet verirken, özel hastaneler %38 doluluk oranı ile hizmet vermektedir. İl'de sağlık bakanlığına bağlı olan 1135 hekim, 1309 ebe, 1539 hemşire, 227 sağlık memuru, 76 sözleşmeli personel, 2435 diğer sağlık personeli görev yapmaktadır. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde ise 391 hekim, 199 öğretim elemanı, 7 pratisyen hekim ve 3 diş hekimi görev yapmaktadır. Türkiye'de 1 hekime 1451 kişi düşerken Mersin'de bu sayı 1101'dir. Bu sayı sekizinci beş yıllık kalkınma planında hedeflenen sayının (789) çok üstündedir.

Mersin'deki sağlık ocağı hizmetleri değerlendirildiğinde 2005 yılı için sevk hızı % 9.5, kaba doğum hızı %12, bebek ölüm hızı %22.6, kaba ölüm hızı %3.3, 0-4 yaş ölüm hızı %9.8, neonatal ölüm hızı %16.7, anne ölüm hızı yüz binde 4.9, doğurganlık hızı %21.4 ve nüfus artış hızı %8.5 olarak belirlenmiştir. Ülkemiz geneli ile karşılaştığımızda, Mersin ilinin sağlık göstergelerinin Türkiye ortalamasına göre daha iyi olduğunu görürüz.

Mersin ilinin yıllara göre bağışıklama durumuna baktığımızda zamanla aşılama oranlarının artmış olduğunu gördük. Benzer şekilde bir artışın Türkiye genelinde olduğu vurgusu yapıldı. Bunun sebebine dair yapılan tartışmada şu olası nedenler ortaya kondu; kalem aşı veya mükerrer kayıt olabilir, ya da kayıtlarda problem olabilir, örneğin bölge dışı gelen bölge içi gibi kayıt edilmiş olabilir. Ancak Bakanlığın koruyucu sağlık hizmetleri arasında bağışıklama hizmetlerine önem verdiği, bunu da sağlıkta dönüşüm sürecine ilişkin politik kaygılarla yaptığı konusunda fikir birliğine varıldı.

Bağışıklama oranları ile ilgili verilerde rapel oranlarındaki düşüklük dikkatimizi çekti. Aşılamayı rapeller yapılmadığında tamamlanmış olarak sayamayacağımız, gerçek bağışıklamanın ancak rapeller tamamlandığında sağlanabileceği de tartışma sırasında vurgulanmış oldu.

Mersin'de yaptığımız bir sağlık ocağı gezisindeki genel gözlemlerimize göre sağlık ocaklarındaki personel sayısının yetersizliği nedeniyle ev ziyaretleri yapılamamakta, dolayısıyla ETF'ler düzgün doldurulamamakta, gebe, bebek ve çocuk tespitleri ve izlemleri ise yalnızca ocağa hizmet almaya geldiklerinde yapılmaktadır. Bu durum kayıtlardan elde edilen bilgilerin yeterliliği konusunda bizi şüpheye düşürmektedir.

Sağlık Ocakları İçin Sayısal Uyum Cetveli

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD öğretim üyesi Dr. Resul Buğdaycı son sınıf öğrencilerinin eğitiminde kullandıkları, ana bilim dalının kendisinin geliştirdiği "sayısal uyum cetveli"ni bizlere anlattı. Sayısal uyum cetvelinin amacı bölgeyi gezmeden sadece kayıtlar üzerinden bölgenin sağlık durumunu ve sağlık ocağı hizmetlerini değerlendirebilmektir. Uyum cetvelinin temeli ETF'lere dayanıyordu. ETF'lerle tespit edilen 15-49 yaş kadınların izlenmesi ile tespit edilen gebelerin (Form 005) toplam sayısının saptanması ile değerlendirme başlıyor. Daha sonra tespit kadar gebe Tetanoz aşısı, doğum, Fenilketonüri değerlendirmesi, bebek, DBT-1 aşısı var mı diye bakılıyor. Tüm bu veriler bakanlığın o bölge için, o yılki hedefiyle karşılaştırılıyor ve aralarında sayısal bir uyum\ uyumsuzluk var mı diye değerlendiriliyor.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD'nın geliştirdiği sayısal uyum cetveli gezici eğitim semineri katılımcıları açısından oldukça pratik bir değerlendirme aracı olarak değerlendirildi (sağlık ocakları için sayısal uyum cetveli Ek3'de sunulmuştur).

Göç ve Sokak Çocukları Yönüyle Mersin

Mersin'in ortalama yıllık nüfus artışı sürekli olarak ülke ortalamasının üstünde olmuştur. Nüfus artış hızını etkileyen en önemli faktör, şehre yönelik yoğun göç olayıdır. Türkiye'de 2000 yılı nüfus artış hızı %18.28 iken, Mersin 2000 yılı nüfus artış hızı %26.47'dir.

Mersin'e göçün başlıca nedenlerini sıralayacak olursak;

- Yerleşim alanı ve ikliminin cazipliği,
- Mersin limanının çok geniş hinterlandının olması, ticaret kolaylığı ve zenginliği teşvik etmesi,
- Avrupa'ya Ortadoğu köprüsü olma özelliğidir.

Mersin İl Merkezinde Göç Alan Ve Yerleşik Bölgelerdeki 2004 Yılı Sağlık Göstergelerinin Değerlendirilmesi

	Göç alan Bölgeler	Yerleşik Bölgeler	Mersin Toplam	Türkiye Toplam
Nüfus	127.994	120.746	1.522.934	67.803.927
Sağlık ocağı başına hekim	6.2	7.0	2.7	5.2
Bir hekime düşen poliklinik sayısı	3971	4990	3830	55453
Kişi başına poliklinik sayısı	1.15	1.74	1.23	1.053
Hane başına düşen nüfus	5.6	3.9	4.1	4.12
Kaba doğum hızı (‰)	17.6	9.9	11.4	19.72
Bebek ölüm hızı (‰)	15.4	7.6	11,4	29.02
Anne ölüm hızı (‰0)	33.0	0.0	17,7	70.02
Ölü doğum hızı (‰)	2.5	4.7	7.9	15.0
Düşük hızı (‰)	13.2	37.5	41,2	28.5
Kaba ölüm hızı (‰)	1.2	1.7	1.7	6.9
Doğurganlık hızı (‰)	62.7	32.5	39,8	95.0
Doğal nüfus artış hızı	16.4	8.2	9.7	14.0

Göç sonrası ise;

Tarihsel olarak yerleşime cazip olan kent, hızlı göçe hazırlıksız yakalanmıştır. Plansız, alt yapısız yerleşim; sağlık, çevre sağlığı, konut, ulaşım, güvenlik sorunları oluşturmuştur. Mahalli yöneticiler sorunları görme ve çözme konularında kısa vadeli önlemler almışlardır.

Mersin'de doğudan göçlerin artması sebebi ile sokakta çalışan ve sokakta yaşayan çocukların sayısı artmıştır. Mersin'de sokak çocuklarının ailelerinin % 99'u ortalama 12 yıl önce yani 1990'ların başında Siirt, Mardin, Bitlis, Diyarbakır, Şırnak'tan göç etmişlerdir. Çocukların sokakta çalışmalarının en önemli nedeni yoksulluktur. Sokakta yaşamalarında ana etmen ailelerin ihmali ve istismarıdır.

Mersin'de Verem Savaş Çalışmalarının Değerlendirilmesi

Tabip Odası sunumları devamında ilin verem savaş çalışmalarını değerlendirmek üzere Verem Savaş Dispanseri'nden Dr. Özdemir Özdemir ile söyleşi yapıldı. Söyleşide Mersin'de tüberküloz durumunun Türkiye'den pek farklı olmadığını, tüberküloz oranının arttığını öğrendik. Özellikle ilaca dirençli vaka sayısı artmış. Söyleşide dikkatimizi çeken bir olgu SSK'nın Sağlık Bakanlığı'na devrinin tüberküloz hastaları için olumlu bir yanı olduğudur. Çünkü artık VSD'lerde SSK'luların muayene ve tetkikleri yapılabilmektedir. Tedavi ise hala herkes için ücretsizdir.

Şevket Sümer Sağlık Ocağı Ziyareti ve Mahalle Gezisi

Sağlık ocağının nüfusu 39 bin'dir. 15-49 yaş grubu kadınların sayısı 10.066, bebek sayısı 1241, gebe sayısı 650'dir.

Sağlık ocağının personel dağılımı 2 doktor, 2 sağlık memuru, 1 çevre sağlığı teknisyeni, 1 hemşire, 11 ebe şeklindedir.

Sağlık ocağına bağlı 4 okul, bu okullarda toplam 8800 öğrenci bulunmaktadır. Sınıflar oldukça kalabalık, örneğin 1. sınıflar en az 60 kişiden oluşmaktadır. Bu 4 okul arasında lise bulunmuyor. Okul devamsızlığı ve okulu bırakma çok yaşanan bir durum. Göçmenlerin çocuklarında okulun bir karşılığı olmadığı için okula gitmek konusunda bir defans gözleniyormuş. Çoğu akşam okul sonrası çalışıyormuş, okul bittiğinde ise tam gün çalışmaya başlıyormuş.

Şartlı nakil transferinin bu sağlık ocağı bölgesinde olmadığını öğrendik.

Bölgede tam olarak yerleşik hayata geçmeyenlerin çok sayıda olması sağlık hizmetlerinin sürekliliği açısından sorunlara neden olmuştur. Göçerler belli dönemlerde memleketlerine gidiyor, bir süre kaldıktan sonra tekrar geri dönüyorlarmış. Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin aksamasına yol açıyormuş. Örneğin bağışıklama hizmetleri bu nedenle tam olarak sağlanamıyormuş.

Bu bölgede Willows Foundation'ın üreme hakları ve sağlığına ilişkin eğitim çalışmaları yürütülmektedir. Willows Foundation ekibi (saha eğiticileri), kadınların evlerini teker teker dolaşarak onlara danışmanlık vermekte ve gerektiğinde sağlık hizmeti almak üzere bu hizmeti veren sağlık kuruluşlarına yönlendirmektedir. Saha eğiticileri ise bölgeden seçilmiş ve eğitilmiş kişilerden oluşmaktadır. Örneğin bölgede yaşayan ve Kürtçe bilen lise mezunu bireyler (kızlar) aile planlaması danışmanlığı konusunda eğitiliyor ve özellikle Türkçe bilmeyen kadınlara danışmanlık veriyor, sağlık birimine yönlendiriyorlarmış.

Sağlık ocağında yürütülen herhangi bir çevre sağlığı hizmeti bulunmuyor.

Sağlık ocağı hekimi ile yapılan görüşmeler sırasında bölgenin kültürel yapısı ve özellikle doğudan göç alan bölge olması nedeni ile hizmet sunumundaki aksamalara değinildi. Bölgedeki çocukların okula devamlarının olmaması, anne ve babaların sürekli göç nedeni ile hizmetten yeterince faydalanamaması, mahalledeki bu sağlık ocağının ilde görevli sağlık çalışanları tarafından "sürgün" yeri olarak bilinmesi, personel motivasyonunun azalması, kurumda personel eksikliği, ebelerin sahaya çıkamaması gibi sorunlar konuşuldu. Ebelerin yazar kasa, poliklinik hizmetleri ve döner sermaye hesaplamalarında görevlendirilmelerinin sahada sürdürülen hizmetlerin aksamasına yol açtığı belirtildi.

Sağlık Ocağı bölgesini tanımak ve yaşayanlar ile sohbet etmek için bir saha gezisi yaptık. Sağlık Ocağı'nın hemen bitişiğinde polis karakolu, bahçesinde panzerler bulunuyordu. Gezdiğimiz il Mersin olmasına karşın çok farkı bir ortam ile karşılaştık. Çok kalabalık cadde ve sokaklar, pazaryeri, çok sayıda çocuk, dolu kahvehaneler dikkati çekiyordu. Türkiye'nin oldukça gerilerde kalan derin yoksulluğun yaşandığı bir dönemine tanık oluyor gibiydik. Sokaktaki ve sohbet ettiğimiz kahvehanedeki insanlar sanki başka bir dünyanın insanıydı. Giyimleri, konuştuğu diller ve gündemleri farklıydı. İşsizlik en can yakıcı sorun olarak aktarılıyordu. Sağlık hizmetine ulaşamama sık sık dile geliyordu. Yazıya dökülemeyen derin bir hüznün ile aracımıza doluştuk.

Karaduvar Beldesi'nde "Çevre Sağlığı Gezisi"

Mersin İli Karaduvar Beldesi'ni belde sınırları içinde bulunan petrol dolum tesislerinin neden olduğu çevre kirliliğinin sonuçlarını yerinde görmek amacıyla ziyaret ettik.

Karaduvarlıların beldelerinde petrol dolum tesislerinin yaratmış olduğu çevre kirliliğine karşı yerel bir inisiyatif olarak örgütledikleri Akdeniz Sosyal Forumu Derneği Başkanı Kemal Dama ve petrol dolum tesislerinin mahallelerinden taşınmasını isteyen Karaduvar beldesi sakinleri ile görüşüldü.

Eskiden balıkçılık ve tarımla uğraşan Karaduvarlılar, bugün çevre ve insana en fazla zarar veren petrol rafineri, gübre, krom türevleri, çimento ve soda üretiminin yapıldığı sanayi kuruluşlarının ortasında kalmışlar.

Belde sakinleri bizlere kuyularından çıkan petrolü ve topraklarına sızan petrol nedeniyle yanan bahçelerini gösterdiler. Geçim kaynakları olan tarım toprak kirliliği nedeniyle, balıkçılık ise deniz kirliliği nedeniyle çökertilmiştir. Karaduvar halkı bundan 10 sene önce 20bin ton/ yıl balık çıktığını söylerken şimdi yılda 2-3 bin tona düştüklerini ifade etti.

Türkiye'deki petrol sevkiyatının 1/3'ü Karaduvar beldesindeki tesislerden yapılmış. Anadolu Tasfiyehanesi A.Ş. (ATAŞ) Karaduvar Mahalesi'ndeki fabrikasında; LPG, kurşunsuz benzin, normal benzin, jet yakıtı, gaz yağı, motorin, nafta, kalorifer yakıtı ve 6 no.lu fuel-oil üretmekteyken, 25 Haziran 2004 yılında büyük bir yangın yaşamış. Yanan tank 50 mt çapında, 16 metre yüksekliğinde ve 15 bin ton ürün kapasitesine sahipmiş. Tankın içinde ise 9 bin ton yakıt bulunmaktaymış. Tesisteki mevcut gelişmiş güvenlik standartlarının varlığı ve yangına erken müdahale edilmiş olması, olası bir tehlikenin en aza indirilmesinde büyük rol oynamış. ATAŞ artık üretim yapmıyor, diğer tesisler gibi yalnızca depolama ve dolum tesisi olarak faaliyetini sürdürüyor. Halk bu fabrika (ATAŞ) ile yıllarca barış içinde yaşadığını anlatırken, son 2 ve 3 yıldır çoğalan diğer petrol tesislerinin yeterli alt yapıya ve güvenlik önlemlerine sahip olmamaları nedeniyle sorun yarattıklarını dile getirdi. Mahalleliler OPET Akaryakıt Depolama Tesisinin standartlara uymadığını ve olası bir yangında hiçbir donanımın olmadığını ve Mersin için bir felaketin söz konusu olabileceğini ifade ettiler. Her türlü, güvenlik önleminden yoksun "petrol boruları" nın delindiğini, denize, toprağa ve yeraltı sularına

petrol karıştığını söylediler. Karaduvar'da petrol dolun tesislerinin boru hatlarından sızan petrol, artezyen sularına ve toprağa karışarak tarım hayatını yok etmektedir.

Karaduvar beldesinde çevreyi tehdit eden bir diğere sanayi kuruluğu da Akgübre A.Ş.'nin gübre fabrikasıdır. Bu fabrika 1969 yılından günümüze kadar faaliyetini sürdürmektedir. Başlıca nitrik asit ve kalsiyum amonyum nitratlı gübre üretmektedir. Fabrika atıklarını uzun bir süre boyunca etrafında hiçbir güvenlik önlemi olmayan deniz kenarında bir kum yığınının üstüne dökmüş. Karaduvarlılar zamanla taşlaşmış kocaman bir kayalık haline gelen bu kum yığınının da bize gösterdiler.Yöre sakinleri, sanayi tesislerinin yarattığı kirliliğin sularına karıştığını, kuyularda gaz sızıntısı olduğunu ve zaman zaman kuyuların alev aldığını, logarlarda patlama olduğunu, binlerce tonluk Nitrat ve Amonyak depolarının yerleşim yerlerinin çok yakında bulunduğunu ve tüm bu olumsuzlukların mahalleleri ve top yekün Mersin için tehlike oluşturduğu hususunda şikâyetçiydi.

Mersin'e birkaç kilometre mesafedeki akaryakıt tesisleri, başta Karaduvar'da yaşayanlar olmak üzere kent insanı için büyük bir tehdit unsuru. Olası bir kaza anında bırakın Karaduvar'ı Mersin'in yarısını yerle bir edecek kapasitede tehlike içeren dolun tesislerinin sürekli genişletilmesi, var olan tehlikeyi bir kat daha arttırırken, kent yöneticilerinin, ruhsatsız ve başına buyruk genişleme çabalarına seyirci kalması düşündürücüdür.

Sanayinin yok etmekte olduğu Karaduvar Beldesi'nde bizleri mutlu eden tek şey ise Karaduvarlıların başlarına gelen felaketleri kabullenip bir köşeye sinmemeleri oldu. Bölge halkının kendilerinin örgütlemiş olduğu Akdeniz Sosyal Forumu Derneği, mücadelesinde kimi önemli başarılarla da imza atmış. Örneğin petrol dolun tesislerinden birine kazandıkları dava kararıyla arıtma tesisi kurdurmuşlar. Bölge halkının çevrelerinde olanlar konusunda sahip oldukları bilgi, bilinç ve gösterdikleri kararlılık, bizim de gezimize daha umutla ve kararlılıkla devam etmemize neden oldu.

3 Temmuz 2006 - Pazartesi

Mersin Üniversitesi Halk Sağlığı AD Ziyareti

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim dalı başkanı ve öğretim üyeleri çalışma ortamlarında ziyaret edilmiş olup, anabilim dalının çalışmaları ve tıp fakültesi öğrenci eğitimi programı hakkında bilgi alınmıştır. AD'nın ziyaret edildiği tarihlerde görev yapan asistan yoktu.

İnternler iki aylık Halk Sağlığı stajları sürelerini haftanın dört günü sağlık ocaklarında, bir günü ise AD'da teorik eğitim ve haftalık değerlendirme olarak geçirmektedirler. Düzenli öğrenci gönderilen iki sağlık ocağı var. AD tarafından internlere sağlık ocaklarına giderken, kendilerinden yapmaları beklenen uygulamalar ile ilgili yönergeler verilmektedir. Haftalık değerlendirmelerin yapıldığı gün her hafta bir grup oyunlu anlatım ile sağlık ocağı pratiklerine yönelik bir konuyu işlemektedir (örn. sağlık ocağında ayniyat işleri konusunda bir oyun yazıp oynamaktadırlar). İnternler sağlık ocaklarında iken bir öğretim üyesi sağlık ocaklarına gidip, öğrencileri yerinde ziyaret etmektedir. Ayrıca her intern grubu bir araştırma projesi yürütmektedir. Proje için her grupta farklı bir sağlık ocağı seçilmekte ve sağlık ocağı ile ilgili veriler istatistiksel olarak da değerlendirilip sağlık ocağı çalışanları ile de paylaşılmaktadır.

Mersin Çocuk Yuvası Ziyareti

T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)'na bağlı Mersin Çocuk yuvası 0–12 yaş korunmaya muhtaç çocuklara hizmet vermektedir.

Yuvanın binası çocukların yaş grubu ve cinsiyetlerine göre ayrı yaşadığı yaşam alanları oluşturularak planlanmıştır. Her gruptaki çocukların uyuma, yemek yeme ve diğer fiziksel ihtiyaçları “apartman dairesi” şeklindeki kendi gruplarına ait yaşam alanlarında karşılanmaktadır. Diğer gruptaki çocuklarla iletişimleri kısıtlıdır. Bebekler ve 1–6 yaş çocuklar cinsiyet ayrımı gözetilmeksizin aynı yaşam alanı, 7–12 yaş kız ve erkek çocukları için ayrı yaşam alanları mevcuttur.

Yuvanın toplam 100 çocuk kapasitesi vardır. Ancak genelde kapasitesinin üzerinde çocuk barındırdığı belirtilmiştir.

Yuvada görevli sosyal hizmet uzmanı yoktur.

Muhtaçlıkları nedeniyle korunma kararı alınarak Kurum hizmetlerinden yararlanmak isteyen çocukların korunması, bakımı ve yetiştirilmesine yönelik hizmetlerin mümkün olduğu ölçüde kendi yaşam ortamlarında verilmesini amaçlayan “**Aileye Dönüş ve Aile Yanında Destek Projesi**” çerçevesinde bu yuvadan toplam 59 çocuk ailelerinin yanlarına döndürülmüştür.

Yuvada çocukların temel fiziksel ihtiyaçları ve sağlık ihtiyaçları karşılanmaktadır. Yuva ekonomik anlamda ciddi gönüllü katkılar almaktadır. (Tüm bütçenin yaklaşık olarak %40'ını gönüllü katkıların oluşturduğu belirtilmiştir)

Kurumda kalan çocukların sağlık hizmetleri bu işe gönül vermiş olan Dr. Ful Uğurhan tarafından verilmektedir.

Fiziksel koşulları “sağlıklı” ve “temiz” görünen yuvanın bir sosyal hizmet uzmanının olmaması önemli bir eksikliklerdir.

Üst düzey idarecilerinin eğitimlerinin/donanımlarının sosyal hizmetlerle ilgili olmaması düşündürücüdür.

Yuvada kalan kardeşlerin cinsiyetlerinden ötürü farklı gruplara dâhil olmaları, kardeşler arasındaki duygusal iletişimi olumsuz etkileyebileceği düşünülmüştür.

Mersin İl Sağlık Müdürlüğü Ziyareti

İl Sağlık müdürlüğü ziyaretinde sağlık müdürü ile görüşülüp, il aşı deposu, bulaşıcı hastalıklar şubesi ve çevre sağlığı şubesi ziyaretleri yapıldı. Ziyaretlerde herhangi bir sunum yapılmadı, birimlerde çalışanlara sorular sorularak bilgi alındı.

İl Aşı deposu:

Depo içi düzenliydi, aşılarda buzdolaplarında ve derin dondurucularda muhafaza edilmekteydi. Buzdolaplarının ve derin dondurucuların ısılarını ölçmek amacıyla her birinde birer min-max termometre, birer de civalı buzdolabı tipi termometre mevcuttu. Buzdolabı ısıları 2–8 derece arasındaydı ve ısı izlem çizelgeleri düzenli ısı takibi yapıldığını ve bu takiplerin kaydedildiğini göstermekteydi.

Ayrıca donmaya hassas aşılarda (OPV, KKK hariç) bulunduğu buzdolaplarında en az birer adet, buzdolabı ısısının sıfır veya daha altındaki derecelere inmesi durumunda aşılarda olası donma maruziyetine dikkat çekmek amacıyla kullanılan, donma izlemcileri bulunmaktaydı.

Ocak 2006 tarihinden itibaren Ulusal Aşı takvimine alınmış olan Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK) aşısının lojistiğinin İl aşı deposuna yeni geldiği belirtildi. Buzdolaplarından birinde artık Kızamık aşısı yerine KKK aşısı uygulanacağı için imha edileceği belirtilen kızamık aşısı flakonları bulunmaktaydı.

Normalde buzdolabı içerisindeki aşuların arasında hava sirkülasyonunun olması ve buzdolabı ısısının sabit kalması için aşuların maksimum stok hacmi buzdolabı hacminin en çok yarısı kadar olmalıdır. Oysa Mersin İl Aşı deposunda buzdolabı ve soğutucuların çoğu neredeyse tamamen aşı flakonları ile doluydu. Aşı depo sorumlusu buzdolabı hacimlerinin çok dolu olduğunu farkındaydı. Bu durumu aşuların bir gün önce gelmiş olması ve henüz sağlık ocaklarına dağıtımının yapılmamış olması ile açıklıyordu.

Aşı deposunda ayrıca Şark Çıbanı tedavisinde kullanılan "Glucantamine" ilacı bulunmaktaydı. Bu ilacın bulunduğu üç sağlık müdürlüğünden birisinin Mersin İl Sağlık Müdürlüğü olduğu belirtildi.

Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi

Bulaşıcı hastalıklar şubesi sorumlularından alınan bilgiye göre Mersin'de en sık görülen bulaşıcı hastalıkların su ve besinlerle bulaşan hastalıklar, bunlar içerisinde de en sık kansız ishaller olduğunu öğrendik.

Mersin'de görülen zoonotik hastalıklar ise şunlardır: Kuduz, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (Erdemli ilçesinde, impoite olmayan bir kesin vaka), Brucella, Şarbon.

4 yıl önce Tarsus ilçesinde bir Neonatal Tetanoz vakası görülmüş, vaka tedavi edilmiş. Daha sonra bildirilen Neonatal Tetanoz vakası olmadığı söylendi.

İl kırsalında yılan sokması sık oluyormuş. Bu nedenle tüm devlet hastanelerinde yılan ve akrep serumu bulunduruluyormuş. Rakam verilemedi ancak yılan sokmasından ölümlerin olduğu belirtildi.

Sıtmanın il için çok önemli bir sorun olmadığı söylendi. Bir önceki yılın toplam vaka sayısı 12 olarak belirtildi. Ancak Tarsus ilçesinden göçer işçilerin ile gelmesinin sıtma için kaynak olduğu ifade edildi.

Her yıl yaz aylarında (19 Haziran- 1 Ekim tarihleri arasında) tüm sağlık ocaklarından her Pazartesi haftalık hastalık bildirimleri alınıyor ve her Çarşamba Sağlık Bakanlığına bildiriliyormuş.

Bulaşıcı hastalık bildirimini yapıldığında filyasyon yapıldığı belirtildi.

Aşı deposu ve bulaşıcı hastalıklar şubesinde odalarda asılı birim çalışmalarını hakkında bilgilendirici hiçbir tablonun olmaması dikkat çekmekteydi.

Adana Büyükşehir Belediyesi Sağlık Daire Başkanlığı Ziyareti

Büyükşehir Belediyesi'nin Sağlık Daire Başkanı Dr. Hüseyin Darıcı önce belediyenin yürüttüğü sağlık hizmetleri ile ilgili kısa bir sunum yaptı. Soru cevap şeklinde devam eden söyleşi ile belediyede halk sağlığı uzmanı olarak bizleri bekleyen görevleri öğrendik:

Belediyelerin sağlıkla ilgili görevleri daha çok koruyucu hizmetleri kapsıyor. Bunlar: sağlıklı içme suyu sağlanması, katı- sıvı atıkların bertarafı, gürültü kirliliğine yönelik önlemler, kentin havalandırılması, ruhsatlandırma (gayri sıhhi müesseseler)'dir.

Adana belediyesi yaptırdığı Çatıalan barajı ve arıtma tesisi ile artık bütün evlere şebeke ile su verebiliyormuş. Önceden kuyudan su kullanımı nedeniyle çokça yaşanan ishal vakaları bugün oldukça azalmış. Hatta devlet hastanesinin ishal polikliniği kaldırılmış. Belediye sudan bakteriyolojik ve kimyasal analizler yapıyormuş.

Adana merkezinde su sorununun halledilmiş olmasını olumlu bir gelişme olarak değerlendirdik. Ancak su şebekesinin oldukça eski olması nedeniyle kimi zaman boruların patladığını öğrenmemiz de bir o kadar olumsuz değerlendirildi. Ayrıca su

havzasının üzerine şehrin kırsal tarafını merkeze bağlayan bir köprünün yapılmış olması şark çıbanı olgusunun merkezde de görülmesine neden olmuş. Çünkü bu köprü şark çıbanı etkeninin bulaşmasına neden olan tatarcıkların farelerin üzerinde merkeze gelmesini kolaylaştırmış.

Adana belediyesi'nin bazı mahalleler için katı atıkları yerinde ayrıştırmak için yapmış olduğu kimi düzenlemeler olduğunu öğrendik. Bu mahallelerin başlangıç için sosyoekonomik ve eğitim düzeyi yüksek olanlardan seçilmiş olmasına rağmen, mahallelilerin gereken özeni gösterememiş olmaları bizleri üzdü. Bu konuda daha yapacağımız epey iş olduğunu fark etmiş olduk.

Adana belediyesinin rekreasyon alanları yaptığını olumlu bulmamıza rağmen, bunu kentin doğal bitki örtüsünün kaldırılarak yapılıyor olmasını çevre sağlığı açısından doğru bulmadık.

Kentin sıvı atıkları da arıtma tesisinde arıttıktan sonra deşarj edilmekteymiş.

İl hıfzısıhha kurulları toplanmıyormuş. Vali kararıyla, vali gerek duyarsa toplanıyormuş. Dr.Darıcı hem sunumu sırasında hem de söyleşi sırasında sık sık belediyelerde halk sağlığı uzmanının çalışmasının öneminden bahsetmesi, mezuniyet sonrası bizi bekleyen çalışma alanları için belediyelerinde önemli yer tuttuğunu ve eğitimimizde bu alanla ilgili bilgi birikimimizin artırmamız gerektiği fikrine katkı sağladı.

Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Merkezi (Yalım Erez Sağlık Merkezi)

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı ve birim hakkında öğretim üyelerinin yaptığı sunumlardan alınan bilgilere göre:

28 Eylül 1993 tarihinde Ç.Ü.T.F. Aile Hekimliği AD kurulmuştur. 16 Kasım 1993 tarihinde Halk Sağlığı Profesörü olan Dr. Nafiz Bozdemir Ç.Ü.T.F. Aile Hekimliği AD başkanı olarak göreve başlamıştır. Kasım 1995' te AD'nda ilk öğretim görevlisi göreve başlamıştır. 1995'te Çukurova Üniversitesi Mediko-sosyal Sağlık Merkezi içinde Aile Hekimliği Polikliniği açılmış. Aralık 1995'te ilk aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlanmıştır.

Yalım Erez Sağlık Merkezinin açılma amaçları aşağıdaki şekilde sıralandı:

- Tıp fakültesi altıncı sınıfta 15 günlük aile hekimliği stajı uygulaması sırasında intern hekimlere 'birinci basamakta' sağlık hizmeti sunma becerisi kazandırma,
- Aile hekimliği AD'da eğitim gören asistan doktorların, uzmanlık eğitimlerinin en az bir yılını bir aile hekimliği eğitici ile birlikte 'birinci basamakta' geçirmesi.

Birimin binası Aile hekimliği AD'na hibe edilmiş. Binada 4 adet muayene odası, bir aile planlaması hizmeti sunulan oda, dış polikliniği, laboratuvar, arşiv bulunmaktadır.

Birim açıldığında yeşil kart dâhil olmak üzere sosyal güvenlik kurumlarıyla anlaşmalar yapılarak başvuran kişilere sosyal güvenceleri ile sağlık hizmeti veriliyormuş. Ancak daha sonra sözleşmeler yenilenmemiş ve şu anda (bir yılı geçmiş) sadece muayene hizmeti verilebilmektedir. Resmi evraklı reçete yazılamadığı için başvuran hasta sayısında azalma olduğu belirtilmektedir.

Merkezin hizmet sunduğu belirli bir bölge veya nüfusu yok. Başvuru temelli hizmet verilmektedir.

Başvuran kişiler için öncelikle danışmada dosya çıkartılıyor ve görevli hemşire tarafından kişinin demografik bilgileri alınıyor, nabızı ve tansiyonu ölçülüyor. Daha sonra kişi hekime yönlendiriliyormuş.

Merkezde laboratuvar olmasına rağmen, hizmetler laboratuvar destekli verilmiyor. Personel olmadığı için ancak doktor kendisi isterse TİT gibi temel tetikleri yapıyormuş (bu da genellikle eğitim amaçlı oluyormuş).

Birimde Aile Planlaması hizmeti Rahim İçi Araç uygulama sertifikası olan bir hemşire tarafından sunulmaktadır. Daha öncesinde il sağlık müdürlüğü tarafından temin edilen aile planlaması malzemeleri, artık verilmiyormuş.

Bağışıklama hizmeti ise hiçbir zaman rutin bir hizmet olarak verilmemiş. Ancak başvuran kişinin kendi almış olduğu aşı “ enjeksiyon” hizmeti olarak yapıyormuş.

Öğrencilerin “birinci basamak”ta hasta değerlendirmeleri amacı olduğu belirtilen bu merkez, Üniversite Hastanesi'nin herhangi bir polikliniği ve hatta parası olanın muayene olduğu bir özel poliklinik gibi çalışmaktadır.

Muayene olmayı özendirmek amacıyla kişilere “ücretsiz” dış muayenesi yaptıklarını, kişinin dışında sorun tespit edildiğinde ise kişinin dışını tedavi ettirebilmesi için kişiden ücret talep ettiklerini beyan etmişlerdir.

Ziyaretimiz esnasında merkezde hiç başvuran olmaması (mesai saatlerinde) merkezin işlevselliğini ayrıca düşündürmektedir.

Merkezin en yetkili kişisi tarafından “ başvuranların % 99'u buradan ‘Allah razı olsun’ diyerek memnuniyetlerini dile getiriyor “ ve “ merkezin üniversite döner sermayesine pek katkısının olmadığı” ifadelerinin kullanılmış olması, başvuran kişileri memnun etmek ve kar etmek gibi öncelikli amaçları olan özel polikliniklere benzerliklerine dikkat çekmektedir.

Bir aile hekiminin görevleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmış olan Aile Hekimliği Türkiye Modeli Kitapçığında aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

1. Aile sağlığı birimini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimleri sağlamak,
2. Çalıştığı bölgenin sağlık planlamasının yapılmasında ilçe sağlık idaresi ile işbirliği yapmak,
3. Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları kamu sağlığı merkezine ve ilçe sağlık idaresine bildirmek,
4. Kişiyeye yönelik rehberlik hizmetleri ile sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetleri vermek; bu kapsamda ana-çocuk sağlığı ve aile planlamasını, periyodik muayeneleri (meme kanseri taraması, rahim kanseri taraması gibi), bireysel koruyucu sağlık hizmetlerini (rutin aşılar), ruh sağlığı hizmetlerini ve yaşlı sağlığı hizmetlerini yerine getirmek,
5. İlk kayıta ev ziyareti ile sağlık durumunun tespitini yapmak ve Bakanlığın öngördüğü sıklıkta ev ziyaretlerini tekrarlamak,
6. Aile sağlığı biriminde ve gerektiğinde evde birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini vermek,
7. Birinci basamakta tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları ilgili uzmanlık dalına sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatışı bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakımının koordinasyonunu yapmak,
8. Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
9. Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili kayıt ve bildirimleri yapmak,10. İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
11. Yerel sağlık idaresince belirlenmiş olan ilaç temininde zorluk çekilen yerlerde ilgili mevzuata göre ecza dolabı açmak veya ilaçların teminini sağlamak.

Bu maddelere göre şu sonuca varmak yanlış olmayacaktır: “Birinci basamak” ve “Aile Hekimliği Merkezi” olarak tanıtılan merkezin birinci basamak veya aile hekimliği prototipi ile ilgisi bulunmamaktadır.

Ayrıca, Aile hekimlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yukarıda özetlenen görevlerinin uygulanmasının belirtilen sistemle mümkün olmadığını düşünmekteyiz. Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Merkezi üzerine grupta yaptığımız tartışmalarda aslında gördüğümüz örneğin bugün tüm ülkede uygulanacağı ifade edilen aile hekimliği sistemini değerlendirmek için iyi bir örnek oluşturduğunu düşündük ve aile hekimliği sistemini de bu örnekle birlikte yeniden tartıştık. Aile hekimlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yukarıda özetlenen görevlerinin büyük bir çoğunluğunun belirtilen sistem içinde uygulanmasının mümkün olmadığı ve bu sistemin temelde birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi anlamını taşıdığı, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinden çok, sağlık sektörünün serbest piyasaya entegre edilmesine ve sağlıktan daha çok kar elde edilmesine hizmet ettiği üzerinde duruldu. Sağlık hizmetlerinin bütüncül ve tümelci bir bakış açısıyla değerlendirilmesi gerektiği ve aile hekimliği uygulamasında verileceği belirtilen kişiye yönelik hizmetlerin topluma yönelik hizmetlerden ayrı tutulduğu ölçüde yetersiz kalacağı ve uygulanmasında sorunlar yaşanacağı açıktır. Ayrıca bu sistemde 3000 kişiye ancak bir aile hekimi düşmektedir. Tedavi edici hizmetlere bu yoğunlukta mesai ayırmak zorunda kalacak olan ve ekip çalışmasından yoksun bir hekimin düzenli ev ziyaretleri yapması ve koruyucu hizmetlere öncelik vermesi düşünülemez.

Çukurova Aile Hekimliği Merkezi'nin de hizmet sunduğu belirli bir bölgesinin olmaması, bağışıklama hizmetinin rutin olarak verilmemesi, aile planlaması hizmetlerinin sadece bu taleple başvuran kişilere yönelik verilmesi sistemin koruyucu hizmetler açısından yetersiz kaldığını göstermektedir. Ayrıca ücretsiz hizmet verildiği söylenmesine karşı muayene dışında yapılan her işlem için ücret alınmaktadır ve dış çürüğü olan ve tedavi olamayan bir hasta için dış çürüğü olduğunu bir hekimden duyup duymamasının da bir önemi kalmamaktadır.

Türkiye'de yıllardır uygulanmakta olan sosyalleştirme yasasına göre sağlık hizmeti eşit, ücretsiz, ulaşılabilir, nüfusa dayalı olmalı ve ekip hizmeti ile yürütülmelidir. Dünyadaki pek çok ülkenin sağlık sistemiyle karşılaştırıldığında bazı eksikliklerine rağmen Türkiye ileri bir sağlık örgütlenmesi modeline sahiptir ve Türkiye'de sağlık alanındaki sorunların giderilebilmesi için bu sistemin desteklenmesi ve geliştirilmesi için çaba harcanması gerekmektedir.

Dağlıoğlu mahallesi kadınları ile sohbet ve ev ve yakın çevre gezisi

Aile Hekimliği merkezinden tartışmalarla ayrılan grup günün ilerleyen saatinde Adana'nın yoğun göç alan bir bölgesine doğru yol aldı. Sağlık Ocağı'na kadar yaptığımız yolculuk Aile Hekimliği merkezini unutturdu. Çok çarpıcı manzaralardan geçtik. Tanımı zor derin bir yoksulluk, kalabalık, virane bir bölge. Dağlıoğlu Sağlık Ocağı'na mesai bitiminde ancak yetişebildik. Bizi sağlık ocağı hekimi, ebe hanım ve mahallede yaşayan birkaç kadın karşıladı. Dağlıoğlu mahallesi tamamen göç nüfustan oluşan bir bölge idi. Sağlık Ocağı'nın polis karakolunun bitişiğinde olması dikkatlerimizden kaçmadı. Sağlık Ocağı Adana'nın "sürgün" sağlık ocaklarından biri idi. Personel ve araç gereç açısından oldukça yetersizdi. Şansı "sürgün"e alışık bir özveri ile çalışan, bölge halkı ile kaynaşmış hekimlere sahip olmasıydı. Bu ziyaretin amacı göç gelen kadınlarla söyleşi ve bölge gezisi olması nedeniyle, sağlık ocağı çalışmalarını çok kısa kesip, hemen söyleşi başladık. Grubumuzda kadın hekim sayısının fazla olması, göç gelen kadının aktardıkları kadın sorununu derinleştiren sorularla zenginleşti.

Kadınlardan birisi 60'lı yılların sonuna doğru göç eden bir ailedendi. Doğum sırasında annesinin ölmesi nedeniyle, annesiz büyümüş. Çocuk yaşta iken Adana'ya göç etmişler, o zamandan bu yana bu mahallede oturuyormuş. Diğer kadın ise 1900'li

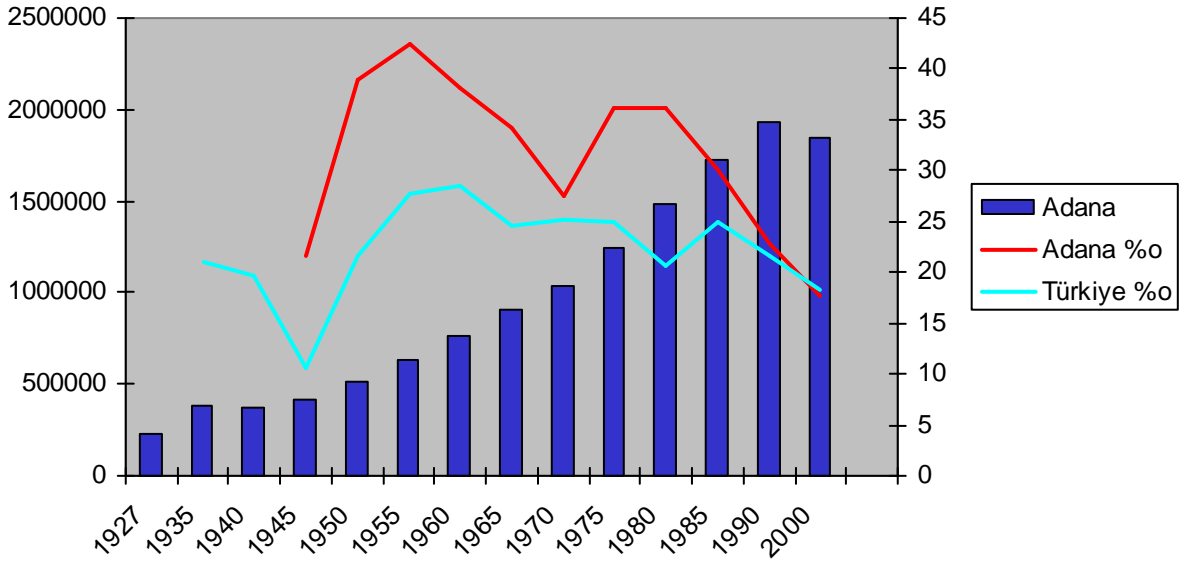
yılların ortasında göç olarak gelmiş. Bölgede yaşanan sıcak çatışma ortamı nedeniyle göç etmişler. Her iki kadından dinlediklerimiz şöyle özetlenebilir: Mahalledeki yaşayanların özellikle kadınların ve çocukların dil sorunu olduğunu, aile planlaması hakkında fazla bilgiye sahip olunmadığını, çocuklarının okula devam etmediklerini ve çocuk yaşta çalışmaya başladıklarını belirttiler. Çoğu ailenin baraka denilebilecek evlerde oturduğu, sigortasız işlerde çalıştığını, mahallenin çok kirli olduğunu, kamu hizmetlerinden mahrum olduklarını değindiler. Ayrıca göç gelenler olarak kabullenilmedikleri, benzer illerden gelenlerin birbirlerine yakın yerlerde oturduklarını, kocalarının işsizliğinden yakındılar. Aile içinde de kadının ikinci sınıf vatandaş olduğunu, kocaları ve aile büyükleri tarafından şiddete uğradığını, okula gönderilmediğini belirttiler. Çocukların yeterince beslenemedikleri, ishali hastalıkların sık görüldüğünü vurguladılar. Ayrıca yeşil kart almakta zorlandıklarını, sosyal güvenceye sahip kişi sayısının az olması nedeniyle yazılan ilaçları almakta zorlandıklarını, çoğunlukla ucuzlarını aldıklarını ve bir kısmını alamadıklarını belirttiler. Kadınlardan biri insan hakları mücadelesi ile nasıl tanıştığını ve bu bölgede özellikle kadın haklarına yönelik yaptıklarını anlattı. Kadınlara destek olunduğunda, kadınların kendi haklarına sahip çıkacağına inandığını belirtti. Söyleşinin sonlarına doğru ebe sandığımız genç bir kız mahalle ile ilgili ve kadınlar ile ilgili ayrıntılı bilgiler sundular. Bizi şaşırtan kızın ebe olmadığı, sosyolojide okuduğu ve bizle söyleşi yapan kadınlardan birisi olduğunu öğrenmemizdi. Tamamen kendimize yakın bulduğumuz, konuşması, giyimi ile kentli bir görünüme sahip olan kızın hala geldiği bölgenin özelliklerini taşıyan annenin kızı olması, bizi umutlandıran bir şeydi. Kadınlara destek olunduğunda özgürleşeceğini ve özgürleştireceğine olan inancımız daha da arttı. Söyleşiyi takiben mahallede en yeni göç gelenlerin yaşadığı bir bölgede saha incelemesi yaptık. Hızla bitirilmiş, elektrik kabloları dışarıdan eve uzanan, badanasız, çatısız, bazıları tek katlı, bazıları birkaç katlı, derme çatma gecekonduardan oluşan bir yerdi. Sokaklar oldukça kirliydi, hayvan gübreleri vardı. Bizi gören mahalle halkı, özellikle çocuklar kısa sürede etrafımız sardılar. Çocuklar fotoğraflarını çekmemizi istiyordu. Bir göç ailesini evinde ziyaret ettik. Evdekilerin çoğu Türkçe bilmiyordu. Bizi bölgeye götüren ebe arkadaşlar ve Türkçe bilen mahalle sakinlerin yardımı ile iletişimi kurduk. Evin banyosu ve mutfağı yoktu. Oturulan odada yerde halı-kilim yoktu. Yere serilen minderlere ve komşulardan gelen sandalyelerle odaya doluştuk. Derin yoksulluğu ve çaresizliği bir kez daha derinden hissettik. Sağlıkla ilgili sorulara sıra gelemedi; evin suyunun olup olmadığı, çalışan kişi sayıları, neden geldikleri, nasıl geldikleri, beklentileri vb. birçok soru. Mersin'de yaşadığımız hüznün, bu bölgede daha da derinleşti, katmerleşti.

Adana Tabip Odası Ziyareti:

Adana Tabip Odası'nda Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk sağlığı AD öğretim üyesi Prof. Dr. Gülseren Ağrıdağ "Adana'nın Sağlık Sorunları ve Göç" konulu bir sunum yaptı. Ayrıntılı olarak hazırlanan sunumdan özellikle vermeyi düşündüğümüz bilgilerin bir kısmı aşağıda özetlenmiştir.

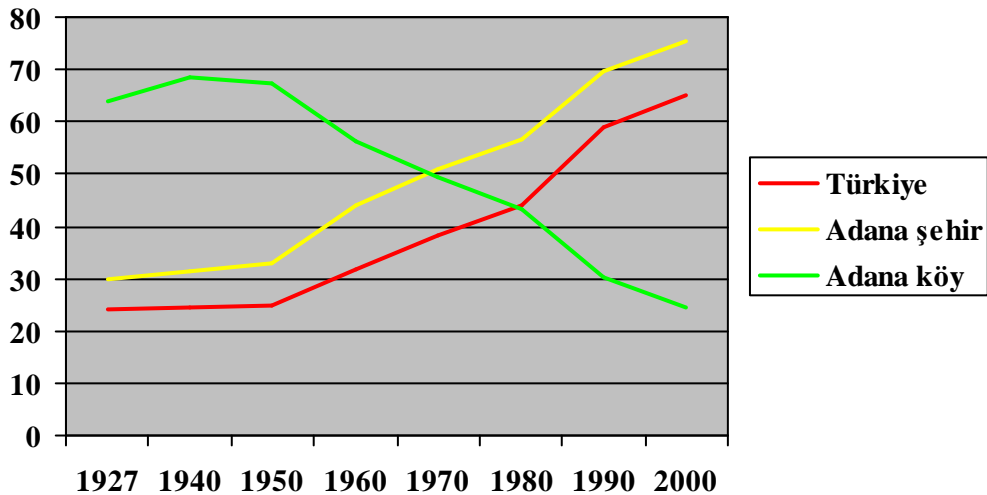
Adana Nüfusu

Adana Nüfusu ve Nüfus Artış Hızı (1927-2000)



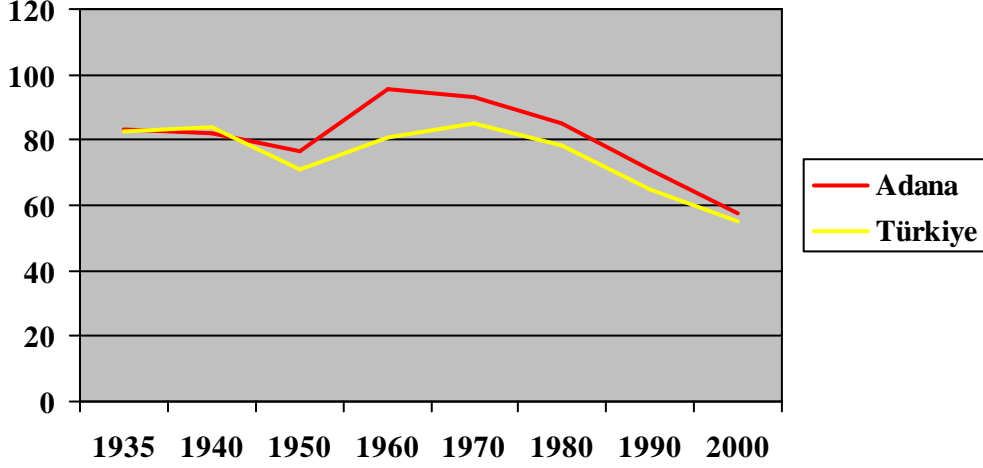
Sunumda Adana'da nüfusun $\frac{1}{4}$ 'ünün Adanalı olmadığı belirtildi. Son yıllarda Adana'ya gelişte bir azalma olmuş ve Adana artık göç alan değil göç veren bir il haline gelmiş. 2003 yılı Adana kadın meclisi çalışmasına göre Adana'ya göçle gelen aileler toplam nüfusun %24.7 sini temsil etmektedir. %8.6'sı 21 yıl ve daha öncesinde göç etmiş, %8.9'u 11-20 yıl önce, %7.3'ü ise son 10 yılda göç etmişlerdir. DİE'nin 2000 yılı Nüfus sayımı verilerine göre Adana'da net göç sayısı 40497 kişi, net göç hızı ise %0.24'dür.

Nüfusun Şehir-Köy Dönüşümü (DİE)



2000 yılı itibariyle Adana Şehrinin nüfusu tüm Adana nüfusunun % 61'idir. Adana İli'nin şehir nüfusu ise % 75,5'dir. Adana ilinin merkez ilçeleri olan Seyhan ve Yüreğir'in şehir nüfusları sırasıyla %43,6 ve %17,4'tür.

Toplam Yaş Bağımlılık Oranı (1935-2000)



2001 yılında kişi başına gayri safi yurtiçi hasıla Türkiye için 2146 dolar iken Adana için 2339 dolardır. Adana bu açıdan iller sıralamasında 18. sıradadır.

Adana ilinin gelir dilimleri aşağıdaki gibidir:

- En düşük %20 6.0
- Düşük %20 10.3
- Orta %20 14.5
- Yüksek %20 20.9
- En yüksek %20 48.3

Adana'da Yeşil Kartlı sayısı, 1995 yılında 120.434 kişi (%6.6) iken 2005 yılında (iptallerden sonra) 324.942 kişi (%12.5)'dir.

Adana'nın Eski Sağlık Sorunları

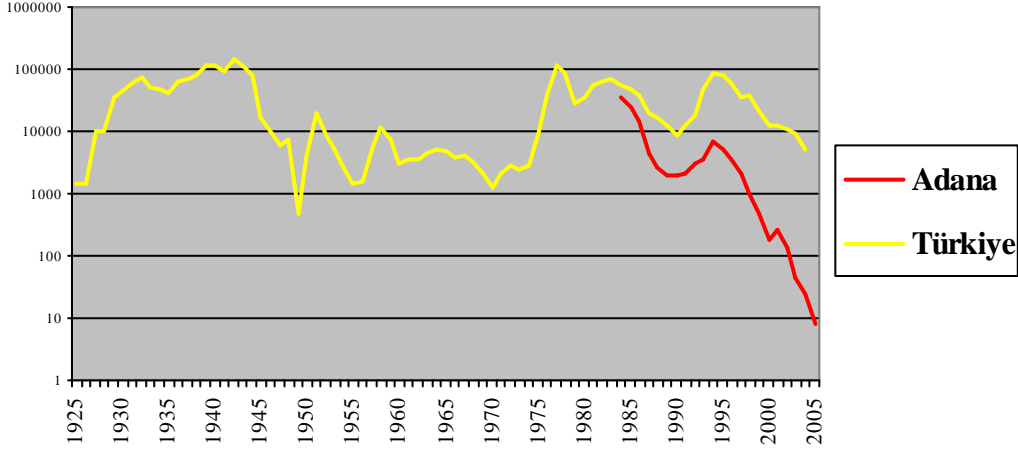
Adana'nın en eski sağlık sorunları Trahom, Sıtma ve Şark çıbanıdır.

1)Trahom:

Trahom tedavisi kolay, bulaşması zor bir hastalıktır. Erken fark edilebilmektedir. Sosyal gelişme bu hastalığın sorun olma olasılığını azaltmaktadır. Adana'da trahom savaşının emekle kazanıldığı ve vaka sayısının çok azaldığı belirtilmektedir. Kara sineğin azalmasından da olumlu etkilenmiştir. Bugün Adana için sağlık sorunu oluşturmaktadır.

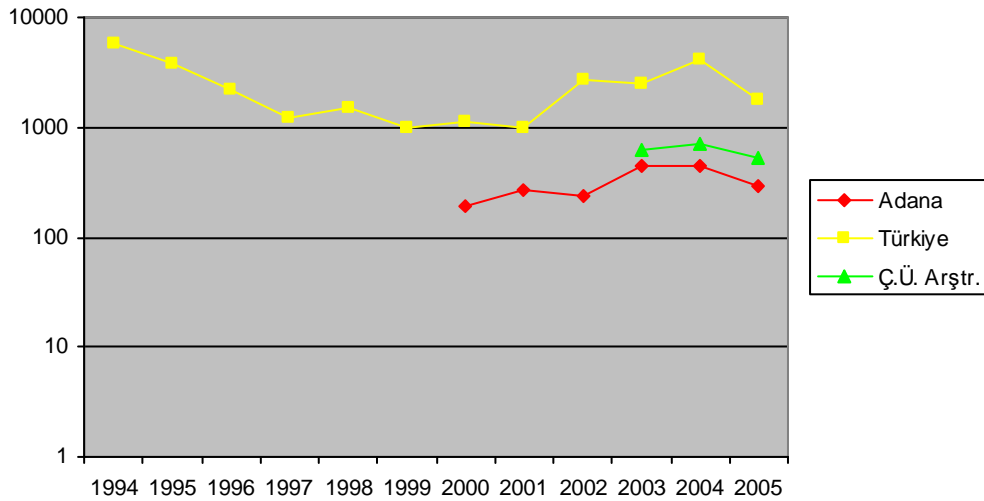
2) Sıtma:

Sıtma Vaka Sayısı (1925-2005)



Sıtma durumu iyi görünmekle birlikte, gelecekte Adana için tehdit oluşturmaya devam etmektedir. Vaka sayısı çok azalmış (8 vaka), ancak genel hizmet içine entegre edilememiştir. Adana'da bu hastalık için çevre çok uygun olduğu için her an yeni olaylar görülebilmektedir. Sıtma personeli ve ekipmanı yaşlanmaktadır ve yeni eleman yetişmemektedir. Komşu il ve ülkelerde sıtmanın halen var olması, sıtmanın Adana için potansiyel bir sorun olduğunu göstermektedir. Sunumda, sıtmanın mücadele edilince azalan, ancak mücadele bırakıldığı zaman hızlı bir şekilde artan bir hastalık olduğu belirtildi. Devletin sivrisinek ilaçlaması için bile ödenek ayırmakta gösterdiği isteksizlik, Sıtma'nın Adana için yeniden bir tehdit haline gelebileceğini düşündürdü.

3) Şark Çıbanı:

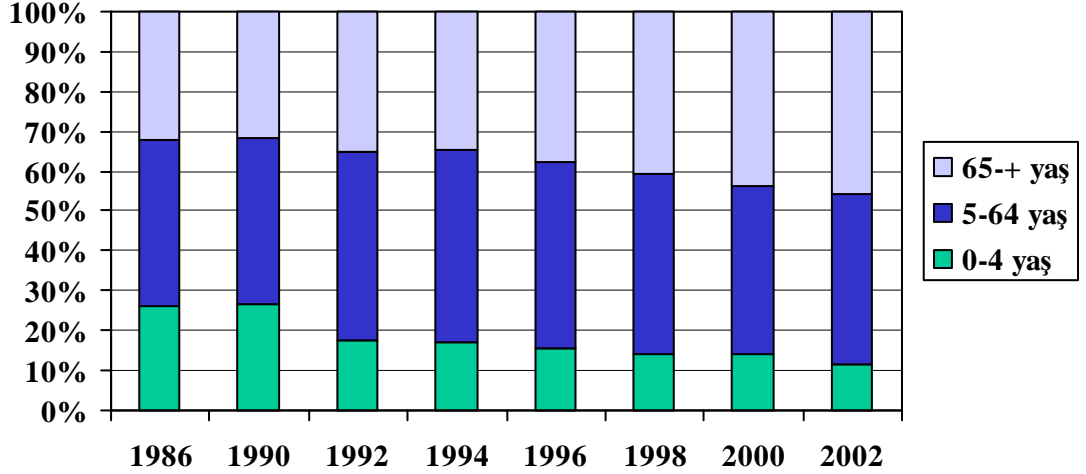


Şark Çıbanı çevre koşullarına ve doğal yaşama bağlı bir hastalıktır. Dolayısıyla sorun tek başına tedavi hizmeti ile çözümlenemez. Bu nedenle mücadelede kurumlar arası işbirliğinin önemli olduğu belirtilmektedir. Çevre il ve ülkelerde görüldüğü için kayıt,

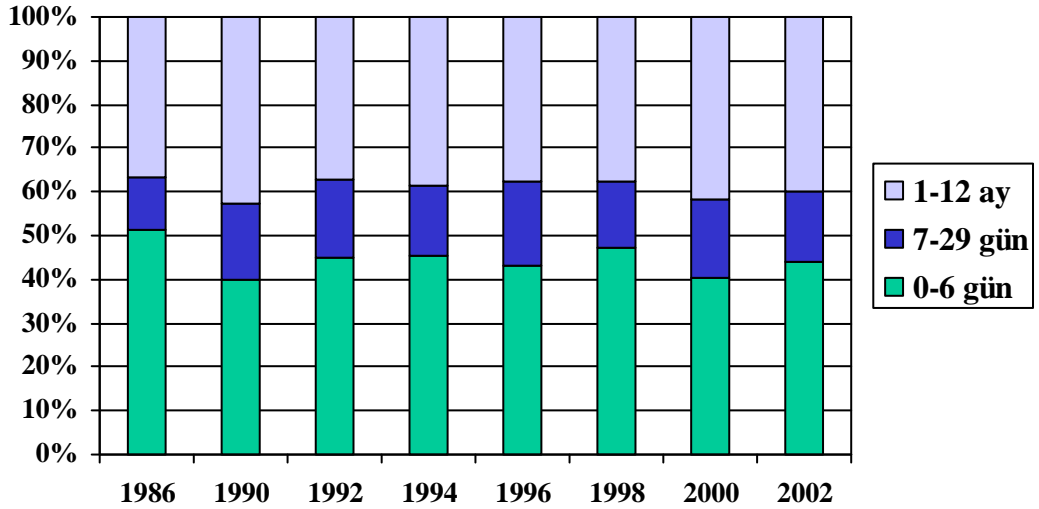
izleme ve epidemiyolojik çalışmaların başlatılması ve geliştirilmesi gereklidir. Şark Çıbanı bugün Adana için büyüme riski olan bir sağlık sorunudur.

Ölümler:

Yaşlara göre ölümlülük (orantılı ölüm hızı)



Bebek ölümlülüğü:



Bebek ölüm hızı (binde)

1985	100.0
1990	67.0
1995	24.3
2001	24.3
2002	26,7
2003	20,9

1985'den günümüze doğru bebek ölümlerinin azaldığı izlenmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinde Adana'da bebek ölümlerinin bu hızla azalmasını sağlayacak bir gelişme olmamıştır. Özellikle döner sermaye uygulamasının birinci basamak sağlık hizmetlerine girmesinden sonra sahaya çıkılması, tespit ve izlemlerin yapılması konusundaki aksaklıklar, bebek ölümlerinin de kayıtlara gerçek rakamlarla yansımaları konusunda bizleri düşünmeye sevk etmektedir.

İlk 10 ölüm nedeni:

1986	2004
Perinatal ve zor doğum	Kanserler
Serebrovasküler neden	Serebrovasküler neden.
Kanserler	İskemik kalp hast.
Menengokok enfek	Perinatal ve zor doğum
Pnömoni	Menengokok enfek.
İskemik kalp hast.	Diğer kazalar
Hipertansiyon	Şeker hastalığı
Diğer kazalar	Pnömoni
Motorlu taşıt kazaları	Hipertansiyon
Şeker hastalığı	Doğumlar

Adana'da Göç ve Sağlık

Mevsimlik tarım işçileri sağlık durumu (Karataş Sağlık Ocağı 2003 verileri):

Mart-ekim aylarındaki toplam başvuru sayısı 1399'tür .

Başvuru nedenlerine bakıldığında; reçete %94.5, sevk %3.4, küçük cerrahi işlem %1.4, gözlem % 0.7, ÜSYE %24.4, hipertansiyon %10.9, ishal %8.2, dermatit %6.3, üriner enfeksiyon % 4.9 olduğu görülmektedir.

Göçer tarım işçilerin çocuklarında beslenme sorunları (%)

Çalışmalar	Kısa boy		Düşük kilo	
	E	K	E	K
İnandı (0-5 yaş 204 çocuk) 1995	39.1	43.6	42.7	47.9
Sütölük (0-8 yaş 97 çocuk) 2001	32.7	40.5	30.9	33.3

Sağlık insan gücü**Sağlık Ocakları doluluk oranı (2004)**

	%
Doktor	60
Sağlık memuru	11
Hemşire	10
Ebe	49
Tıbbi sekreter	1

Sağlık insan gücüne düşen kişi sayısı

	<u>Türkiye</u>	<u>Adana Sağlık Ocağı</u>
Doktor	731	3 688
Ebe	1 677	2 613
Hemşire	881	9 949
Sağlık memuru	1412	18 982

Sağlık ocağı doluluk oranlarının özellikle ebe ve hemşireler açısından azlığı ile sağlık insan gücüne düşen kişi sayısının Türkiye ortalamasının oldukça üstünde kalması Adana'da ciddi bir sağlık personeli eksikliği yaşandığını göstermektedir. Zaten az olan personelin bir de sağlıkta dönüşüm uygulamaları nedeniyle sağlık hizmetlerinin kendisinden çok kayıt ve evrak işleriyle ilgilenmek zorunda kalması sağlıkta reform denilen sürecin sağlık hizmetlerinin kalitesine nasıl yansıtacağına sinyallerini vermektedir.

Tedavi Kurumları

Yatak işgal oranı: % 84.7

10 000 nüfusa düşen yatak sayısı: 23.2

Hastane sayısı: 17

Yatak sayısı: Kadro 4428 yatak
Fiili 3991 yatak

Doktor sayısı: Uzman 946
Pratisyen 489

Çevre Sağlığı

Yapılan analizler (2004):

	<u>Toplam Sayı</u>	<u>Sağlığa Uygun(%)</u>
<u>İçme kullanma suyu</u>		
Mikrobiyolojik	2197	93.8
Kimyasal	86	60.5
<u>Gıda analizleri</u>		
Mikrobiyolojik	0	00,0
Kimyasal	0	00.0
<u>Çevre suları</u>		
Mikrobiyolojik	72	55.6
Kimyasal	12	50.0

Adana'nın sağlık sorunlarını 5 başlık altında toplayabiliriz:

1. Yönetsel sorunlar
2. Kayıt ve değerlendirme
3. Çevreden kaynaklanan potansiyel riskler
4. Yaşlanan nüfusun getireceği sorunlar
5. Genç nüfusun sorunları

Adana İl Sağlık Müdürlüğü

Gezinin dördüncü günü ilk etkinlik için saat 09:00'da Adana İl Sağlık Müdürlüğü'nde hazır bulunulmuştur. Gıda ve Çevre Sağlığı Şube Müdürü Dr. Kutlu Bey bize İl'in sağlık durumu konusunda bir sunum yaptıktan sonra AÇSAP şube müdürlüğü ziyaret edilmiştir.

Sunumdan edindiğimiz bilgilere göre;

Adana ilinin 2005 ETF nüfusu 1.991.065'dir. Adana Merkez İlçeleri Seyhan ve Yüreğir'dir. Seyhan Adana'nın 1.043.985 nüfusla en büyük ilçesi, Yüreğir ise göç alan bir ilçesidir. Gelişmişlik açısından Seyhan ve Yüreğir arasında önemli farklar vardır.

Adana' da toplam 146 sağlık ocağı bulunmaktadır. Bunların 44'ü Seyhan'da, 38'i Yüreğir'dedir. 2005 yılı itibariyle Adana'da Ana Ölüm Hızı yüz binde 25,4, Bebek Ölüm Hızı binde 19,4'dür. Doğumların %95,6 sı sağlık personeli yardımıyla yapılmaktadır.

Sağlık insan gücü açısından Adana genelinde 766 ebe, 147 hemşire ve 532 pratisyen hekim çalışmaktadır (Norm kadroya göre personel açığı bulunduğu belirtildi). Sağlık Müdürlüğünde 347 personel çalışmakta, pratisyen hekimler ve ebe ağırlıklı bir dağılım söz konusudur. Ebeler genelde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama (AÇSAP) Şube Müdürlüğü'nde ve gezici sağlık ekibinde görev almaktadır.

2005 yılında ortalama kişi başı muayene sayısı 1,9 ancak sevk gerekmeksizin ikinci ve üçüncü basamağa başvuran hastaların verileri olmadığı için bu oranın bu kadar düşük olduğu düşünülmektedir.

Yataklı tedavi kurumları hakkında fazla bilgi verilmemekle birlikte yatak işgal oranının %76,8 olduğu belirtildi. Burada dikkat çekici olan Türkiye geneli gibi Adana'da da özel hastane yatak işgal oranlarının %24,2 gibi düşük rakamlarda oluşudur. Nedenin özel hastanelerde daha çok kısa yatış süreli ve ayaktan cerrahi işlemlerinin, yani daha az giderli daha çok karlı işlemlerin yapılması olduğu düşünülmektedir. Bu bilgiden sonra akla sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin artmasıyla hastalıkların önemliliğinde de değişiklik gözleneceği gerçeği gelmektedir. "En çok görülen, en çok sakat bırakan, en çok öldüren hastalık önemlidir" şiarının yerini artık "en karlı hastalık (anjiyo, stend, IVF...) en önemlidir" cümlesi alacak gibi görünmektedir.

Adana'da 2004 yılında 500.000 olan yeşil kart sayısı 2005'de 364.050 'ye düşmüştür. Ancak yeşil kartlı oranı hala %18'dir.

Gezici sağlık ekibi ile özellikle sağlık ocağı olmayan köylere sağlık hizmeti götürülmekte, her ay 154 köy dolaşmaktadır. Ancak verilen çoğunlukla tedavi edici sağlık hizmeti ve kimi zaman da aşı hizmeti olmakta, dolayısıyla bir köye ayda ancak bir kez gidilebildiği varsayılırsa hizmette süreklilikten bahsedilememektedir.

Sunum sırasında Hızır acil hizmetlerinin çok iyi olduğu belirtildi, ancak yeni atanan personel bazen acil müdahale kursu almadan göreve başlayabiliyormuş.

Çatalhan barajı suyunun ulaştırıldığı yerlerde su kirliliği sorunu yaşanmıyormuş ancak evlerden alınan örneklerin ya da herhangi bir su numunesi tahlilinin ücretli yaptırıldığı da belirtilmektedir (Sağlık güvencesi olanların ambulans ücretini ve numune ücretini buradan karşılayabildiği belirtildi).

Şube müdürü kendilerini kanser taraması programlarında da çok başarılı bulduklarını belirtti ancak kanser taramasının ücretli oluşu bu programın kapsayıcılığını sorgulamamıza neden oldu.

Gıda kontrolünün sorunsuz olduğu belirtildi ancak çevre sağlığı hizmetlerinin Tarım Bakanlığına devri yerine Sağlık Bakanlığı çatısı altında birleştirilmesinin daha yararlı olacağı görüşü de eklendi.

Aşı oranları genelde yüksek ancak özellikle DBT III oranının %92 (2005) olması döner sermaye ödemesinin bu oran üstünden olduğunu akla getirmektedir. Ayrıca rapel oranlarının diğer illerde olduğu gibi burada da verilmemesi rapellerin önemini göz ardı edildiğini düşündürmektedir.

TT1 oranı da %53 gibi düşük düzeydedir. Bu nedenle AÇSAP şubesinde “geçen yıl ilinizde hiç neonatal tetanoz vakası gözlemlendi mi” sorusu sorulmuş, ancak şube müdürlüğü’nden bu konuda tatmin edici bir yanıt alınamamıştır. Toplam 3 neonatal tetanoz vakası olduğu ancak bunların da evde doğum nedeniyle olduğu bilgisi verilmiştir.

“Adana bebek dostu ilidir” beyanı akla ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme oranlarını getirmiş, ancak AÇSAP Şube Müdürü bu oranı bize bildirememiştir. Adana’nın bebek ölüm hızı TNSA verilerine göre Türkiye’den düşük görülmektedir. Ancak ölen bebekler önlenemez sebeplerden mi, önlenemez sebeplerden mi ölmekte bunu da AÇSAP şubesinden öğrenemedik.

Aile planlaması yöntemi kullanma oranları da net değildi. (Etkili yöntem kullanma oranı % 50’den fazla olarak bildirilmiş ancak yaptığımız değerlendirmede bu yorumun eczane kondom ve oral kontraseptif satışları üstünden yapılmış olabileceğini düşündük). İstemli düşük oranları da bilinmemektedir.

PTT Sağlık Ocağı Ziyareti

Ocağa gitmeden önce ocağın sorumlu hekimi Dr. Hakan Şen’in Genel Pratisyenlik Enstitüsü’nde eğitimci olduğunu ve sağlık ocağı çalışmalarının da Sosyalleşme yasasında tasarlanan Sağlık Ocağı (Şehir tipi) biçimine Adana İli’nde en çok uyan sağlık ocağı olduğunu öğrendik.

Dr. Hakan Bey’in verdiği bilgilere göre; birkaç yıl öncesine kadar, döner sermaye uygulaması başlayana kadar, ev ziyaretleri ve dolayısıyla ETF’lerin doldurulması işi eksiksiz yürütülmekteymiş. Şimdi ise sağlık ocağı bölgesinde yapılan değişiklikler, ebelerin sayıca azaltılmasının üstüne bir de poliklinik defteri doldurmaya ayırdıkları zamanın fazlalığı dolayısıyla artık tüm bu hizmetlerde aksaklıklar görülmeye başlamıştır. İki yıldır sahaya çıkılamadığı belirtilmiştir. Tüm bu olumsuzluklara rağmen Sağlık Ocağı’nın ve çalışan personelin bölgede eski ve hizmetlerin de önceden oturmuş olması nedeniyle tespitlerin oldukça başarılı olduğunu öğrendik. Ocakta ekip hizmeti anlayışının egemen olması, ocak personelinin motivasyonu bizleri oldukça etkiledi. Çünkü tüm bunlar sayesinde ocak içinde her hangi bir birime hizmet almaya gelen bölge insanının, ilgili diğer birimlere gönderildiklerini, dolayısıyla fırsat kaçırılmadığını öğrendik.

Sağlık Ocağı’nda toplam 17 personel çalışmaktadır. Bunların 3’ü hekim, 10’u ebedir. Sağlık Ocağı’nın bölge nüfusu 24.000’dür.

Sağlık Ocağı bölgesinde emekli nüfus sayısı fazladır. Hipertansiyon ve diyabet takibi yapılmaktadır.

Yılda 5.500 poliklinik yapılmaktadır. Hekim başına yazın günlük 170, kışın 200 hasta düşmektedir. Sağlık Ocağı’nın aylık sevk hızı %5,5’dir.

Bölgede Amibiyozis ve Giardiyozis problemi çözülememektedir. Çünkü bölgede kanalizasyon ve su şebekeleri birbirine çok yakın mesafeden gitmektedir.

Yürürlükte olan bildirim sistemine göre; müdürlüğün referans laboratuvarlarınca raporlanarak amip trofozoitleri tespit edilmeden amipli dizanteri tanısı konmadığı için bildirim yapılamamaktadır. Genel olarak veriler düşük gösterilmektedir.

Solunum yolu enfeksiyonları kışın fazla gözlenmektedir. Neonatal tetanoz vakaları kabaca ayda 1 kez görülmektedir.

BÖH %0 olarak bildirilmiştir. Sağlık hizmetleri bu kadar geri giderken bebek ölümünün olmaması ölen bebeklerin artık tespit dışı kaldığını düşündürmektedir. Etkin aile planlaması yöntemi kullanma oranı %76'dır. Aile planlaması danışma hizmeti veren 3 ebe bulunmaktadır ve RİA Uygulama sertifikasına sahiptirler. Ayrıca hekimler de RİA uygulama sertifikasına sahiptirler. Gebe izlem sayısı ortalama 6'dır. Ancak son yıllarda bozulan sağlık ocağı anlayışı burayı da etkilemeye başlamıştır. Girişte yazar kasa uygulaması hastaları karşılamaktadır. Genel Pratisyenlik Enstitüsü eğitim koordinatörlerinden biri olmasına karşın sağlık alanında özelleştirme uygulamalarına göğüs germe konusundan hekim arkadaşımızın çaresizliği, motivasyonunun düşüklüğü dikkat çekiciydi.

Karşıyaka Verem Savaş Dispanseri

Verem Savaş Dispanseri başhekiminden alınan bilgiler aşağıda sıralanmıştır:

- Yaklaşık 600.000 nüfusa sahiptir (göçerler dâhil). 450.000 kent nüfusuna karşılık 150.000 kır nüfusuna sahiptir.
- Dispanserde toplam 12 personel mevcuttur.
- Dispanserde işe giriş muayeneleri yapılmaktadır.
- Bağışıklama hizmetleri verilmektedir (BCG aşısı).
- Hizmetler teşhise kadar paralı; teşhisten sonrası (tedavi) ücretsiz verilmektedir.
- 2005 yılında 130 tüberküloz vakası, 2006 yılında 76 tane yeni vaka saptanmıştır.
- Tbc istatistikleri tam bilinmiyor. %0 3 beklenti olarak bilinmektedir. Fakat daha fazla hasta olduğu düşünülmektedir.
- % 20 temaslı bulunmaktadır. Ortalama 7–8 temaslı muayenesi yapılmaktadır.
- Altyapı eksikliği olduğu için tarama yapılamamaktadır.
- Sağlık müdürlüğü tarama yapmaya çalışmaktadır.
- VSD gezici aracı kendi çapında taramalara katılmaktadır.
- İlgililer tarafından yapılan "Tbc sorunu çözüldü" açıklaması nedeniyle devlet tarafından yapılan yardımlar azalmıştır, bu nedenle hizmet kalitesi düşmüştür.
- Tedavi oranı %90 üzerindedir. Bu açıdan bölge birincisidir.

Verem Savaş Dispanseri başhekimi tarafından yapılan açıklamaların ardından sorulara geçilmiştir. Saptanan veremlilerin sosyoekonomik düzeyleri hakkında bilgi istendiğinde aslında aile tespit fişleri doldurulması gerektiği ama yıllardır bu formları doldurmadıkları belirtilmiştir.

Bir başka soruda sağlık ocaklarında verem savaşta verilen hizmetlerin verilemeyeceği sorulmuş yanıt olarak "aslında hastaların deşifre olmaktan sıkıntı duymaları nedeniyle iyi olabileceği ancak verem savaş çalışanlarının ayrı kurstan geçirilmeleri nedeniyle sağlık ocağı personelinin bu işleri yapamayacağı" şeklinde olmuştur.

Doğrudan gözetimli tedavide ilaçların aylık dozlarda değil, ama günlük verilmesinin yararı üzerinde de durulmuştur.

Doğankent Sağlık Eğitim Bölgesi

Burası Çukurova Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim dalının İntörn doktor eğitimi için kullandıkları Sağlık Ocağı ve bölgesidir. Anabilim dalının Sağlık Grup Başkanlığı işleyişi olarak sorunlara sahiptir. Sağlık Müdürlüğü ile anabilim dalı arasında ilişkilerin sorunlu olduğu bildirilmiştir. İntern doktora ait lojmanlar da gezdirilerek yetersizlikler

yerinde gösterilmiştir. Pratisyen doktorların yurt içinde benzer olanaksızlıklar içinde görev yapacakları düşünülürse gerçekçi bir eğitim olmaktadır.

Çukurova Üniversitesine ait ve ILO Projesi (MEB ile ortak) için tahsis edilmiş Yemişli Sağlık Evi'nde inceleme yapılmıştır. Göçer Eğitim Merkezi olarak adlandırılan bu organizasyon Geçici Mevsimlik işçilerin yerleştiği Çadır bölgelerine yakın olduğu için bu alana kurulmuştur. Verilen bilgilere göre:

Tarım işçilerinin aileleriyle ve çocuklarıyla birlikte bu bölgeye geldikleri için çocuk işçiliği ve çocukların eksik kalan eğitim sorununu çözmek amacıyla kurulmuştur.

Organizasyon görevlileri değişik üniversiteleri bitirmiş işsiz gençlerdir, aylık 900 YTL ücretle çalışmaktadırlar. Söz konusu işçiler çoğunlukla Kürtçe konuştuğu için çalışanların da Kürtçe bilenleri tercih edilmiştir.

Bu merkezin amaçları çalışanlar tarafından şöyle açıklanmıştır; "Bu merkezde ulaşabildiğimiz ailelere diyoruz ki çocuklarınızı çalıştırarak belli bir yevmiye kazanabilirsiniz ancak onların eğitimi için yapacağınız okul masrafları kat kat fazladır. Biz bu çocukları devletin yatılı bölge okullarına kaydettirelim, böylece eğitimleri için para harcamak zorunda kalmayın".

Merkezde yaz dönemi için bir tür yaz okulu yapıyorlarmış sabah 10:00'dan akşam 17:00'a kadar eğitim veriliyormuş. Ancak bir eğitim programları ve planları olmadığını belirttiler, çünkü kimi çocuklar oturmasını kalkmasını bile bilmiyormuş yani bu merkezde çocukların davranış ve günlük yaşantı şeklini değiştirmek amaçlanmaktaymış. Şimdiye kadar 120 tane çocuğun yatılı okula kaydı yapılmış. 90 çocuk yakınlarında bulunan okullara kaydedilmiş. Toplam 500 çocuk eğitime teşvik edilmiş. Ancak takip ettikleri çocuklardan gözlemledikleri kadarıyla okulu bırakma oranlarının yüksek olduğunu belirttiler.

Mevsimlik Tarım İşçilerinin Çadırlarına Ziyaret

Bir tarla yanında çadırlarında ziyaret ettiğimiz geçici tarım işçilerinin yaşam şartları gerçekten çok sağlıksızdı. Tuvaletlerini tarla yanında tek çukurlu bir helada yaparken hemen yanı başındaki 4 derme çatma çadırdaki topluca barınmaktaydılar. Kullanma ve içme sularının sağlıksızlığı da göze çarpıyordu.

Bebeklerine, anne sütü kesildiğinden (muhtemelen annelerin kendi beslenme yetersizliği ve çalışmaktan yorgun düşmeleri ile ilişkili olarak), sulandırılmış inek sütü içirmekteydiler ancak biberonların sterilizasyon kurallarına uymadan hazırlandığı aşikârdı. Daha büyük çocukların bakımı ise abla ve ağabeylerine bırakılmıştı.

Konuştuğumuz anneler başka çocuk istemediklerini ancak bu hizmetlere nasıl ulaşacaklarını kestiremediklerini bildirmiştir. Yaşam koşullarının korkunçluğuna rağmen, bizleri ağırlamak için sarf ettikleri çaba ve ellerindeki kısıtlı imkânlarla karşılık ikram ettikleri ceviz duyugulu anlar geçirmemize neden oldu.

Karataş Sağlık Ocağı Ziyareti

Bu sağlık ocağı haftada 7 gün 24 saat hizmet vermektedir. Acil Müdahale odası vardır ve yeterli malzemeye sahiptir.

- Aile planlaması hizmeti verilmektedir.
- Düzenli olarak kişisel sağlık fişi kaydı yapılmaktadır.
- Laboratuvar ve radyoloji hizmetleri verilmektedir.
- Sıtma savaş çalışma odası bulunmaktadır.
- Arşiv odasına sahiptir.
- USG bulunmakta fakat kullanılmamaktadır.

- Jinekolojik muayene odası bulunmaktadır.
- Personel yetersizliği bulunmaktadır. 5 doktor, 6 hemşire, 7 ebe, 1 tıbbi sekreter, 3 şoför, 2 laboratuvar teknisyeni vardır.
- Günlük poliklinik sayısı 100–150 arasında değişmektedir.
- Dışardan özel olarak çalışan taşeron bir firma laboratuvar hizmetlerini yürütmektedir.
- Laboratuvar tetkik sonuçlarında bazen hatalı sonuçlar çıktığı belirtilmiştir.
- Her ebeye 3500 kişi düşmektedir. Fakat yaz aylarında 4000-4500 kişi düşmektedir.
- Sağlık Ocağı bölgesi yaklaşık 14000 nüfusa sahiptir.
- Bağışıklama hizmetlerini 3 ebe yürütmektedir. Diğer personel Sağlık Ocağı'nın diğer işlerini yürütmektedir. Sağlık Ocağı sorumlu hekimi; Karataş bölgesinde oturduğu ve başka hekim ikamet etmediğinden dolayı Sağlık Grup Başkanlığı ve Sağlık Ocağı sorumlu hekimi olarak atanmıştır.

Sorumlu hekimin söylediklerine ek olarak bizim yaptığımız kimi değerlendirmeleri şöyle özetleyebiliriz;

Döner sermaye uygulamaları başlamadan önce, Sağlık Ocağı'nın bir önceki sorumlu hekimi döneminde, bölgedeki sağlık hizmetlerinin ve Sağlık Ocağı'nın fiziksel mekanının iyileştirilmesine yönelik çok fazla emek harcanmış ve aynı zamanda bölge halkının Sağlık Ocağı'nı sahiplenmesi ve hizmetlere katılımı sağlanmıştır. Fakat Sağlık Müdürlüğü'nün sorumlu hekim değişikliği yapması ve döner sermaye uygulamasının başlatılmasıyla birlikte tüm bu kazanımlar terkedilmiştir. Yazar kasanın bu Sağlık Ocağı'na girmesiyle birlikte, diğer sağlık ocaklarında da olduğu gibi, "sağlık ocağı bölgesi" kavramı önemini yitirmeye başlamıştır. Sağlık Ocağı'nda bölge krokisi, bölge nüfus piramidi ve aşı çizelgesi bulunmamakta ve artık ETF'ler tutulamamaktadır. Laboratuvar hizmetlerinin özel taşeron bir firmaya verilmesi ise birinci basamak sağlık hizmetlerindeki özelleştirme girişimlerinin başka bir örneği olarak yorumlanmıştır.

05 Temmuz 2006- Çarşamba

Gaziantep Tabip Odası

Gaziantep Tabip Odası lokali toplantı salonunda Gaziantep Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından Gaziantep'in sağlık durumu ile ilgili bir sunum yapıldı.

Sunumdan öğrendiklerimize göre Gaziantep İl nüfusu 1.285.249 olup, Türkiye nüfus sıralamasında 11. sıradadır. Nüfusun %83,3'nü kent nüfusu oluşturmaktadır.

Gaziantep'te 19 bin kişiye bir sağlık ocağı düşmektedir. Kaba Doğum Hızı binde 29, Bebek Ölüm Hızı binde 23.15'dir.

Hemşire sayısının hekim sayısından az olduğu vurgulandı.

Gaziantep'te ilk üç sırayı oluşturan bulaşıcı hastalıklar Enterit, Brusella ve Kızamık'tır.

Sunumda Gaziantep'de ETF yapıl(a)mamasının bir sorun olduğu söylendi. Dolayısıyla 15–49 yaş kadın nüfusu tespitlerinin tam olarak yapılamadığı ve aile planlaması hizmetlerinin sağlıklı verilemediği, gebe izlemlerinin yeterli yapılamadığı belirtildi.

Bunun ardından Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü ziyareti yapıldı. İl Sağlık Müdür Yardımcısı Gaziantep'te çok fazla özel poliklinik olduğu ve bunları kayıt altında tutmakta sıkıntı yaşadıklarını, sağlık personeli sayısında yetersizlik olduğu için ETF'lerin yapılamadığını belirtti. ETF'leri özel bir şirkete yaptıracaklarını söyledi. Ayrıca hastanelere sözleşmeli ebelerin alındığı belirtildi.

İl Sağlık Müdürlüğü aşı sorumlusu aşılama hizmetleri ile ilgili bilgi verdi. Bu veriler gezici eğitim semineri grubu tarafından tartışıldı, verilen rakamlarda tutarsızlık olduğu düşünüldü (aşı dozları birbiriyle uyumlu değil).

Gaziantep'te 4 adet Verem Savaş Dispanserinin bulunduğu, buralarda toplam 10 tane pratisyen hekimin 306 tüberküloz hastasına hizmet verdiği belirtildi.

Daha sonra İl Sağlık Müdürlüğü Aşı Deposu gezildi. Toplam üç adet soğuk hava deposu bulunmaktaydı ve fiziki şartlarının teknolojik açıdan uygun olduğu gözlemlendi. Deponun ısı kayıtları bilgisayar sistemi ile kontrol edilmekteydi, aşılar zarar verecek kadar ısı değişimi olduğunda, aşı depo sorumlusu kişilerin cep telefonlarına da uyarı gönderen ileri bir alarm sistemi bulunmaktaydı ve günlük-aylık çizelge şeklinde görüntü alınmaktaydı. Soğuk zincir araç-gereci ve teknolojik açıdan tam donanımlı olan böyle bir il aşı deposunun maliyetinin yaklaşık olarak 50.000 YTL olduğu öğrenildi. Bir il için uygun olmayan soğuk zincir koşullarından dolayı aşı ziyan oranlarının artmasının maliyeti bundan daha fazla olabilecektir.

Aşıların her ocağa aylık olarak dağıtıldığı söylendi. Grubumuz aşı deposunun ziyareti esnasında, aşıların depodan sağlık ocaklarına dağıtılmak amacıyla büyük aşı nakil kaplarına konmasına da tanıklık edebildi. Aşıları dağıtmakla görevli personel Hepatit B aşılarını, hiç çözünmemiş olan buz aküleri ile temas edecek şekilde aşı nakil kabına yerleştirdi. Hepatit B aşısı -0.5 °C'de donma hasarı gören ve etkinliğini yitiren bir aşıdır. Soğuk zincir sisteminin iki temel bileşeninden biri aşıların depolanmasında ve dağıtılmasında kullanılacak ve soğuk zincirin sürekliliğini sağlayacak olan malzeme diğeri ise aşı depolamayı ve dağıtımını yönetecek insandır. Soğuk zincir izlem araç-gereçleri ve teknolojisi anlamında bu kadar donanımlı aşı deposundan aşı alan bir personelin bu konudaki bilgi eksikliği soğuk zincir kırılmasına ve etkinliğini yitirmiş olan aşıların sağlık ocaklarında uygulanmasına neden olur. Etkinliğini kaybeden aşı bireyi hastalıktan korumaz ve aşı uygulaması faydasız kalır. Bunun yanında etkinliği olmayan bir aşının uygulanması zaman, emek ve maliyet açısından kayıplara neden olmaktadır. Bu örnek sağlık çalışanlarına yaptıkları işin detaylarını önemsetebilmek ve bilgilerinin güncellenmesi için uygun hizmet içi eğitimlerin aciliyetini düşündürmüştür.

Gaziantep Katı Atık Depolama Tesisi

İl Sağlık Müdürlüğü'nün ardından Gaziantep Katı Atık Depolama Tesisi Ziyareti yapıldı. Orada görevli çevre mühendisi tesisle ilgili bilgi verdi. Tesisin 1994 yılından bu yana faaliyette olduğu, günde 900 ton çöpün geldiği, toplam 2 milyon ton çöpün depolandığı belirtildi. Çöpün depolanması ile ilgili teknik bilgiler verildi. Buna göre gelen çöpün ilk önce tartılıp, sahaya serme işleminden sonra sıkıştırıldığı anlatıldı. Katmanlar arasında 2m. toprak bulunduğu, yükselen katmanlarla beraber metan gazı bacalarının uzatıldığı, bacalar arası mesafenin de 40 m. olduğu belirtildi. Metan gazından elektrik üretme konusunda projelerinin olduğunu söylediler.

Gaziantep İçme Suyu Arıtma Tesisi

Katı atık depolama tesisinden sonra Gaziantep İli Su- Kanal Arıtma Tesisleri gezildi. İçme suyunun 1981 yılından itibaren Kartalkaya Barajından temin edilmekte ve tesiste üç pompa istasyonunun bulunmakta olduğu söylendi. Tesisin dünya standartlarında olduğu ve Halk Sağlığı laboratuvarı ile birlikte çalışıldığı, 8 saat ara ile komple analizlerin, her saat ise klor, pH ve bulanıklık ölçümlerinin yapıldığı belirtildi. Gaziantep ilinde halen %35 kaçak olduğu vurgulandı.

06.07.2006 sabahı Gönenç Özel Eğitim Okulu ziyaret edildi. Fiziksel ve zihinsel engelli çocuklar, eğitimleri sırasında izlendi ve eğitimcilerden bilgi alındı. 1998 yılında kurulan, 0-25 yaş arası engelli bireylere hizmet veren Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı kurumun Türkiye'de TÜRKAK, Avrupa ve Amerika'da İngiliz UKAS Firmaları tarafından

onaylanmış ve akredite edilmiş olduğu öğrenildi. Bu ziyaretin ardından Adıyaman'a hareket edildi.

Gaziantep Çocuk Hastanesi Ziyareti

Çocuk Hastanesi'nde ilgimizi en çok çeken Kabakulak, Hepatit, Menenjit, İshal, Dizanteri ve Tifo hastalıklarının her biri için ayrı tedavi odalarının varlığı oldu. Bunlardan özellikle ishal odalarının sayısının fazla ve hasta varlığı bakımından oldukça kalabalık olması dikkat çekiciydi. Hastanenin sorumlu hekimi ile yaptığımız görüşme sırasında da bölgenin birinci probleminin gastroenteritler olduğunu öğrendik.

Hastanede 22 çocuk hastalıkları uzmanı ve 13 pratisyen hekim çalışmaktaydı. Hastanenin aylık düzenli olarak toplanan enfeksiyon komitesi ve eğitim komitesi olduğunu öğrendik.

Çıksorut Sağlık Ocağı ve Mahalle Gezisi

Çıksorut Sağlık Ocağı'nda mahalleye gitmek için acele ettiğimizden dolayı sorumlu hekim ile yaptığımız kısacık sohbetten sonra, ETF kartlarımızı yanımıza alarak Sağlık Ocağı ebesi ile birlikte mahalleye gittik. Mahalle'nin hem Gaziantep'in kendi ilçelerinden hem de diğer Doğu ve Güneydoğu illerinden yoğun göç almakta olduğunu öğrendik.

Çıksorut mahallesi diğer göçmen mahalleleri gibi son derece bakımsız, harabe gecekondulu evlerinden oluşuyordu. Elimizde fotoğraf makineleri ile bizleri gören mahallenin çocukları fotoğraf karelerimize girmek için birbirlerini itiyorlardı. Mahallenin çocuk nüfusu oldukça kalabalıktı. Henüz bebek diyebileceğimiz kardeşlerini kucaklarında taşıyarak oyun oynamaya çalışan kız çocuklarının fazlalığı, bizlere aile planlaması hizmetlerinin bu mahalleye pek de uğramamış olduğunu düşündürdü.

Mahallede gruplara ayrılarak ETF'leri doldurmak üzere evlere dağıldık. Girdiğimiz evlerden birinde aile reisi YD Bey'in her iki bacağı da sakat olduğu için yürüyemediğini gördük. Bir yerden başka bir yere geçmek için her ikisine de ayakkabı geçirmiş olduğu ellerini kullandığını gördüğümüzde hissettiklerimizi kelimelere dökmek mümkün değil. Okuma yazma bilmeyen aile reisinin işsiz olması bu kadarı da fazla dedirtiyordu. Kendisi gibi okuma yazma bilmeyen, yaşlı annesiyle birlikte yaşayan YD'nin tek geçim kaynağı devletten aldığı sakatlık maaşıydı. Sağlık güvenceleri yoktu. Hastalandıklarında ne yaptıklarını sorduğumuzda, bazen sağlık ocağına gittiklerini, ilaç gerektiğinde Sağlık Ocağı çalışanlarının verdiği numunelerden yararlandıklarını, çoğu zaman hastalığın kendiliğinden geçmesini beklediklerini öğrendik. Ailenin yaşam şartlarının tüm ağırlığına rağmen gelecek için umutlu olması açıkçası bizleri çok şaşırttı. YD, belediyenin açmış olduğu ayakkabı yapımı üzerine ücretsiz mesleki bir kursa devam ettiğini, kursu bitirdiğinde bir mesleğinin olacağını söyledi. Sakatlık kadrosundan bir atölyeye yerleştirilebileceğini yani bir işinin, sigortasının ve sağlık güvencesinin olacağını söylerken gözlerindeki umut ışığını herkesin görmesi gerekirdi. Göçmen mahallesindeki insanların bu kadar dar ve basit olan hayalleri, onların dünyasında böyle büyük bir yer kaplıyor.

Yapılan bir diğer ev ziyaretinde, Gaziantep Yavuzeli İlçesi'nden bu mahalleye 12 yıl önce göç etmiş bir aileye gidildi.

Aile; anne, baba, bir evli erkek çocuk, gelin, torun ve bunlar dışında bekar iki çocuktan oluşmuş geleneksel geniş aile yapısına sahipti. Biz eve gidip kapıyı çaldığımızda kapıyı kayınvalide açtı. Kendimizi tanıtıp içeri girdik. Amacımız hem başka yerden şehre göç etmiş ailenin sorunlarını, hem de bu ailelere hizmet veren sağlık ocaklarının

sağlıkta dönüşüm projesi arifesinde yaşadıkları sorunlarını görmektir. Aile Türk geleneksel geniş aile yapısına tamamen uyuyordu. Evi, baba ve evli erkek çocuk geçindiriyor ve bu sayede ekonomik birlik sağlıyorlar, hem de bir aile için alınacak sorumlulukları paylaşmış oluyorlardı. Ancak yaptıkları belli bir işleri yoktu. Daha çok buldukları herhangi bir işte çalışarak geçimlerini sağlıyorlardı. Ailenin ETF'sini biraz da sohbet ederek doldurduk. Bu aileleri rastgele seçmiştik, çünkü ailelere ait ETF'ler Sağlık Ocağı'nda personel eksiliğinden dolayı doldurulmamıştı. Ayrıca bu personel eksikliği mahalledeki gebelerin tespiti, izlemi ve aile planlaması gibi temel bazı konularda da sürdürüleliyordu. Bunun en çarpıcı örneğini ise ziyaret yaptığımız ailede gördük. Ailenin 19 yaşındaki gelininin 2 yaşında bir erkek çocuğu vardı ve gelin 5 aylıkta hamile idi. Sağlık Ocağı'nın ebesi ile daha sonra konuştuğumuzda, bu gebeden haberleri olmadığını, kendilerine yapılan başvurular dışında gebe tespiti için mahalleye çıkmadıklarını, çocukları izleyemediklerini anlattı. Doğudan göç almış bu ve benzeri ailelerde bu tür sorunlar sıkça yaşanmaktadır. Aileler yeterince sağlık hizmeti alamamakta, işsizlik, barınma gibi sorunlar yaşamaktadırlar. Yeterince sağlık hizmeti alamamaları onların sağlığını bozmakta ve çalışmak için gereken sağlıklarını da kaybederek daha kötü durumlara düşmelerine sebep olmaktadır. Ülkemizde hızlı ve plansız göç sonucu oluşan bu tür aileler ise yaşadıkları bu yoksulluk ve yokluğa inat her zamanki misafirperverlikleri ile bizlere, sağlık çalışanlarına kapılarını açıyor ve küçük bir köşeye belki misafir gelir diyerek ayırdıkları yiyecek ve içecekleri önümüze sunuyorlardı. Ziyaret yaptığımız evden onlara gerçek bir yardım yapamamanın hüznü, 5 aylık dahi olsa tespit ettiğimiz bir gebeliğin buruk sevinci ile ayrıldık.

06.Temmuz.2006 - Perşembe

Gönenç Özel Eğitim Okulu

Gaziantep gezisinin son durağı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı Özel Gönenç Eğitim Okulu oldu.

Okul 1998 yılında Gaziantep'te 0–25 yaşındaki her tür engelli çocuğa hizmet vermek için kurulmuş olup, gündüzlü ve seanslı hizmet vermektedir. Zihinsel ve Bedensel engelli çocuklara özel eğitim ve rehabilitasyon hizmeti verilmektedir.

Okula kayıtlı toplam 600 öğrenci olduğunu, ayrıca kayıt için sırada bekleyen 200 öğrencinin daha olduğunu öğrendik. Adaylar Millî Eğitim Bakanlığı çatısı altında bir kurum olan RAM'in (Rehberlik Araştırma Merkezi) verdiği raporla kesin kayıt yaptırabiliyorlar. Hem kayıtlı olanlar hem de adayların her biri için dosyalar düzenlenmiş. Bu dosyalarda çocukların kimlik bilgileri ve her girdiği eğitim programının birer dosyası bulunmaktaydı. Bireysel eğitim programları için çeşitli hedefler belirlenmiş, bunlar da dosyalara işlenmişti.

Okulda aşağıdaki programların uygulandığını öğrendik:

- Zihinsel Engelli Çocuklar İlköğretim Programı: Eğitilebilir zihinsel engelli çocuklar 8. sınıfa kadar bu programa devam ediyorlar. Program 10 kişilik sınıflarda özel eğitim öğretmenleri tarafından uygulanmaktadır.
- Destek Eğitim Programı: Öğrencilerin engel grubuna göre hazırlanmış bireysel eğitim programıdır. Bireysel eğitimler haftada 3 kez 40 'ar dakika verilmektedir.
- Zihinsel Engelli Çocuklar Eğitim Uygulama Okulu Programı: Genel eğitim programlarından yaralanamayan ağır zihinsel engelli çocukların öz bakım ve temel yaşam becerilerini geliştirmek ve topluma uyumlarını sağlamak amacıyla uygulanan eğitim programıdır.

- Zihinsel Engelliler Eğitim Programı: Zihinsel engellilerin bireysel ve grup seans eğitimi.
- Mesleki Eğitim Merkezi Programı:
- İş Eğitim Merkezi Programları: Zorunlu eğitim çağı dışında olan veya eğitim programını bitirmiş olan çocukları işe ve mesleğe hazırlamak amacıyla uygulanan program.
- Fizyoterapi Programı: Bedensel engellilere fizyoterapi uygulanmaktadır.
- İşitme Engelliler Eğitim Programı: İşitme engelli ya da konuşma bozukluğu olanların bireysel ve grup eğitimi aldıkları eğitim programı.
- Otistik Çocuklar Eğitim Programı: Otistik çocuklara da bireysel ve grup eğitimleri verilmektedir.

Son olarak okula dair söylenmesi gereken birkaç şeyden biri sosyal güvenlik kurumlarıyla yapılan anlaşmalar sonucu sosyal güvencesi olan öğrencilerin giderlerinin bağlı oldukları kurumlarca karşılanmakta oluşudur. Diğer önemli nokta ise, eğitim sürecinde ailelerle de görüşmeler yapıp, işbirliği içinde sürecin yürütülüyor olması.

Okulun yapım aşamasında bir özel eğitim merkezi olarak planlanmış olması dikkatimizi çeken bir başka unsur oldu. Buna göre engellilerin gereksinimi olabilecek birçok nokta gözetilerek yola çıkılmıştır. Örnek olarak bedensel engelliler için özel olarak tasarlanmış tuvaletler, işitme engelliler için özel olarak tasarlanmış ses geçirmeyen eğitim odaları, otistik çocuklar için his odası, bedensel engelliler için tasarlanmış fizik tedavi odaları ve yüzme havuzu sayılabilir.

Okul sahibinden öğrendiğimize göre 1 Temmuz 2005 tarihinde çıkan engelliler yasası ile sosyal güvencesi olsun olmasın 0–18 yaş bütün engelli çocuklar bu okuldan yararlanabiliyor. Devlet kuruma bireysel eğitimler için aylık 280 YTL., grup eğitimleri içinse aylık 80 YTL ücret ödüyor. Bu para ayda toplam 6 bireysel eğitim ve 4 grup eğitimi seansını kapsıyordu.

İşletme sahibi hekim arkadaşın “ Sosyal hizmetlerin istismara çok yatkın olduğu, bu nedenle özel sektöre devredilmesinin sıkıntı yaratacağı, kamunun da bu alanda yeterince doyurucu hizmetler sunmadığı, tek çözümün gelişmiş ülkelerde gözlemlendiği kamu niteliği olan kurumların, vakıfların, derneklerin bu hizmette yer alması ve böylelikle alanın ticarileşmeden korunabileceği” görüşü önemli bir uyarı niteliği taşımaktadır.

Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü

Adıyaman Düzce'den sonra Aile Hekimliği uygulaması için pilot olarak seçilen 10 ilden biri. Dolayısıyla İl Müdürlüğü'nde aile hekimliği pilot uygulamasına geçiş için ne gibi hazırlıklar yapıldığını sorduk.

Sorularımıza aldığımız cevaplara göre:

Adıyaman İli olumlu sağlık göstergelerine sahip olduğu için pilot bölge olarak seçilmiş. (Adıyaman üzerine yaptığımız tartışmalarda Muzaffer Hoca'nın yaptığı bir yorum şöyleydi: “Yeni bir uygulama varsa politika şudur; en iyi yapabileceğini yap. Dolayısıyla iyi sağlık göstergeleri olan iller seçiliyor”).

Hazırlık amacıyla Nisan ayı sonu itibariyle tüm ETF'ler tamamlanmıştı. Tıpkı Düzce'de olduğu gibi bölge tabanlı bir örgütlenme planlanmış. 3500 kişiye 1 hekim düşecek şekilde nüfus bölünmüş. Buna göre 163 aile hekimine ihtiyaç olduğu saptanmış.

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı yetiştirmek için eski personele kısa dönemli eğitimler verilerek, sertifika verilmesi planlanmış. Aile hekimliğine geçiş gönüllülük

üzerine dayanacak, ancak yeterli sayıda gönüllü olmazsa Toplum Sağlığı Merkezi'ndeki hekimler 6 aylığına aile hekimi olarak geçici görevlendirilecekmiş. Fazla sayıda olan aile sağlığı elemanları ise Gün Hastaneleri'nde görevlendirilecekmiş. Gün hastaneleri beldelerde hizmet vermek üzere planlanmış, 10 yataklı tedavi kurumlarıdır.

Aile hekimliği merkezi olarak yine Düzce'de olduğu gibi sağlık ocakları kullanılması planlanmış. Mevcut sağlık ocakları malzemesiyle birlikte aile hekimlerine kiralanacak. Aile hekimine aylık 2000 YTL cari ödenti parası verilecekmiş. Bu para hekimin maaşında yalnızca cari harcamalar için bloke olacak, örneğin hastanın tetkikleri bu paradan karşılanacakmış. Hekim bu parayı kullanmazsa devlet parayı geri alacakmış. Tetkikler herhangi bir laboratuvarla değil, referansı Sağlık Müdürlüğü olan laboratuvarlarda yapıldığında ödeme yapılacaktır.

Her yüz bin nüfusa bir toplum sağlığı merkezi planlanıyormuş. Ancak bu sayıya ulaşamamış ilçe merkezlerine de Toplum Sağlığı Merkezi düşünülüyormuş. Toplum Sağlığı Merkezleri'nde nüfusa göre standart kadrolar olacak. Toplum Sağlığı Merkezi'nde çalışanların; aile hekimini denetleme, bebek, çocuk, gebe izlemleri, laboratuvar hizmetleri, adli tabiplik gibi görevleri olacak.

Aile hekimliği üzerine soru cevap şeklinde olan oturumdan sonra Adıyaman İli'nin sağlık durumu üzerine bir sunum yapıldı. Buradan elde edilen bilgilere göre:

2000 yılında yapılan nüfus sayımına göre Adıyaman İli'nin nüfusu 623.811'dir. 2005 ETF'lerine göre ise 554.971'dir. Bölge nüfusunun % 58,53' ü kentte, %41,47' si ise kırsal bölgede yaşamaktadır. Hane başına düşen nüfus 5,57'dir. 2005 ETF'lerine göre nüfusun 241.541 'i il merkezinde yaşamaktadır.

Sağlık istatistiklerine bakacak olursak Adıyaman'da 2005 yılı itibariyle bebek ölüm hızı %17,14, anne ölüm hızı yüz binde 34, kaba doğum hızı %10,62, sağlık personeli ile yapılan doğum oranı %91,04'dür.

2005 yılında toplam 2726 kişiye RİA takılmış, 23.108 kondom, 7527 hap dağıtılmış, 4719 kişiye tüp ligasyonu, 19 kişiye vazektomi yapılmış.

Bağışıklama durumuna baktığımızda, Bakanlık 2005 yılı hedef nüfusunu 15.480 olarak belirlemiştir. Buna göre DBT- 3 ve HepatitB- 3 aşılama oranı %85, Kızamık %90, BCG %86 ve TT2 %55 olarak belirtildi.

Bildirimi zorunlu hastalıklardan 2006 yılı ilk 6 ayında sırasıyla ilk sırayı Kuduz şüpheli ısırtık almaktadır. Bunu 118 ile Kabakulak izlemektedir. Dikkatimizi çeken ise 2005 yılında sırasıyla 590, 465 olan Brusellosis ve Tifo vaka sayısının 2006 yılında sırasıyla 78 ve 45'e inmiş olması oldu. Bu duruma, daha önce yanlış konulan ön tanımlar nedeniyle sayının kabarık olduğunu, artık laboratuvar hizmetlerinin gelişmesiyle sayının azaldığı şeklinde bir açıklama getirildi.

İlde bulunan birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısı şöyle; toplam 65 Sağlık Ocağı, 95 Sağlık Evi, 4 Sağlık Merkezi, 4 Verem Savaş Dispanseri, 2 Halk Sağlığı Laboratuvarı ve 4 AÇSAP şeklindedir.

Sağlık insan gücü olarak; toplam 243 pratisyen hekim, uzman hekim bulunmaktadır. Bu sayılar nüfusa oranlandığında, Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan hekimlerde pratisyen hekim başına düşen nüfus 2283, uzman hekim başına düşen nüfus 4439'dur.

Adıyaman Devlet Hastanesi

Hastanede bizi hastanenin başhekimini karşıladı. Kendisiyle sağlıkta dönüşüm üzerine kısa bir sohbet yaptık. Adıyaman Devlet Hastanesi performansına dayalı ödeme sisteminin ilk pilot uygulama yerlerinden birisiymiş. Uygulama 2003 Temmuz'da

başlamış. Hastanenin başhekimini "bu tarz ek ödemelerin emekliliğe yansımadağını, dolayısıyla hekimlerin gelecek güvencesi olmadığı için daha çok çalışmaya gayret gösterdikleri"ni söyledi.

Dr. Bey ayrıca part time çalışma sisteminin kaldırılması gerektiğini çünkü böyle bir sistemin suistimal edilmeme imkânının olmadığını belirtti. Halk ise tüm olumsuzlukları buna yüklüyormuş. Halkta, "doktor bana hastanede bakmadı, muayenehanesine yönlendirdi" gibi bir bakış açısının geliştiğini söyledi.

"Döner sermaye uygulaması kalktıktan sonra yerine başka bir ödeme sistemi getirilecek mi?" sorumuza, Başhekim, buna dair bir hazırlık olmadığını, zaten döner sermayeyi kaldıramayacaklarını aksi halde hastane ödeneklerinin karşılanamayacağını söyleyerek yanıtladı.

Hastaneye başvuranların hastalık profiline bakıldığında yazın enfeksiyon hastalıklarında, özellikle Tifo ve Brusella da artış oluyormuş. Kardiyak hastalıkların, özellikle myokard enfarktüsünün sık başvurduğunu öğrendik.

Zeynep Ana Sağlık Ocağı

Göçerlerin yoğun olarak yerleştiği bölgeye hizmet veren Sağlık Ocağı'nın sorumlu hekimi ile yaptığımız görüşmeden edindiğimiz bilgilere göre;

Sağlık Ocağı bölgesinin nüfusu 24bin'dir. Ocakta 1 doktor, 4 ebe çalışmaktadır. Ebelerden biri merkezde döner sermayeye bakarken, diğer üçü mahallelere bakıyormuş. Ocağa bağlı 5 köy varmış. Bu köylere gezici araçla ayda bir kez gidiliyormuş. Bölge dağlık olduğu için köydeki gezici hizmet iki günde bitiyormuş.

Ebelerle yaptığımız görüşmelerde Adıyaman İli'nin aile hekimliği pilot uygulama bölgesi olması nedeniyle yaşadıkları bazı sıkıntıları paylaştık. İl müdürlüğü uygulamaya hazırlık için ETF'lerin hızla tamamlanmasını istediği için ebelerin kimi başka bölgelere ETF doldurmak için geçici olarak görevlendirildiklerini öğrendik. Bu da kendi ocaklarındaki hizmetlerin aksamasına neden olmuş. Ebelerin aile hekimliği uygulaması konusunda kaygılı olduklarını fark ettik. Uygulamanın başlaması ile birlikte kendi durumlarının ne olacağını bilemiyorlar. Ayrıca bu uygulamayla birlikte kendi haklarının ne olacağını da bilemiyorlar. Kendi seçim haklarının olmayışı, aile sağlığı elemanını doktorun kendisinin seçeceği olgusunu da ayrıca kaygı verici buluyorlar.

Göçmen Mahallesi Ziyareti

Zeynep Ana Sağlık Ocağı bölgesi içinde bulunan bir göçer mahallesini ziyaret ettik. Mahallede yaşayan göçerlerin baharda Adana'ya pamuk çapalamaya, yazın Malatya'ya kayısı toplamaya, Karadeniz'e fındık toplamaya, Nevşehir ve Niğde'ye patates toplamaya, Eylül sonunda Adana'ya pamuk toplamaya gittiklerini öğrendik. Kış dönemini ise Adıyaman'da geçiriyorlarmış.

Adıyaman'da göç daha çok kırsal kesimden kent merkezine şeklinde yaşanıyormuş. Atatürk Barajı yapıldıktan sonra 200-300 köy sular altında kalmış. Buralarda yaşayanlar da kente göç etmek zorunda kalmışlar.

Kendi arazisi olan tütün, mercimek ve nohut ekip, bununla geçiniyormuş. Çok az bir kısmı da hayvancılıkla geçiniyormuş. 80 bin kadar mevsimlik tarım işçisi varmış. Bölgede Tifo ve Brusella vakalarına sık rastlanıyormuş. Bu hastalıkların tanısında hekim kaynaklı sıkıntılar da yaşanıyormuş. Mahalle gezisi sırasında bize refakat eden bir enfeksiyon hastalıkları uzmanı bize yanlış tanılarında sık konduğunu belirtti. Bölgede şark çibanının görülmediğini öğrendik. Birkaç kene ısırığı gelmiş, ama Kırım- Kongo kanamalı ateşine rastlanmamış.

İskenderun Merkez 4 Nolu Sağlık Ocağı Ziyareti

Sağlık Ocağı hakkında ilk izlenimlerimiz çok olumlu değildi. Hem ocağın içerisinde bulunduğu bahçe, hem de bina bakımsızdı ve temiz değildi. Ancak bizi karşılayan sağlık görevlilerinin her biri ilgili ve güler yüzlüydü. Öncelikle bahçede öğle yemeğimizi yedik. Daha sonra ocağın sorumlu hekimi önce bize ocağı gezdirdi, sonra da sorularımızı yanıtladı.

Öncelikle nasıl bir bölgede hizmet verdiklerini anlayabilmek için, doktor hanımdan öğrendiğimiz kadarıyla bölgeyi tanıtacağım. Aynen Hatay merkezi gibi Sağlık Ocağı Bölgesi de çok fazla göç alan bir yer. Yaklaşık 20–25 ilden göç almış. Ayrıca Güneydoğu'nun her ilinden ve Hatay'ın da her ilçesinden göç almış bir bölge. Buralarda halk, kendi yapısını değiştirmeden, belli sokaklara yerleşmiş. Dolayısıyla gerek kültürel yapı, gerek dil açısından çok fazla çeşitlilik gösteren bir yerleşim. Halk ayrı bölgelerde yerleşmiş olduğu için kültürel bir kaynaşma da pek fazla yok. Bu nedenle de halkla iletişim kurmak oldukça zor. Ayrıca bölgede can güvenliği problemi de var. Adi suçların en çok görüldüğü yerlerden birisi. Bu nedenle de sağlık personeli sahada problem yaşıyor.

Doktor Hanım (ocağın sorumlu hekimi) 7 yıldır aynı bölgede çalışıyor. Başlarda çok zorluk çekmiş iletişim kurmakta, bir şeyler yapmakta. Bayan olduğu ve çalıştığı için halktan tepki almış. Hijyen konusuna insanlar dikkat etmediği için de gerek hasta muayene etmek, gerek hastalıklarla baş etmek konusunda zorluklar yaşamış. Farklı dillerin olması da problem olmuş. Eskisine nazaran gruplar arası iletişimler başlamış ama akraba evlilikleri devam ediyormuş. “Hizmet verebilmek için ben onun dilini anlamalıyım, o benim değil” diyen bir hekim vardı orada ve Arapça bildiğini ve bunun, insanlarla iletişim kurmalarında çok yardımcı olduğunu söyledi. Örneğin bu sayede, önceleri neredeyse 0 olan aile planlaması yöntemi kullanma oranları 12 yılda çok iyi duruma gelmiş. Ayrıca Doktor Hanım, bölgede bulunduğu 7 yıl içerisinde kız çocuklarının ilkokulu bitirme oranlarında artış olduğunu, bu sene de 30 kadar çocuğun dernekler vasıtasıyla ve daha çok da ailelerinin bilinçlenmesiyle dershaneye yazıldığını söyledi. Tüm bu olumsuzluklara rağmen, iletişim dili olarak kendi dillerini kullanmaları sayesinde insanların güvenlerini kazanmışlar. Ayrıca hijyen konusunda ve hastalanıp doktora başvurmaları gerektiğinde zamanında başvurma konusunda bilinç ve duyarlılıkları artmış. Artık çocuklarını doktora zamanında ve temizleyerek getiriyorlarmış. Sağlık Ocağı'na geldiklerinde ayrıca meme muayenesi, 15–49 yaş izlemleri de yapabiliyorlarmış. Aşı oranlarında da iyileşmeler olmuş.

Bu güzel gelişmelerin yanında olumsuzluklar da vardı. Örneğin bir sağlık kuruluşu olarak temizliğe çok daha fazla önem verilmesi gerekirdi. Ocakta bir sağlık personeli yoktu ve oranın temizliğini diğer personel üstlenmişti. Sorumlu hekime ETF durumlarını sorduğumuzda 3 yıl öncesine kadar aksatmadan izlemlere çıkıldığını, ama 3 yıldır çıkılmadığını söyledi. Bunun sebeplerinden biri personel sayısında azalmaymış. Normalde 18 bin olan nüfusa, merkezdekiler haricinde 7 personel lazımken sadece 4 tane yardımcı elemanları varmış. Ayrıca bölgede can güvenliği de olmadığı için tek başlarına çıkamıyorlarmış. Poliklinik sayıları da günde 50-60'dan 120'lere çıkmış. Hatta kışın bu sayı 200'leri bulabiliyormuş. İnsanların zaman içerisinde Sağlık

Ocağı'ndan yararlanma oranlarının artmış olması, sağlık personelinin halkın güvenini kazandığına dair güzel bir gösterge; ancak bu, aynı zamanda iş yükünü de arttırmış.

Sağlık Ocağı'nda sağlıkta dönüşümün etkilerini fazlasıyla gördük; gerek personel sayısındaki azalma, gerek bir takım ihtiyaçların yerine getirilmemesi, ocağın ve personelin kendi haline bırakılması... Sorunlar var ve çözüme yönelik de gerekli yerlerden yardım yok ancak bu sorunlara buldukları koşullar dâhilinde akılcı çözümler üreterek bazı şeyleri iyileştirebilirler. Personelle, halkla belirli zamanlarda toplantılar yapılarak sorunlar dile getirilebilir. Böylelikle somutlaştırılan problemler önem sırasına koyularak imkânlar dâhilinde çeşitli çözümler üretilebilir ve halkla işbirliği içerisinde çözümler uygulanabilir. Hem sorunun tespitinde, hem de çözümünde ortaklaşmanın, iletişimin kuvvetlenmesinde büyük katkıları olacaktır.

Sorumlu Hekime, aile hekimliği ve yeni gelecek sistemle ilgili bilgi ve düşüncelerini sorduğumuzda, bu konuda hiçbir bilgisi olmadığını söyledi. Ayrıca hekim, tabip odasıyla iletişimi iyi olan, toplantıları takip eden bir hekimmiş. Bu da kendimize yönelik bir özeleştiri getirmemiz açısından önemli olabilir.

Hatay İl Sağlık Müdürlüğü

İl Sağlık Müdürlüğü'nde Hatay İli'nin Sağlık durumu ile ilgili İl sağlık müdürünün bir sunumu ve daha sonra Hatay İli'nde Hemoglobinoziti sorunu ile ilgili Dr. Edip Gali 'nin bir sunumu oldu.

Hatay İli'nin Sağlık Durumu:

İl sağlık müdürlüğünün aktardığı bilgileri özetleyecek olursak:

Hatay ilinin nüfusu 2005 ETF'ye göre 1.346.475'dir. 12 ilçeye sahip olan kentte nüfusun %70'i kentte yaşamaktadır. Hane başına düşen nüfus 4.75'dir. Nüfus artış hızı binde 13.7'dir. Sosyoekonomik gelişmişlik sıralamasına göre 29'ncu sıradadır.

Genç Bağımlı Nüfus (15-64 Yaş): %47, Yaşlı Bağımlı Nüfus/15-64 Yaş Nüfusu : %7
Okur yazar olmayan nüfus: %10.25

Hatay ilinde 7 devlet hastanesi, 2 kadın doğum ve çocuk hastanesi, 1 sağlık merkezi, 2 VSD, 3 AÇSAP merkezi, 2 halk sağlığı laboratuvarı, 125'i faal olmak üzere 129 sağlık ocağı, 110 sağlık evi ve 18 acil sağlık hizmetleri istasyonu bulunmaktadır. Ayrıca Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi de bulunmaktadır. Faal durumda olan 125 Sağlık Ocağının: 92'si (%74'ü) kendi binasında, 33'ü (%26'sı) geçici binada faaliyet göstermektedir. Geçici binalarda faaliyet gösteren 33 Sağlık Ocağının: 4'ü kiralık binalarda, 29'u bakanlığımıza ait olmayan, belediyeler veya hayırsever vatandaşlarca geçici olarak tahsis binalarda faaliyet göstermektedir.

Ortalama Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfusu : 10772 (1 634 – 27 363)'dir. Hekim başına nüfus ilçelere göre 2322 ile 4994 arasında değişmektedir. Ebe başına nüfus ilçelere göre 1742 ile 9082 arasında değişmektedir.

Hatay'da Sağlık Personeli ve Personel Başına Düşen Nüfus

	Hatay-2005	Akdeniz-2004	Türkiye-2004
Hekim Sayısı	323		
Hekim Başına Düşen Ortalama Nüfus	4168	3946	5297
Ebe Sayısı	311		
Ebe Başına Düşen Ortalama Nüfus	4329	2305	3278
Hemşire Sayısı	178		
Hemşire Başına Düşen Ortalama Nüfus	7564	5741	6074
Sağlık Memuru	71		
Sağ.Mem. Başına Düşen Ortalama Nüfus	18964	12187	11827

2005 yılı için hasta bakım hizmetleri:

- Toplam muayene: 2 363 734
- Sevk sayısı: 184 910
- Sevk hızı: 7.8
- Toplam lab.: 125 669

Yıllara göre sağlık ocaklarında yapılan toplam poliklinik sayısı (2003-2005): sırasıyla; 1 356 992, 1 558 198, 2 363 734'dür.

Sağlık personeli olmadan olan doğumlar: %1.8.

Düşük ağırlıklı doğumlar(2003-2005): sırasıyla; %11.5; %5.14; %4.13

İzlemler (2005):

- Gebe başına düşen izlem: 3.55
- Bebek başına düşen izlem: 5.29
- Çocuk başına düşen izlem: 2.09
- 15-49 yaş kadın başına düşen izlem: 0.93

Fenilketonüri Taraması Yapılan Bebek Sayısı (2003-2005): sırasıyla; 18 413; 25 752; 28 033'dür.

Aile Planlamasında Etkin Yöntem Kullanım Oranı (2003-2005): sırasıyla; %62; %62; %64.

Hatay İline Aşılama Oranları

YILLAR	BCG	DBT-3	OPV-3	KIZAMIK	HBV-3	TT-21
2003	85	74	74	76	72	45
2004	89	93	93	87	87	52
2005	96	91	91	88	88	58
ORTALAMA	90	86	86	84	82	52
BÖLGE ORTALAMASI	84	90	90	85	74	58
TÜRKİYE ORTALAMASI	77	78	78	82	72	37

BEBEK VE 1-4 YAŞ ARASI ÖLÜM HIZI

YILLAR	BEBEK ÖLÜM HIZI			1-4 YAŞ ÖLÜM HIZI		
	BEBEK ÖLÜM HIZI(Binde)	BÖLGE ORTALAMASI (Binde)	TÜRKİYE ORTALAMASI (Binde)	1-4 YAŞ ÖLÜM HIZI (Binde)	BÖLGE ORT. (Binde)	TÜRKİYE ORTALAMASI (Binde)
2003	9.2	12.39	14.58	0.27	0.43	0.48
2004	7.5	10.42	13.63	0.36	0.46	0.49
2005	6.9	8.61	12.85	0.25	0.35	0.41
ORTALAMA	7.8	10.47	13.68	0.29	0.29	0.46

Hatay'da talesemi sorununun ortaya konması, boyutu ve yönetim süreci ile ilgili bilgilendirme sunumu Padiyatri Uzmanı Dr. Edip Gali tarafından yapıldı. Sunu bir halk sağlığı sorununun saptanması, duyarlılık ve kamuoyu oluşturma, ve çözüm için resmi gündeme sokma, mevzuatta düzenlemeler ile çözüm sürecine destek üretme açısından önemli bir ders niteliğindedir.

Ülkemiz genelinde % 3, Hatay'da ise Orak Hücreli Anemi için % 10, Talasemi için % 3,5 oranında taşıyıcılık saptanmıştır. Hatay'ın etnik kümelenmenin olduğu bazı yörelerinde taşıyıcılık oranları % 22'lere çıkmaktadır. Yapılan istatistik çalışmalarına göre yalnız Hatay' da 1 yıl içinde yaklaşık 180 yeni hasta çocuk doğumu olmasını beklenmekteydi. Bu yüzden evlenmeden önce bu hastalıklarla ilgili testleri yaptırarak taşıyıcı olup olmadığınızı öğrenilmesini sağlayıcı kapsamlı bir sorun tanımlama,

duyarlılık oluşturma, halkın sağlık eğitimi ve inceleme için kaynak sağlamaya yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Bu çabaların sonucunda İl Hıfzısıhha kararı ile Hatay'da 1994 yılı sonlarından beri evlilik öncesi Hemoglobınopati taşıyıcılık taraması mecburi olmuştur. Bu şekildeki taramalar sonucunda Yunanistan, KKTC, ve Güney Kıbrıs'ta 1993'ten beri hasta çocuk doğmamış, ya da bazı yıllar sadece 1 hasta doğumu olmuştur.

Hatay –Kültürel Zenginlik

GES'in bu durağında kültür temasına odaklanmak hedeflenmişti.

Türkiye'nin kültür başkenti olan Antakya, Türkiye Cumhuriyeti'nin en kozmopolit kentlerinden birisidir. Çok uzun bir süre boyunca bir arada yaşamayı öğrenmiş, etnik kökenleri, dinleri farklı birçok topluluğa ev sahipliği yapan bu kent UNESCO tarafından barış kenti olarak seçilmiştir. Çokkültürlü yapısını tarih boyunca korumuş olan ilde aynı ulusa mensup birden fazla dini cemaat bulunmaktadır. En büyük nüfusa sahip Alevi Araplar ve Sünni Türklerin yanında, Alevi Türkler, az da olsa Sünni Araplar, Hristiyan Ortodoks ve Hristiyan Protestan Araplar, Maruni Araplar, Ermeniler ve diğer küçük topluluklar Hatay'ın çokkültürlü yapısının dinamiklerini oluştururlar (http://tr.wikipedia.org/wiki/Antakya,_Hatay).

Türkiye, etno-kültürel bileşimi bakımından bir "mozaik" ise eğer, onun en nadide parçalarından birinin Hatay olduğuna kuşku yok. Biraz romantizmle, Hataylılık kültüründen, kimliğinden söz edebiliriz. Farklı dinlerden ve etnik kökenlerden insanlar, Hatay'da birarada yaşıyorlar. Kimi gerilimlerle, ayrışmalarla... ama neticede şu veya bu şekilde birarada yaşıyorlar. Şu veya bu şekilde, bir hoşgörü geleneği var. Elinizdeki kitapta görüşleri aktarılan bir Nusayri Alevi'nin deyişiyle: "Gavur lafı falan geçmez buralarda..." Uzun süreli ve yakın ilişkileri içinde dinsel ritüelleri arasında bile etkileşimler yaşanan bu toplulukların, iş hayatlarında, boş zamanlarında, toplumsal bağlarında, dinsel pratiklerinde, politik ilgilerinde kendilerini, birbirlerini ve başka toplulukları nasıl algıladıklarına; Türkiye'deki konumlarını nasıl yorumladıklarına; "laik-modern" bir Türk vatandaşlığı kimliğiyle nasıl özdeşleştiklerine bakıyor. Birarada yaşamının, hoşgörünün "şu veya bu şekilde"si de önemli... Hatay'daki topluluklararası iyi ilişkilerin özgül koşullarını, maddi dinamiklerini de görüyoruz bu kitapta. Aynı zamanda, bu iyiliği kırılanlaştıran riskleri de... "(Fulya Doğruel, **İnsanîyetleri Benzer** <http://www.iletisim.com.tr/iletisim/book.aspx?bid=1135> kitap tanıtım yazısından)

Toplumsal yaşamda dayanışmanın ya da dışlanmanın varlığı/ yokluğunun ve toplumsal değişimin yönünün sağlığın belirleyenleri arasında sayıldığını anımsamakta yarar vardır. Antakya Arkeoloji Müzesi gezisi "Doğunun Güzel Kraliçesi" Antakya Dia Gösterisi, Türkiye'ni tek Ermeni Köyü Vakıflı Köyü/Samandağ gezisi, Yerel Kültür:Cami-Havra-Kilise ziyaretleri ve "Çok Kültürlülük, Farklılık" söyleşisi bize Hatay'da mevcut çok kültürlü/çok etnisite içeren yapının bu alanda olumlu dersler için iyi bir dersane niteliğinde olduğunu gösterdi

Sonuç

Göç sağlıksızlaştırmaktadır. Göçmenler yerleştikleri yeni yerlerde barınma, beslenme, iş, eğitim ve sağlık hizmetlerine ulaşım gibi olanaklardan yoksundurlar.

Göçmenler sağlığa uygun olmayan bir çevrede yaşamaktadırlar. Göçmenlerin yaşadıkları gecekondulu mahalleleri hem yaşadıkları evlerin bina özellikleri nedeniyle (bazılarının pencerelerinde cam bile yoktu) hem de belediyeceilik açısından yeterli alt yapı olanaklarına sahip olmadığı için sağlığa uygun mekânlar değildir.

Göçmenler yoksul insanlardır. Göçmenler kendi memleketlerinde daha önce tarım ve hayvancılıkla uğraştıklarından zaten işsizliğin önemli bir sorun olduğu kentlerde kendilerine yeni iş olanakları yaratamamaktadırlar.

Göçmenlerin yerleşik hayata geçemeyişi sağlık hizmetlerinin sürekliliğini engellemektedir.

Göçmenler kalabalık aile yaşantılarına sahip oldukları için bulaşıcı hastalıklara karşı duyarlıdırlar.

Göçmenler sağlık hizmetlerine ulaşmak çabasında değildirler, dolayısıyla sağlık hizmetleri onlara ulaşmalıdır.

Zaten sağlığa ulaşamayan ve bugünkü sağlık sistemi açısından kayıp olarak değerlendirebileceğimiz göçmenler için sağlıkta dönüşümle birlikte sağlık hizmeti almak bir hayal haline dönüşecektir. Parası olmadığı için hastane kapısından dönenlerin suçlu olarak biz sağlık çalışanlarını karşılarında göreceğini öngörmek yanlış olmayacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlığı gerek ticarileştirici yönüyle, gerek bireyin istemi halinde tüketileceği bir hizmet olarak algılayıp örgütleyişi yönüyle sağlık çalışanlarının dezavantajlılara ulaşım hizmet sunma olanak, güdü ve enerjilerini olumsuz etkilemektedir. Dahası sağlıkta dönüşüm programının gündeme geldiği süreç ne yazık ki sağlık ve sosyal hizmet kullanımına daha çok gereksinen, ancak bunu aramayan/ arama ve doğru kullanma kapasitesi açısından pozitif ayrımcı desteğe ihtiyacı olan dezavantajlı kitleyi artırıcı niteliktedir.

GES; Amibiyazis salgını:

Ne yazık ki Göç bölgesine yapılan bu gezi, toplumun yaşadığı sağlık sorunlarından ayrı kalamazdı. Lokantaları yerel Tabip Odası yöneticilerinin yardımıyla özenle seçmemize, temiz ve hijyen koşulları iyi olan yerlerde kalmaya dikkat etmemize, şişe suyu dışında su içmememize ve açıkta satılan yiyeceklerden uzak durmamıza karşın grup üyelerinden 7'sinde ishal gelişti. Adana'dan Gaziantep'e geçtiğimiz günün sabahında bayan arkadaşlarımızdan birinin sabaha kadar uyuyamadığını ishal ve kusma ile sabahı zor ettiğini öğrendik. Gaziantep Tabip Odası'ndaki arkadaşlarımızın yardımıyla hastaneye götürdüğümüz arkadaşımızda yapılan gaita incelemesinde amip saptandı. İki arkadaşımız geziyi yarıda bırakmak zorunda kaldı. Aynı gün ve devam eden süre içinde 6 arkadaşımız daha benzer yakınmaları ortaya çıktı. Koruyucu hekimlik profesyonellerinin koruyucu davranışlara özen göstermelerine karşın yaşananlar, çevrenin sağlığa olumsuz etkisinin tüm toplum kesimleri için ne kadar önemli olduğunu bizlere bir kez daha gösterdi.

Ek 1

TTB HALK SAĞLIĞI GEZİCİ EĞİTİM SEMİNERİ PROGRAMI (1-8 Temmuz 2006)

1 TEMMUZ 2006 Cumartesi

ANKARA

TTB

Tanışma, Beklentiler, Gezi Amaç ve Öğrenim Hedefleri, Kurallar
Sunum "Göç ve Sağlık". Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak
Sunum "Kentleşme". Doç. Dr. Mehmet Zencir
MERSİN'e Hareket

2 TEMMUZ 2006 Pazar

MERSİN

Mersin Tabip Odası

Mersin'in Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi (Tabip Odası, Halk Sağlığı AD,)
Göç ve Sokak Çocukları Yönüyle Mersin (Dr.Ful Uğurhan)
Mersin'de Verem Savaş Çalışmalarının Değerlendirilmesi (Dr.Özdemir Özdemir)
Şevket Sümer Sağlık Ocağı Ziyareti
Şevket Sümer Mahalle Gezisi
Karaduvar Beldesinde "Çevre Sağlığı" Gezisi

3 TEMMUZ 2006 Pazartesi

MERSİN

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Ziyareti
Sağlık İl Müdürlüğü Ziyareti
Mersin Çocuk Yuvası Ziyareti (Dr.Ful Uğurhan)
ADANA'ya Hareket

ADANA

Adana Belediyesi Sağlık İşleri Daire Başkanlığı (Dr.Hüseyin Darıcı-Prof.Dr.Necdet Aytaç)
Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Merkezi Gezisi
Oturum:Adana'da Göç ve Sağlık(Yer:Adana Tabip Odası) (Dr.Gülseren Ağrıdağ)
Mahalle Ziyareti(Dağlıoğlu Mahallesi, Göç Alanı)

4 TEMMUZ 2006 Salı

ADANA

Adana İl Sağlık Müdürlüğü Ziyareti
Adana'nın Sağlık Durumu Brifingi (Tabip Odası, Halk Sağlığı AD, İl Sağlık Müdürlüğü)
AÇSAP Şube Müdürlüğü Ziyareti
PTT Evleri Sağlık Ocağı Ziyareti(Dr.Hakan Şen)
Karşıyaka Verem Savaş Dispanseri Ziyareti
Doğankent Sağlık Grup Başkanlığı Ziyareti
Göçer eğitim Merkezi ziyareti
Mevsimlik tarım işçilerinin çadırlarına ziyaret
Karataş Sağlık Ocağı Ziyareti
GAZİANTEP'e Hareket

5 TEMMUZ 2006 Çarşamba

GAZİANTEP

Gaziantep Tabip Odası

Gaziantep'in Sağlık Durumu ile İlgili Bilgilendirme (Tabip Odası, Halk Sağlığı AD, İl Sağlık Müdürlüğü)

İl Sağlık Müdürlüğü Ziyareti

Sunum "İlin Sağlık Durumu"

Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğü Ziyareti

Aşı Deposu Gezisi

Katı Atık Deponi Alanı Gezisi

İçme Suyu Arıtma Tesisi Gezisi

Gaziantep Çocuk Hastanesi Ziyareti

Çıksorut Sağlık Ocağı Ziyareti

Çıksorut Mahallesi Ziyareti

6 TEMMUZ 2006 Perşembe

GAZİANTEP

Gönenç Rehabilitasyon Merkezi Ziyareti(Sosyal Hizmetler)

Gaziantep Müze Gezisi

ADİYAMAN' a Hareket

ADİYAMAN

Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü

Adıyaman'ın Sağlık Durumu Brifingi (Tabip Odası, İl Sağlık Müdürlüğü, Aile Hekimliği'ne Geçiş Süreci)

Devlet Hastanesi Ziyareti

Zeynep Ana Sağlık Ocağı Ziyareti

Mahalle Gezisi

Kent Gezisi

7 TEMMUZ 2006 CUMA

ADİYAMAN

Nemrut'ta Güneşin Doğuşunun Seyredilmesi

İSKENDERUN'a Hareket

İSKENDERUN

İskenderun Merkez 4 Nolu Sağlık Ocağı Ziyareti

HATAY'a Hareket

HATAY

Hatay Sağlık İl Müdürlüğü

Hatay'ın Sağlık Durumu Brifingi (Tabip Odası, MKÜ Halk Sağlığı, İl Sağlık Müdürlüğü)

Etnisite ve Sağlık:Sickle-celle anemi ve thalassemi (D.Edip Gali)

8 TEMMUZ 2006 Cumartesi

HATAY

Antakya Arkeoloji Müzesi

"Doğunun Güzel Kraliçesi" Antakya Dia Gösterisi (Dr.İsmail Güzelmansur)

Yerel Kültür:Vakıflı Köyü/Samandağ

Yerel Kültür:Cami-Havra-Kilise

GES Değerlendirmesi

Söyleşi "Çok Kültürlülük, Farklılık"

Ankara'ya Hareket

Ek 2

GEZİCİ EĞİTİM SEMİNERİ KATILIMCILARI

Dr. Nilüfer Kaya	Akdeniz Üniversitesi
Dr. Duygu Didem Gülmez	Akdeniz Üniversitesi
Uzm. Dr. Beyhan Cengiz Özyurt	Celal Bayar Üniversitesi
Dr. Hürsan Zorba	Çukurova Üniversitesi
Dr. Güljan Dönmez	Dokuz Eylül Üniversitesi
Dr. Hale Arık	Dokuz Eylül Üniversitesi
Hmş. Rengin Öztürk	Ege Üniversitesi
Hmş. Zeliha Kaya	Erciyes Üniversitesi
Dr. Mustafa Karadağ	Fırat Üniversitesi
Dr. Özlem Erten	Gazi Üniversitesi
Dr. Handan Yüksel	Gazi Üniversitesi
Dr. Aylin Durmuş	Hacettepe Üniversitesi
Dr. Nuray Yağış	Hacettepe Üniversitesi
Dr. Selim Yüksel	Kocaeli Üniversitesi
Dr. Melike Erkoç	Kocaeli Üniversitesi
Dr. Sebahat Dilek Torun	Marmara Üniversitesi
Dr. Binaali Çatak	Pamukkale Üniversitesi
Dr. Elif Turhan	Pamukkale Üniversitesi
Dr. Tufan Nayır	Süleyman Demirel Üniversitesi
Sağlık memuru Yaser Turunç	Trakya Üniversitesi
Sağlık memuru Hasan Dedeler	Trakya Üniversitesi
Dr. Meriç Utku	Uludağ Üniversitesi
Dr. Özlem Kizek	Uludağ Üniversitesi
Prof. Dr. Ali Osman Karababa	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak (Etkinlik Sorumlusu)	Trakya Üniversitesi
Doç. Dr. Mehmet Zencir (Etkinlik Sorumlusu)	Pamukkale Üniversitesi

Ek-3