

T.C. BAŐBANKANLIK GÜNEYDOĞU ANADOLU PROJESİ BÖLGE KALKINMA İDARESİ BAŞKANLIĞI



GÜNEYDOĞU  
ANADOLU  
PROJESİ  
BÖLGE  
KALKINMA  
PLANI



SAĞLIK SEKTÖRÜ RAPORU



BİRLEŞMİŞ MİLLETLER KALKINMA PROGRAMI



DİYARBAKIR TABİP ODASI



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

# GAP BÖLGE KALKINMA PLANI SAĞLIK SEKTÖRÜ RAPORU

DİYARBAKIR-BATMAN-SİİRT  
TABİP ODASI

Dr.Necdet İPEKYÜZ

Dr.Mansur ÖZCAN

Dr.Günay SAKA

Dr.Nevzat AYTEKİN

2001, DİYARBAKIR



**TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ**

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79 Faks: (0 312) 231 19 52-53

GSM: 0 533 642 26 97 - 0 533 642 26 98 – 0 542 684 46 70

e-posta: [ttb@ttb.org.tr](mailto:ttb@ttb.org.tr)

<http://www.ttb.org.tr>

**Kapak-Sayfa Düzeni**

Sinan Solmaz

# İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>3</b>
<b>TABLO DİZİNİ</b> .....	<b>5</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>9</b>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>11</b>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>13</b>
<b>2. AMAÇ:</b> .....	<b>15</b>
<b>3. YÖNTEM</b> .....	<b>15</b>
<b>4. TÜRKİYE’DE VE GAP BÖLGESİNDE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ</b> .....	<b>17</b>
<b>5. MEVCUT DURUM</b> .....	<b>20</b>
5.1. NÜFUS.....	20
5.2. GAP İLLERİNDE MEVCUT DURUM.....	23
5.2.1. ADIYAMAN.....	23
5.2.2. BATMAN.....	26
5.2.3. DİYARBAKIR.....	29
5.2.4. GAZİANTEP.....	32
5.2.5. KİLİS.....	35
5.2.6. MARDİN.....	38
5.2.7. SİİRT.....	41
5.2.8. ŞANLIURFA.....	43
5.2.9. ŞIRNAK.....	47
5.3. GAP BÖLGESİNDE MEVCUT DURUM .....	50
5.3.1. SAĞLIK KURUMLARI .....	50
5.3.1.1. Birinci Basamak Sağlık Kurumları.....	50
5.3.1.2 Yataklı Tedavi Kurumları.....	52
5.3.2 SAĞLIK İNSAN GÜCÜ.....	54
5.3.3 SAĞLIK GÖSTERGELERİ.....	57
5.3.4 ÇEVRE.....	61
5.3.4.1 İÇME SUYU.....	61
5.3.4.2 KANALİZASYON:.....	64
5.3.4.3 KATI ATIK.....	65
5.3.4.4. DİĞER.....	65

<b>6. ÖNCELİKLİ SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ.....</b>	<b>66</b>
6.1. Mevcut Sorunlar Ve Çözüm Önerileri : .....	68
<b>Ek 1.....</b>	<b>85</b>
GAP İLLERİNİN ZİYARETİ SIRASINDA GÖRÜŞÜLEN KİŞİLER .....	85
<b>Ek 2.....</b>	<b>93</b>
MEVCUT DURUMUN SAPTANMASI AMACIYLA GAP İLLERİNİN ZİYARETİ SIRASINDA TESPİT EDİLEN SORUNLAR SOSYO-KÜLTÜREL EKONOMİK.....	93
<b>Ek 3.....</b>	<b>98</b>
ATÖLYE ÇALIŞMASINA KATILANLAR .....	98
<b>Ek 4.....</b>	<b>102</b>
ÇALIŞMA REHBERİ.....	102
<b>Ek 5.....</b>	<b>106</b>
GRUPLARDA ÇALIŞMA REHBERİNE GÖRE SAPTANAN SORUNLAR.....	106

## TABLO DİZİNİ

Tablo 5.1.1 GAP Bölgesi Nüfusu ve Nüfus Yoğunluğu.....	20
Tablo 5.1.1 GAP Bölgesi Nüfusu ve Nüfus Yoğunluğu (Tablo 3.1.1'in Devamı).....	21
Tablo 5.2.1.1 Adıyaman İl ve ilçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000).....	23
Tablo 5.2.1.2 Adıyaman İl ve İlçelerinde Sağlık Ocaklarının Durumu (2000) .....	24
Tablo 5.2.1.3 Adıyaman İl ve İlçelerinde Sağlık Evlerinin Durumu (2000).....	24
Tablo 5.2.1.4 Adıyaman İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Sayısı (2000).....	25
Tablo 5.2.1.5 Adıyaman İl ve İlçelerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000)25	
Tablo 5.2.2.1 Batman İl ve ilçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000).....	26
Tablo 5.2.2.2 Batman İl ve İlçelerinde Sağlık Ocakları Durumu (2000).....	26
Tablo 5.2.2.3 Batman İl ve İlçelerinde Sağlık Evlerinin Durumu (2000).....	27
Tablo 5.2.2.4 Batman İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Sayısı (2000) .....	27
Tablo 5.2.2.5 Batman İl ve İlçelerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000)..	28
Tablo 5.2.3.1 Diyarbakır İl ve ilçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000).....	29
Tablo 5.2.3.2 Diyarbakır İl ve İlçelerinde Sağlık Ocakları Durumu (2000).....	29
Tablo 5.2.3.3 Diyarbakır İl ve İlçelerinde Sağlık Evlerinin Durumu (2000) .....	30
Tablo 5.2.3.4 Diyarbakır İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Sayısı (2000).....	31
Tablo 5.2.3.5 Diyarbakır İl ve İlçelerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000) .....	31
Tablo 5.2.4.1 Gaziantep İl ve ilçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000).....	32
Tablo 5.2.4.2 Gaziantep İl ve İlçelerinde Sağlık Ocakları Durumu (2000).....	33
Tablo 5.2.4.3 Gaziantep İl ve İlçelerinde Sağlık Evlerinin Durumu (2000).....	33
Tablo 5.2.4.4 Gaziantep İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Sayısı (2000).....	34
Tablo 5.2.4.5 Gaziantep İl ve İlçelerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000)34	
Tablo 5.2.5.1 Kilis İl ve ilçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000).....	35
Tablo 5.2.5.3 Kilis İl ve İlçelerinde Sağlık Evlerinin Durumu (2000).....	36

Tablo 5.2.5.4 Kilis İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Sayısı (2000) .....	37
Tablo 5.2.5.5 Kilis İl ve İlçelerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000).....	37
Tablo 5.2.6.1 Mardin İl ve ilçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000).....	38
Tablo 5.2.6.2 Mardin İl ve İlçelerinde Sağlık Ocakları Durumu (2000).....	38
Tablo 5.2.6.3 Mardin İl ve İlçelerinde Sağlık Evlerinin Durumu (2000) .....	39
Tablo 5.2.6.4 Mardin İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Sayısı (2000) .....	40
Tablo 5.2.6.5 Mardin İl ve İlçelerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000)...	40
Tablo 5.2.7.1 Siirt İl ve ilçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000).....	41
Tablo 5.2.7.2 Siirt İl ve İlçelerinde Sağlık Ocakları Durumu (2000) .....	41
Tablo 5.2.7.3 Siirt İl ve İlçelerinde Sağlık Evlerinin Durumu (2000).....	42
Tablo 5.2.7.4 Siirt İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Sayısı (2000) .....	42
Tablo 5.2.7.5 Siirt İl ve İlçelerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000) .....	43
Tablo 5.2.8.1 Şanlıurfa İl ve ilçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000).....	43
Tablo 5.2.8.2 Şanlıurfa İl ve İlçelerinde Sağlık Ocakları Durumu (2000).....	44
Tablo 5.2.8.3 Şanlıurfa İl ve İlçelerinde Sağlık Evlerinin Durumu (2000) .....	44
Tablo 5.2.8.4 Şanlıurfa İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Sayısı (2000).....	45
Tablo 5.2.8.5 Şanlıurfa İl ve İlçelerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000)	46
Tablo 5.2.9.1 Şırnak İl ve ilçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000).....	47
Tablo 5.2.9.2 Şırnak İl ve İlçelerinde Sağlık Ocakları Durumu (2000) .....	47
Tablo 5.2.9.3 Şırnak İl ve İlçelerinde Sağlık Evlerinin Durumu (2000) .....	48
Tablo 5.2.9.4 Şırnak İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Sayısı (2000) .....	48
Tablo 5.2.9.5 Şırnak İl ve İlçelerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000) ...	49
Tablo 5.3.1.1.1. GAP İllerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000)	50
Tablo 5.3.1.1.2.GAP İllerinde Sağlık Ocaklarının Durumu (2000) .....	50
Tablo 5.3.1.1.3 GAP İllerinde Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinin Durumu (2000) ....	51
Tablo 5.3.1.2.1 GAP İllerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Dağılımı (2000) .....	52
Tablo 5.3.1.2.2 GAP İllerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000).....	53
Tablo 5.3.2.1 GAP Bölgesinde İllere Göre Sağlık Personelinin Dağılımı .....	55

Tablo 5.3.2.2 GAP Bölgesinde Sağlık Personeline Düşen Nüfus (2000).....	55
Tablo 5.3.2.3 GAP İllerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Durumu (2000).....	56
Tablo 5.3.2.4 1990-2000 Yılları Sağlık İnsan Gücü Karşılaştırılması.....	56
Tablo 5.3.3.1 Bazı Temel Sağlık Göstergelerinin Durumu .....	57
Tablo 5.3.3.2 Aşılama Oranları (%) (1999).....	58
Tablo 5.3.3.3. GAP İllerinde Bazı Bulaşıcı Hastalıkların Dağılımı .....	59
Tablo 5.3.3.4 GAP İllerinde Aile Planlaması Çalışmaları (2000).....	60
Tablo 5.3.4.1.1 GAP Bölgesindeki Belediyelerin İçme Suyu Tesisi Durumu (Adet) (2000).....	61
Tablo 5.3.4.1.2 GAP Bölgesindeki İl, İlçe ve Beldelerin İçme Suyu Şebekesi Mevcut Durumu (%) .....	62
Tablo 5.3.4.1.3 GAP İlleri Köy İçme Sularının Durumu (%) (1.1.2000).....	62
Tablo 5.3.4.1.4 İllere Göre İçme Suyu Şebekesi Olan Köy Sayısı, Nüfusu ve Yüzdesi (1998).....	63
Tablo 5.3.4.2.1 GAP Bölgesindeki Belediyelerin Kanalizasyon Tesisi Durumu (Adet) (2000).....	64
Tablo 5.3.4.2.2 GAP İlleri Merkez İlçe ve Beldelerinde Kanalizasyon Şebekesi Mevcut Durumu (%) .....	64





## SUNUŞ

Bir zamanlar şöyle bir benzetmeye rastlamıştım. Çok önemli olan GAP bilgisayarın ana makinası hardware'i. Benzetme şöyle sürüyordu. Ana makine önemli ama software, yani programlar bilgisayarın çalışmasında en az gerçekleştirilen bu önemli altyapı kadar önemli. Programlar yani "software"; GAP Bölgesi'nde, projeler ile eğitim, sağlık gibi konularda ne var, neler olacak, nasıl etkileneceği belirleyecek. Bu amaçla da öncelikle sağlıklı bir veritabanına, kaynaklarımızı bilmeye gereksinmemiz var. İşte elinizdeki değerli rapor; sağlık alanındaki görüntünün çeşitli kuruluşların işbirliği ile bir fotoğrafını çekiyor ve oluşturulacak planlı uygulamaya, ana plana kolaylık sağlıyor. Türk Tabipleri Birliği bu raporun oluşmasındaki önemli katkıları için Dr.Necdet İpekyüz, Dr.Mansur Özcan, Dr.Günay Saka, Dr.Nevzat AYTEKİN ve GAP İdaresi'ne sağlığa yaptıkları katkılardan ötürü teşekkür ediyor.

# 1. GİRİŞ

Güneydoğu Anadolu Projesi, başlangıçta Türkiye'nin güneydoğusundaki 9 ilde (Adıyaman, Batman, Diyarbakır, Gaziantep, Kilis, Mardin, Siirt, Şanlıurfa, Şırnak,) sulama kaynaklarını geliştirmek üzere hazırlanmış bir proje idi. Sulama ve hidroelektrik enerji üretimine yönelik 13 alt projeden oluşmaktaydı. Ancak, bu proje daha sonra 1989 yılında kalkınma hedeflerini gerçekleştirmek amacıyla entegre bir bölge kalkınma projesine dönüştürülmüştür. Bu çerçevede içinde sanayi, ulaştırma, kentsel ve kırsal altyapı, çevre koruma ve sosyal faktörler gibi diğer bütün boyutlar da proje kapsamına alınmıştır. GAP Kalkınma Planı 1989 yılında geleneksel merkezi planlama anlayışı ile hazırlanmış, bilgi verici, kaynak değerlendirmeye ve gelir artırmaya yönelik projeler üretmiş bir plandır. Yeni hazırlanmakta olan plan ise önümüzdeki on yıl için gelişmeleri dikkate alan, katılımcılığa önem veren, projeden etkilenen kesimlerin plan hazırlama ve uygulama süreçlerine katılmasını hedefleyen, ekonomik-sosyal ve çevresel gelişmeyi birlikte ele alan, sürdürülebilir kalkınma ilkelerini esas almıştır.

GAP Bölgesel Kalkınma Planı ismiyle hazırlanmakta olan yeni plan, bölge halkının sosyal kültürel, ekonomik ve çevresel açılardan yaşam kalitesini artırmayı hedeflemektedir. Bölge insanının bu süreçte etkin rol alması, sorunlarına, gereksinimlerine, tutumlarına ve önceliklerine duyarlı plan hazırlanmasına yardımcı olacaktır.

Genel amaç; bölgedeki tüm insanlar için yaşam kalitesini yükseltmek ve katılımcılık temelinde bunu sürdürülebilir kılarak diğer bölgelerle arasındaki farklılığı gidermektir.

Bu anlayışa uygun olmak üzere hazırlanacak olan master plana dayanak oluşturmak için GAP-BKİ ve Diyarbakır-Batman-Siirt Tabip Odası arasında bölgenin sağlık durumunu değerlendirmek; sağlık hizmetlerinin durumunu irdelemek, var olan sağlık sorunlarını ve nedenlerini yeniden tanımlamak, çözüm geliştirmek amacıyla bir protokol imzalanmıştır. Bu protokolle Diyarbakır-Batman-Siirt Tabip Odası bölgedeki 9 ilden sağlık hizmetleri ile ilgili çeşitli kesimleri ziyaret ederek görüşmeler yapmayı, bu kişileri bir araya getirerek katılımlarını sağlamayı hedeflemiştir.

## ÖNSÖZ

GAP Bölge Kalkınma Planı Sağlık Sektörü Raporu, GAP-BKİ (Bölge Kalkınma İdaresi)'nin önerisiyle Diyarbakır Tabip Odası tarafından hazırlandı. Bu rapor GAP illerini oluşturan Adıyaman, Batman, Diyarbakır, Gaziantep, Kilis, Mardin, Siirt, Şanlıurfa, Şırnak illerinde yürütülen bir çalışmanın sonucunda ortaya çıkarıldı.

GAP başlangıçta sulama kaynaklarını geliştirmek üzere hazırlanmış bir proje idi, sulama ve hidroelektrik enerji üretimi hedefleniyordu. 1989 yılında kalkınma hedeflerini gerçekleştirmek amacıyla entegre bir kalkınma projesine dönüştürüldü ve merkezi düzeyde bir master plan hazırlandı. Bu master planın katılımcılık yönünün eksik olduğu fark edildi.

Önümüzdeki on yıl için hazırlanan master plan, gelişmeleri dikkate alan, katılımcılığa önem veren, yerel sorunların bölgesel düzeyde saptanacağı yeni bir anlayışla hazırlanmak istendi. GAP Bölgesel Kalkınma Planı ismiyle hazırlanan yeni plan, bölge halkının sosyal, kültürel, ekonomik ve çevresel açılardan yaşam kalitesini arttırmayı hedefleri arasına almıştı.

Bu anlayışa uygun olarak önümüzdeki on yıl için hazırlanan GAP Master Plan Sağlık Çalışması'nın hazırlanması işi, GAP-BKİ tarafından Diyarbakır Tabip Odasına verildi. Bölgenin sağlık durumunu değerlendirmek, sağlık hizmetlerinin sunumunu, var olan sağlık sorunlarını ve nedenlerini yeniden tanımlamak, çözüm geliştirmek amacıyla Diyarbakır Tabip Odası bu çalışmayı GAP illerini oluşturan 9 ilde yürüttü.

Genel amaç; bölgedeki tüm insanlar için yaşam kalitesini yükseltmek ve katılımcılık temelinde bunu sürdürülebilir kılarak diğer bölgelere göre olumsuz olan sağlık alanında ki eşitsizlikleri ortadan kaldırmak için çözüm önerileri geliştirmektir.

Diyarbakır Tabip Odası, bu çalışmayı gerçekleştirirken, yıllardır gelen demokratik anlayışıyla katılımcılığı ön planda tutarak kamu kurumları, üniversiteler, yerel yönetimler, meslek odaları, sendikalar ve halkın katılımını sağladı. Önümüzdeki 10 yıl düşünülerek ayrıntılara girilmeden bir rapor hazırlandı.

GAP bölgesinde sağlık alanında bu boyutta bir çalışmanın ilk defa yapıldığını düşünmekteyiz. Çalışmada her il ayrı ayrı ele alınmış kendi içinde, GAP illeriyle ve Türkiye geneliyle karşılaştırılmış; bölge illerinin hemen çoğunda sağlık hizmetlerinin hem nicel hem de nitel olarak yetersiz olduğu pek çok sağlık göstergesinin ülke ortalamasının gerisinde olduğu anlaşılmıştır. Ülke geneliyle farklı olan sorunlar belli bir sistematiğe göre başlık altına alınarak buna göre çözüm önerileri geliştirilmiştir. GAP illerinde gözlenen olumsuzlukların kendi içinde farklılıklar gösterdiği tespit edilmiş, Gaziantep ve Kilis'in diğer illere göre göstergelerde daha olumlu olduğu; GAP içinde de doğuya gidildikçe olumsuzluk ve sorunların arttığı anlaşılmıştır.

Hazırlanan bu çalışma sadece sağlık kurum ve çalışanlarına yönelik olmayıp, tüm kurum ve sektörleri ilgilendirmektedir. GAP'ta yapılması planlanan tüm çalışmalar insanı, dolayısıyla sağlığı ilgilendirmektedir.

Umutumuz, GAP'la ilgili tüm çalışmalarda bu verilerin dikkate alınmasıdır.

GAP-BKİ ile hazırlanan protokol çerçevesince Diyarbakır Tabip Odası tarafından bu çalışmanın yürütülmesi her iki kurum açısından da anlamlı olmuştur. Bu işbirliğinden ötürü GAP-BKİ'ye, bu çalışmanın hazırlanmasında katkı sunan, destek olan tüm kurum ve kişilere, kitabın yazımında emek harcayan önceki oda sekreterimiz Gülseren Karakoç'a, son düzenlemeleri yapan oda sekreterimiz Sevim Kaval'a, yayına ve baskıya hazırlayan Sinan Solmaz'a ve bu çalışmanın her aşamasında katkı ve örgütsel desteğini esirgemeyen ve basımını sağlayan Türk Tabipleri Birliği'ne teşekkür ediyoruz.

Dileğimiz bu çalışma sonucunda çıkan önerilerin sağlık politikaları belirlenirken dikkate alınması ve yaşama geçirilmesidir.

Saygılarımla  
Dr.Necdet İpekyüz  
Diyarbakır Tabip Odası  
Başkanı

## ÖNSÖZ

Güneydoğu Anadolu Projesi (GAP) başlangıçta Fırat ve Dicle havzalarının bir bölümünü kapsayan Yukarı Mezopotamya Ovaları'ndaki su ve toprak kaynaklarının etkin ve verimli bir biçimde kullanmak amacıyla geliştirilmiştir. Proje, daha sonra ekonomik, sosyal, kültürel ve çevresel gelişmeyi içeren entegre bir bölgesel kalkınma programına dönüşmüştür.

1990-2005 dönemini kapsayan 1989 GAP Master Plan'ı özellikle su ve toprak kaynaklarının geliştirilmesini, iktisadi ve teknik olanakları dikkate alarak, bir takvime bağlamış, bu değişimin 2005 yılı itibarıyla ekonomik ve sosyal sektörlerde uyaracağı gelişmeleri öngörmüştür. GAP Master Planı çeşitli kamu kuruluşlarının kalkınma çabalarının koordine edilmesi, alt ölçekte üretilecek plan, program ve projelere rehberlik niteliği taşıması itibarıyla bir yol haritası olmuştur.

Geleneksel yöntemlerle hazırlanan ve kamu kesimi ağırlıklı bir nitelik taşıyan GAP Master Planı özellikle 1990'ların ikinci yarısında derinleşen kamu kesiminin finansal sorunları nedeniyle hedeflerinden önemli ölçüde sapmıştır. Plan'ın uygulanmasında 1990'ların sonlarında marjinalleştirilen terör olaylarının olumsuz etkisi de gözardı edilmemelidir. Belirtilen sorunlar ve Bölgenin süregelen ekonomik ve sosyal gereksinimleri yeni bir plan ihtiyacını zorunlu kılmış, 4 Haziran 1998 tarihli Bakanlar Kurulu toplantısında alınan karar çerçevesinde, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının da finansal desteğiyle mevcut çalışma hazırlanmıştır.

Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin kalkınmasının hızlandırılması amacıyla 1989 yılında hazırlanan GAP Master Planı değişen koşullar, yeni ihtiyaçlar ve yeni kalkınma değerleri ışığında irdelenerek "Katılımcı Planlama" sürecine girilmiştir. Bu süreci tayin eden en belirgin ilke sürdürülebilir insani gelişme yaklaşımı olmuştur. Bu yaklaşımla; kamu kaynak ve potansiyelinin, halk katılımının, insani gelişme değerlerinin hareketlenmesi ve etkinleşmesi amaçlanmıştır.

Katılımcı planlama ve kalkınma yaklaşımında, koordinasyon ve işbirliği önem arz ettiğinden GAP-BKİ ortak yönelmeyi sağlamak ve kalkınma potansiyelinin sınırlarını genişletebilmek için sürece taraf olacak, süreci etkileyecek ve süreçten etkilenen olan kamu, özel ve yerel halk kesimlerinin işbirliğini ve katılımını sağlamak ve planlama sürecine dahil etmek için büyük çaba sarf etmiş ve bu alanda ilk denebilecek başarılar elde edilmiştir.

GAP-BKP'dan etkilenen kesimlerin; bir başka ifadeyle Plan'ın paydaşlarının, plan hazırlama ve uygulama sürecinde etkin rol almaları ve bu rolün giderek güçlendirilmesi; ekonomik, sosyal ve çevresel sürdürülebilirliğin bir bütünlük içerisinde ele alınması plan çalışmalarının temel yaklaşımını oluşturmuştur.

Bu çalışmanın yürütülmesine Türkiye Cumhuriyeti ile Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı arasında imzalanan ve 18 Mart 1997 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak

işlerlik kazanmış olan “GAP Bölgesi'nde Entegre Bölgesel Kalkınmanın Güçlendirilmesi ve Sosyo-Ekonomik Farklılıkların Giderilmesi” başlıklı Program'dan finans desteği sağlanmıştır. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Türkiye Daimi Temsilcisi Sayın Alfredo Witschi-Cestari'ye yakın ilgi ve desteği için teşekkür ederim.

Ayrıca, GAP Bölge Kalkınma Planı'nın çeşitli aşamalarında yer alan paydaşlarımla, sivil toplum kuruluşları, üniversiteler, belediyeler, meslek odaları temsilcileri ile raporların yayına hazırlanmasında emeği geçen tüm kişi ve kuruluşlara da teşekkür ederim.

Paydaşların görüşleri doğrultusunda oluşturulan ve temel vizyonu “refahın arttığı ve yaygınlaştığı ve bunun herkese ekonomik faaliyetlere katılma fırsatı vererek sağlandığı; Bölge'nin diğer bölgelerle olan gelişmişlik farklarının azaldığı ve zamanla ortadan kalktığı; Bölgedeki kaynakların etkin kullanıldığı, sürdürülebilir büyüme ve toplumsal istikrarın bir gereği olarak verimlilik ve istihdamın arttığı; güçlü, özgüvenli, donanımlı, eğitilmiş bireylerden oluşan, ulusal ekonomiyle bütünleşmiş, dışa açık ve fırsat eşitliğinin olduğu demokratik bir toplumsal yapının gerçekleştirilmesi” olan GAP Bölge Kalkınma Planı'nın hayırlı olmasını dilerim.

Saygılarımla,  
Dr. İ.H. Olcay ÜNVER  
GAP İdaresi Başkanı

“GAP Bölge Kalkınma Planı ” çalışması, Türkiye Cumhuriyeti ile Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın ortak sürdürülebilir insani gelişme yaklaşımıyla imzalanan ve 18 Mart 1997 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak işlerlik kazanmış olan “GAP Bölgesi'nde Entegre Bölgesel Kalkınmanın Güçlendirilmesi ve Sosyo-Ekonomik Farklılıkların Giderilmesi” başlıklı Program kapsamında Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın finansal katkılarıyla yürütülmüştür.

## 2. AMAÇ:

GAP bölgesinde sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili mevcut durumu tespit etmek, öncelikli sorunları saptamak ve bölge koşullarına uygun çözüm önerileri geliştirmektir.

## 3. YÖNTEM

Yukarıdaki amaçlar doğrultusunda Diyarbakır Tabip Odası, protokolde tanımlanan işi yürütmekle görevli çalışma grubu olarak, Dr.Necdet İPEKYÜZ'ün koordinatörlüğünde Yrd.Doç.Dr.Günay SAKA, Dr.Mansur ÖZCAN ve Dr.Nevzat AYTEKİN'i görevlendirmiştir.

Çalışma grubu 9 ili ziyaret ederek olabildiğince geniş katılımı sağlamak amacıyla resmi ve sivil kurumlar ile katkıda bulunabileceği düşünülen kişilerle görüşmüşlerdir. (Ek 1) Bu görüşmelerde proje tanıtılmış, amaçlar açıklanmış, görüş ve öneriler alınmış, her ilde çalışmalarını organize edecek; veri toplamada ve ana sorunları saptamada yardımcı olabilecek bir temsilci seçilmiştir. İkinci ziyaretlerde geniş katılımlı toplantılar düzenlenmiş, ilin mevcut durumu, sağlık sorunları ve olası çözüm yolları tartışılmıştır. (Ek 2) Bu toplantılarda Diyarbakır'da düzenlenecek atölye çalışmasının altyapısını oluşturmak üzere katılımcılar belirlenmiş ve görüşülecek konuların olgunlaşması sağlanmıştır.

20 Ocak 2001 tarihinde bir günlük atölye çalışması Diyarbakır'da Sıtma ve Tropikal Hastalıklar Eğitim Araştırma Merkezi'nde düzenlenmiştir. Bu toplantıya GAP Bölge Kalkınma İdaresi, Şanlıurfa GAP Bölge Müdürlüğü, Sağlık Müdürlükleri, Türk Tabipleri Birliği ve Bölge Tabip Odaları temsilcileri, Bölge Üniversitelerinden yöneticiler, Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri, sağlık ve eğitim alanlarından sendika temsilcileri, Belediye Başkanları ve temsilcileri, Belediye Hekimleri, Eczacılar Odası ve Veteriner Hekimler Odası temsilcileri, Tarım İl Müdürlükleri, Hayvan Sağlığı Şube Müdürlükleri, Sağlık Ocakları, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezleri, Verem Savaş Dispanserlerinden doktor ve sağlık personeli, Çevre Sağlığı Şubesi yetkilileri, Hıfzısıhha ve Halk Sağlığı Laboratuvarı yöneticileri, gönüllü kuruluşların temsilcileri, Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü Temsilcileri, sivil toplum kuruluşları temsilcileri katılmıştır. (Ek 3)



Bu atölye çalışması Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr.Necati DEDEOĞLU koordinatörlüğünde hazırlanan çalışma rehberi (Ek 4) doğrultusunda iki oturum olarak planlanmış ve uygulanmıştır. Atölye çalışması sırasında bölge illeri temsilcileri kendi illeri ve ilgi alanları kapsamında mevcut durum, sorunlar ve çözüm önerileri hakkında görüşlerini dile getirmiş ve bu görüşler tartışılmıştır. ( Ek 5) Sonuç faaliyet bildirimi olarak sunulmuştur.

Bu raporda saptanan sorunların çoğunun ülke genelindeki sorunlarla paralellikler gösterdiği saptanmıştır.

GAP Master Planı çerçevesinde mevcut durum saptamış, bölgeye yönelik sağlık sorunları ve öncelikli çözüm yolları dile getirilmiştir.

## 4. TÜRKİYE'DE VE GAP BÖLGESİNDE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ

Türkiye'de sağlık örgütlenmesinden resmen Sağlık Bakanlığı sorumludur. Ancak Sağlık Bakanlığı dışında SSK , Üniversiteler , Milli Savunma Bakanlığı , Kamu İktisadi Teşebbüsler , Diğer Bakanlıklar ve Belediyeler gibi kamu kuruluşları da sağlık hizmetleri vermektedirler. Özel muayenehaneler, poliklinikler, hastaneler, dernek ve vakıf hastaneleri v.s. de dikkate alınırsa hizmetlerde bir kargaşa, bir çok başlılık görülmektedir. Aşağıda kısaca ülkemizdeki sağlık örgütlenmesine ve bunun GAP bölgesindeki yansımalarına değinilecektir.

### *a) Birinci basamak sağlık hizmetleri :*

Ülkemizde birinci basamak, yani sağlık örgütünün en ucundaki sağlık hizmetinin götürülüş şekli 1961 yılında kabul edilen 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa ile belirlenmiştir. Bu yasa çerçevesinde sağlık hizmetlerinin ilk sosyalleştirildiği il, 1963 yılında, Muş olmuştur. 1964'den itibaren kademeli olarak bütün yurtta yaygınlaştırılmış ve 1970 yılına gelindiğinde GAP illerinin hepsi, 1983 yılında ise bütün ülkedeki sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiştir.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde nüfusa orantılı hizmet anlayışı ile her 5-10 bin kişi için bir Sağlık Ocağı inşa edilir. Böylece Türkiye'de yaşayan herkesin bir sağlık ocağı ve hekimi vardır ve dar ve belirlenmiş bir alanda geniş kapsamlı ve entegre hizmet sunumu sağlanmış olmaktadır.

Bu ocakta bir ekip hizmeti anlayışı içinde doktor, sağlık memuru, hemşire, ebe, tıbbi sekreter, hizmetli ve şoför görev yaparlar; hastalık tanı ve tedavisi dışında aşılama, aile planlaması, çevre sağlığı, sağlık eğitimi gibi koruyucu hizmetler de verilir. Sadece hastalara değil sağlamlara da (örneğin, gebe kadınlar, 15-49 yaş kadınlar, çocuklar, öğrenciler) sağlık hizmeti götürülür. Gebeler, bebekler evlerinde ziyaret edilip sağlıkları kontrol edilir, hastaların durumu, ilaç kullanıp kullanmadıkları evlerinde incelenir, ilkökul öğrencileri her yıl muayeneden geçirilir, okullarının sağlık koşulları yerinde görülür. Gezici hizmeti sağlamak için her sağlık ocağında bir hizmet aracı ve şoför bulunur. Gıda ve sulardan örnekler alınması, iş yerlerinin denetimi, vatandaşa ve esnafa çevre eğitimi verilmesi de sağlık ocaklarının görevleridir. Tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmeti tamamen ücretsizdir. Buna karşın parasını veren istediği sağlık kurumuna ve hekime gidebilmektedir. Toplumun hizmetin planlama, üretim ve denetimine katılımı da çeşitli kurullar aracılığı ile sağlanmaktadır.

Her sağlık ocağına bağlı, her 2000-3000 nüfus için kurulu sağlık evlerinde bir ebe, daha çok ana ve çocuk sağlığı hizmeti vermektedir.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri basamaklı hizmet olup sevk sistemi ile yürütülür. Hizmetten yararlanacaklar öncelikle bağlı oldukları sağlık evi veya sağlık ocağına başvururlar ve tıbbi bakımdan gerek görülmedikçe hastaneye sevk edilmezler.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmanın bir insan hakkı olduğu ilkesine dayanan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri kamunun eşitlikçi, insancıl, ekonomik, mantıklı, bilimsel ve çağdaş bir sağlık hizmeti türüdür. 1999 yılı istatistiklerine göre bütün ülkeye yayılmış 5614 Sağlık Ocağı, 11.766 sağlık evi bulunmaktadır.

İlk basamakta Sağlık Ocakları dışında, yine Sağlık Bakanlığına bağlı Ana ve Çocuk Sağlığı Dispanserleri, Verem Savaş, Sıtma Savaş, Trahom Savaş, Frengi-Lepra Savaş Dispanserleri, Ruh Sağlığı Dispanserleri ve Sağlık Merkezleri gibi kuruluşlar da hizmet vermektedir. Ayrıca SSK, Milli Savunma Bakanlığı, Diğer Bakanlıklar (SHÇEK, kurum hekimleri gibi), Belediyeler, Vakıf ve Dernekler ile 11.220 hekim de muayenehanesinde özel ilk basamak sağlık hizmeti sunmaktadır.

1980 den sonra, genel ekonomik gelişmelere paralel olarak, sağlık hizmetlerinde de temel değişiklikler olmuştur. Şu anda ülkedeki Sağlık Ocaklarının önemli sorunları vardır ve hizmette önemli aksaklıklar bulunmaktadır.

GAP bölgesindeki birinci basamak sağlık hizmetleri de 1965 yılından beri yukarıda sözü edilen sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri şeklinde götürülmektedir. 1999 yılı itibarıyla GAP Bölgesinde 432 Sağlık Ocağı , 781 Sağlık Evi , 25 AÇS Merkezi, 24 Verem Savaş Dispanseri mevcuttur. Geçmiş yıllarda birinci basamak sağlık kuruluşları hizmet verdikleri GAP bölgesinde önemli sağlık kazanımları sağlayabilmişlerdir. Bebek ölümleri azaltılmış, bulaşıcı hastalıklar kontrol altına alınmış, anne ve çocuk sağlığı geliştirilmiştir.

224 Sayılı Yasa uluslararası düzeyde halk sağlığı politikalarını belirleyen üç belgeyle de uyumludur. Bunlar 1978 yılında yayımlanan ve temel sağlık hizmetleri anlayışının formüle edildiği Alma-Ata Bildirgesi, 1984 yılında Avrupa Belgesi için belirlenen 2000 Yılı Herkes İçin Sağlık Hedefleri ve 1998 yılında oluşturulan Sağlık 21 Hedefleri'dir.

### ***b) İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri :***

İkinci basamak sağlık hizmetleri yataklı sağlık hizmetlerini içerir. Bu konuda ülkemizde bir çok başlılık bulunmaktadır. Örneğin hastane yataklarının sadece % 50'si ülkedeki sağlık hizmetlerinden sorumlu olan Sağlık Bakanlığına bağlıdır. Hastane yataklarının % 16'sı SSK'ya, % 14'ü Tıp Fakültelerine, % 9'u Milli Savunmaya, % 7'si özel sektöre, geri kalanlar da diğer kamu kuruluşlarına aittir. Hastanelerin genel özelliği pek çok yerde düşük kapasite ile çalışmalarındır. Özellikle küçük hastanelerde doluluk oranı nadiren % 50'yi geçmektedir. Hastane yataklarının ve personelin dağılımında da haksızlıklar bulunmaktadır; hastanelerin çoğu büyük kentlerde ve Batı'dadır.

Üçüncü basamak sağlık hizmeti fakülte hastaneleri ve uzmanlık hastaneleri (Psikiyatri, Kalp, Kemik vb.) gibi referans kurumları kapsar. Nitelikleri arasında büyük farklar bulunmakla beraber, artık hemen her ilimizde bir Tıp Fakültesi bulunmaktadır. GAP bölgesi hastaneler açısından yoksuludur. Türkiye ortalamasının epey altında hasta yatağı bulunmaktadır. Mevcut hastanelerin bir kısmı da uzman yokluğundan verimli çalışmamaktadır.

### ***c) Sosyal Güvenlik***

1998 SSK İstatistik Yıllığı'na göre %48.3'ü SSK , %15.7'si Bağ-Kur ve %18.5'i Emekli Sandığı'na bağlı olmak üzere Türkiye nüfusunun yaklaşık %82.5'i sağlık güvencesi kapsamı içinde bulunmaktadır. 1997 Sağlık Bakanlığı verilerine göre ise Türkiye'de toplam 6 666 978 Yeşilkart verilen kişi mevcuttur. Çoğunluğunun bölgemizde olduğu Yeşilkart ayaktan muayene ve yatarak tedavi hizmetlerini karşılamaktadır. Bunların dışında tarım sigortalısı ve isteğe bağlı sigortalıları da çıkarırsak ülkemizde hala hiçbir sosyal güvencesi olmayan 6 milyon kadar insan yaşamaktadır. Bunların önemli kısmı da kırsal kesimde veya Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da yaşamaktadır. Sosyal güvenliği olmayanların pahalı bir hizmet olan sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmadığı bilinen bir gerçektir.

## 5. MEVCUT DURUM

### 5.1. NÜFUS

Tablo 5.1.1 GAP Bölgesi Nüfusu ve Nüfus Yoğunluğu

İl	İlçe	2000		2005		2010	
		Sayı	Nüfus Yoğunluğu	Sayı	Nüfus Yoğunluğu	Sayı	Nüfus Yoğunluğu
Adıyaman	Merkez	347408	204	475509	279	640779	376
	Besni	117057	89	130998	99	144333	109
	Çelikhan	18796	33	17148	30	15402	27
	Gerger	24719	35	20953	30	17486	25
	Gölbaşı	61602	79	63244	81	63926	82
	Kahta	141591	95	168297	113	196946	133
	Samsat	11661	35	11453	34	11074	33
	Sincik	22137	61	22941	63	23407	65
	Tut	20626	65	24619	77	28930	91
	Toplam	765598	100	935163	122	1142283	149
Batman	Merkez	268326	433	327236	528	392463	633
	Beşiri	29547	35	27039	32	24333	29
	Gercüş	25637	23	21639	20	17961	16
	Hasankeyf	8678	31	7747	28	6802	25
	Kozluk	70791	67	72012	68	72039	68
	Sason	24246	32	20350	27	16798	22
	Toplam	427224	91	476023	101	530396	113
Diyarbakır	Merkez	719048	307	854331	365	998477	427
	Bismil	178257	102	229026	131	289446	166
	Çermik	50358	49	48990	48	46881	46
	Çınar	57377	30	58787	30	59247	31
	Çüngüş	13379	27	11379	23	9521	20
	Dicle	37554	53	36858	52	35584	50
	Eğil	18373	43	16813	39	15133	35
	Ergani	89391	60	91579	62	92288	62
	Hani	27811	64	26299	60	24463	56
	Hazro	13326	32	9546	23	6726	16
	Kocaköy	12854	44	11413	39	9968	34
	Kulp	23200	15	15109	10	9679	6
	Lice	12343	12	6071	6	2937	3
	Silvan	118610	86	118347	86	116155	85

Gaziantep	Toplam	1371880	89	1534548	99	1716504	111
	Merkez	848648	403	938154	446	1035090	492
	Araban	44714	90	49143	99	53906	108
	İslahiye	83407	103	88938	110	94652	117
	Karkamış	12817	43	11713	39	10684	36
	Nizip	110340	106	111931	107	113325	109
	Nurdağı	28430	41	27148	39	25874	38
	Oğuzeli	33207	87	32606	86	31954	84
	Yavuzeli	20469	44	18859	41	17341	38
Toplam	1182033	174	1278494	189	1382826	204	
Kilis	Merkez	72609	-	60646	-	51324	-
	Elbeyli	8221	-	8021	-	7930	-
	Musabeyli	15340	-	15679	-	16237	-
	Polateli	6041	-	6216	-	6480	-
	Toplam	102211	77	90561	68	81971	62

Tablo 5.1.1 GAP Bölgesi Nüfusu ve Nüfus Yoğunluğu (Tablo 3.1.1'in Devamı)

İl	İlçe	2000		2005		2010	
		Sayı	Nüfus Yoğunluğu	Sayı	Nüfus Yoğunluğu	Sayı	Nüfus Yoğunluğu
Mardin	Merkez	98164	113	97445	112	94231	109
	Dargeçit	24465	54	21594	48	18567	41
	Derik	56487	42	59978	44	62037	46
	Kızıltepe	201653	143	239582	170	277283	197
	Mazıdağı	21500	25	17334	20	13614	16
	Midyat	156387	135	212563	184	281445	243
	Nusaybin	77962	68	71800	62	64415	56
	Ömerli	9658	20	6159	13	3825	8
	Savur	26326	27	22316	23	18428	19
	Yeşilli	16353	102	16581	104	16376	102
Toplam	688954	78	765352	86	850221	96	
Siirt	Merkez	129709	468	154770	558	180785	652
	Aydınlar	4063	45	3301	36	2625	29
	Baykan	28003	47	27108	46	25689	43
	Eruh	11212	10	6877	6	4130	4
	Kurtalan	50830	67	50586	67	49282	65
	Pervari	27777	19	27260	19	26189	18
	Şirvan	19336	19	15921	16	12833	13
	Toplam	270931	50	285822	53	301532	56
Şanlıurfa	Merkez	618059	160	778968	202	972561	252
	Akçakale	69146	66	81290	77	94670	90
	Birecik	78028	91	88464	104	99356	116
	Bozova	77396	52	90744	61	105395	71
	Ceylanpınar	50523	25	50254	25	49518	25

	Halfeti	35048	54	34038	53	32748	51
	Harran	46313	55	57075	68	69678	82
	Hilvan	33459	28	33184	28	32602	28
	Siverek	151937	35	159970	37	166849	39
	Suruç	98495	123	107524	134	116281	145
	Viranşehir	201136	138	280498	193	387506	266
	Toplam	1459540	79	1762010	95	2127163	115
Şırnak	Merkez	79311	45	101386	58	128580	74
	Beytüşşebap	18492	13	18150	13	17673	12
	Cizre	79751	173	88009	191	96354	209
	Güçlükonak	5585	12	4205	9	3141	7
	İdil	60196	49	69351	57	79265	65
	Silopi	71065	88	86183	106	103690	128
	Üludere	30724	46	31341	47	31718	48
	Toplam	345125	49	398626	57	460421	66
GAP	TOPLAM	6613496	88	7526600	100	8591586	114
TÜRKİYE	TOPLAM	65303000	84	69723000	90	73870000	95

Kaynaklar: 1985, 1990 Genel Nüfus Sayımı  
1997 Nüfus Tespiti

Not: Projeksiyonlar 1990-1997 Dönemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

GAP Bölgesinin nüfusu ve nüfus yoğunluğu Tablo 5.1.1'de verilmiştir. GAP bölgesi 2000 yılı nüfusu 6.613.496 olarak tahmin edilmiştir ve Türkiye nüfusunun % 10'unu teşkil etmektedir. 1990-1997 dönemi göz önüne alınarak yapılan projeksiyonlarda bölge nüfusunun on yılda % 30 artarak 2010 yılında 8.591.586'ya ulaşacağı ve ülke nüfusunun % 12'sini oluşturacağı tahmin edilmektedir.

Yine GAP bölgesinde nüfus yoğunluğu 88 iken 2010 yılında % 29.5 artarak 114'e ulaşacağı tahmin edilmektedir. Ülke genelinde ise nüfus yoğunluğu 2010 yılında 95 olarak öngörülmektedir.

Tablo incelendiğinde nüfus artışının daha çok il merkezleri ve bazı büyük ilçe merkezlerindeki artışlardan kaynaklanacağı görülmektedir. Sadece Kilis ilinde azalma beklenmektedir.

Bazı küçük ilçelerde ise gelecek on yıl içerisinde nüfus azalması tahmin edilmektedir. Örneğin; Gerger, Gerçüş, Hasankeyf, Sason, Hazro, Lice, Kulp, Ömerli, Mazıdağı, Eruh, Güçlükonak gibi.

## 5.2. GAP İLLERİNDE MEVCUT DURUM

### 5.2.1. ADIYAMAN

Tablo 5.2.1.1 Adıyaman İl ve ilçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000)

Adıyaman	Sağlık Ocağı	Sağlık Evi	AÇS AP.Merk.	Verem Sav.D.
Merkez	22	36	1	1
Besni	14	24	1	1
Çelikhan	2	5	0	0
Gerger	3	14	0	1
Gölbaşı	5	8	1	0
Kahta	13	25	1	1
Samsat	1	2	0	0
Sincik	4	7	0	0
Tut	2	4	0	0
TOPLAM	66	125	4	4

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Adıyaman ilinde kentsel alanda 19, kırsal alanda 47 olmak üzere 66 sağlık ocağı, 125 sağlık evi, 4 AÇS ve AP Merkezi ve 4 VSD mevcuttur.

Sağlık ocaklarından 4 tanesi faaliyette olmayıp bu sağlık ocaklarının nüfusuna hizmet gidememektedir.

Mevcut sağlık ocağı başına düşen nüfus 11 600 olup Türkiye ortalamasına göre iyidir ve ilçeler arasında önemli bir farklılık yoktur.

Hizmet Araçlarından 7'si, ambulanslardan 5'i faal değildir.



Tablo 5.2.1.2 Adıyaman İl ve İlçelerinde Sağlık Ocaklarının Durumu (2000)

Adıyaman	Nüfus	Mevcut Sağlık Ocağı Sayısı			Faal Sağlık Ocağı Sayısı			Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfus	Araç	
		Kent	Kır	Top.	Kent	Kır	Top.		Hizmet	Ambulans
Merkez	347 408	7	15	22	7	15	22	15 791	19	13
Besni	117 057	2	12	14	2	12	14	8 361	4	1
Çelikhan	18 796	1	1	2	1	1	2	9 398	0	1
Gerger	24 719	1	2	3	1	2	3	8 240	0	1
Gölbaşı	61 602	2	3	5	2	3	5	12 320	1	1
Kahta	141 591	3	10	13	2	8	10	10 892	3	2
Samsat	11 661	1	0	1	1	0	1	11 661	1	1
Sincik	22 137	1	3	4	1	2	3	5 534	0	1
Tut	20 626	1	1	2	1	1	2	10 313	0	0
TOPLAM	765 597	19	47	66	18	44	62	11 600	28	21
GAP	6 613 496	200	232	432	196	189	385	15 309	131	135
TÜRKİYE	65 303 000			5 614				11 632		

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Tablo 5.2.1.3 Adıyaman İl ve İlçelerinde Sağlık Evlerinin Durumu (2000)

Adıyaman	Mevcut Sağlık Evi Sayısı	Faal Sağlık Evi Sayısı
Merkez	36	15
Besni	24	8
Çelikhan	5	0
Gerger	14	0
Gölbaşı	8	5
Kahta	25	3
Samsat	2	0
Sincik	7	0
Tut	4	2
TOPLAM	125	33

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

125 Adet sağlık evi mevcut olup bunlardan % 73.6'sı kapalıdır.

**Tablo 5.2.1.4 Adıyaman İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Sayısı (2000)**

Adıyaman	Prt. Hekim	Prt. Hekim Başına Düşen Nüfus	Sağlık Memuru	Sağlık Memuru Başına Düşen Nüfus	Hemşire	Hemşire Başına Düşen Nüfus	Ebe	Ebe Başına Düşen Nüfus
Merkez	54	6 433	41	8 473	45	7 720	109	3 187
Besni	30	3 902	13	9 004	19	6 161	24	4 877
Çelikhan	5	3 759	4	4 699	7	2 685	3	6 265
Gerger	6	4 120	2	12 360	4	6 180	1	24 719
Gölbaşı	17	3 624	13	4 739	11	5 600	22	2 800
Kahta	19	7 452	13	10 892	21	6 742	17	8 329
Samsat	4	2 915	1	11 661	3	3 887	1	11 661
Sincik	4	5 534	0	-	2	11 069	1	22 137
Tut	5	4 125	3	6 875	2	10 313	4	5 157
TOPLAM	144	5 317	90	8 507	114	6 716	182	4 207

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Adıyaman ilinde 2000 yılı sonu itibarıyla birinci basamak sağlık kurumlarında 144 pratisyen hekim, 90 sağlık memuru, 114 hemşire ve 182 ebe görev yapmaktadır. İlçelere göre personel dağılımı farklılık göstermektedir. Adıyaman Merkezde ve Kahta ilçesinde pratisyen hekim başına düşen nüfus diğer ilçelere göre daha fazladır. Sincik ilçesinde sağlık memuru bulunmazken, Samsat, Kahta ve Gerger ilçelerinde sağlık memuru başına düşen nüfus diğer ilçelere göre daha olumsuzdur. Sincik ve Tut ilçelerinde hemşire başına düşen nüfus ile Gerger, Samsat ve Sincik ilçelerinde ebe başına düşen nüfus diğer ilçelere göre çok olumsuz düzeydedir.

**Tablo 5.2.1.5 Adıyaman İl ve İlçelerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000)**

Adıyaman	Yatak		Yatak İşgal Oranı	Hekim Sayısı		Yoğun Bakım Ünitesi	Kan Merkezi	Hemo-Diyaliz Ünitesi
	Kadro	Fili		Üz.	Prt.			
Devlet Hastanesi	350	400	36.1	34	15	1	1	1
Doğum ve Çocuk Hast.	100	100	104.8	12	9	0	0	0
Besni Devlet Hast.	50	50	15.9	4	7	0	0	0
Gölbaşı Sağ. Merk.	50	50	35.9	6	9	0	0	0
Kahta Sağ. Merk.	50	50	75.8	8	8	0	0	0
Gerger Sağ. Merk.	10	0	0	0	0	0	0	0
Sincik Sağ. Merk.	15	0	0	0	0	0	0	0
Tut Sağ. Merk.	10	0	0	0	0	0	0	0
SSK Hastanesi	50	0	0	0	0	0	0	0
TOPLAM	685	650	53.7	64	48	1	1	1

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Adıyaman ilinde 8'i Sağlık Bakanlığına, 1'i SSK'ya bağlı toplam 9 adet yataklı tedavi kurumu mevcuttur. Toplam kadro yatak 685'tir. SSK Hastanesinde 50 kadro yatak olmasına rağmen yataklı hizmet verilmemektedir.

Sağlık Bakanlığına bağlı Gerger, Sincik ve Tut Sağlık Merkezleri yataklı hizmet vermemektedir.

Adıyaman ilinde fiili yatak sayısı 650 olarak saptanmıştır. Doğum ve Çocuk Hastanesi ile Kahta Sağlık Merkezi dışında kalan kurumlarda yatak işgal oranı düşük düzeydedir.

10 000 Nüfusa düşen yatak sayısı 8.9'dur. Bu oran bölge (13.1) ve Türkiye ortalamasına (24.3) göre düşüktür. Bir yatağa düşen nüfus 1118'dir. Bu sayı Türkiye ortalamasının (411) ve bölge ortalamasının (764) gerisindedir. Fiili yatak dikkate alınırsa sonuç daha da olumsuzdur.

### 5.2.2. BATMAN

**Tablo 5.2.2.1 Batman İl ve ilçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000)**

Batman	Sağlık Ocağı	Sağlık Evi	AÇS AP.Merk.	Verem Sav.D.
Merkez	10	10	1	1
Beşiri	3	14	0	0
Gercüş	5	6	0	0
Hasankeyf	1	3	0	0
Kozluk	4	16	0	0
Sason	2	5	0	0
TOPLAM	25	54	1	1

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

**Tablo 5.2.2.2 Batman İl ve ilçelerinde Sağlık Ocakları Durumu (2000)**

Batman	Nüfus	Mevcut Sağlık Ocağı Sayısı			Faal Sağlık Ocağı Sayısı			Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfus	Araç	
		Kent	Kır	Top.	Kent	Kır	Top.		Hizmet	Ambulans
Merkez	268 326	8	2	10	8	2	10	26 832	0	0
Beşiri	29 547	1	2	3	1	2	3	9 849	0	1
Gercüş	25 637	1	4	5	1	3	4	5 127	0	2
Hasankeyf	8 678	1	0	1	1	0	1	8 678	0	1
Kozluk	70 791	1	3	4	1	2	3	17 698	0	2
Sason	24 246	1	1	2	1	0	1	12 123	0	1
TOPLAM	427 225	13	12	25	13	9	22	17 089	0	7
GAP	6 613 496	200	232	432	196	189	385	15 309	131	135
TÜRKİYE	65 303 000			5 614				11 632		

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Batman ilinde kentsel alanda 13, kırsal alanda 12 olmak üzere toplam 25 sağlık ocağı bulunmaktadır. Bunlardan 3 tanesi kapalı durumdadır. AÇS AP. merkezi ve VSD sadece merkez ilçede bulunmaktadır. Sağlık ocağı başına düşen nüfus açısından bölge ortalamasına göre bir farklılık yoktur. Ancak ilçeler arasında önemli farklar vardır. Gercüş diğer ilçelere göre daha iyi durumdadır.

Sağlık ocaklarının hiç birinde hizmet aracı bulunmamaktadır. Hizmet araçları Sağlık Müdürlüğünde toplanmıştır.

**Tablo 5.2.2.3 Batman İl ve İlçelerinde Sağlık Evlerinin Durumu (2000)**

Batman	Mevcut Sağlık Evi Sayısı	Faal Sağlık Evi Sayısı
Merkez	10	4
Beşiri	14	2
Gercüş	6	0
Hasankeyf	3	2
Kozluk	16	4
Sason	5	2
TOPLAM	54	14

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Sağlık evlerinin % 75'i kapalı durumdadır.

**Tablo 5.2.2.4 Batman İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Sayısı (2000)**

Batman	Prt. Hekim	Prt. Hekim Başına Düşen Nüfus	Sağlık Memuru	Sağlık Memuru Başına Düşen Nüfus	Hemşire	Hemşire Başına Düşen Nüfus	Ebe	Ebe Başına Düşen Nüfus
Merkez	24	11 180	36	787	35	7 666	59	4 548
Beşiri	5	5 909	4	7 386	5	5 909	7	4 221
Gercüş	9	2 848	5	5 127	4	6 409	5	5 127
Hasankeyf	3	1 892	2	4 339	1	8 678	4	2 170
Kozluk	6	11 798	3	23 597	2	35 396	13	5 446
Sason	3	8 048	0	24 246	4	6 062	6	4 041
TOPLAM	50	8 545	50	8 545	51	8 377	94	4 545

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Batman ilinde 2000 yılı sonu itibarıyla birinci basamak sağlık kurumlarında 50 pratisyen hekim, 50 sağlık memuru, 51 hemşire ve 94 ebe bulunmaktadır. İlçelere göre personel dağılımı farklılık göstermektedir. Hasankeyf ilçesinde 1892 kişiye bir

pratisyen hekim düşerken Kozluk ilçesinde bu sayı 11 798 kişiye yükselmektedir. İl ortalamasına göre Kozluk dışındaki diğer ilçeler iyi durumdadır.

Sağlık memuru başına düşen nüfus açısından ilçeler arasında önemli farklılıklar vardır. Kozluk ve Sason'da sağlık memuru başına düşen nüfus en yüksektir. (23 000 – 24 000)

Hemşire başına düşen nüfus açısından Kozluk il ortalaması ve diğer ilçelere göre daha kötüdür.

Ebe başına düşen nüfus açısından il ortalamasına göre ilçeler arasında uyum vardır. Hasankeyf diğer ilçelere göre daha iyidir.

**Tablo 5.2.2.5 Batman İl ve İlçelerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000)**

Batman	Yatak		Yatak İşgal Oranı	Hekim Sayısı		Yoğun Bakım Ünitesi	Kan Merkezi	Hemo-Diyaliz Ünitesi
	Kadro	Fiili		Üz.	Prt.			
Batman Devlet Hast.	100	109	85.7	34	13	1	1	1
Kozluk Devlet Hast.	30	30	0	1	5	0	0	0
SSK Batman Hast.	50	104	50.3	12	3	0	0	0
Özel Batman Şifa Hast.	34	45	67.6	20	-	1	0	0
TOPLAM	214	288	61.1	67	21	2	1	1

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Batman ilinde 4 hastanede toplam 214 kadro yatağı mevcuttur. Batman Devlet Hastanesi, SSK Hastanesi ve Özel Hastanede fiili yatak sayısında artış söz konusudur. SSK Hastanesinde 50 olan kadro yatak 104'e çıkarılmıştır. Kozluk Devlet Hastanesi'nde ise 30 yatağa karşın yataklı hizmet verilmemektedir.

10 000 nüfusa düşen yatak sayısı 5.0 olarak saptanmıştır. Bölge ve Türkiye ortalamasına göre çok olumsuzdur. Fiili yatak sayılarına göre bu oran 6.7 olmaktadır. Ancak yine de çok olumsuzdur. Bu durum Batman'da yataklı hizmetlere ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

### 5.2.3. DİYARBAKIR

**Tablo 5.2.3.1 Diyarbakır İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000)**

Diyarbakır	Sağlık Ocağı	Sağlık Evi	AÇS AP.Merk.	Verem Sav.D.
Merkez	24	18	3	2
Bismil	7	10	0	0
Çermik	6	6	0	0
Çınar	4	8	0	0
Çüngüş	2	6	0	0
Dicle	4	9	0	0
Eğil	2	6	0	0
Ergani	6	13	0	1
Hani	3	5	0	0
Hazro	1	6	0	0
Kocaköy	2	2	0	0
Kulp	4	9	0	0
Lice	4	6	0	0
Silvan	8	6	1	1
<b>TOPLAM</b>	<b>77</b>	<b>110</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

**Tablo 5.2.3.2 Diyarbakır İl ve İlçelerinde Sağlık Ocakları Durumu (2000)**

Diyarbakır	Nüfus	Mevcut Sağlık Ocağı Sayısı			Faal Sağlık Ocağı Sayısı			Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfus	Araç	
		Kent	Kır	Top.	Kent	Kır	Top.		Hizmet	Ambulans
Merkez	719 048	16	8	24	16	8	24	29 960	28	12
Bismil	178 257	2	5	7	2	4	6	25 465	2	4
Çermik	50 358	1	5	6	1	4	5	8 393	1	3
Çınar	57 377	1	3	4	1	1	2	14 344	1	2
Çüngüş	13 379	1	1	2	1	1	2	6 690	1	2
Dicle	37 554	1	3	4	1	0	1	9 388	1	2
Eğil	18 373	1	1	2	1	1	2	9 187	1	1
Ergani	89 391	2	4	6	2	4	6	14 899	2	2
Hani	27 811	1	2	3	1	2	3	9 270	1	1
Hazro	13 326	1	0	1	1	0	1	13 326	1	1
Kocaköy	12 854	2	0	2	1	0	1	6 427	1	1

Kulp	23 200	1	3	4	1	0	1	5 800	1	1
Lice	12 343	1	3	4	1	0	1	3 086	1	1
Silvan	118 610	3	5	8	3	3	6	14 826	2	3
TOPLAM	1 371 880	34	43	77	33	28	61	17 817	44	36
GAP	6 613 496	200	232	432	196	189	385	15 309	131	135
TÜRKİYE	65 303 000			5 614				11 632		

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Diyarbakır ilinde kentsel alanda 34, kırsal alanda 43 olmak üzere toplam 77 sağlık ocağı bulunmaktadır. İl genelinde bir sağlık ocağının hizmet vermekle yükümlü olduğu nüfus 17 817 olup GAP bölge ortalamasıyla uyumludur. Ancak Bismil, Çınar, Ergani, Hazro ve Silvan gibi ilçelerde sağlık ocağı başına düşen nüfusların diğer ilçelere göre nispeten yüksek olduğu görülmektedir.

**Tablo 5.2.3.3 Diyarbakır İl ve İlçelerinde Sağlık Evlerinin Durumu (2000)**

Diyarbakır	Mevcut Sağlık Evi Sayısı	Faal Sağlık Evi Sayısı
Merkez	18	11
Bismil	10	0
Çermik	6	3
Çınar	8	2
Çüngüş	6	0
Dicle	9	0
Eğil	6	0
Ergani	13	0
Hani	5	0
Hazro	6	0
Kocaköy	2	0
Kulp	9	0
Lice	6	0
Silvan	6	0
TOPLAM	110	16

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Sağlık evlerinin % 85'i kapalıdır.

**Tablo 5.2.3.4 Diyarbakır İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Sayısı (2000)**

Diyarbakır	Prt. Hekim	Prt. Hekim Başına Düşen Nüfus	Sağlık Memuru	Sağlık Memuru Başına Düşen Nüfus	Hemşire	Hemşire Başına Düşen Nüfus	Ebe	Ebe Başına Düşen Nüfus
Merkez	93	7 732	58	12 397	96	7 490	137	5 249
Bismil	8	22 282	6	29 710	8	22 282	6	29 710
Çermik	8	6 295	6	8 393	11	4 578	16	3 147
Çınar	7	6 197	3	19 126	8	7 172	8	7 172
Çüngüş	6	2 230	0	0	2	6 690	2	6 690
Dicle	3	12 518	1	37 554	3	12 518	5	7 511
Eğil	3	6 124	3	6 124	2	9 187	2	9 187
Ergani	7	12 770	6	14 899	8	11 174	15	5 959
Hani	1	27 811	4	6 953	4	6 953	3	9 270
Hazro	1	13 326	1	13 326	2	6 663	2	6 663
Kocaköy	4	3 214	1	12 854	1	12 854	0	0
Kulp	4	5 800	1	23 200	3	7 733	1	23 200
Lice	5	2 469	1	12 343	1	12 343	4	3 086
Silvan	5	23 722	3	39 537	4	29 653	3	39 537
TOPLAM	155	8 851	94	14 594	153	8 967	204	6 725

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Diyarbakır ilinde 2000 yılı sonu itibarıyla birinci basamak sağlık kurumlarında 155 pratisyen hekim, 94 sağlık memuru, 153 hemşire ve 204 ebe bulunmaktadır. İl genelinde pratisyen hekim başına 8851 nüfus düşmektedir. Bu rakam Hani, Silvan ve Bismil başta olmak üzere bazı ilçelerde yüksek boyutlara ulaşmaktadır. Aynı şekilde yardımcı sağlık personeli açığı da personel başına düşen nüfusların bazı ilçelerde yüksek olmasından anlaşılmaktadır.

**Tablo 5.2.3.5 Diyarbakır İl ve İlçelerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000)**

Diyarbakır	Yatak		Yatak İşgal Oranı	Hekim Sayısı		Yoğun Bakım Ünitesi	Kan Merkezi	Hemo-Diyaliz Ünitesi
	Kadro	FİİLİ		Üz.	Prt.			
Diyarbakır Dev. Hast.	500	400	58.2	69	22	1	1	1
Diyarbakır Doğumevi	125	97	73.2	11	8	1	0	0
Diyarbakır Çocuk Hast.	250	231	65.4	16	23	1	0	0
Diyarbakır Göğüs Hast.	300	96	67.3	8	12	0	0	0
Bismil Devlet Hast.	25	30	22.7	5	8	0	0	0
Ergani Devlet Hast.	50	35	40.4	2	9	0	0	0



Lice Devlet Hastanesi	50	0	0	0	0	0	0	0
Silvan Devlet Hastanesi	100	75	4.6	3	4	0	0	0
Çınar Sağlık Merkezi	10	10	0	0	3	0	0	0
Çüngüş Sağlık Merkezi	10	10	0	0	2	0	0	0
Dicle Sağlık Merkezi	10	10	17.3	0	1	0	0	0
Hazro Sağlık Merkezi	10	10	0	0	1	0	0	0
Kulp Sağlık Merkezi	25	10	0	0	1	0	0	0
Dicle Ü.Eğit.Arş.Hast.	1050	925	69.6	173	251	1	1	1
SSK Diyarbakır Hast.	330	339	53.6	38	0	1	1	1
Özel Diyarbakır Hast.	20	20	4.1	6	0	0	0	0
Özel Sevgi Hastanesi	15	15	14.3	0	0	0	0	0
<b>TOPLAM</b>	<b>2880</b>	<b>2313</b>	<b>59.4</b>	<b>331</b>	<b>345</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Diyarbakır ilinde 17 kurumda toplam 2880 kadro yatağı mevcuttur. Bunlardan 13 kuruma ait 1465 yatak Sağlık Bakanlığına (% 50.9), bir kuruma ait 1050 yatak YÖK, bir kuruma ait 330 yatak SSK ve 2 kuruma ait 35 yatak özel teşebbüse aittir. Ancak bu yataklardan 567 adedi (% 19,7) fiili değildir. Özellikle ilçe Sağlık Merkezlerinin ve Lice Devlet Hastanesi'nin yatak işgal oranlarının sıfır olduğu dikkat çekmektedir. Bu kurumlarda sağlık hizmetleri sadece ayaktan teşhis ve tedavi hizmetleri şeklinde ve pratisyen hekimlerce yürütülmektedir. Bunun yanında Bismil ve Silvan Devlet Hastanelerinde yatak işgal oranlarının çok düşük olduğu görülmektedir.

10 000 Nüfusa düşen yatak sayısı 21.0 olarak saptanmıştır. Bu oran bölge ortalamasının (13.1) üzerinde ve Türkiye ortalamasına (24.3) yakındır. Fiili yatak sayılarına göre bu oran 16.9 olmaktadır.

#### 5.2.4. GAZİANTEP

**Tablo 5.2.4.1 Gaziantep İl ve ilçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000)**

Gaziantep	Sağlık Ocağı	Sağlık Evi	AÇS AP.Merk.	Verem Sav.D.
Merkez	33	43	2	2
Araban	4	9	0	0
İslahiye	6	12	1	1
Karkamış	1	7	0	0
Nizip	13	17	1	1
Nurdağı	4	10	0	0
Oğuzeli	4	12	0	0
Yavuzeli	4	8	0	0
<b>TOPLAM</b>	<b>69</b>	<b>118</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

**Tablo 5.2.4.2 Gaziantep İl ve İlçelerinde Sağlık Ocakları Durumu (2000)**

Gaziantep	Nüfus	Mevcut Sağlık Ocağı Sayısı			Faal Sağlık Ocağı Sayısı			Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfus	Araç	
		Kent	Kır	Top.	Kent	Kır	Top.		Hizmet	Ambulans
Merkez	848 648	26	7	33	26	7	33	257 170	11	7
Araban	44 714	1	3	4	1	3	4	11 179	-	2
İslahiye	83 407	4	2	6	4	2	6	13 901	-	3
Karkamış	12 817	1	-	1	1	-	1	12 817	-	2
Nizip	110 340	8	5	13	8	5	13	8 488	1	3
Nurdağı	28 430	3	1	4	3	1	4	7 108	-	3
Oğuzeli	33 207	2	2	4	2	2	4	8 302	-	2
Yavuzeli	20 469	1	3	4	1	3	4	5 117	-	1
TOPLAM	1 182 032	46	23	69	46	23	69	17 131	12	23
GAP	6 613 496	409	200	232	432	196	189	15 309	131	135
TÜRKİYE	65 303 000	5 614			5 614			11 632		

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Gaziantep ilinde kentsel alanda 46, kırsal alanda 23 olmak üzere 69 sağlık ocağı, 118 sağlık evi, 4 AÇS AP. merkezi ve 4 verem savaş dispanseri mevcuttur.

Sağlık ocaklarının hepsi faaliyette olup sağlık ocağı başına düşen nüfus 17 131'dir. Bölge ve Türkiye ortalamasına göre geridedir. Ancak ilçeler arasında önemli farklar vardır. Yavuzeli, Oğuzeli, Nizip ve Nurdağı çok iyi durumdayken diğer ilçeler Türkiye ortalamasına yakındır.

**Tablo 5.2.4.3 Gaziantep İl ve İlçelerinde Sağlık Evlerinin Durumu (2000)**

Gaziantep	Mevcut Sağlık Evi Sayısı	Faal Sağlık Evi Sayısı
Merkez	43	20
Araban	9	1
İslahiye	12	0
Karkamış	7	2
Nizip	17	2
Nurdağı	10	1
Oğuzeli	12	5
Yavuzeli	8	0
TOPLAM	118	31

**Kaynak:** İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Sağlık evlerinin ise % 74'ü kapalı olup sadece 31 adet sağlık evinde ebe mevcuttur.

**Tablo 5.2.4.4 Gaziantep İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Sayısı (2000)**

Gaziantep	Prt. Hekim	Prt. Hekim Başına Düşen Nüfus	Sağlık Memuru	Sağlık Memuru Başına Düşen Nüfus	Hemşire	Hemşire Başına Düşen Nüfus	Ebe	Ebe Başına Düşen Nüfus
Merkez	193	4 397	40	21 216	85	9 984	149	5 696
Araban	12	3 726	4	11 179	6	7 452	6	7 452
İslahiye	22	3 791	4	20 852	22	3 791	27	3 089
Karkamış	4	3 204	0	0	1	12 817	4	3 204
Nizip	30	3 678	9	12 260	37	2 982	32	3 448
Nurdağı	9	3 159	3	9 477	3	9 477	8	3 554
Oğuzeli	8	4 151	2	16 604	2	16 604	12	2 767
Yavuzeli	8	2 559	4	5 117	2	10 235	3	6 823
TOPLAM	286	4 133	66	17 910	158	7 481	241	4 905

**Kaynak:** İl Sağlık Müdürlüğü verileri. (2000)

Gaziantep'te 2000 yılı sonu itibariyle birinci basamak sağlık kurumlarında 286 pratisyen hekim, 66 sağlık memuru, 158 hemşire ve 241 ebe görev yapmaktadır.

Pratisyen hekim ve ebe başına düşen nüfus dikkate alındığında bütün ilçeler ve il merkezi il ortalaması düzeyindedir. Sağlık memuru ve hemşire başına düşen nüfus açısından ilçeler arasında büyük farklılıklar mevcuttur. Karkamış ilçesinde hiç sağlık memuru yokken Nurdağı ve Yavuzeli ilçeleri sağlık memuru başına düşen nüfus açısından iyi durumdadır. Yine İslahiye, Nizip, Araban hemşire başına düşen nüfus açısından iyi durumdayken diğer ilçeler il ortalamasının gerisindedir.

**Tablo 5.2.4.5 Gaziantep İl ve İlçelerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000)**

Gaziantep	Yatak		Yatak İşgal Oranı	Hekim Sayısı		Yoğun Bakım Ünitesi	Kan Merkezi	Hemodiyaliz Ünitesi
	Kadro	Fiili		Üz.	Prt.			
Gaziantep Dev.Hast.	680	480	68.5	127	17	1	1	1
75 Yıl Doğum Hast.	125	72	41.9	23	3	0	0	0
Gaziantep Çocuk Hast.	125	148	82.9	19	11	1	0	0
İslahiye Devlet Hast.	75	44	21.1	2	6	0	0	0

Nizip Devlet Hast	100	95	44.5	14	5	0	0	0
Araban Sağlık Merkezi	20	0	0	0	0	0	0	0
G.Antep Ü.Şahinbey H.	400	304	83.8	79	84	1	0	0
SSK Gaziantep Hast.	580	572	65.5	89	22	1	1	1
Özel Yilmazer Hast.	27	27	13.7	1	1	0	0	0
Amerikan Hast.	50	66	41.2	3	2	0	0	0
Özel Tam Med Hast.	14	14	26.0	0	3	0	0	0
Özel Hayat Hast.	44	44	14.7	0	0	0	0	0
Özel Sani Konukoğlu H.	255	227	40.3	30	5	1	0	0
<b>TOPLAM</b>	<b>2495</b>	<b>2093</b>	<b>60.8</b>	<b>387</b>	<b>159</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

**Kaynak:** İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Gaziantep ilinde 13 kurumda toplam 2495 kadro yatağı mevcuttur. Bunlardan 6 kuruma ait 1125 yatak Sağlık Bakanlığı, bir kuruma ait 580 yatak SSK, bir kuruma ait 400 yatak YÖK ve 5 kuruma ait 390 yatak özel teşebbüse aittir. Ancak çoğunluğu Sağlık Bakanlığına ait olmak üzere kadro yataklarının 352'si (% 16) faal değildir. Gaziantep Çocuk Hastanesinin 125 kadro yatağına karşın 148 fiili yatağının olması dikkat çekici olup, yatak işgal oranı (% 82.9) dikkate alındığında çocuk hastalıkları için yatak ihtiyacı olduğu anlaşılmaktadır.

Araban Sağlık Merkezi 20 kadro yatağı olmasına rağmen yataklı hizmet vermekte, İslahiye Devlet Hastanesi iki uzman hekim ve % 21.1 yatak işgal oranı ile yetersiz hizmet vermektedir.

10 000 Nüfusa düşen yatak sayısı 20.7'dir. Bu oran bölge ortalamasına göre çok iyi olup, Türkiye ortalamasına yakındır. Ancak fiili yatak dikkate alındığında bu oran 17.7'ye düşecektir. Bir yatağa düşen nüfus 483'dür ve Türkiye ortalamasına çok yakındır.

### 5.2.5. KİLİS

**Tablo 5.2.5.1 Kilis İl ve ilçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000)**

Kilis	Sağlık Ocağı	Sağlık Evi	AÇS AP.Merk.	Verem Sav.D.
Merkez	7	11	1	1
Elbeyli	1	6	0	0
Musabeyli	2	6	0	0
Polateli	1	4	0	0
<b>TOPLAM</b>	<b>11</b>	<b>27</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

**Kaynak:** İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

**Tablo 5.2.5.2 Kilis İl ve ilçelerinde Sağlık Ocakları Durumu (2000)**

Kilis	Nüfus	Mevcut Sağlık Ocağı Sayısı			Faal Sağlık Ocağı Sayısı			Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfus	Araç	
		Kent	Kır	Top.	Kent	Kır	Top.		Hizmet	Ambulans
Merkez	72 609	5	2	7	5	2	7	10 401	7	6
Elbeyli	8 221	1	0	1	1	0	1	8 221	0	1
Musabeyli	15 340	1	1	2	1	1	2	8 170	0	1
Polateli	6 041	1	0	1	1	0	1	8 041	0	1
TOPLAM	102 211	8	3	11	8	3	11	9 292	7	9
GAP	6 613 496	200	232	432	196	189	385	15 309	131	135
TÜRKİYE	65 303 000			5 614				11 632		

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Kilis ilinde kentsel yerleşim yerlerinde 8, kırsal bölgede 3 olmak üzere toplam 11 sağlık ocağı mevcuttur ve hepsi faaliyettedir. İl merkezi ve ilçelerde sağlık ocağı başına düşen nüfuslar bir birine yakın olup il ortalaması 9292'dir. GAP bölgesi ve Türkiye ile kıyaslandığında çok iyi durumda olduğu görülmektedir.

Hizmet araçları Sağlık Müdürlüğünde toplanmıştır ve 11 sağlık ocağının hiç birinde hizmet aracı yoktur. 3 ilçede bulunan sağlık ocaklarında birer ambulans mevcuttur. Ancak köy sağlık ocaklarında ambulans yoktur.

Devlet Hastanesinde hizmet veren 112 Hızır Acil Servisinde 4 ambulans mevcuttur ve personel ihtiyacı bulunmaktadır.

**Tablo 5.2.5.3 Kilis İl ve İlçelerinde Sağlık Evlerinin Durumu (2000)**

Kilis	Mevcut Sağlık Evi Sayısı	Faal Sağlık Evi Sayısı
Merkez	11	11
Elbeyli	6	6
Musabeyli	6	6
Polateli	4	4
TOPLAM	27	27

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Toplam 27 adet binalı sağlık evi mevcuttur ve hepsinde ebe bulunmaktadır.

**Tablo 5.2.5.4 Kilis İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Sayısı (2000)**

Kilis	Prt. Hekim	Prt. Hekim Başına Düşen Nüfus	Sağlık Memuru	Sağlık Memuru Başına Düşen Nüfus	Hemşire	Hemşire Başına Düşen Nüfus	Ebe	Ebe Başına Düşen Nüfus
Merkez	54	1 345	42	1 729	87	835	62	1 171
Elbeyli	5	1 644	2	4 111	2	4 111	7	1 174
Musabeyli	11	1 485	3	5 113	3	5 113	5	3 068
Polateli	8	1 005	2	3 021	2	3 021	3	2 014
TOPLAM	78	1 310	49	2 086	94	1 087	77	1 327

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Kilis'te 2000 sonu itibariyle birinci basamak sağlık kurumlarında 78 pratisyen hekim, 49 sağlık memuru, 94 hemşire ve 77 ebe görev yapmaktadır.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeli başına düşen nüfus bölge ortalamasına göre pratisyen hekim ve ebe açısından iyi durumdayken sağlık memuru ve hemşire açısından kötü durumdadır.

**Tablo 5.2.5.5 Kilis İl ve İlçelerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000)**

Kilis	Yatak		Yatak İşgal Oranı	Hekim Sayısı		Yoğun Bakım Ünitesi	Kan Merkezi	Hemo-Diyaliz Ünitesi
	Kadro	Fİllî		Üz.	Prt.			
Kilis Devlet Hast.	190	136	47.0	22	20	1	1	1
TOPLAM	190	136	47.0	22	20	1	1	1

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Kilis'te toplam 190 yatak kapasitesine sahip sadece merkezde, Sağlık Bakanlığı bünyesinde bir adet yataklı tedavi kurumu mevcuttur. Ancak bu kurumun fiili yatak sayısı 136'dır.

10 000 Nüfusa düşen yatak sayısı 19,2'dir. Bu sayı bölge ortalamasına (13.1) göre iyi durumda iken Türkiye ortalamasına (24.3) göre gerilerdedir. Ancak fiili yatak sayısı dikkate alınırsa bu rakam 13.3'e düşecektir.

Yine bir yatağa düşen nüfus açısından değerlendirildiğinde ülke genelinde 411, bölgede 764 iken, Kilis'te 538'dir.

Yatak kullanım oranı ise (% 47.0) bölge ortalaması düzeyindedir. Ülke genelinin ise (% 58.0) gerisindedir.

### 5.2.6. MARDİN

**Tablo 5.2.6.1 Mardin İl ve ilçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000)**

Mardin	Sağlık Ocağı	Sağlık Evi	AÇS AP.Merk.	Verem Sav.D.
Merkez	13	9	1	1
Dargeçit	2	7	0	0
Derik	5	14	0	0
Kızıltepe	8	23	0	0
Mazıdağı	3	6	0	0
Midyat	14	16	0	1
Nusaybin	5	15	1	0
Ömerli	3	9	0	0
Savur	6	8	0	0
Yeşilli	3	2	0	0
TOPLAM	62	109	2	2

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

**Tablo 5.2.6 2 Mardin İl ve ilçelerinde Sağlık Ocakları Durumu (2000)**

Mardin	Nüfus	Mevcut Sağlık Ocağı Sayısı			Faal Sağlık Ocağı Sayısı			Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfus	Araç	
		Kent	Kır	Top.	Kent	Kır	Top.		Hizmet	Ambulans
Merkez	98 164	6	7	13	5	6	11	7 551	5	16
Dargeçit	24 465	1	1	2	1	0	1	12 233	2	0

Derik	56 487	1	4	5	1	3	4	11 297	1	1
Kızıltepe	201 653	3	5	8	2	4	6	25 207	3	0
Mazıdağı	21 500	1	2	3	1	2	3	7 167	1	1
Midyat	156 387	3	11	14	3	10	13	11 171	2	0
Nusaybin	77 962	2	3	5	2	3	5	15 592	3	0
Ömerli	9 658	1	2	3	1	2	3	3 219	1	0
Savur	26 326	1	5	6	1	5	6	4 388	2	0
Yeşilli	16 353	2	1	3	2	0	2	5 451	1	0
TOPLAM	688 955	21	41	62	19	35	54	11 112	21	18
GAP	6 613 496	200	232	432	196	189	385	15 309	131	135
TÜRKİYE	65 303 000			5 614				11 632		

**Kaynak:** İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Mardin ilinde kentsel alanda 21, kırsal alanda 41 olmak üzere toplam 62 sağlık ocağı mevcuttur. Bunlardan 8 adedi (% 12.9) kapalıdır. Sağlık ocağı başına düşen nüfus 11 112 olup ülke ortalaması düzeyindedir. Ancak Kızıltepe ilçesinde 25 207 ile ortalamanın üzerindedir. Sağlık ocaklarının çoğunda hizmet aracı ve ambulans eksikliği vardır.

**Tablo 5.2.6.3 Mardin İl ve İlçelerinde Sağlık Evlerinin Durumu (2000)**

Mardin	Mevcut Sağlık Evi Sayısı	Faal Sağlık Evi Sayısı
Merkez	9	0
Dargeçit	7	1
Derik	14	0
Kızıltepe	23	6
Mazıdağı	6	6
Midyat	16	0
Nusaybin	15	3
Ömerli	9	1
Savur	8	0
Yeşilli	2	0
TOPLAM	109	17

**Kaynak:** İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Binalı 109 sağlık evinin 92 tanesi (% 84) kapalıdır.



**Tablo 5.2.6.4 Mardin İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Sayısı (2000)**

Mardin	Prt. Hekim	Prt. Hekim Başına Düşen Nüfus	Sağlık Memuru	Sağlık Memuru Başına Düşen Nüfus	Hemşire	Hemşire Başına Düşen Nüfus	Ebe	Ebe Başına Düşen Nüfus
Merkez	39	2 517	11	8 924	59	1 664	43	2 283
Dargeçit	3	8 155	2	12 232	3	8 155	4	6 116
Derik	8	7 061	5	11 297	5	11 297	4	14 122
Kızıltepe	13	15 512	9	22 406	10	20 165	18	11 203
Mazıdağı	8	2 688	2	10 750	7	3 072	5	4 300
Midyat	14	11 171	10	15 639	18	8 688	20	7 819
Nusaybin	13	5 997	3	25 987	14	5 569	16	4 873
Ömerli	4	2 415	1	9 658	2	4 829	6	1 610
Savur	3	8 775	3	8 775	10	2 633	10	2 633
Yeşilli	5	3 271	0	0	4	4 088	2	8 177
TOPLAM	110	6 263	46	14 977	132	5 219	128	5 382

**Kaynak:** İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Mardin ilinde birinci basamak sağlık kurumlarında 110 pratisyen hekim, 46 sağlık memuru, 132 hemşire ve 128 ebe görev yapmaktadır. Pratisyen hekim başına düşen nüfus 6263'tür. Bu oran Kızıltepe ve Midyat ilçelerinde iki katıdır. Derik ve Kızıltepe ilçelerinde ebe ve hemşire ihtiyacı dikkat çekmektedir.

**Tablo 5.2.6.5 Mardin İl ve İlçelerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000)**

Mardin	Yatak		Yatak İşgal Oranı	Hekim Sayısı		Yoğun Bakım Ünitesi	Kan Merkezi	Hemo-Diyaliz Ünitesi
	Kadro	Filili		Üz.	Prt.			
Mardin Devlet Hast.	300	170	57.2	28	13	1	1	1
Derik Devlet Hast.	25	10	8.0	0	5	0	0	0
Kızıltepe Devlet Hast.	50	50	55.6	8	13	0	0	0
Midyat Devlet Hast.	50	25	22.2	4	7	0	1	0
Nusaybin Devlet Hast.	50	50	22.6	5	0	0	0	0
TOPLAM	475	305	46.8	45	38	1	2	1

**Kaynak:** İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Mardin ilinde tümü Sağlık Bakanlığına bağlı 5 yataklı tedavi kurumunda toplam 475 kadro yatağı mevcuttur. Ancak bunlardan 170 yatak (% 35,8) faal değildir.

10 000 Nüfusa düşen yatak 6,9'dur. Bu sayı fiili yataklar dikkate alındığında 4,4'e düşmektedir. Bölge ve Türkiye ortalamasının çok gerisindedir.

Tablodan görüleceği üzere özellikle ilçelerde uzman hekim ihtiyacı vardır. Yatak işgal oranlarının Derik, Midyat ve Nusaybin Devlet Hastanelerinde düşük oluşu dikkat çekicidir.

### 5.2.7. SİİRT

**Tablo 5.2.7.1 Siirt İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000)**

Siirt	Sağlık Ocağı	Sağlık Evi	AÇS AP.Merk.	Verem Sav.D.
Merkez	10	21	1	1
Aydınlar	1	3	0	0
Baykan	3	12	0	0
Eruh	2	10	0	0
Kurtalan	5	12	0	0
Pervari	4	8	0	0
Şirvan	3	14	0	0
TOPLAM	28	80	1	1

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

**Tablo 5.2.7.2 Siirt İl ve İlçelerinde Sağlık Ocakları Durumu (2000)**

Siirt	Nüfus	Mevcut Sağlık Ocağı Sayısı			Faal Sağlık Ocağı Sayısı			Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfus	Araç	
		Kent	Kır	Top.	Kent	Kır	Top.		Hizmet	Ambulans
Merkez	129 709	6	4	10	6	3	9	12 971	0	1
Aydınlar	4 063	1	0	1	1	0	1	4 063	1	0
Baykan	28 003	1	2	3	1	2	3	9 334	1	2
Eruh	11 212	1	1	2	1	0	1	5 606	0	0
Kurtalan	50 830	2	3	5	2	2	4	10 166	3	2
Pervari	27 777	1	3	4	1	2	3	6 944	0	1
Şirvan	19 336	1	2	3	1	1	2	6 445	1	2
TOPLAM	270 930	13	15	28	13	10	23	9 676	6	8
GAP	6 613 496	200	232	432	196	189	385	15 309	131	135

TÜRKİYE	65 303 000			5 614			11 632		
---------	------------	--	--	-------	--	--	--------	--	--

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Siirt ilinde kentsel alanda 13, kırsal alanda 15 olmak üzere toplam 28 sağlık ocağı, 80 sağlık evi, bir AÇS AP. merkezi ve VSD. mevcuttur. Sağlık ocaklarından 5 tanesi kapalıdır. Ancak sağlık ocağı başına düşen nüfuslar il ortalaması ve ilçeler açısından yeterlidir. Genelde hizmet araçları ve ambulans ihtiyacı vardır.

**Tablo 5.2.7.3 Siirt İl ve İlçelerinde Sağlık Evlerinin Durumu (2000)**

Siirt	Mevcut Sağlık Evi Sayısı	Faal Sağlık Evi Sayısı
Merkez	21	3
Aydınlar	3	1
Baykan	12	1
Eruh	10	3
Kurtalan	12	2
Pervari	8	2
Şirvan	14	2
TOPLAM	80	14

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

80 Sağlık evinden 66 adedi (% 82) kapalıdır.

**Tablo 5.2.7.4 Siirt İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Sayısı (2000)**

Siirt	Prt. Hekim	Prt. Hekim Başına Düşen Nüfus	Sağlık Memuru	Sağlık Memuru Başına Düşen Nüfus	Henşire	Hemşire Başına Düşen Nüfus	Ebe	Ebe Başına Düşen Nüfus
Merkez	11	11 792	16	8 107	23	5 640	13	9 978
Aydınlar	3	1 354	2	2 032	2	2 032	1	4 063
Baykan	5	5 601	4	7 001	8	3 500	5	5 601
Eruh	1	11 212	3	3 737	1	11 212	1	11 212
Kurtalan	8	6 354	7	7 261	7	7 261	6	8 472
Pervari	6	4 630	2	13 889	4	6 944	3	9 259
Şirvan	3	6 445	4	4 834	8	2 417	3	6 445
TOPLAM	37	7 322	38	7 130	53	5 112	32	8 467

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Siirt ilinde birinci basamak kurumlarda sağlık personeli başına düşen nüfuslar incelendiğinde Eruh'ta pratisyen hekim , hemşire ve ebe ihtiyacı, Pervari'de sağlık memuru ihtiyacı olduğu görülmektedir.

**Tablo 5.2.7.5 Siirt İl ve İlçelerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000)**

SİİRT	Yatak		Yatak İşgal Oranı	Hekim Sayısı		Yoğun Bakım Ünitesi	Kan Merkezi	Hemo-Diyaliz Ünitesi
	Kadro	Fiili		Üz.	Prt.			
Siirt Devlet Hast.	200	150	49.9	19	3	1	1	1
Kurtalan Devlet Hast.	30	25	0	0	6	0	0	0
Eruh Devlet Hast.	30	20	0	0	3	0	0	0
Pervari Devlet Hast.	25	10	28.5	0	2	0	0	0
TOPLAM	285	205	37.9	19	14	1	1	1

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Siirt ilinde Sağlık Bakanlığına ait 4 kurumda toplam 285 kadro yatağı mevcuttur. Ancak bunların 80 adedi (% 25) faal değildir. İlçe Devlet Hastanelerinin hiç birinde uzman hekim bulunmamaktadır. Bu kurumlarda sağlık hizmetleri pratisyen hekimlerce ayaktan teşhis ve tedavi hizmeti olarak verilmektedir.

10 000 Nüfusa düşen yatak 10,5'tir. Bu sayı bölge ve ülke ortalamasının çok gerisindedir. Fiili yataklar dikkate alınırsa durum daha da kötüdür.

### 5.2.8. ŞANLIURFA

**Tablo 5.2.8.1 Şanlıurfa İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000)**

Şanlıurfa	Sağlık Ocağı	Sağlık Evi	AÇS AP.Merk.	Verem Sav.D.
Merkez	18	24	1	1
Akçakale	3	9	1	0
Birecik	7	9	1	1
Bozova	5	10	0	0
Ceylanpınar	3	4	1	0
Halfeli	3	11	0	0
Harran	1	8	0	0
Hilvan	4	7	0	0

Siverek	11	18	1	1
Suruç	5	13	1	1
Viranşehir	4	10	1	1
TOPLAM	64	123	7	5

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

**Tablo 5.2.8.2 Şanlıurfa İl ve İlçelerinde Sağlık Ocakları Durumu (2000)**

Şanlıurfa	Nüfus	Mevcut Sağlık Ocağı Sayısı			Faal Sağlık Ocağı Sayısı			Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfus	Araç	
		Kent	Kır	Top.	Kent	Kır	Top.		Hizmet	Ambulans
Merkez	618 059	11	7	18	11	7	18	34 337	0	1
Akçakale	69 146	2	1	3	2	1	3	23 049	2	0
Birecik	78 028	5	2	7	5	2	7	13 005	3	0
Bozova	77 396	3	2	5	3	2	5	15 479	1	1
Ceylanpınar	50 523	2	1	3	2	1	3	16 841	1	0
Halfeli	35 048	3	0	3	3	0	3	11 683	1	1
Harran	46 313	1	0	1	1	0	1	46 313	1	1
Hilvan	33 459	1	3	4	1	2	3	8 365	0	1
Siverek	151 937	3	8	11	3	4	7	13 812	1	0
Suruç	98 495	2	3	5	2	3	5	24 624	1	0
Viranşehir	201 136	2	2	4	2	0	2	50 284	1	0
TOPLAM	1 459 540	35	29	64	35	22	57	22 805	12	5
GAP	6613496	200	232	432	196	189	385	15 309	131	135
TÜRKİYE	65303000			5614				11 632		

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Şanlıurfa ilinde kentsel alanda 35, kırsal alanda 29 olmak üzere toplam 64 sağlık ocağı, 123 sağlık evi, 4 AÇS AP merkezi ve 5 verem savaş dispanseri mevcuttur.

Kırsal kesimdeki 7 sağlık ocağı kapalıdır. Mevcut sağlık ocağı başına düşen nüfus il geneline göre hesaplanırsa 22 805'dir ve Türkiye ortalamasının iki katı kadardır. İşlevsel sağlık ocağı sayısı dikkate alınır bu oran daha olumsuzdur. İlçeler arasında anlamlı farklar bulunmaktadır. Viranşehir, Harran, merkez ilçe ve Akçakale sağlık ocağı başına düşen nüfus açısından il ortalamasına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

**Tablo 5.2.8.3 Şanlıurfa İl ve İlçelerinde Sağlık Evlerinin Durumu (2000)**

Şanlıurfa	Mevcut Sağlık Evi Sayısı	Faal Sağlık Evi Sayısı
Merkez	24	3

Akçakale	9	1
Birecik	9	1
Bozova	10	1
Ceylanpınar	4	0
Halfeli	11	2
Harran	8	2
Hilvan	7	0
Siverek	18	2
Suruç	13	3
Viranşehir	10	1
<b>TOPLAM</b>	<b>123</b>	<b>16</b>

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Sağlık evlerinin 87'si kapalıdır. 123 sağlık evinden sadece 16'sında ebe mevcuttur.

**Tablo 5.2.8.4 Şanlıurfa İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Sayısı (2000)**

Şanlıurfa	Prt. Hekim	Prt. Hekim Başına Düşen Nüfus	Sağlık Memuru	Sağlık Memuru Başına Düşen Nüfus	Hemşire	Hemşire Başına Düşen Nüfus	Ebe	Ebe Başına Düşen Nüfus
Merkez	119	5 194	93	6 646	255	2 424	177	3 492
Akçakale	9	7 683	6	11 524	14	4 939	15	4 610
Birecik	34	2 295	12	6 522	43	1 815	34	2 295
Bozova	9	8 600	8	9 675	8	9 675	15	5 160
Ceylanpınar	11	4 593	7	7 218	15	3 368	13	3 886
Halfeli	7	5 007	4	8 762	6	5 841	9	3 894
Harran	4	11 578	1	46 313	2	23 157	4	1 578
Hilvan	7	4 780	6	5 577	7	4 780	10	3 346
Siverek	23	6 606	15	10 129	32	4 748	38	3 998
Suruç	15	6 566	9	10 944	21	4 690	20	4 925
Viranşehir	8	25 142	4	50 284	22	9 143	17	1 832
<b>TOPLAM</b>	<b>246</b>	<b>5 933</b>	<b>165</b>	<b>8 846</b>	<b>425</b>	<b>3 434</b>	<b>352</b>	<b>4 146</b>

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Şanlıurfa ilinde 2000 yılı sonu itibari ile birinci basamak sağlık kurumlarında 246 pratisyen hekim, 165 sağlık memuru, 425 hemşire ve 352 ebe görev yapmaktadır.

Pratisyen hekim başına düşen nüfus dikkate alındığında Viranşehir ilçesi il ortalamasının 4 katından fazla, Harran ilçesi iki katına yakın nüfusa bakmaktadır.

Sağlık memuru başına düşen nüfus açısından ilçeler arasında büyük farklılık görülmektedir. Harran ve Viranşehir ilçelerinde il ortalamasının 5 katı kadar nüfusa bir sağlık memuru düşmektedir.

Hemşire başına düşen nüfus dikkate alındığında, Harran il ortalamasının 7 katı kadar, Bozova 3 katına yakın nüfusa bakmaktadır.

Ebe başına düşen nüfus il genelinde ortalama 4146'iken Viranşehir ilçesinde 11 832 olarak hesaplanmıştır. Bu olumsuzluğun yanında Harran ilçesi 1578 nüfusa bir ebe ile il geneline göre çok iyi durumdadır.

**Tablo 5.2.8.5 Şanlıurfa İl ve İlçelerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000)**

Şanlıurfa	Yatak		Yatak İşgal Oranı	Hekim Sayısı		Yoğun Bakım Ünitesi	Kan Merkezi	Hemo-Diyaliz Ünitesi
	Kadro	Fiili		Üz.	Prt.			
Şanlıurfa Devlet Hst.	250	250	60.0	50	21	1	1	1
Doğum ve Çocuk Hst	175	193	73.0	20	24	0	0	0
Akçakale Devlet Hst.	25	25	0	1	6	0	0	0
Birecik Devlet Hast.	150	104	17.5	7	11	0	1	1
Ceylanpınar Dev.Hst.	50	10	0	0	6	0	0	0
Hilvan Devlet Hast.	25	10	0	0	5	0	0	0
Siverek Devlet Hast.	100	80	30.2	8	4	0	0	0
Suruç Devlet Hast.	50	15	0	0	6	0	0	0
Viranşehir Dev. Hst.	50	38	40.2	6	6	0	0	0
Bozova Sağlık Merk.	10	20	0	0	2	0	0	0
Halfeti Sağlık Merk.	10	0	0	0	3	0	0	0
Harran Ü.Tıp Fak.Hst	100	103	59.4	58	36	1	0	0
SSK Şanlıurfa Hast.	200	250	57.7	34	9	1	1	0
Özel Şan Med Hast.	19	19	47.0	1	2	0	0	0
TOPLAM	1214	1117	50.4	185	141	3	3	2

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Şanlıurfa ilinde 14 kurumda toplam 1214 kadro yatağı mevcuttur. Bunlardan 11 kuruma ait 895 kadro yatak Sağlık Bakanlığına bağlıdır. Bu yataklardan 745'i fiilidir. Fiili yataklar bir kısım kurumlarda artarken bir kısmında azalmaktadır.

Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde 175 kadro yatak mevcut iken 193 yatak ile hizmet vermektedir. SSK Hastanesi 200 kadro yatak yerine 250 yatak ile hizmet vermektedir. Bu durum bu kuruluşların yatak ihtiyacı olduğunu ifade etmektedir.

Bazı kurumların yatak ihtiyacına karşın Akçakale, Ceylanpınar, Hilvan ve Suruç Devlet Hastaneleri ile Bozova ve Halfeti Sağlık Merkezleri yataklı hizmet vermemektedirler. Bu 6 kuruma ait 170 kadro yatak kullanılmamaktadır. Adı geçen kurumlardan Akçakale Devlet Hastanesi dışında hiç birinde uzman hekim bulunmamaktadır. Bu kurumlarda sadece pratisyen hekimler poliklinik hizmeti vermektedirler.

10 000 Nüfusa düşen yatak sayısı 8.3'tur. bu oran bölge (13.1) ve Türkiye ortalamasına (24.3) göre olumsuzdur. Bir yatağa düşen nüfus 1202'dir. Bu sayı Türkiye ortalamasının (411) ve bölge ortalamasının (764) gerisindedir. Fiili yatak sayıları ve hizmet vermeyen yataklar dikkate alınırsa bu sonuçlar daha da olumsuz olacaktır.

### 5.2.9. ŞIRNAK

**Tablo 5.2.9.1 Şırnak İl ve ilçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000)**

Şırnak	Sağlık Ocağı	Sağlık Evi	AÇS AP.Merk.	Verem Sav.D.
Merkez	7	8	1	1
Beytüşşebap	2	5	0	0
Cizre	4	4	0	1
Güçlükonak	2	2	0	0
İdil	4	5	0	0
Silopi	5	9	0	0
Üludere	6	2	0	0
TOPLAM	30	35	1	2

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

**Tablo 5.2.9.2 Şırnak İl ve ilçelerinde Sağlık Ocakları Durumu (2000)**

Şırnak	Nüfus	Mevcut Sağlık Ocağı Sayısı			Faal Sağlık Ocağı Sayısı			Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfus	Araç	
		Kent	Kır	Top.	Kent	Kır	Top.		Hizmet	Ambulans
Merkez	79311	3	4	7	3	4	7	11 330	0	1
Beytüşşebap	18492	1	1	2	1	1	2	9 246	0	3
Cizre	79751	2	2	4	2	1	3	19 938	1	0
Güçlükonak	5585	1	1	2	1	0	1	2 793	0	1
İdil	60196	1	3	4	1	2	3	15 049	0	1
Silopi	71065	2	3	5	2	3	5	14 213	0	1



Üludere	30724	1	5	6	1	4	5	5 121	0	1
TOPLAM	345124	11	19	30	11	15	26	11 504	1	8
GAP	6613496	200	232	432	196	189	385	15 309	131	135
TÜRKİYE	65303000			5614				11 632		

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Şırnak ilinde kentsel alanda 11, kırsal alanda 19 olmak üzere toplam 30 sağlık ocağı, 35 sağlık evi, 1 AÇS AP. merkezi ve bir VSD mevcuttur. Sağlık ocaklarından 4 adedi kapalıdır. Mevcut sağlık ocağı başına düşen nüfus 11 504 olup ülke ortalaması düzeyindedir. Ancak ilçeler arasında fark vardır. Cizre ve İdil'de ülke ortalamasından kötü durumdadır. Sağlık ocaklarının hemen hepsinde hizmet aracı yoktur.

**Tablo 5.2.9.3 Şırnak İl ve İlçelerinde Sağlık Evlerinin Durumu (2000)**

Şırnak	Mevcut Sağlık Evi Sayısı	Faal Sağlık Evi Sayısı
Merkez	8	1
Beytüşşebap	5	0
Cizre	4	1
Güçlükonak	2	0
İdil	5	0
Silopi	9	2
Üludere	2	0
TOPLAM	35	4

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

35 Binalı sağlık evinden % 88.6'sı kapalıdır.

**Tablo 5.2.9.4 Şırnak İl ve İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Sayısı (2000)**

Şırnak	Prt. Hekim	Prt. Hekim Başına Düşen Nüfus	Sağlık Memuru	Sağlık Memuru Başına Düşen Nüfus	Hemşire	Hemşire Başına Düşen Nüfus	Ebe	Ebe Başına Düşen Nüfus
Merkez	19	4 174	14	5 665	45	1 763	48	1 652
Beytüşşebap	1	18 492	2	9 246	9	2 055	5	3 698
Cizre	8	9 968	6	13 292	13	6 135	10	7 975
Güçlükonak	3	1 862	1	5 585	1	5 585	2	2 793

İdil	6	10 033	3	20 065	6	10 033	1	60 196
Silopi	6	11 844	5	14 213	15	4 738	14	5 076
Üludere	4	30 724	2	15 362	7	4 389	7	4 389
<b>TOPLAM</b>	<b>44</b>	<b>7 844</b>	<b>33</b>	<b>10 458</b>	<b>96</b>	<b>3 595</b>	<b>87</b>	<b>3 967</b>

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Şırnak ilinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında 44 pratisyen hekim, 33 sağlık memuru, 96 hemşire ve 87 ebe görev yapmaktadır. Merkez ilçe ve Güçlükönak ilçesi sağlık personeli açısından iyi durumdayken İdil ilçesinde önemli personel açığı vardır. Yine pratisyen ve sağlık memuru başına düşen nüfuslar merkez ve Güçlükönak haricinde il ortalamasının 2-3 katı kadardır.

**Tablo 5.2.9.5 Şırnak İl ve İlçelerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000)**

Şırnak	Yatak		Yatak İşgal Oranı	Hekim Sayısı		Yoğun Bakım Ünitesi	Kan Merkezi	Hemo-Diyaliz Ünitesi
	Kadro	Filili		Üz.	Prt.			
Şırnak Devlet Hast.	50	50	20.0	3	5	0	0	0
Cizre Devlet Hasta.	75	75	47.8	8	3	0	0	0
İdil Devlet Hast.	30	25	0.0	0	4	0	0	0
Silopi Devlet Hast.	30	6	7.3	3	9	0	0	0
Beytüşşebap Sağ.Mrk	15	3	0	0	2	0	0	0
Üludere Sağlık Merk.	15	1	0	0	5	0	0	0
<b>TOPLAM</b>	<b>215</b>	<b>160</b>	<b>28.9</b>	<b>14</b>	<b>28</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

Şırnak ilinde Sağlık Bakanlığına bağlı 6 kurumda 215 kadro yatağı mevcuttur. Ancak bunların 55 adedi faal değildir. Yine Cizre Devlet Hastanesi hariç ilçe Devlet Hastaneleri ve Sağlık Merkezlerinde uzman hekim bulunmadığı için bu kurumlar yataklı hizmet verememektedir.

10 000 Nüfusa düşen yatak sayısı 6.2'dir. Ancak hizmet veren yataklar dikkate alınsa bu sayı 4,3'e düşmektedir. Bu sonuç bölge ve ülke ortalamasının çok gerilerindedir.

Hiçbir yataklı kurumda yoğun bakım ünitesi, kan merkezi ve hemodiyaliz ünitesi yoktur.

### 5.3. GAP BÖLGESİNDE MEVCUT DURUM

#### 5.3.1. SAĞLIK KURUMLARI

##### 5.3.1.1. Birinci Basamak Sağlık Kurumları

**Tablo 5.3.1.1.1. GAP İllerinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Dağılımı (2000)**

İLLER	Sağlık Ocağı		Sağlık Evi		AÇS--AP Merk.	Verem Sav. D.	Halk Sağ.Lab.
	Mevcut	Fiili	Mevcut	Fiili			
Adıyaman	66	62	125	33	4	4	1
Batman	25	22	54	14	1	1	1
Diyarbakır	77	61	110	16	4	4	1
Gaziantep	69	69	118	31	4	4	1
Kilis	11	11	27	27	1	1	-
Mardin	62	54	109	17	2	2	1
Siirt	28	23	80	14	1	1	1
Şanlıurfa	64	57	123	16	7	5	1
Şırnak	30	26	35	4	1	2	-
GAP	432	385	781	172	25	24	7
Türkiye	5614		11766		288	271	78

**Kaynak:** İl Sağlık Müdürlükleri verileri.

GAP illerinde birinci basamak sağlık hizmeti sunan 432 Sağlık Ocağı ve bunlara bağlı 781 Sağlık Evi, 25 AÇS ve AP., 24 Verem Savaş Dispanseri ve 7 Halk Sağlığı Laboratuvarı olduğu belirlenmiştir. Sağlık ocaklarından 385'i, sağlık evlerinden 172'si işlevseldir. Bu kuruluşların illere göre dağılımı Tablo-5.3.1.1.1'de verilmiştir.

**Tablo 5.3.1.1.2.GAP İllerinde Sağlık Ocaklarının Durumu (2000)**

İLLER	Mevcut			Hizmet Veren			Kapalı			Kapalı Sağlık Ocağı %	İnşaatı Devam Eden		
	Kent	Kır	Top.	Kent	Kır	Top.	Kent	Kır	Top.		Kent	Kır	Top.
Adıyaman	19	47	66	18	44	62	1	3	4	6.0	0	1	1
Batman	13	12	25	13	9	22	0	3	3	12.0	0	1	1
Diyarbakır	34	43	77	33	28	61	1	15	16	20.8	1	1	0
Gaziantep	46	23	69	46	23	69	0	0	0	0.0	5	2	7
Kilis	8	3	11	8	3	11	0	0	0	0.0	1	0	1

Mardin	21	41	62	19	35	54	2	6	8	12.9	1	5	6
Siirt	13	15	28	13	10	23	0	5	5	17.8	1	2	3
Şanlıurfa	35	29	64	35	22	57	0	7	7	10.9	0	0	0
Şırnak	11	19	30	11	15	26	0	4	4	13.3	0	0	0
GAP	200	232	432	196	189	385	4	43	47	10.9	9	12	21
Türkiye			5614										

**Kaynak:** İl Sağlık Müdürlükleri verileri.

Not: Belediyesi olan yerleşim yerleri kent olarak değerlendirilmiştir.

Sağlık ocakları birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verildiği temel sağlık birimleridir. Ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, sağlık eğitimi, bulaşıcı hastalıklarla savaş, erken tanı, evde ve ayakta hasta tedavisi, acil tedavi, okul sağlığı, adli hekimlik, çevre sağlığı hizmetleri, gıda denetimi, su sağlığı, doğum-ölüm raporları, temel demografik ve sağlık kayıtları, çeşitli amaçlarla sağlam kişi muayenesi sağlık ocakları tarafından verilen hizmetler olarak sıralanabilir.

İllere göre sağlık ocaklarının durumu incelendiğinde 200'ünün kent, 232'sinin kırsal bölgede olduğu görülmektedir. Bu sağlık ocaklarından kentsel bölgede 4 (% 2), kırsal bölgede 43 (% 18.5), adet olmak üzere toplam 47'sinin (% 10.9) faal olmadığı saptanmıştır. Bölgenin doğusunda kalan illerde kapalı sağlık ocağı sayısının daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. (Batman, Diyarbakır, Mardin, Siirt, Şırnak) Halen bölgede kentsel alanda 9, kırsal alanda 12 olmak üzere toplam 21 sağlık ocağının inşaatı devam etmektedir.

Sağlık ocaklarında yukarıda sayılan hizmetlerin verilebilmesi için araca ihtiyaç vardır. Ancak sağlık ocaklarının çoğunda hizmet aracı mevcut değildir. Ambulans ise bazı sağlık ocaklarında yoktur. Bölgedeki toplam 432 sağlık ocağında 131 hizmet aracı ve 135 ambulans mevcuttur. İl merkezlerinde hizmet araçlarının çoğu Sağlık Müdürlükleri bünyesinde toplanmış ve sağlık ocaklarının mobil hizmetleri bu araçlarla yürütülmektedir. Yapılan gözlemler mevcut araçların çoğunun eski model, verimsiz, fazla yakıt harcayan, ambulansların ise donanımlarının yetersiz olduğu şeklindedir.

**Tablo 5.3.1.1.3 GAP İllerinde Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinin Durumu (2000)**

İLLER	Mevcut Sağlık Ocağı Sayısı	Faal Sağlık Ocağı Sayısı	Faal Sağ. Oc. Başına Düşen Nüfus	Planlanan Sağlık Evi Sayısı	Mevcut Sağlık Evi Sayısı	Faal Sağ. Evi Sayısı	İnşaatı Devam Eden S.E.	İnşaatı Gereken Sağlık Evi
Adıyaman	66	62	11 600	127	125	33	1	1
Batman	25	22	17 089	105	54	14	19	32
Diyarbakır	77	61	17 817	205	110	16	20	75
Gaziantep	69	69	17 131	131	118	31	-	13
Kilis	11	11	9 290	27	27	27	-	-

Mardin	62	54	11 112	154	109	17	18	27
Siirt	28	23	9 676	106	80	14	6	20
Şanlıurfa	64	57	22 805	172	123	16	22	27
Şırnak	30	26	11 504	75	35	4	3	37
GAP	432	385	15 309	1102	781	172	89	232
Türkiye	5614		11 632		11.766			

**Kaynak:** İl Sağlık Müdürlükleri verileri.

Sağlık Bakanlığı 1999 Yılı 3. Dönem Faaliyet Raporu

Çalışmamız sırasında illerin kentsel ve kırsal nüfus dağılımları elde edilememiştir. Bu nedenle sağlık ocakları başına düşen nüfus hesaplamaları il geneli nüfusuna göre yapılmış, kentsel ve kırsal nüfusa göre yapılamamıştır.

GAP Bölgesinde sağlık ocağı başına düşen nüfus 15.309'dur. Sağlık ocağı dağılımı iller arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Örneğin Kilis'te sağlık ocağı başına düşen nüfus Türkiye ortalamasına göre daha iyi iken (9290), Şanlıurfa, Diyarbakır ve Batman gibi illerde Türkiye ortalamasının iki katı kadardır. Ancak kapalı sağlık ocakları nedeniyle özellikle kırsal alanda olmak üzere nüfusun bazı kesimlerine sağlık hizmeti verilememektedir.

Sağlık Bakanlığı 1999 yılı 3. Dönem Faaliyet Raporuna göre bölgede 192 kentsel alanda ve 275 kırsal alanda olmak üzere 470 adet sağlık ocağı planlanmıştır. Bunların bir kısmının inşaatı devam etmektedir. Hepsinin tamamlanması halinde sağlık ocağı başına düşen nüfus 14.071 olacaktır.

Sağlık evleri en uç noktada kurulmuş, en küçük hizmet birimleridir. Bu birimlerde çok yönlü hizmet verilmekle birlikte ana çocuk sağlığı ve kişiye yönelik koruyucu hizmetler başlıca görevlerdir.

GAP Bölgesi'nde 1102 adet köy sağlık evinin yapımı planlanmıştır. Bunlardan 781 adedinin binası mevcut olup 89 adet sağlık evi inşaatı devam etmektedir. İnşası gereken 232 sağlık evinin ise yatırım programına alınması gerekmektedir.

Binalı sağlık evlerinden % 78'i (609 adet) ebesi olmadığı için kapalıdır. Kapalı sağlık evlerinin çoğunun yıpranmaya terk edildiği veya amaç dışı kullanıldığı belirlenmiştir. Mevcut sağlık evlerinin işlevsel hale dönüştürülmesi beklenirken planlanan ve inşaatı devam eden sağlık evleri mevcuttur.

### 5.3.1.2 Yataklı Tedavi Kurumları

**Tablo 5.3.1.2.1 GAP İllerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Dağılımı (2000)**

İLLER	Toplam	Sağlık Bakanlığı	SSK	YÖK	Özel
-------	--------	------------------	-----	-----	------

	Kurum	Yatak	Kurum	Yatak	Kurum	Yatak	Kurum	Yatak	Kurum	Yatak
Adıyaman	9	685	8	635	1	50	0	0	0	0
Batman	4	214	2	130	1	50	0	0	1	34
Diyarbakır	17	2880	13	1465	1	330	1	1050	2	35
Gaziantep	13	2495	6	1125	1	580	1	400	5	390
Kilis	1	190	1	190	0	0	0	0	0	0
Mardin	5	475	5	475	0	0	0	0	0	0
Siirt	4	285	4	285	0	0	0	0	0	0
Şanlıurfa	14	1214	11	895	1	200	1	100	1	19
Şırnak	6	215	6	215	0	0	0	0	0	0
GAP	73	8653	56	5415	5	1210	3	1550	9	478
Türkiye	1171	158 938	734	84 022	115	27 062	42	24 094	280	23 760

**Kaynak:** İl Sağlık Müdürlükleri verileri.

Sağlık Bakanlığı 2000 yılı 1. Dönem Faaliyet Raporu

Sağlık Bakanlığı 1999 İstatistik Yılı

Not: Milli Savunma Bakanlığı'na ait kurum ve yataklar dahil değildir.

GAP Bölgesi'nde toplan 8653 yatak kapasitesine sahip 73 adet yataklı tedavi kurumu mevcuttur. Bunlardan toplam 5415 yatağı olan 56 hastane Sağlık Bakanlığı bünyesindedir. Geri kalanların 5'i Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi, 3'ü üniversite hastanesi, 9'u ise özel (bunlardan biri Amerikan Hastanesi) hastanedir.

Mevcut hasta yataklarının % 62.6'sı Sağlık Bakanlığı, % 14'ü SSK Genel Müdürlüğü, % 18'i üniversiteler bünyesinde olmak üzere % 94.5'i kamu kesimine, % 5.5'i ise özel kesime aittir. Bu oranlar Türkiye geneli için % 85 ve % 15 düzeyindedir.

**Tablo 5.3.1.2.2 GAP İllerinde Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu (2000)**

İLLER	Hastane Sayısı	Yatak		Yatak İşgal Oranı	10.000 Nüf. Düşen Yatak Sayısı	Yoğun Bakım Ünitesi	Kan Merkezi	Diyaliz Ünitesi
		Kadro	Fili					
Adıyaman	9	685	650	53.7	8.9	1	1	1
Batman	4	214	288	61.1	5.0	2	1	1
Diyarbakır	17	2880	2313	59.4	21.0	5	3	3
Gaziantep	13	2495	2093	60.8	21.1	5	2	2
Kilis	1	190	136	47.0	18.6	1	1	1
Mardin	5	475	305	46.8	6.9	1	1	1
Siirt	4	285	205	37.9	10.5	1	1	1
Şanlıurfa	14	1214	1117	50.4	8.3	3	3	2
Şırnak	6	215	160	28.9	6.2	0	0	0

GAP	73	8653	7267	47.0	13.1	19	13	12
Türkiye	1171	158 938		58.0	24.3			

**Kaynak:** İl Sağlık Müdürlükleri verileri.

Sağlık Bakanlığı 1999 Yılı 3. Dönem Faaliyet Raporu

Not: Milli Savunma Bakanlığı'na ait kurum ve yatıklar dahil değildir.

GAP Bölgesinde 8653 yatak mevcuttur. Bir yatağa düşen nüfus bölgede 764, ülke genelinde ise 411'dir. Diğer bir ifadeyle bölgede on bin nüfusa düşen yatak sayısı 13.1, Türkiye genelinde ise 24.3'tür. (Milli Savunma Bakanlığı Kuruluşlarına ait yatıklar hariçtir.) Ancak Batman hariç bütün illerde mevcut yatıkların bir kısmı (% 16'sı) kullanılmamaktadır. Ayrıca bölgedeki ilçelerin çoğunda uzman hekim, yardımcı personel ve donanım olmadığı için yataklı tedavi hizmetleri verilmemektedir. Gelişmiş ülkelerde % 80 düzeyinde olan yatak kullanım oranı ülke genelinde % 58.0, bölgede ise % 47.0'dır. 10.000 nüfusa düşen yatak sayısı açısından Diyarbakır, Gaziantep, Kilis illeri Türkiye ortalamasına yakın iken, diğer iller GAP Bölgesi ortalamasının altındadır.

GAP Bölgesi tahmini nüfusuna göre Türkiye ortalaması olan 24.3 yatağa ulaşabilmek için bölgede 2005 yılında 18 290 , 2010 Yılında 20 877 yatak olması gerekir. Bu hesaplamada 2010 yılında Türkiye'de 10.000 nüfusa düşen yatak sayısındaki artış dikkate alınmamıştır. Bu da dikkate alınırsa yatak ihtiyacının daha da fazla olacağı açıktır.

2000 yılı yatırım programında yer alan hastane projelerinin zamanında tamamlanması halinde bölgedeki mevcut yatak kapasitesine

Devlet Hastaneleri 2595

Harran Üni.Araş.ve Uyg.Hast. 400

SSK Genel Müdürlüğü 600 adet olmak üzere

Toplam: 3595 adet yatak ilave edilmiş olacaktır.

Böylece bölgedeki yatak sayısı 12.248'e yükselmiş olacak ve 2005 yılında olması muhtemel nüfus dikkate alındığında bir yatağa 615 kişi düşecek, diğer bir ifadeyle on bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı 16.3'e yükselmiş olacaktır.

Ancak yatırım programında yer alan, özellikle yeni projelerin fiziki gerçekleştirmeleri dikkate alındığında, projelerin öngöröldükleri dönemde gerçekleştirmeleri pek mümkün gözükmemektedir.

Bölgede 73 yataklı tedavi kurumu mevcut olmasına karşın bunlardan sadece 19'unda yoğun bakım ünitesi, 11'inde kan merkezi ve 14'ünde diyaliz ünitesi mevcuttur.

GAP Bölgesi illerinde üniversite hastaneleri dahil hiç bir yataklı tedavi kurumunda tam donanımlı yanık ünitesi bulunmamaktadır.

### 5.3.2 SAĞLIK İNSAN GÜCÜ

**Tablo 5.3.2.1 GAP Bölgesinde İllere Göre Sağlık Personelinin Dağılımı**

İLLER	Uzman Hekim	Prt. Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Sağlık Memuru	Hemşire	Ebe
Adıyaman	64	192	16	74	130	335	300
Batman	67	74	15	55	205	140	131
Diyarbakır	331	525	133	232	555	1037	554
Gaziantep	387	445	116	326	382	600	414
Kilis	22	98	4	28	54	183	97
Mardin	45	148	8	95	186	298	174
Siirt	22	51	5	44	123	148	93
Şanlıurfa	185	387	42	213	217	534	317
Şırnak	14	78	5	34	94	96	87
GAP	1137	1998	344	1101	1946	3371	2167
Türkiye	31 126	39 821	12 406	19 681	39 075	64 526	38 945

**Kaynak:** İl Sağlık Müdürlükleri verileri (2000)

Sağlık İstatistikleri, 1997, Sağlık Bakanlığı

Not: Tıp Fakültesi Araştırma Görevlileri Pratisyen Hekim Olarak Kabul Edilmiştir.

**Tablo 5.3.2.2 GAP Bölgesinde Sağlık Personeline Düşen Nüfus (2000)**

İLLER	Bir Hekime Düşen Nüfus	Bir Uzman Hekime Düşen Nüfus	Bir Prt. Hekime Düşen Nüfus	Bir Diş Hek. Düşen Nüfus	Bir Eczacıya Düşen Nüfus	Bir Sağ. Mem. Düşen Nüfus	Bir Hemşireye Düşen Nüfus	Bir Ebeye Düşen Nüfus
Adıyaman	2 990	11 962	3 987	47 850	10 346	5 889	2 285	2 552
Batman	3 030	6 376	5 773	28 482	7 768	2 069	3 052	3 261
Diyarbakır	1 603	4 145	2 613	10 315	5 913	2 472	1 323	2 476
Gaziantep	1 421	3 054	2 656	10 190	3 626	3 094	1 970	2 855
Kilis	852	4 646	1 043	25 552	3 650	1 893	558	1 054
Mardin	3 569	15 310	4 655	86 120	7 252	3 704	2 312	3 960
Siirt	3 473	12 315	5 312	54 186	6 157	2 202	1 830	2 913
Şanlıurfa	2 551	7 884	3 771	34 751	6 852	6 726	2 733	4 604
Şırnak	3 751	2 465	4 425	69 025	10 150	3 672	3 595	3 966
GAP	2 110	5 817	3 310	19 225	6 007	3 399	1 962	3 052
Türkiye	920	2 098	1 640	5 264	3 318	1 671	1 012	1 677

**Kaynak:** İl Sağlık Müdürlükleri verileri

Sağlık İstatistikleri, 1997, Sağlık Bakanlığı

GAP Bölgesi'nde bir sağlık personeli başına nüfus incelendiğinde Türkiye ortalamasının oldukça üzerinde olduğu görülmektedir. Yine iller arasında da önemli farklar vardır. Örneğin Kilis'te bir hekime düşen nüfus Türkiye ortalamasının altında (852)



iken, Mardin, Şırnak, Batman ve Adıyaman gibi illerde Türkiye ortalamasının üzerindedir.

Özellikle Mardin, Siirt ve Şırnak illeri başta olmak üzere bütün illerde bir dış hekime düşen nüfus Türkiye ortalamasının çok üstündedir. (2-15 kat)

**Tablo 5.3.2.3 GAP İllerinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Durumu (2000)**

İLLER	Pratisyen Hekim	Pratisyen Hek. Başına Düşen Nüfus	Sağlık Memuru	Sağ. Mem. Başına Düşen Nüfus	Hemşire	Hemşire Başına Düşen Nüfus	Ebe	Ebe Başına Düşen Nüfus
Adıyaman	144	5317	90	8 507	114	6716	182	4207
Batman	50	8545	50	8 545	51	8377	94	4545
Diyarbakır	155	8851	94	14 594	153	8967	204	6725
Gaziantep	286	4133	66	17 910	158	7481	241	4905
Kilis	78	1310	49	2 086	94	1087	77	1327
Mardin	110	6263	46	14 977	132	5219	128	5382
Siirt	37	7322	38	7 130	53	5112	32	8467
Şanlıurfa	246	5933	165	8 846	425	3434	352	4146
Şırnak	44	7844	33	10 458	96	3595	87	3967
GAP	1150	8751	631	10 481	1276	5183	1397	4734

Kaynak: İl Sağlık Müdürlükleri verileri

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında sağlık personelleri başına düşen nüfusa bakıldığında iller arasında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir. Örneğin GAP bölgesi ortalamasına göre Kilis ve Şanlıurfa illeri çok iyi durumdayken diğer iller daha gerilerdedir.

**Tablo 5.3.2.4 1990-2000 Yılları Sağlık İnsan Gücü Karşılaştırılması.**

	GAP Bölgesi			Türkiye		
	1990	2000	%	1990	2000	%
Hekim Sayısı	2 265	3 135	38.4	49 000	70 947	44.8
Uzman Hekim	896	1 137	26.9	24 915	31 126	24.9
Pratisyen Hekim	1 369	1 998	45.9	24 085	39 821	65.3
Bir Hekime Düşen Nüfus	2 277	2 110	-2.9	1 152	920	20.0
Uzman Hekim	5 756	5 817	1.1	2 266	2 098	7.4
Pratisyen Hekim	3 767	3 310	-12.1	2 345	1 640	-29.6
Dış Hekimi Sayısı	265	344	29.8	10 500	12 406	18.0

Bir Diş Hek. Düşen Nüfus	19 464	19 225	1.2	5 378	5 264	-2.1
Eczacı Sayısı	828	1 101	33.0	15 500	19 681	26.9
Bir Eczacıya Düşen Nüfus	6 229	6 007	-3.6	3 643	3 318	-8.9
Sağlık Memuru Sayısı	1 334	1 946	45.9	21 000	39 075	86.0
Bir Sağlık Mem. Düşen Nüfus	3 866	3 399	-12.1	2 689	1 671	37.8
Hemşire Sayısı	2 166	3 371	55.6	45 000	64 526	43.4
Bir Hemşireye Düşen Nüfus	2 381	1 962	-17.6	1 255	1 012	19.4
Ebe Sayısı	1 887	2 167	14.8	31 000	38 945	25.6
Bir Ebeye Düşen Nüfus	2 733	3 052	11.7	1 822	1 677	-7.9

Kaynak: Sağlık Bakanlığı verileri.  
GAP İdaresi verileri.  
İl Sağlık Müdürlükleri verileri.

GAP Bölgesinde nüfusa göre düşünüldüğünde Türkiye'deki sağlık personelinin % 10'unun bu bölgede olması beklenir. Ancak GAP Bölgesindeki sağlık personeli sayılarının bu oranın çok altında olduğu görülmektedir. 1990-2000 yıllarında sağlık insan gücü değişimleri açısından GAP Bölgesiyle Türkiye karşılaştırıldığında; Son on yıllık dönemde aradaki farkı azaltacak gelişmelerin sağlanamadığı anlaşılmaktadır.

GAP bölgesinde son on yılda sağlık personeli sayısındaki artışlar Türkiye'deki artışlara paralellik göstermektedir. Buna karşın sağlık personeli başına düşen nüfustaki azalmaların paralel gitmediği görülmektedir. Örneğin hekim sayısında GAP bölgesinde % 38.4 Türkiye'de % 44.8 artış olmuşken bir hekim başına düşen nüfus Türkiye'de % 20 azalmış, GAP bölgesinde ise ancak % 2.9 azalmıştır. Hatta uzman hekim, diş hekimi ve ebe sayıları artmasına rağmen bu personeller başına düşen nüfus azalmamıştır.

### 5.3.3 SAĞLIK GÖSTERGELERİ

Çalışmamız sonunda GAP Bölgesi illerinde temel sağlık göstergelerine (Bebek Ölüm Hızı, Çocuk Ölüm Hızı, Ana Ölüm Hızı, Kaba Ölüm Hızı, Kaba Doğum Hızı, Genel Doğurganlık Hızı, Toplam Doğurganlık Hızı, en sık görülen ve en çok öldüren hastalıklar v.b.) ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak veri kaynaklarından bu göstergelerle ilgili güvenilir veri elde edilememiştir. Bu nedenle çalışmamızda Sağlık Bakanlığı verileri kullanılmamıştır. Ancak yapılan bazı çalışmalar temel sağlık göstergelerinin ülke ortalamasına göre olumsuz olduğunu göstermektedir.

**Tablo 5.3.3.1 Bazı Temel Sağlık Göstergelerinin Durumu**

	Türkiye Ortalaması		Batı		Doğu	
	1993	1998	1993	1998	1993	1998
Öğrenimi olmayan Erkek nüfus (%)	23.0	10.7	8.6	6.7	23.0	23.4

Öğrenimi olmayan Kadın Nüfus (%)	29.1	25.4	20.1	17.0	48.1	46.4
Öğrenimi olmayan Kadın Nüfus (%) (15-49 Yaş)	27.1	16.7	15.8	9.9	55.8	39.5
Toplam Doğurganlık Hızı (TDH)	2.7	2.6	2.0	2.0	4.4	4.2
Karşılanmamış Aile Planlaması ihtiyacı	12.0	10.1	5.9	5.7	28.7	23.8
Modern Aile Plan. yöntemi kullanan kadın oranı	34.5	37.7	37.3	40.5	26.3	26.7
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	52.6	42.7	42.7	32.8	60.0	61.5
5 Yaş altı çocuk ölüm hızı (Binde)	60.9	52.1	48.0	38.3	70.4	75.9
Doğum Öncesi Bakım almayan kadın oranı (%)	37.0	31.5	13.7	13.9	65.8	60.6
Tetanos aşısı olmayan gebe (%)	57.6	53.5	56.4	59.8	75.4	73.1
Evde Doğum oranı (%)	40.2	26.7	19.8	12.7	69.6	54.4
Tam aşıllı çocuk (%) (12-23 ay)	64.7	45.7	76.0	50.2	40.6	22.9
5 Yaş altı çocuklarda ASYE prevalansı (%)	12.4	?	7.5	?	15.4	?
5 Yaş altı çocuklarda ishal prevalansı (%)	24.8	29.7	19.9	21.8	33.3	39.7
Yaşa göre boyu -3 SD'nin altındaki çocuk (%)	5.9	6.1	1.6	3.6	12.7	12.9

**Kaynak:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (1993-1998)

**Not:** Doğu İlleri Adıyaman, Ağrı, Bingöl, Bitlis, Diyarbakır, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gümüşhane, Kars, Malatya, Kahramanmaraş, Mardin, Muş, Siirt, Sivas, Tunceli, Şanlıurfa, Van, Bayburt, Batman, Şırnak, Ardahan, Iğdır

Doğu illerinde bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı çocuk ölüm hızlarının batı illerinin iki katı olduğu görülmektedir. Bu oranların Türkiye ve batı illerinde 1993 ile 1998 yılları arasında azaldığı halde doğu illerinde arttığı dikkat çekmektedir.

**Tablo 5.3.3.2Aşılama Oranları (%) (1999)**

İLLER	Hedef Nüfus	DBT-1	DBT-3	Kızamık	BCG	Gebe Tetanosu-II
Adıyaman	19 751	67	61	62	56	25
Batman	16 950	54	43	50	44	9
Diyarbakır	48 088	39	23	38	36	7
Gaziantep	33 876	117	89	92	115	29
Kilis	3 193	99	95	92	73	34
Mardin	27 091	46	35	39	27	7
Siirt	10 593	79	66	66	44	8
Şanlıurfa	49 197	66	45	53	39	5
Şırnak	14 514	36	24	36	15	4
GAP	223 253	64	47	54	49	12
Türkiye			75.7	73.6	71.6	

**Kaynak:** Hamzaoğlu O (Ocak 2000); Türkiye'de Aşılama, Yayınlanmamış Çalışma.

Tablo 5.3.3.2'de 1999 yılına ait bazı aşılama oranları verilmiştir. Bölge illeri arasında farklılıklar olmakla beraber bağışıklama oranları Türkiye ortalamasının hayli gerisindedir.

GAP illerinde bağışıklama oranlarına düşük olmasının bazı nedenleri; şiddet ortamı ve göçe bağlı nüfus hareketliliği, personelin motivasyon eksikliği, yönetsel sorunlar, sağlık personelinin dağılım sorunları, eğitim yetersizliği olduğu gözlenmiştir. GAP Bölge illeri arasında aşılama oranları açısından önemli farklılıklar vardır. Doğu illerinde oran daha olumsuzdur. Kırsal kesimin de dezavantajlı olduğu gözlemlenmiştir.

Bölgeye yönelik hızlı ve planlı bir çalışma ile bağışıklık düzeyini yükseltmek, böylece aşıyla önleneyen hastalıkların oranını azaltmak sağlık düzeyinin yükselmesinde önemli rol oynayacaktır.

**Tablo 5.3.3.3. GAP İllerinde Bazı Bulaşıcı Hastalıkların Dağılımı**

İLLER	Tifo	İshalli Hast.	Amipli Dizant.	Basilli Dizant.	Brucella	Hepatit A	Hepatit B	Sıtma	Tbc	Kızamık	Boğ- maca
Adıyaman	181	2 270	58	5	169	48	15	3	163	301	2
Batman	2 939	17 220	46	21	1 038	50	42	5 594	21	161	36
Diyarbakır	7 172	25 771	4 687	89	2 254	385	311	2 581	479	248	39
Gaziantep	6 289		6 242	110	712	1 723	49	22		3 376	55
Kilis	81		3	7	13	6	2	0		29	0
Mardin	1 540		129	53	475	25	44	581		97	3
Siirt	1 060	483	531	62	298	13	3	235	817	91	3
Şanlıurfa	2 879	22 558	2 377	25	1 141	33	28	575	10	133	0

Şırnak	279	8 370	97	39	169	15	3	164	13	340	16
GAP	22 420	76 672	14 170	411	6 547	2 298	497	9 755	1 503	4 776	154
Türkiye	25 731		23 723	1 093	10 565	10 435	4 115	11 432		16 244	510

**Kaynak:** İl Sağlık Müdürlükleri verileri. (Brifing Dosyaları) (1999-2000)  
Sağlık Bakanlığı verileri (2000)

Su ve besinlerle bulaşan bazı hastalıkların (tifo, ishalleri hastalıklar, amipli dizanteri, basilleri dizanteri, brucella, hepatit, v.s.) dağılımına bakıldığında Türkiye'deki olguların büyük çoğunluğunun Bölge illerinden bildirilen olgular olduğu görülmektedir. Ancak bildirimlerin yetersiz olduğu bilinmektedir. Hastalık surveyan sistemindeki mevcut sorunlar nedeniyle gerçek sayıların bildirimlerin üzerinde olduğu tahmin edilmektedir. Bölgede yıllardır yaşanan şiddet ortamı, çözülemeyen çevre ve alt yapı sorunları, göçe bağlı nüfus hareketleri nedeniyle olan gecekondulaşma, çarpık kentleşme, halkın sosyo-ekonomik durumu bu hastalıkların hala önemli bir halk sağlığı sorunu olarak devam etmesine neden olmaktadır.

Bağışıklama oranlarının düşüklüğü nedeniyle Bölgede aşı ile korunabilir hastalıklar (kızamık, boğmaca, difteri, Tbc gibi) görülmeye devam etmektedir.

Son yıllarda Türkiye'de sıtma olgularında düşüş olduğu bilinmektedir. Buna karşın Türkiye'de görülen sıtma olgularının % 75'i GAP illerinde görülmektedir. Diyarbakır, Batman ve Şanlıurfa illeri sıtma açısından kaynak teşkil etmektedir. GAP'la birlikte gelişecek sulu tarıma bağlı sıtma vakalarında artış olacağı düşünülmektedir.

Ayrıca Şanlıurfa ilinde şark çıbanı vakalarında artış gözlenmiştir.

**Tablo 5.3.3.4 GAP İllerinde Aile Planlaması Çalışmaları (2000)**

İLLER	15-49 Yaş Kadın Nüfusu	Kullanılan etkili yöntemler										Toplam
		Hap		Kondom		RİA		İnjesiyon		Tüp ligasyon		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Adıyaman	16 680	3446		9251		2022						14 719
Batman	9 400	5297		81432		818		1256		89		
Diyarbakır	301 000											
Gaziantep	260 000											4 432
Kilis	22 400	961		1731		1740						9 340
Mardin	151 580											31 179
Siirt	59 850	2904		4978		1458						

Şanlıurfa	321 000	8859		15769		5525		1026				
Şırnak	75 900											
GAP	1 217 810											
Türkiye	14 366 660											

**Kaynak:** İl Sağlık Müdürlükleri verileri. (Brifing Dosyaları) (1999-2000)

Not: 15-49 Yaş Kadın Nüfusları 2000 Yılı İl Nüfuslarının % 22'si Alınarak Hesaplanmıştır.

GAP illerinin çoğundan aile planlaması (AP) hizmetleri ile ilgili güvenilir ve yeterli veri elde edilememiştir. Bu nedenle etkin yöntem kullanma oranı ile ilgili de değerlendirme yapılamamıştır.

Önceki yılların kayıtlarına göre AP çalışmalarında artış gözlenmektedir, ancak yeterli düzeye gelmemiştir.

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre herhangi bir modern yöntem kullanan kadın Türkiye'de %34.5, Türkiye'nin Batı Bölgesinde 37.3'iken GAP illerinin çoğunun içinde yer aldığı Doğu Bölgesinde 26.3'tür.

Bölgede sağlık ocakları ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri gibi bu hizmetleri sunacak yeterli sayıda sağlık kuruluşunun mevcut olmasına karşın hizmetin yeterli düzeyde verilmediği özellikle hizmetin kırsal kesime götürülmesinde sorunlar olduğu gözlenmiştir.

### 5.3.4 ÇEVRE

Bölgenin temel alt yapı ve çevreyle ilgili bilgileri GAP Bölge Kalkınma İdaresi Kent-sel ve Kırsal Alan Mevcut Altyapı Durumu ve 1989 Master Plan Değerlendirmesi ile yaptığımız atölye çalışmasından elde edilmiştir.

#### 5.3.4.1 İÇME SUYU

Bölgede pek çok kentsel yerleşim yerinde içme ve kullanma suyu yetersiz, artım-sız ve kloruzdur.

**Tablo 5.3.4.1.1 GAP Bölgesindeki Belediyelerin İçme Suyu Tesisi Durumu (Adet) (2000)**

İLLER	BİTEN	İNŞAATI DEVAM EDEN	PROJESİ DEVAM EDEN
ADİYAMAN	11	6	0
BATMAN	7	2	3
DİYARBAKIR	13	13	4
GAZİANTEP	11	11	0
KİLİS	1	3	0
MARDİN	12	10	5

SİİRT	9	2	0
ŞANLIURFA	12	5	0
ŞIRNAK	3	6	2
TOPLAM	79	58	14

Kaynak: GAP BKİ (Kentsel ve Kırsal Alan Mevcut Altyapı Durumu ve 1989 Master Plan Değerlendirmesi) Kasım 2000.

**Tablo 5.3.4.1.2 GAP Bölgesindeki İl, İlçe ve Beldelerin İçme Suyu Şebekesi Mevcut Durumu (%)**

İLLER	SUYU VAR	SUYU YOK	İNŞAAT AŞAMASINDA	PROJE AŞAMASINDA
ADİYAMAN	17	7	76	0
BATMAN	23	0	75	2
DİYARBAKIR	19	1	79	1
GAZİANTEP	11	2	87	0
KİLİS	91	1	8	0
MARDİN	34	3	57	6
SİİRT	91	3	6	0
ŞANLIURFA	25	3	72	0
ŞIRNAK	0	0	0	0
GAP	23	3	72	2

Kaynak: GAP BKİ (Kentsel ve Kırsal Alan Mevcut Altyapı Durumu ve 1989 Master Plan Değerlendirmesi) Kasım 2000.

GAP Bölgesi'nin toplam nüfusunun %38'inin içme suyu şebekesi mevcuttur. Nüfusun %57'sine daha hizmet edecek olan içme suyu tesisleri inşaatı halen devam etmektedir. İnşaatlar tamamlandığında GAP Bölgesi toplam kentsel nüfusun % 95'i içme suyu şebekesine kavuşmuş olacaktır.

Bölgede mevcut su temini sistemlerinin büyük kısmı da finansman ve kalifiye eleman eksikliği gibi nedenlerle iyi işletilememekte, şebekelerde sık arızalar oluşmakta ve kesintisiz su sağlanmasında sorunlar yaşanmaktadır. Bu durum suyun kirlenme olasılığını artırmakta, özellikle yaz aylarında salgın hastalıkların artışında önemli rol oynamaktadır.

**Tablo 5.3.4.1.3 GAP İlleri Köy İçme Sularının Durumu (%) (1.1.2000)**

İLLER	SULU	YETERSİZ	SUSUZ
ADİYAMAN	80	8	12

BATMAN	57	26	17
DİYARBAKIR	49	23	28
GAZİANTEP	97	2	1
KİLİS	72	26	2
MARDİN	84	10	6
SİİRT	80	9	11
ŞANLIURFA	83	5	12
ŞIRNAK	66	24	10
GAP	75	12	13

**Kaynak:** GAP BKİ (Kentsel ve Kırsal Alan Mevcut Altyapı Durumu ve 1989 Master Plan Değerlendirmesi) Kasım 2000.

GAP Bölgesindeki köylerin % 39'unda içme suyu şebekesi mevcuttur ve köy nüfusunun % 42'sine hizmet etmektedir. Ancak şebekesi olan köyler bakımından iller arasında farklar vardır. Örneğin şebekesi olan köy oranı Gaziantep'te % 89 iken, Siirt'te % 3,4'tür.

GAP illerinde köy nüfusunun % 25'i susuz veya yetersiz içme suyuna sahiptir.

**Tablo 5.3.4.1.4 İllere Göre İçme Suyu Şebekesi Olan Köy Sayısı, Nüfusu ve Yüzdesi (1998)**

İçme Suyu Şebekesi Olan						
İller	Toplam Köy Sayısı	Toplam Köy Nüfusu	Köy Sayısı	Toplam İçindeki Payı (%)	Köy Nüfusu	Hizmet Ettiği Nüfus (%)
ADİYAMAN	377	218 916	86	22,8	53 505	24,4
BATMAN	257	110 554	130	50,6	49 913	45,1
DİYARBAKIR	812	350 311	234	28,8	101 392	28,9
GAZİANTEP	487	211 276	435	89,3	187 733	88,8
KİLİS	138	41 420	33	23,9	11 036	26,6
MARDİN	556	187 792	235	42,3	104 096	55,4
SİİRT	268	77 801	9	3,4	2 612	3,3
ŞANLIURFA	1011	445 270	412	40,7	177 200	39,8
ŞIRNAK	223	76 618	53	23,8	33 707	44,0
GAP	4129	1 719 558	1627	39,0	721 194	42,0
Türkiye	34 720	13 796 521	21 130	60,9	8 874 308	64,3

**Kaynak:** GAP BKİ (Kentsel ve Kırsal Alan Mevcut Altyapı Durumu ve 1989 Master Plan Değerlendirmesi) Kasım 2000.



### 5.3.4.2 KANALİZASYON:

GAP Bölgesinde genel olarak şebeke ve atık su arıtma tesisleri yetersiz seviyededir.

Bölgede toplam 196 belediye mevcut olup 56 belediyenin kanalizasyon şebekesi projeye alınmıştır.

2000 Yılı verilerine göre kanalizasyon şebekesi 196 belediyeden sadece 6 tanesinde (% 3) vardır. Yani belediyelerin % 87'sinin şebekesi yoktur. Halen % 10'unun inşaatı devam etmektedir.

Özellikle kentlerdeki yeni gelişme alanlarının hemen hemen hepsi kanalizasyon sistemine bağlı değildir ve sorunlarını foseptik çukurları gibi teknik ve sıhhi olmayan usullerle çözmeye çalışmaktadırlar. Belediye imkanları yetersiz olduğu için foseptik çukurları zamanında temizlenememekte ve taşan pisşular çevre ve insan sağlığını tehdit etmektedir.

Ayrıca kırsal kesimin büyük çoğunluğunda tuvaletler sağlıksız ve hayvan gübrelikleri açıktadır. Bu da sağlık koşullarını olumsuz yapmaktadır.

**Tablo 5.3.4.2.1 GAP Bölgesindeki Belediyelerin Kanalizasyon Tesisi Durumu (Adet) (2000)**

İLLER	BİTEN	İNŞAATI DEVAM EDEN	PROJESİ DEVAM EDEN
ADİYAMAN	1	3	3
BATMAN	1	0	3
DİYARBAKIR	0	2	8
GAZİANTEP	1	3	0
KİLİS	0	1	0
MARDİN	1	1	5
SİİRT	1	1	6
ŞANLIURFA	1	4	4
ŞIRNAK	0	4	2
TOPLAM	6	19	31

Kaynak: GAP BKİ (Kentsel ve Kırsal Alan Mevcut Altyapı Durumu ve 1989 Master Plan Değerlendirmesi) Kasım 2000.

**Tablo 5.3.4.2.2 GAP İlleri Merkez İlçe ve Beldelerinde Kanalizasyon Şebekesi Mevcut Durumu (%)**

İLLER	ŞEBEKE VAR	ŞEBEKE YOK	İNŞAATI DEVAM EDEN	PROJE AŞAMASINDA
-------	------------	------------	--------------------	------------------

ADİYAMAN	1	15	83	1
BATMAN	75	9	0	16
DİYARBAKIR	0	43	54	43
GAZİANTEP	5	6	89	0
KİLİS	24	33	27	16
MARDİN	24	33	27	16
SIİRT	0	0	0	0
ŞANLIURFA	7	5	71	17
ŞIRNAK	0	22	73	5
GAP	11	22	60	7

**Kaynak:** GAP BKİ (Kentsel ve Kırsal Alan Mevcut Altyapı Durumu ve 1989 Master Plan Değerlendirmesi) Kasım 2000.

Bir çok kentte atık su arıtma tesisi yoktur veya mevcut olanlar (Samsat, Suruç ve Şanlıurfa gibi) sistem işletilemediği için atıl durumdadır.

Bazı illerde (Diyarbakır, Şanlıurfa, Siirt gibi) atık sular sebze bahçelerinin sulanmasında kullanılmaktadır. Keza Adıyaman ilinde atık suların baraj gölüne deşarjı önlenmesi gereken önemli bir sorundur.

#### 5.3.4.3 KATI ATIK

GAP Bölgesinde hem kentsel hem de kırsal alanda katı atıkların biriktirilmesi, toplama ve imhasında sorunlar vardır.

Kentsel katı atıkların uygun biçimde biriktirilmesi, depolanması/taşınması ve uygun değerlendirme tesislerine veya noktalarına taşınması, bu noktalardaki alıcı ortamda çevresel etki yönünden sakınca yaratmayacak biçimde bertaraf edilmesi için hiçbir sağlıklı ve teknik önlemler getirilmemiştir.

Gaziantep bölgenin tek düzenli katı atık depolama tesisine sahip ilidir.

#### 5.3.4.4. DİĞER

Pek çok ilde kent merkezine olan yoğun göç sağlıksız kentleşmeye yol açmıştır. Böylece sağlıksız konut sayısı ve gecekondulaşma artmış, altyapı sorunları daha da önem kazanmıştır.

Bölgenin pek çok yerleşim yerinde canlı hayvan kesimleri sağlıksız koşullarda ve denetimsiz olarak yapılmaktadır. Bu da insan sağlığını olumsuz etkilemektedir.

Kentlerde başı boş hayvanlar, kemirici vektörler ve kent içi ahırlar önemli çevre sağlığı sorunudur.

Özellikle Adıyaman, Batman, Gaziantep gibi illerde hava kirliliği sorun oluşturabilmektedir.

## 6. ÖNCELİKLİ SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Bölgemizin sağlık sorunları temelde ülke genelinde de yaygın olan yoksulluk, işsizlik, göç, beslenme yetersizliği, hızla bozulan çevre ve niteliksiz sağlık hizmetleri gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır. Ancak bu sorunlar GAP bölgesinde çok daha yoğun olarak yaşanmaktadır. Toplumun sağlık düzeyinde herhangi bir iyileşme sağlanabilmesi için önce bu temel sorunların çözümü için çaba sarf edilmelidir.

Aşağıdaki bölümlerde temel sorunlara ek olarak, bölge özelinde daha sık rastlanan sorunların çözümleri yer almakta, zamandan tasarruf amacıyla genel sorunlar ve çözümleri tartışılmamaktadır. Bu yaklaşım hiçbir şekilde yerel sorunların çözümünün temel sorunların önüne geçtiği şeklinde yorumlanmamalıdır.

Türkiye, 180 ülke içinde gelir dağılımının en eşitsiz olduğu ülkeler arasında olup, yirminci sıradadır. Benzer kişi başı gelire sahip ülkelerdeki sağlık düzeyine göre, beklenen değerlerin de gerisinde olup, Dünya Sağlık Örgütü tarafından performansı yaklaşık -30 düzeyinde saptanmıştır. Ülkenin geneline yönelik olumsuzluk ülke içinde doğu-batı, kır-kent karşılaştırmalarında da ekonomik ve sağlık parametrelerinde yıllar içinde daha da derinleşen eşitsizlikler olarak ortaya çıkmaktadır.

Gelişmişlik parametrelerine göre; Ülkemizin az gelişmiş bölgelerinden biri olan GAP bölgesindeki sorunları mevcut sorunlar ve GAP'ın yaşama geçmesiyle oluşabilecek sorunlar olmak üzere iki başlık altında değerlendirmek mümkündür.

### **Mevcut Sorunlar:**

#### 1-Demografik gelişmelerin yarattığı sorunlar

a)-Hızlı nüfus artışı

b)-Yaş yapısı ve yaşa özel morbidite (hastalanma) hızları

#### 2-Sağlık hizmetlerinin sunumundaki sorunlar

a)-Yönetim sorunu

b)-Sağlık insan gücünün nitelik ve nicelik olarak yetersizliği ve istihdamındaki yanlış uygulamalar

c)-Sağlık ocakları, sağlık evleri ve hastanelerin yer seçimindeki uygunsuzluklar

d)-Hasta sevk zincirine uyulmaması

e)Yataklı tedavi kurumlarının personel ve donanım yetersizliği

f)-Bölgeye özgü kırsal yerleşim birimlerinin dağılımı, doğa koşulları ve yönetim

g)-Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin sunumunda yetersizlikler

- h)-Yetersiz bütçe
- i)-İlaç ve eczanelerle ilgili sorunlar
- j)-Sosyal güvenlik yetersizliği
- k)-Acil hekimlik hizmetleri sorunları
- l)-Adli hekimlik hizmetleri sorunları
- m)-Ağız ve diş sağlığı sorunları
- n)-Yeterli ve dengeli beslenme düzeyinin düşüklüğü
- o)-Okul sağlığının yetersizliği
- p)-Özürlülük oranındaki yükseklik ve rehabilitasyon sorunları
- r)-Çocuk ihmal ve istismarı

### 3-Çevre sağlığı sorunları

- a)-Sağlıklı ve yeterli içme ve kullanma suyunun yetersizliği, sağlıksız yüzeysel suların bulunması ve kullanılması
- b)-Alt yapı yetersizliği
- c)-Atıkların sağlıklı bir şekilde yok edilememesi ve hayvan dışkısının yakıt olarak kullanılması
- d)-Hava kirliliği ile ilgili sorunlar
- e)-Göç ve göçe bağlı sorunlar

### 4-Kişiyi ait sorunlar

- a)-Eğitim yetersizliği
- b)-Ekonomik düzey yetersizliği
- c)-Aile yapısı, bölgeye özgü örf ve adetler
- d)-Konuşulan dillerin farklılığı
- e)-Ruh sağlığı sorunları
- f)-Kazalar ve felaketler

5-Bölgede bazı hastalıklara özgü morbidite (hastalanma) ve mortalitenin (ölüm) yüksek oluşu (sıtma, tbc, tifo, şark çıbanı, paraziter hastalıklar, gastro enteritler, beslenme bozuklukları v.b.)

- a)-Sık görülen bulaşıcı olmayan hastalıklar
- b)-Sık görülen bulaşıcı hastalıklar

### Gelecekteki Sorunlar:

- 1-Sağlığı etkileyen demografik değişiklikler

- a)-Nüfus artışı, yaş yapısı ve cinsiyet dağılımındaki farklılık
  - b)-Kentleşmenin artışı
  - c)-İş kollarında farklılık, sanayiın gelişmesi ile iş ve işçi sağlığı sorunlarının ortaya çıkışı
  - d)-Aile yapısında değişmeler
- 2-Sağlık hizmetlerinin sunum ve kullanımına ilişkin sorunlar
- a)-Bazı bulaşıcı hastalıklarda artma
  - b)-Bazı sosyal hastalıklarda artma
  - c)-Kazalarda artma ve acil sağlık hizmetlerine ihtiyaç
  - d)-Yeni sağlık kurumlarına gereksinmenin artması
  - e)-Kişi başına düşen sağlık hizmetleri talebinde artma
  - f)-Beslenme alışkanlıklarında değişme
  - g)-Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri boyutlarında değişme
  - h)-Zararlı alışkanlıklarda artma
  - ı)-Yeni oluşacak sağlık sorunlarının çözümü için sağlık eğitimi gereksiniminde artma
- 3-Toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik yapısındaki değişiklik ve dönüşüm

## 6.1. Mevcut Sorunlar Ve Çözüm Önerileri :

### 1-Demografik Gelişmelerin Yarattığı Sorunlar

GAP (Güneydoğu Anadolu Projesi) yüzölçümü olarak ülke topraklarının % 10'nunu kapsamakta, ülke nüfusunun yaklaşık % 10'unu oluşturan 9 ilde (Adıyaman, Batman, Diyarbakır, Gaziantep, Kilis, Mardin, Siirt, Şanlıurfa ve Şırnak) uygulanmaktadır. GAP bölgesi Türkiye'nin az gelişmiş bölgelerinden biridir. Nüfus artışı hızlıdır, insani kalkınma indeksi düşük düzeydedir. Bölge nüfusunun yaklaşık % 64'ü kentlerde % 36'sı kırsal alanda yerleşiktir.

#### a)-Hızlı nüfus artışı

Bölgesi'nin nüfus artış hızı %2.5 ile ülke ortalamasının (%1.5) üzerindedir. Kentsel nüfus kırdan kente göçün etkisiyle kırsal nüfusa oranla daha hızlı artmaktadır.

1990-1997 dönemi göz önüne alınarak yapılan projeksiyonlarda bölge nüfusunun on yılda % 30 artarak 2010 yılında 8.591.586'ya ulaşacağı ve ülke nüfusunun % 12'sini oluşturacağı tahmin edilmektedir.

Yine GAP bölgesinde nüfus yoğunluğu 88 iken 2010 yılında % 29.5 artarak 114'e ulaşacağı tahmin edilmektedir. Ülke genelinde ise nüfus yoğunluğu 2010 yılında 95 olarak öngörülmektedir.

Nüfus artışının daha çok il merkezleri ve bazı büyük ilçe merkezlerindeki artışlardan kaynaklanacağı görülmektedir. Sadece Kilis ilinde azalma beklenmektedir.

Bazı küçük ilçelerde ise gelecek on yıl içerisinde nüfus azalması tahmin edilmektedir. Örneğin; Gerger, Gercüş, Hasankeyf, Sason, Hazro, Lice, Kulp, Ömerli, Mazıdağı, Eruh, Güçlükönak gibi.

GAP çerçevesinde inşa edilen barajlara ve göçe bağlı olarak bölgenin kır-kent nüfus dağılımı değişmiş, bu durumun yarattığı gereksinim ve önceliklere uygun sağlık hizmeti ve yönetimi uygulanmamıştır. Yeni duruma göre sağlık hizmetinin yeniden planlanması yapılmalıdır.

### **b)-Yaş yapısı ve yaşa özel morbidite hızları**

Bölge nüfusu genç bir nüfusa sahiptir ve yarıya yakın bölümü 0-14 yaş grubundan oluşmaktadır. Ekonomik bağımlılık oranı yönünden ülke genelinin üstündedir. Bu durum Bölge'de eğitim ve istihdam sorunlarının yanı sıra, özellikle anne ve çocuk sağlığına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin de önemini artırmaktadır.

## **2-Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Sorunlar**

Bölge illerinin hemen tümünde sağlık hizmetleri hem nicel hem de nitel olarak yetersiz olup pek çok sağlık göstergesi ülke ortalamalarının gerisindedir. Bebekler ve çocuklar daha çok ölmekte, aşılanmamakta, beslenemedikleri için daha çok kısa kalmaktadırlar. Gebeler izlenmemekte ve doğumların çoğunu sağlık personeli yardımı almadan gerçekleştirmek zorunda kalmaktadırlar.

Bölgenin ülke genelinden farklılaşan olumsuzlukları kendi içinde de homojenlik göstermemektedir. Örneğin Gaziantep ve Kilis'in hem ekonomik hem de sağlık göstergeleri diğer illere göre daha olumludur. Ayrıca bölge illeri kendi içlerinde de söz konusu göstergeler yönünden farklılıklar taşımakta, bazı ilçeler ekonomik ve sağlık açısından il genelinin çok gerisinde bulunabilmektedir.

Bir çok kurum ve kuruluş sağlıkla ilgilenmekte ve projeler üretmektedir. Ancak a-ralarındaki koordinasyon yeterli düzeyde değildir. Sektörler arası işbirliği sağlanmalıdır. Bu, hizmet sunumunu ve kaynak kullanımını daha da verimli yapacaktır.

### **a)-Yönetim sorunu**

Bölgenin bazı illerinde yaklaşık 20 yıldır yaşanan Olağanüstü Hal koşulları, hizmet sunumu ve hizmetten yararlanmayı olumsuz şekilde etkilemiştir. Kırsal kesimdeki sağlık kurumlarından bazıları güvenlik ve personel eksikliği gibi sebeplerle kapalıdır.

Bölgede yerel yönetimlerin büyük çoğunluğu yetersiz kadrolarla çalışmakta ve kaynak sıkıntısı çekmektedir. Bundan dolayı alt yapı sorunları giderek artmaktadır.

Ülkemizde 1961 yılında kabul edilen 224 Sayılı Sosyalleştirme Yasası ile ülkemizde sağlık hizmetlerinde bir reform başlatılmıştır. Bu yasa ile vatandaşın ilk kez ücretsiz,

kolayca ulaşılabilecek kadar yakın, sağlık sorunlarının % 95'ini çözebileceği, aşılama, aile planlaması, sağlık eğitimi gibi koruyucu hizmetleri de alabileceği bir hizmet sunulmaktaydı. Sağlık Ocağı koruyucu ve tedavi edici hizmetlerinin entegre edildiği, doktor, ebe, hemşire ve sağlık memuru ile ekip hizmeti veren çağdaş bir birinci basamak sağlık kuruluşudur. Sadece hastalar değil, sağlam anne ve çocuklar da izlenmekte, sadece Sağlık Ocağında değil, köylerde ve mahallelerde gezici hizmet de verilmektedir.

Ancak 1980'lerden sonra sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri ikinci plana itilmiştir, personel eğitimi aksamış, taşıt ve donanım ihmal edilmiş, düşük maaş alan hekimler hızla özel sektöre kaymış, niteliksiz sağlık yöneticileri eliyle hizmetin kalitesi düşürülmüştür. Türkiye genelinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde görülen bozulma GAP bölgesine de yansımıştır. Personel eksikliği, malzeme yokluğu, kötü yönetim yanında 1990'dan beri yaşanan şiddet ortamı ve olağanüstü hal durumu nedeniyle vatandaşa sağlık hizmeti götürmede sorunlar yaşanmış, bu nedenle bulaşıcı hastalıklarda yeniden artışlar görülmüş, bebek ve anne ölümleri artmış, ülkenin batısı ile olan eşitsizlik göstergeleri kötüleşmiştir.

Bu yıpratılmış haliyle bile sağlık ocakları toplumun büyük kesimine birinci basamak tedavi hizmeti ve koruyucu sağlık hizmeti veren tek sağlık kuruluşudur. Çok yönlü sağlık sorunlarının çözümünde tek umuttur. GAP bölgesinde kolayca önlenebilecek hastalıklardan ölen çocuk ve annelerine götürülebilecek en ucuz ve en etkin sağlık hizmetidir. Acilen güçlendirilmesi, desteklenmesi, hizmetin önündeki engellerin kaldırılması gerekir.

Diğer bir sorun da son yıllarda devletin sağlık hizmetlerinden elini çekmesi, Sağlık Ocaklarında olduğu gibi, hastaneleri de ihmal etmesi ve bu nedenle giderek daha fazla oranda döner sermaye kaynaklarına başvurulması gerektiğidir. Böylece sağlık hizmetleri bir devlet görevi olmaktan çıkmış ve parası olanların yararlanacağı hizmet haline gelmiştir. Özel hastaneler teşvik edilmiş, devlet hastaneleri ya ihmal edilmiş ya da "özerkleştirilmiş"tir.

Tedavi edici hizmetlerde görevli hekimlerin pek çoğu yarı zamanlı olarak çalışmakta, bunun sonucunda hastanelerin muayenehaneler üzerinden kullanışı yöre halkının tedavi edici sağlık hizmetlerine ulaşmasını zorlaştırmaktadır. Bunu engellemek için sağlık personeli tam gün çalışmalı ve bunun için özendirilmelidir.

İkinci ve özellikle üçüncü basamak kuruluşlar pahalı ve dışa bağlı teknoloji kullanmakta olduklarından bütçeye önemli yük getirmektedirler.

Bölgede sağlık yönetimiyle ilgili en önemli sorunlardan birisi politikacıların müdahaleleri sonucu sağlık yöneticilerinin sık değişmesi ve niteliklere uygun olmayan atamalar yapılmasıdır. Yöneticilerin çoğu , politik baskılar nedeniyle yetkilerini kullanmamaktadırlar. İl sağlık yöneticileri ve sağlık kurumu yöneticileri liyakata göre ve asaleten atanmalıdır. Keza özellikle hastane yönetimi ve ihalelerine politikacıların müdahalesi sorun oluşturmaktadır.

Bölgenin sağlık düzeyi, ülke ortalamasının gerisinde bulunmaktadır. Yatırımların planlanması ve kaynak ayırımında öncelik tanınmalıdır.

Bölgede sağlık ile ilgili kayıtlar tam ve doğru olarak tutulmamakta, bu nedenle verilere dayalı değerlendirme ve planlama yapılamamaktadır. Sağlık kayıt sistemi kısa sürede güncelleştirilmelidir.

Sağlık meslek örgütleri ile sendikaların hizmetin planlanması, yürütülmesi ve denetiminde katılımının sağlanması bölgede uygun ve verimli hizmet sunumu için gereklidir.

Hizmet çok merkezi olarak götürülmektedir. Sağlık müdürlerinin yetkileri arttırılmalı, ilçe düzeyinde mevcut olan Sağlık Yönetim boşluğu "İlçe Sağlık Müdürlüğü" ile çözümlenmelidir.

Planlama, bütçeleme, uygulama, izleme ve değerlendirmeyi çağdaş yönetim ilkeleri doğrultusunda yapabilen ve buna uygun birimleri olan GAP bölgesi illerinin yönetimini üstlenen "GAP Bölge Sağlık Müdürlüğü" kurulmalıdır. Bu Bölge Sağlık Müdürlüğü bünyesinde rutin hizmetleri yürütecek birimler dışında danışma kurulu, araştırma birimi, hizmet içi eğitim merkezi, basın-yayın ve dökümantasyon merkezi, biyomedikal tamir ve üretim merkezi kurulmalıdır. Bölgenin bütçesi gereksinimler doğrultusunda

İl düzeyinde hazırlanmalı ve merkezi bütçeden ayrılan pay Bölge Sağlık Müdürlüğünün kontrolünde kullanılmalıdır.

#### **b)-Sağlık insan gücünün nitelik ve nicelik olarak yetersizliği ve istihdamındaki yanlış uygulamalar**

Bölgede görevlendirilen sağlık personeli çoğunlukla yeni mezundur ya da istemleri dışında (sürgün, rotasyon vb.) atanmaktadır. Bu da hizmeti olumsuz etkilemektedir.

Türkiye genelinde sorun olan pratisyen hekimlerin TUS'a hazırlanması, merkez sağlık ocaklarında personel yığılması, hızlı personel sirkülasyonu, pratisyen hekim ve çalışanlarının sosyal statüleri ve motivasyonlarının düşük olması bölgemiz için daha büyük sorun oluşturmaktadır.

Bölgeye diğer kamu sektörlerinden gelen personelin sağlık çalışanı olan eşlerinin tayinleri o ilin personel gereksinimleri göz önüne alınmadan hemen tümüyle kent merkezindeki birimlere yapılmaktadır. Böylece il genelinde sağlık personeli sayıca yeterli görülmesine rağmen dağılım kırsal alan aleyhine bozulmaktadır.

Merkez sağlık ocaklarına laborant, diş hekimi ve sosyal hizmet uzmanı atanması bu önemli hizmetleri güçlendirecektir.

Bölgede çalışan personelin özlük ve sosyal haklarında olumlu gelişmeler sağlanmalı, bölgede çalışmayı teşvik edici önlemler (para, sosyal imkanlar, barınmanın karşılanması, hizmet yılını askerlikte ve ihtisasa girmede değerlendirme, fiili hizmet, tayin yeri tercihi, yüksek okullara girişte öncelik v.b) alınmalıdır. Böylece ocak personelinin ve hekimlerin çok kısa süre çalışıp, daha bölgeyi tanımadan ayrılması önlenmiş olur.

Kısa vadede bölgeye atanan personelin hizmete başlamadan önce, belirlenecek Eğitim Sağlık Ocaklarında hizmete ve yöreye adaptasyon eğitimi çok yararlı olacaktır



Bölgede sağlık gereksinmesine göre sağlık insan gücü planlaması yıllara göre yapılmalı, kurumların personel standardı yeniden düzenlenmelidir. Bölgenin hekim dışı (ebe, hemşire, sağlık teknisyeni v.b) sağlık personeli gereksinmesi bölgede mevcut ve yeni kurulacak sağlık meslek lisesi mezunlarının içinden belli bir kontenjanla sağlanmalı, bu belirlemede yöre çocuklarına öncelik tanınmalıdır. Bölgeye yeni atanacak personel ile hizmet içi eğitim programlarına cevap verebilecek fiziksel niteliğe sahip gerekli eğitim materyali ve nitelikli eğiticilerle donatılmış bir “Hizmet İçi Bölgesel Eğitim Merkezi” kurulmalıdır. Bölgenin ve sağlık personelinin gereksinmesine göre eğitim programları yöredeki üniversiteler, sivil toplum örgütleri ve meslek odalarının ilgi alanları doğrultusunda işbirliği içinde planlanmalı, uygulanmalı ve değerlendirilmesi yapılmalıdır.

#### **c)-Sağlık ocakları, sağlık evleri ve hastanelerin yer seçimindeki uygunsuzluklar**

Bölgemizde kırsal kesimlerdeki bir çok sağlık ocağı işlevsel değildir, gezici hizmetler yapılmamaktadır, hiç birisinin hizmet aracı yoktur. Özellikle kırsal bölgedeki sağlık ocakları kapatılmış, personeli merkeze alınmıştır, sağlık evlerinin büyük çoğunluğu (%78.0) kapalı durumdadır. Bu sağlık ocakları ve sağlık evleri acilen açılmalıdır.

Sağlık ocaklarında hizmet kalitesi düşük olup personellerin vatandaşa davranışı ve ilgisi yetersiz kalmaktadır. Siyasi nedenlerle uygunsuz yerlere sağlık ocağı ve sağlık evi yapılmış veya yapılmaktadır. Bölgedeki nüfus hareketliliği ve göçler dikkate alınarak Sağlık ocağı, nüfusu, kadrosu 224 Sayılı Yasa kurallarına göre yapılmalı ve güncelleştirilmelidir.

Bazı küçük ilçelerde bulunan hastaneler, çok düşük doluluk oranı ile çalışıp, kaynak israfına yol açtığından, birinci basamak sağlık hizmetlerine devri uygun olacaktır.

Buna karşı bazı büyük ilçelerde hastaneler uzman hekim, hemşire, anestezi ve röntgen teknisyenleri gibi elemanların yokluğu ve donanım eksikliği nedeni ile tam çalışmamaktadır. Bunların bir an önce açılması gerekir.

#### **d)-Hasta sevk zincirine uyulmaması**

Mevcut hastaneler ağırlıklı olarak poliklinik hizmetleri vermek zorunda kalmaktadırlar. Bu sorunu aşmak için birinci basamak sağlık hizmetlerindeki nitelik ve niceliksel sorunlar giderilmelidir. Sevk sistemi çalıştırılmalıdır. Bunun için, sağlık ocağından sevk ile gelen hastalardan muayene ücreti alınmayabilir, öncelik tanınabilir.

Sevk sisteminin uygulanmaması sağlık ocaklarının halkın gözünde ilaç yazılan, ikinci sınıf kurumlar olarak algılanmasına, hastanelerde yığılmalara ve bir bütün olarak sağlık sisteminin etkinliğinin düşmesine neden olmuştur.

Uzmanlık hizmeti sunan üçüncü basamak kuruluşlar, sevk sistemi bulunmadığı için, birinci basamakta çözümlenebilecek sağlık sorunlarıyla uğraşmaktadır.

#### **e)-Yataklı tedavi kurumlarının personel ve donanım yetersizliği**

Merkez hastanelerde yoğun bakım üniteleri, yanık üniteleri ve kan merkezi üniteleri hem sayı hem de nicelik olarak yetersizdir. Bölgemiz gereksinimine uygun plan yapılarak yanık, yoğun bakım ve kan merkezi üniteleri açılmalıdır.

#### **f)-Bölgeye özgü kırsal yerleşim birimlerinin dağılımı, doğa koşulları ve yönetim**

Bölgede kırsal yerleşim birimleri oldukça dağınık, bazılarında ulaşım güçtür. Özellikle mezarlar sağlık ve eğitim hizmeti sunmada sorun oluşturmaktadır.

Bölge illerinin pek çoğunu kapsayan ve uzun yıllardır süren çatışma ve şiddet ortamı bölgenin ekonomik, sosyal, psikolojik alanlar başta olmak üzere birçok yönden bulunduğu düzeyden daha da geriye gitmesine neden olmuştur. Beraberinde sorunun çözümüne yönelik olarak getirilen Olağanüstü Hal uygulamaları da başta kamusal alanlar olmak üzere pek çok sektörde yönetsel değişiklikler getirmiş, bölgeye ve bölge halkına çoğunlukla olumsuz yönden etkide bulunmuştur. Bölge illerinin bir kısmında OHAL uygulaması kaldırılmış olmasına rağmen henüz OHAL öncesi toplumsal, sosyal ve yönetsel alanlardaki düzeye dahi ulaşamamıştır.

#### **g)-Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin sunumunda yetersizlikler**

Bölgede en önemli sorunlardan biri Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması sorunlarıdır.

Bölgemizde evlenme yaşı düşük, erken ve ileri yaş gebelikler fazla, doğum aralığı kısadır. Doğumların büyük çoğunluğu sağlıksız koşullarda, sağlık personeli yardımı olmadan olmaktadır.

Annelerin eğitimlerinin düşük olması gebelik ve doğumla ilgili sorunları artırmaktadır.

Sağlık ocaklarında en çok eksik olan eleman ebelerdir. Bir ebeyle 5-10 Bin nüfus düşmektedir. Ebe sayısı acilen artırılmalıdır.

Aile planlaması hizmeti pek çok yerde yetersiz olup, mevcut olan Aile Planlaması hizmeti sunan kuruluşlar arasında eşgüdüm bulunmadığı gibi, vatandaş hizmetin amacından kuşku duymaktadır.

Böyle bir durumda Ana Çocuk Sağlığı hizmetleri daha etkin götürülmesi gerekirken, sağlık ocakları yeterli doğum öncesi takip ve izleme yapmamaktadırlar; bebek ve anneyi koruyacak olan gebelik tetanos aşısı eksiktir.

Bölgede kız çocuklarının temel eğitimleri teşvik edilmelidir. Kadının eğitimini, okuma yazmasını, becerilerini aile ve toplum içindeki statüsünü yükseltmeye yönelik toplum projeleri başlatılmalı ve desteklenmelidir. Anne ve çocuk sağlığı eğitimi, etkili olacak şekilde, yüz-yüze yapılmalıdır.

Bölgemiz için aile planlaması kavramının "Üreme Sağlığı" olarak genişletilmesinde yarar vardır. Bu çerçevede cinsel yolla bulaşan hastalıklarla mücadele ve rahim tahliyesi dahil üreme sağlığı hizmetlerinin ücretsiz ve yaygın olarak gerçekleşmesi sağlanma-

lıdır. Bölge insanına üreme sağlığı hizmetlerinin tanıtılması, sağlıklı iletişim kurulması, kadın ve erkeklerin bu konuda eğitimleri acil gereksinimlerdir. Bu konuda bölgenin kültürel özelliklerini ve yerel dillerini bilen, gönüllü kişilerin görev alması uygun olacaktır ve bunun başarılı örnekleri vardır.

#### **h)-Yetersiz bütçe**

Az gelişmişlik kriterlerine sahip olan bu bölgeye, bölgeler arası eşitsizliği gidermek için, gelecekteki sorunlar da dikkate alınarak bütçeden daha fazla pay ayrılmalı, bu alanlarla ilgili yatırımlara zaman geçirilmeden başlanmalıdır. Bölgeye yönelik olarak gerçekleştirilecek yatırımların azaltacağı ekonomik eşitsizlikler sonuçta sağlık ve eğitim gibi alanlarda doğrudan olumlu yönde etki yapacaktır.

#### **i)-İlaç ve eczanelerle ilgili sorunlar**

Bölgemizde resmi reçetelerde büyük suistimal yaşanmaktadır. Eczane – ilaç firmaları ve hekimler arasında ahlaki olamayan uygulamalar yapılmaktadır. Bu usulsüzlüklerin giderilmesi için denetim mekanizmaları işletilmelidir.

Bazı yerlerde ihtiyaçtan fazla sayıda eczane bulunmaktadır ve bunların büyük çoğunluğu muvazaalıdır. Muazalı eczanelerle mücadele edilmeli, eczane olmayan yerlerde, sağlık birimlerinde ecza dolabı açılmalıdır.

Vatandaşın alım gücü düşük olduğu için ilaç alamamakta veya yeterli tedavi görememekte, buna bağlı olarak bulaşıcı hastalıklar ve taşıyıcılık artmaktadır. Bölgede yaygın olan hastalıklara yönelik ilaçlar ücretsiz olarak, sağlık birimlerinden verilmelidir.

#### **j)-Sosyal güvenlik yetersizliği**

Bölgemizdeki insanların 2/3'sinin sosyal güvencesinin olmaması nedeniyle tedavi hizmetlerinde sorun yaşanmaktadır. Bu sorunun ara-geçici çözümü için uygulamaya konan yeşil kart edinilmesinde bölgeye özgü sorunlar yaşanmaktadır. Göç edenlerin yapılan incelemelerinde tasarrufları altında olmadığı halde adlarına gayri menkuller görüldüğü için yeşil kart verilmemektedir. Ayrıca güvenlik incelemelerinde sıkıntılar yaşanmakta ve bu nedenle vatandaş yeşil kart talebinde çekimser davranmaktadır. Yeşil kart uygulaması bir sosyal güvenlik sistemi olarak görülmemelidir. Uzun dönemde herkesi kapsayacak ve her hizmeti karşılayacak sosyal güvenlik sağlanmalıdır. Kısa dönem için yeşil kart sahiplerinin ayaktan tedavi giderleri de karşılanmalıdır. Uzun vadede sorun sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunumu ile çözülmelidir.

#### **k)-Acil hekimlik hizmetleri sorunları**

Acil hekimlik hizmetleri hastanelerde, pratisyen hekimlerce yürütülmektedir. Acil ünitelerinin donanımları da yetersizdir ve acil başvurulardan ücret alınması vatandaş zor durumda bırakmaktadır.

Acil hizmetleri kısa vadede iç hastalıkları ve genel cerrahi uzmanlarınca verilmeli, orta vadede acil ve ilk yardım uzmanları atanmalıdır. Bir kısım hastanelerde yetersiz olan acil bakım donanımı sağlanmalıdır.

İpek Yolu üzerinde acil müdahale ve kurtarma hizmetleri yetersizdir, bu hizmeti sunan istasyonlar açılmalıdır.

### **l)-Adli hekimlik hizmetleri sorunları**

Bölgede adli hekimlik hizmetlerinde önemli sorunlar vardır. Adli tıp uzman sayısı yetersizdir. Kullanılan rapor formlarının farklılığı, kurumlar arası koordinasyon, hekimlerin eğitimi, adli rapor talep şekli ve uygulamalara ilişkin sorunlar mevcut olup en kısa sürede çözümlenmelidir. Adli tıp uygulamaları ile ilgili ülke genelindeki olumlu gelişmelerin yansımaları bölgede tam olarak görülmemektedir.

### **m)-Ağız ve diş sağlığı sorunları**

Bölgede ağız ve diş sağlığı sorunları olup, diş hekimi sayısı da çok azdır. Sahte diş hekimleri yaygındır. Merkez sağlık ocaklarında diş üniteleri kurulmalı, diş hekimi kadroları edilmeli, topluma dönük koruyucu ve tedavi edici ağız ve diş sağlığı programları başlatılmalıdır. Sağlık Müdürlüklerindeki Ağız ve Diş Sağlığı Şube Müdürlüklerine diş hekimi atanmalı, bunlar, diş sağlığı çalışmaları yanında, meslek odası ile birlikte sahte diş hekimleri ile mücadeleyi sürdürmelidir.

### **n)-Yeterli ve dengeli beslenme düzeyinin düşüklüğü**

Bölgenin en önemli sağlık sorunlarından birisi çocuklarda Protein Enerji Malnütrisyonu (PEM) yaygınlığıdır. Bu sorunun altında sık geçirilen enfeksiyon, çocuk beslenmesi konusunda bilgisizlik ve yoksulluk yatmaktadır.

Annelerde anemi yaygın görülmektedir. Anneler, çocuklarının ve kendilerinin beslenmesi konusunda eğitilmeli, yoksul ailelere gıda yardımı yapılmalıdır. Tüm hamilelere ücretsiz demir ve folik asit preparatları verilmelidir.

İlköğretimde beslenme saati uygulaması geri getirilmeli, ilköğretim öğrencilerine her gün 200 ml kutu süt dağıtılmalıdır. Böylece çocukların beslenmesi ve eğitimi iyileşeceği gibi bölgedeki süt endüstrisi de gelişebilecektir.

### **o)-Okul sağlığının yetersizliği**

Bölgedeki özellikle ilköğretim okullarında sınıflar kalabalık, susuz, ısıtılması yetersiz, tuvaletleri sağlıksızdır. Öğretmenlerin kendi sağlıkları sıkıntılı ve sağlık bilgileri yeterli düzeyde değildir. Gelecekteki yaşamda sağlıklı davranışların gelişmesinde çok önem taşıyan okul sağlık hizmetlerinin gerçekleşmesi için okulların fiziki yapılarının örnek olacak şekilde getirilmesi (sınıf mevcudu, tuvalet temizliği, su ve sabun bulunması gibi), öğretmenlerin sağlık konusunda bilgilendirilmesi, öğrencilerin sağlıklı beslenme, kişisel hijyen, diş fırçalama gibi konularda eğitilmesi gerekmektedir.

Bölgede okul sağlığı hizmetlerinin etkili olabilmesi için "Okul Hekimliği ve Hemşireliği" uygulamasının başlatılmasında yarar vardır.

Eğitimi özendirme amacıyla sosyal güvencesi olmayan çocukların temel eğitim dönemi boyunca tedavi giderleri kamusal alandan karşılanmalıdır.

### **p)-Özürlülük oranındaki yükseklik ve rehabilitasyon sorunları**

Bölgede gerek yaşanan olaylara gerekse kazalara bağlı travmalar, bulaşıcı hastalıklar, kalıtsal ve doğumsal hastalıklar nedeniyle çok sayıda özürli bulunmaktadır. Bunlara sağlanan sağlık hizmetleri yetersizdir. Çevre bunlara göre düzenlenmemiştir. Rehabilitasyon hizmetleri bulunmamaktadır. Yaşlıların, özürlielerin rehabilitasyonu sağlanmalı özel eğitime muhtaç zihinsel özürli ve spastik çocuklar için özel okullar açılmalıdır.

### **r)-Çocuk ihmal ve istismarı**

Bölgede sanayiinin gelişmekte olduğu ve GAP'la birlikte daha da gelişeceği dikkate alınarak işçi sağlığı ve iş güvenliğine yönelik sorunların artması beklenmektedir.

Yeni kurulacak atölye ve fabrikaların, işçi sağlığı ve iş güvenliğine uygun olacak şekilde planlanması, inşası, makine ile teçhizatın iş güvenliğine uygun şekilde seçilmesi ve yerleştirilmesi sağlanmalıdır.

Sigortasız işçi çalışması engellenmeli, Çalışma Bakanlığı iş müfettişlerinin denetimi artırılmalıdır.

Çocuk işçiler tarımda, sanayide ve sokakta yaygın olarak kullanılmaktadır. Çocukların tehlikeli ve zararlı işlerde çalışması engellenmeli, cinsel ve fiziki suistimal durdurulmalı ve meslek eğitimi sağlanmalıdır.

Son yıllarda yaşanan olaylar ve göç ile birlikte özellikle Diyarbakır gibi büyük kentlerde "sokakta çalışan çocuklar" artmıştır. Potansiyel suçluluk, cinsel taciz, saldırganlık, uyuşturucu, alkol kullanımı, enfeksiyon hastalıklarında artış, beslenme bozuklukları ve açısından önemli bir sorun teşkil etmektedir. Resmi ve sivil kuruluşların işbirliği ile yapılan çalışmalar desteklenmeli, kamuoyunun duyarlılığı artırılmalı ve yeni projeler yaşama geçirilmelidir.

## **3-Çevre Sağlığı Sorunları**

### **a)-Sağlıklı içme ve kullanma suyunun yetersizliği, sağlıksız yüzeysel suların bulunması ve kullanılması**

Bölgede pek çok kentsel yerleşim yerinde içme ve kullanma suyu yetersiz, artımsız ve klorsuzdur.

Hiç bir kentte atık su arıtım tesisi bulunmamakta, atık sularla sebze bahçeleri sulanmaktadır. Bazı yerlerde ise atık sular su havzalarına doğrudan akıtılmaktadır. Sanayi kuruluşlarının ve hastanelerin sıvı atıkları arıtılmakta, katı atıkları çöplüklere boşaltılmaktadır. İçme ve kullanma suyu kullanım alışkanlığı da düşüktür. Bu sorunlar özellikle su ve besinlerle bulaşan hastalıkların artışına neden olmaktadır.

### **b)-Altyapı yetersizliği**

Bölgede kentsel ve kırsal altyapı yetersizdir. Nüfus artışları kanalizasyon sistemi olmayan yerleşimlerde çevre sağlığı sorunlarını artırmıştır. Kentsel nüfus artışının daha

hızlı olması kentsel altyapı hizmetlerinin gelişme hızını aşmaktadır. Bu da kentte yaşayanlar açısından zaten olumsuz olan yaşam koşullarını daha da artırmaktadır.

Kentlerdeki çevre sağlığı sorunlarının çözümünde bulaşıcı hastalık analizleri dahil, çevre laboratuvarları hizmetlerini yerine getirmek için halk sağlığı laboratuvarlarının güçlendirilmesi ve belediyelerde halk sağlığı uzmanlarının istihdam edilmesi önem taşımaktadır.

Bölgenin pek çok yerleşim yerinde canlı hayvan kesimleri sağlıksız koşullarda ve denetimsiz olarak yapılmaktadır. Bunu önlemek için belediyelerin veteriner ve/veya hayvan sağlığı teknisyenlerinin istihdam edildiği sıhhi mezbahalar açmaları teşvik edilmelidir. Kentlerde başıboş hayvanlar, kemiriciler, vektörler ve kent içi ahırlar önemli çevre sağlığı sorunu yaratmaktadır. Belediyeler bu görevlerini yapmalıdır.

Yerel yönetimlerin etüt ve planlamaya alınan projeleri bir an önce yaşama geçmelidir.

#### **c)-Atıkların sağlıklı bir şekilde yok edilememesi ve hayvan dışkısının yakıt olarak kullanılması**

Katı atıkların ve özellikle tıbbi atıkların sağlıklı bir şekilde yok edilememesi önemini korumaktadır. Bazı kişilerin ailelerinin beslenme ve geçim kaynağı amacıyla çöpleri karıştırmaması önlenmesi gereken bir sorundur.

Kırsal kesimde tuvaletlerin sağlıksız ve hayvan gübrelıklarının açıkta oluşu, hayvan dışkısının yakıt olarak kullanılması sağlığı tehdit edip bulaşıcı hastalık ve vektör üremesine neden olduğundan buna yönelik çalışmalara önem verilmelidir.

#### **d)-Hava kirliliği ile ilgili sorunlar**

Hava kirliliği özellikle Adıyaman, Gaziantep, Batman gibi illerde sorun oluşturmaktadır. Bunun için kentlere giren yakıtların kontrol edilmesi, sanayi emisyonlarının denetim altına alınması gerekmektedir.

#### **e)- Göç ve göçe bağlı sorunlar**

Kentlere olan zorunlu ve yoğun göç kentlerde gecekondular gibi sağlıksız yerleşimlere yol açmış ve belediyelerin hizmetlerini yetersiz kılmıştır. Bazı konutlarda 2-3 aile birlikte yaşamaktadır. Konut hijyeninin kötülüğü ve hane halkı sayısının yüksekliği (ortalama 7 kişi) bulaşıcı hastalıkların artmasına neden olmaktadır. Gecekondulardaki çok olumsuz konut ve yaşam koşullarının öncelikle düzeltilmesi gerekmektedir.

Zorunlu boşaltılan köyler başta olmak üzere, köye geri dönüşü teşvik etmek ve sağlamak için sivil toplum kuruluşları, meslek örgütleri ve göç edenlerle birlikte söz konusu köylerin yaşama uygun hale getirilmesi gereklidir. Göç nedenlerinin ortadan kaldırılması için çalışmalar yapılmalıdır.

Göç sonucu üreten insanların tüketici konumuna dönüşmesiyle yoksulluk daha da artmıştır. Göç eden insanların eğitim ve sağlık düzeyi gerilemiş, ruhsal sorunlarla ilgili problemleri de artmıştır. Halkın resmi kurumlara ve verilen hizmetlere güveni azalmıştır.

Bu sorunların çözümü için Genel Bütçeden maddi kaynaklarının arttırılması gerekmektedir. Kentlerin imar planlarının yeniden ele alınması zorunluluktur.

#### 4-Kişiyeye Ait Sorunlar

##### a)-Eğitim yetersizliği

Bölgede toplumun sağlık eğitim düzeyi düşüktür. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında topluma dönük sağlık eğitimi çoğunlukla yapılmamakta, yapılan eğitimlerde de hedef kitlenin kullandığı diller kullanılmadığı için yararlı olunamamaktadır. Yerel yönetimler ve gönüllü kurum ve kişilerden yararlanılmalıdır. Medya çalışanlarının sağlık konusunda eğitimi bu konudaki haber ve programların daha gerçekçi olmasını sağlayacaktır.

##### b)-Ekonomik düzey yetersizliği

Doğu illerinin Gayri Safi Milli Hasıladan aldığı pay batı illerinin belirgin düzeyde gerisinde olup yoksul hane halkı oranı % 40 civarındadır. 1995 yılındaki verilere göre kişi başına GSYİH açısından Gaziantep ve Kilis 2085 \$ ile 3. derecede gelişmiş iller arasında yer alırken, Diyarbakır ve Şanlıurfa 4.derecede, diğer GAP illeri ise 5. Derecede gelişmiş iller arasında yer almaktadır.

Sosyo-ekonomik örgütlenme biçimi yarı feodal, yarı göçer, geleneksel hayvancılık şeklindedir. Ülke ekonomisi ile bütünleşmede sınırlılık ve direnç vardır. Bölgede yeterli derecede istihdam alanının olmaması, toprak dağılımının adil olmaması işsizlik ve yoksulluğu artırmaktadır. Örneğin sigortalı nüfusun genel nüfusa oranı Türkiye’de %52 iken Diyarbakır’da %21’ dir.

##### c)-Aile yapısı, bölgeye özgü örf ve adetler

Aile yapısı çekirdek aile ile geniş aile arasında gidip gelmektedir. Çekirdek aile yetişkin oğullardan birinin evlenmesi ve baba yanına yerleşmesi ile genişlemekte, bir süre sonra ise geniş aile parçalanarak tekrar çekirdek aileye dönüşmektedir. Çekirdek aile kırsal alanda %60.3 , kentsel alanda %68.4 oranında olup ülke geneline göre daha düşük orandadır.

Bölgede yaşayanların geleneksel, yanlış inanış ve yönlendirmeleri de sağlıktaki olumsuzlukları arttırmaktadır.

Bölgede akraba evliliği kırsal alanda %52.4 , kentsel alanda %36.3’dür. Evlilik yaşı kadınlarda 18.9 ‘dur. Kadınlar ailenin temel üyesi değil, geçici üyesi olarak görülmektedir. Sık aralıklı ve çok doğum, çok eşli evlilik, başlık, berdel evliliği gibi sorunlar vardır.

Toplumsal ilişkileri ait olunan toplumsal grup (geleneksel aile, aşiret, akraba, köy vb) belirlemektedir.

Bireyin özgür gelişimine önem verilmeli, toplumsal, sosyo-ekonomik örgütlenmeler desteklenmelidir.

Din görevlilerinin üreme sağlığı ve diğer sağlık konularında eğitimleri, yanlış inanışların giderilmesinde önemli katkı sağlayacaktır.

#### **d)-Konuşulan dillerin farklılığı**

Bölgede konuşulan dillerin farklı olması nedeniyle, koruyucu sağlık hizmeti sunumunda ve toplum sağlığı hizmetlerinin her aşamasında “dil” faktörü sağlığı olumsuz etkileyen önemli etkenlerden biridir.

Vatandaş, kendi dilini ve bölgenin sosyo-kültürel özelliklerini bilen personelle daha kolay iletişim kurabilmektedir. Bu nedenle sağlık ocaklarında bölgede yetişmiş personel istihdamı tercih edilmelidir.

Kitle iletişim araçlarının da okur – yazar olmayan ve Türkçe bilmeyen kadınlara ulaşmak için, yerel dillerle program yapmaları teşvik edilmelidir.

#### **e)-Ruh sağlığı sorunları**

Bölge ruh sağlığı açısından önemli riskler altındadır. Yaklaşık 20 yıl süren Olağanüstü Hal, göç, geleneksel toplumun daraltıcı atmosferi, yoksulluklar bölgede psikosomatik hastalıkların, depresyonların ve intiharların artışına yol açmıştır. Aynı nedenlerle aile içi şiddet, suça eğilim ve madde bağımlılığı artmaktadır. Psikolojik bozukluklar en çok kadınları ve çocukları etkilemektedir. Kadınlarda düzensiz adet kanamaları, düşükler gözlenirken çocuklarda korku, kabus görme, içine kapanıklık, saldırganlık, gece işemeleri sık görülmektedir. Bu belirtiler bölgede çalışan kamu görevlileri ve yakınlarında da görülmektedir.

Bütün bölgenin psikolojik rehabilitasyona ihtiyacı vardır. Bu rehabilitasyon bir proje şeklinde ele alınmalı, yerel sorunlar belirlenmeli, ruh sağlığını bozan temel nedenler giderilmeli, “Ruh Sağlığı Danışma ve Destek Merkezleri” açılmalıdır.

Bölgede yaygın kullanılan sigara için okullarda ve toplum içinde çok yönlü mücadele çalışmaları başlatılmalıdır.

#### **f)-Kazalar ve felaketler**

Bölgede Siirt, Adıyaman birinci derecede, diğer iller ikinci derece deprem riski altında bulunmaktadır. Oysa bu bölgenin hiçbir yerinde depreme ve diğer olağandışı durumlara yönelik hazırlık yapılmamaktadır. Belediyelerin kent planlaması ve imar konusunda, diğer ilgili kurum ve kuruluşların hazırlık planları ve personel eğitimi konusunda uyarılmaları, önlemler almaları sağlanmalıdır.

Bölgede bazı yerlerde mayınlar ve patlamamış mühimmat tehlike oluşturmaktadır. Bunların zararsız hale getirilmesi için gerekli girişimler bir an önce başlatılmalıdır.

**5-Bölgede bazı bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların morbidite ve mortalitesinin yüksek oluşu (sıtma, tüberküloz, şark çıbanı, tifo, paraziter hastalıklar, gastro enteritler, beslenme bozuklukları v.b.)**

#### **a)-Sık görülen bulaşıcı olmayan hastalıklar**

Bölgede akraba evliliğinin fazla olması nedeniyle fenilketonüri başta olmak üzere diğer kalıtsal hastalıklar sık görülmektedir. Bu hastalıklar ile kanser ve diyabet benzeri kronik hastalıklar için erken tanı ve tedavi olanakları artırılmalıdır.



Bölgede yaygın olan guatr hastalığının artışının önlemi için iyotlu tuz kullanımı teşvik edilmelidir.

Bölgenin beslenme alışkanlıklarına bağlı olarak hipertansiyon, obezite ve kronik kalp hastalığı gibi hastalıkları yaygındır. Kitle iletişim araçları ile okullarda sağlıklı beslenme eğitimi yapılmalıdır.

### **b)-Sık görülen bulaşıcı hastalıklar**

Bölgede çok çeşitli ve çok yaygın bulaşıcı hastalıklar görülmektedir. Su ve besinlerle bulaşan hastalıklar ülke genelinin çok üzerindedir. 1991-1995 yılları arasında izlenen, özellikle su ve besinlerle bulaşan hastalıkların büyük oranı GAP bölgesinde görülmüştür. En çok rastlanan hastalık çocuk ishalleridir. Her yıl 15-20 bin ishal vakası görülmekte ve bebek ölümlerinin başlıca nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Buna karşın özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde, bulaşıcı hastalık mücadelesi etkin olarak sürdürülememektedir. Aşılama oranları Türkiye ortalamasının çok altındadır. Bulaşıcı hastalık bildirim, surveyans ve filyasyon yapılmamaktadır.

Sağlık Ocaklarının tüm koruyucu hizmetler gibi, bulaşıcı hastalıklarla mücadele hizmetini götürmesi için de desteklenmesi gereklidir. Bu, personelin eğitimi ve laboratuvar donanımının tamamlanması ile sağlanabilir. Bölge üniversiteleri burada görev almırlar.

Bölgede sık rastlanan şark çıbanı ile birlikte verem, sıtma, su ve besinlerle bulaşan hastalıklar ile hepatitler daha da artmaktadır. Henüz yeterli veri olmamasına rağmen şistozomiazisin sulama ile birlikte artma riski yüksektir. Yeterli veri elde edilememekle birlikte son yıllarda özellikle Şanlıurfa ve Gaziantep illerinde şark çıbanının arttığına dair gözlemler vardır.

Son yıllarda bölgede hala önemini koruyan ve bazılarında artış gösteren sıtma, trahom ve verem ile etkin bir mücadelenin yapılabilmesi için bu hastalıklarla ilgili dikey örgütlenmelerin görevlerinin sağlık ocaklarına yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Bu çerçevede;

- Her ateşli hastadan kalın damla tetkiki yapılmalıdır.
- Tüm sağlık ocaklarında BCG aşı uygulaması yapılabilmesi ve bunun için tedbirler alınmalı, gerekli personel eğitimi yapılmalıdır,
- Diyarbakır il merkezinde Göğüs Hastalıkları Hastanesinin kapasitesi artırılmalı,
- Diyarbakır Bölge Tüberküloz Laboratuvarının referans laboratuvarına dönüştürülmesi gerekmektedir.

Sağlık Müdürlüğü Frengi-Lepra Şube Müdürlükleri, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla Mücadele Şube Müdürlüğüne dönüştürülmeli ve aktif hale getirilmeli, genelevler denetlenmelidir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda eğitim verilmelidir.

Bulaşıcı hastalıklar çalışmalarının bölgesel olarak planlanması, değerlendirilmesi ve eşgüdümü sağlanması açısından “GAP Bölgesi Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Ünitesi” kurulmalıdır.

Sabunla el yıkama ve diğer kişisel hijyen konularında eğitimciler ve öğrenciler başta olmak üzere halka dönük eğitim programları uygulanmalıdır.

Hem kentte, hem kırsal kesimde sağlıklı tuvalet kampanyası başlatılmalıdır.

Bölgeye gönderilen aşılar zamanında, yeterli miktarda gönderilmelidir.

Sınır ticareti bulaşıcı hastalıklar açısından risk oluşturduğundan yakından izlenmelidir.

## 6.2. Gelecekteki Sorunlar ve Çözüm Önerileri :

### 1-Sağlığı etkileyen demografik değişiklikler

- a)-Nüfus artışı, yaş yapısı ve cinsiyet dağılımındaki farklılık
- b)-Kentleşmenin artışı
- c)-İş kollarında farklılık, sanayi gelişmesi ile iş ve işçi sağlığı sorunlarının ortaya çıkışı
- d)-Aile yapısında değişimler

### 2-Sağlık hizmetlerinin sunum ve kullanımına ilişkin sorunlar

- a)-Bazı bulaşıcı hastalıklarda artma
- b)-Bazı sosyal hastalıklarda artma
- c)-Kazalarda artma ve acil sağlık hizmetlerine ihtiyaç
- d)-Yeni sağlık kurumlarına gereksinimin artması
- e)-Kişi başına düşen sağlık hizmetleri talebinde artma
- f)-Beslenme alışkanlıklarında değişme
- g)-Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri boyutlarında değişme
- h)-Zararlı alışkanlıklarda artma
- ı)-Yeni oluşacak sağlık sorunlarının çözümü için sağlık eğitimi gereksiniminde artma

### 3-Toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik yapısındaki değişiklik ve dönüşüm

Bu sorunların çözümü mevcut sorunların çözümü ile ilişkilidir. Gelecekte ortaya çıkabilecek sorunların çözümüne yönelik sektörler arası işbirliği çerçevesinde projeler geliştirilmelidir. Ancak gelecekteki sorunların çözümünde özellikle;

- GAP Bölge Sağlık Müdürlüğünün kurulması

- 224 sayılı yasanın yeniden gözden geçirilerek mutlaka işler hale getirilmesi, nüfus değişimlerine uygun ve sağlık hizmetleri talebindeki artışlar dikkate alınarak sağlık hizmeti organizasyonu geliştirilmesi, sağlık evlerinin güçlendirilmesi
- Sağlık çalışanlarının ekonomik ve özlük haklarının iyileştirilmesi
- Ruh Sağlığı Danışma ve Destek Merkezlerinin açılması
- Sağlık Enformasyon Sisteminin kurumsallaştırılması
- GAP Bölgesi Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Ünitesinin kurulması
- Tropikal Hastalıklar Eğitim ve Araştırma Merkezi'nin daha faal hale getirilmesi, diğer merkezlerle işbirliği yapılarak gerekli araştırma, uygulama ve eğitim hizmetleri başlatılması
- Mezra ve göçerler için ulaşılabilir sağlık hizmeti sunulma sisteminin geliştirilmesi
- Tarım ve sanayi sektöründeki gelişmeler göz önüne alınarak işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda gerekli kurumsallaşmanın sağlanması
- Kentleşmenin önlenmesine yönelik projelerin üretilmesi önem arz etmektedir.

Çalışma gurubu, yukarıda özetlenen çözüm önerilerinin Başbakanlık GAP İdaresine iletilmesi yanında mevcut Projeye bir "Değerlendirme Projesi" eklenmesini de istemiştir. Böylece Diyarbakır Tabipler Odası periyodik, örneğin yıllık değerlendirmelerle, yapılan bu önerilerin ne kadarının gerçekleştirilebildiğini, gerçekleşmeyenlerin önündeki engelleri, 10 yıl içinde yeni çıkabilecek sağlık sorunlarını da saptayabilir. Düzenlenecek ek bir değerlendirme projesi bölgenin sağlık sorunlarının çözümüne ulaşmada önemli katkılar sağlayabilecektir

## 7 SONUÇ

GAP Bölgesi sağlık sorunlarını ülke genelindeki sağlık sorunlarından soyutlayarak ele almak mümkün değildir. Ülke genelinde karşılaşılan sorunlar daha yoğun ve ağır bir şekilde bölgede hüküm sürmektedir. Ancak bölgenin kapsamlı bir projenin uygulama alanı olması ve içinde bulunduğu koşullar, ülke genelinde yürütülen sağlık politikalarının yanı sıra bölgeye özel politikaların uygulanmasını ve bu uygulamanın merkezden değil bölge düzeyinde olmasını gerekli kılmaktadır.

GAP'ın 2010 yılına kadar tamamlanması perspektifi çerçevesinde; bölgede yaşayan insanların sağlık düzeyinin yükseltilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, sağlıklı yaşam koşullarının oluşturulması, halkın sağlık hizmetleri konusunda bilinçlendirilmesi ve sağlık alt yapısının güçlendirilmesi önem taşımaktadır.

Bölgede mevcut sağlık kurumlarında donanım ve personel eksikliği yanında aşırı derecede yönetici ve personel hareketliliği sağlık hizmetlerinin sunumunu olumsuz etkilemektedir. Sağlık hizmetleri düzeyinin yükseltilmesi ancak yeterli sayıda ve nitelikli

sağlık personelinin tıbbi araç ve tam donanımlı sağlık kuruluşlarında dengeli dağılımı ile mümkün olabilecektir.

Bölgede sağlık altyapısı ve insan gücü açısından dengesizlikler mevcuttur. Bölgenin ülke genelinden farklılaşan olumsuzlukları kendi içinde de farklılık göstermektedir. Örneğin Gaziantep ve Kilis'in hem ekonomik hem de sağlık göstergeleri diğer illere göre daha olumludur. Ayrıca bölge illeri kendi içlerinde de söz konusu göstergeler yönünden farklılıklar taşımakta, bazı ilçeler ekonomik ve sağlık açısından il genelinin çok gerisinde bulunmaktadır.

Bölgede konuşulan dillerin farklı olması nedeniyle, koruyucu sağlık hizmeti sunumunda ve toplum sağlığı hizmetlerinin her aşamasında "dil" faktörü sağlığı olumsuz etkileyen önemli etkenlerden biridir.

Bu bölgede sağlık hizmetleri hem nitel hem nicel açıdan yetersizdir. Bölgenin bazı illerinde yaklaşık 20 yıldır yaşanan Olağanüstü Hal Koşulları hizmet sunumunu ve hizmetten yararlanmayı olumsuz şekilde etkilemiştir.

Sağlık ocakları; yer seçiminde uygun kriterlerin kullanılmamış olması, mevcutlarının % 10,9'unun kapalı olması veya insan gücü ve donanım eksikliği nedeniyle verimsiz çalışmaktadır. Bu nedenle aşı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi hizmet sunumuna ilişkin programlar yeterli düzeyde ve sürekli olarak yapılamamaktadır.

Birinci ve ikinci basamak sağlık kurumları arasında sevk zinciri etkili çalışmamaktadır. Bu durum hem birinci basamak hizmetlerin önemini azaltmakta hem de büyük il ve hastanelere gereksiz hasta akınına sebep olmaktadır. Bunun önlenmesi ve hizmetlerin yerinde verilmesi amacıyla sağlık kuruluşlarının personel ve donanım ihtiyaçlarının karşılanması önemini korumaktadır.

Kentsel ve kırsal altyapının yetersiz oluşu, yeterli içme suyunun olmayışı veya kalitesinin düşük oluşu özellikle su ve gıda ile bulaşan hastalıkların oranını yükseltmektedir. Sağlıklı konut ve altyapıya yönelik yatırım ihtiyaçları, bunlara bağlı çevre ve sağlık sorunlarını arttırmaktadır.

GAP'ın özellikle sulama tesislerinin tamamlanmasıyla bölgede yaşanacak değişiklikler sağlık sektörünü de etkileyecek; gelişen tarım ve sanayinin, yaygın sulama ve göletlerin tesisi sonucu paraziter ve tropikal hastalıkların boyutunda değişiklikler olacaktır. Ayrıca bölgede oluşacak sosyo-kültürel ve ekonomik gelişmeler sağlık hizmetlerinin arz ve talebini de etkileyecektir.

Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin etkinliğinin ve niteliğinin artırılması için özellikle kırsal kesimde sağlık altyapı ihtiyacı karşılanmalı, sağlık personeli açığı ve hareketliliği giderilmeli, sağlık personelinin bilgi ve beceri eksikliği tamamlanmalı, eğitilmiş sağlık personeli kanalıyla halkın bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Ancak bu önlemlerin alınması ile doğurganlık hızını, anne, bebek ve çocuk ölüm hızını azaltmak ve üreme sağlığı anlayışını yerleştirmek mümkün olabilecektir.

Bölgeye yönelik hızlı bir çalışma ile bağışıklık düzeyini yükseltmek, böylece aşı ile önlenebilen hastalık oranını azaltmak sağlık düzeyinin yükselmesinde önemli rol oynayacaktır.

Bütün bunların yanı sıra kuruluşlar arası işbirliğini sağlamak, böylece altyapıya, eğitime ve çevre sağlığına yönelik tedbirleri zamanında ve etkin bir şekilde alarak koruyucu sağlık hizmetlerini desteklemek gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin istenilen düzeyde verilebilmesi için gereksinim duyulan sağlık personelinin bölgede istihdamı şarttır. Bunun için sağlık personeli ile ilgili ücret politikası, özlük hakları, lojman, sosyal tesis gibi ihtiyaçları gözden geçirmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.

Bölgedeki sağlık hizmetlerinin sunumunun sadece sağlık kurumları ve sağlık çalışanları ile değil sağlığın olmazsa olmaz koşulları olan barış ortamı, barınma, beslenme, temiz su ve çevrenin korunması gibi etkenlere bağlı olduğu dikkate alınmalıdır.

Bölgede halen ülkenin genel sağlık sorunlarına paralellik gösteren hizmet sorunları mevcuttur. Bunların çözümü ülke genelinde uygulanması gereken genel prensiplere bağlıdır. Bu sorunlar ve bölgeye özgü sorunlar ile çözüm önerileri ilgili bölümlerde belirtilmiştir. Ancak özellikle dikey hizmet programları yerine yatay hizmet programlarının uygulanması önem arz etmektedir. Bu anlamda 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın bölge şartlarına göre yeniden düzenlenerek uygulamaya konulması bölgedeki sağlık sorunlarının çözümünün temelini oluşturmaktadır. Böylece "Sağlık-21 Hedefleri"ne de ulaşılmış olacaktır.

Yapılacak bütün bu işlerde halkın katılımının sağlanması gereklidir ve bunun için gerekli mekanizmalar sağlanmalıdır. Bunun yollarından biri Sağlık Ocakları Sağlık Kurullarının çalıştırılmasıdır. Sivil toplum kuruluşları, meslek odaları ve sendikaların da söz hakları bulunmalıdır.

Yapılan bu çalışmanın sonucunda, yapılan önerilerin ne kadarının gerçekleştirilebildiğini, gerçekleştirilmeyenlerin önündeki engelleri, 10 yıllık dönem içinde çıkabilecek sağlık sorunlarını saptama ve yeni öneriler sunabilmek için "Değerlendirme Projesi" yapılmalıdır. Periyodik olması gereken bu projenin katılımçılık ve sürdürülebilirlik açısından Diyarbakır Tabip Odası'nın katılımıyla yapılmasında yarar vardır.

## Ek 1

### GAP İLLERİNİN ZİYARETİ SIRASINDA GÖRÜŞÜLEN KİŞİLER

#### ADI-SOYADI

#### KURUMU

#### ADİYAMAN

Dr.Ö.Faruk ÖZYAŞAR

İl Koordinatörü, Sağlık Müdürlüğü Sağ. Ocakları Şb. Müd.

Dr.Mustafa KÜTLÜ

Sağlık Müdür Yrd.

Dr.Türkay YÜCEL

Sağlık Müdür Yrd.

Nevzat BAYKAN

Sağlık Müdürlüğü

Dr.Ali ÖZBEK

Çevre Sağlığı Şubesi

Dr.Hüseyin ŞEN

Sıtma Savaş Birimi

Dr.Mehmet KALENDEROĞLU

Sağlık Ocakları Şube Müdürü

Sağlık Memuru Zeki KAYA

Merkez 1 Nolu Sağlık Ocağı

Dr.Ş.Müslüm BEYAZ

Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı

Dr.Zeynel Abidin BİNİCİ

Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı

Dr.Hüseyin AĞAOĞLU

Kahta 1 Nolu Sağlık Ocağı Sorumlu Hekimi

Sağlık Memuru Remzi ÜLGEN

Kahta 1 Nolu Sağlık Ocağı

Dr.Mustafa SAVAŞ

Çocuk Hast. Üz. Devlet Hastanesi Başhekim

Zülfikar IŞIK

Doğum-Çocuk Hastanesi

Dr.Abuzer DEMİR

Dah. Uzmanı Özel Diyaliz Merkezi

Osman BÜLÜT

Belediye Başkan Yrd.

Orhan ÖZTÜRK

Tarım İl Müdürlüğü, Hayvan Sağlığı Şube Müdürü

Dr.Hasan BUSAK

Sağlık Emekçileri Sendikası (SES) Şube Başkanı

Dr.Ali İhsan GÜNDOĞAN

Ana Çocuk Sağlığı ve AP. Merk., SES Temsilcisi

Sağlık Memuru Doğan DOĞAN

SES Yönetim Kurulu Üyesi

Rağıp ERSOY

Gazeteciler Cemiyeti Başkanı

**BATMAN**

**Dr.Erdoğan PEKKOLAY**

**İl Koordinatörü**, Tabip Odası Tem., 1 Nolu Sağlık Ocağı

Dr.Mahmut ÇİFTÇİ

Sağlık Müdür Vekili

Dr.Hamza GEMİCİ

Sağlık Müdürlüğü

Dr.Nuriye KARAGÖZLER

Ana Çocuk Sağlığı ve AP. Merkezi

Şakir YILDIRIM

Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi

Dr.Ahmet BACANAK

Devlet Hastanesi Başhekimisi

Mahmut YILDIZ

Batman Belediyesi Özel Kalem Müd.

Ercan GÜN

Batman Belediyesi Su, Otobüs ve Kanalizasyon İşletme Müd.

Deniz TOPKAN

SES Batman Şube Başk.

**DİYARBAKIR**

**Dr.M.Emin ULUĞ**

**İl Koordinatörü**, Tabipler Odası Başkanı

Prof.Dr.Ersen İLÇİN

Dicle Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD. Başkanı

Prof.Dr.Nuran ELMACI

Dicle Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

Prof.Dr.Perran TOKSÖZ

Dicle Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

Doç.Dr.Melikşah ERTEM

Dicle Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

Yrd.Doç.Dr.Günay SAKA

Dicle Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

Yrd.Doç.Dr.Ali Ceylan

Dicle Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

Dr.Pervin ÖZELÇİ

Dicle Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

Dr.Ercan TANRIKULU

Sıtma ve Tropikal Hast.Eğitim ve Araştırma Merkezi Müdürü

Nurcan BAYSAL

GAP-GİDEM

Mehmet AĞAR

Sağlık Müdürlüğü, Sıtma Birimi

Recep KESİCİ

Bölge Hıfzısıhha Enstitüsü Müdürü

Dr.Mahmut ORTAKAYA

Göğüs Hast.Üzm.1 Nolu Verem Savaş Dispanseri

Dr.İsmail VESEK

1 Nolu Verem Savaş Dispanseri

Dr.Fesih AZBOY

2 Nolu Verem Savaş Dispanseri

Dr.Macit BİLİCİ

Şehitlik Sağlık Ocağı Sorumlu Hekimi

Dr.İsfendiyar EYYÜBOĞLU	Yenikapı Sağlık Ocağı
Dr.Aziz AYDINALP	Devlet Hastanesi Başhekim
Dr.Üğur IŞIK	Devlet Hastanesi Başhekim Yrd.
Dr.M.Ruşen YILMAZ	Devlet Hastanesi Başhekim Yrd.
Dr.Cengiz DOĞAN	Tabipler Odası Yönetim Kurulu Üyesi
Diyaddin BİLİCİ	Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürü
Sait AKALP	Gıda Kontrol ve Çevre Sağlığı Şube Müdürü
Ali Haydar FIRAT	Yataklı Tedavi Kurumları Şube Müdürü
Dr.Levent KORKMAZ	Şehitlik Ana Çocuk sağlığı ve AP: Merkezi
Dr.Mehmet AKALIN	Çocuk Hastanesi
Dr.Agah DÜRTAŞ	Kapalı Ceza ve Tutukevi Hekimi
Ecz.Bişar DEMİRKAPI	XI. Bölge Eczacılar Odası
Vet.Hek.Nedim YAŞLI	Veteriner Hekimler Odası Başkanı
Doç.Dr.Kahraman Gündüz GÜZEL	Diş Hekimleri Odası Başkanı
Dt.Şaban KULAKSIZ	Serbest Diş Hekimi
Yaşar TÜRK	SES Şube Başkanı
H.Mahir ÇAĞLAN	SES
Mehmet SATICI	SES
Deniz KIRAÇ	Büyükşehir Belediyesi
Dr.Remzi AZİZOĞLU	Yenişehir Belediye Başkanı
<b><u>GAZİANTEP</u></b>	
<b>Dr.İsmet ELMAS</b>	<b>İl Koordinatörü</b> Yad.Ted.Şube Müdürü, Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi
Dr.Cengiz YAVUZSAN	Sağlık Müdürü
Dr.Nuray BOSTANCIERİ	Sağlık Müdür Yrd.
Dr.Mesut KETTEOĞLU	Sağlık Müdür Yrd.
Dr.Taylan CALP	Sağlık Ocakları Şube Müdürü
Dr.Özgen ŞENSES	Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü
Dr.Arzu TÜTÜNCÜLER	Bulaşıcı Hastalıklar Şube Doktoru



Alptekin SÖNMEZ	İl Halk Sağlığı Lab. Müdürü
Dr.Turgut ŞAHİNÖZ	Halk Sağlığı Uzmanı İl Halk Sağlığı Lab.
Dr.Ahmet ÖZKEKLİKÇİ	İl Halk Sağlığı Lab. Tabibi
Dr.Oğuz KURT	112 Hızır Acil
Dr.Kazım BİLGİN	1 Nolu Verem Savaş Dispanseri Tabibi
Dr.Hüseyin TOKER	Devlet Hastanesi
Dr.Yavuz ÇAPAN	Genel Cerrahi Uz. Devlet Hastanesi
Doç.Dr.Ali İhsan BOZKURT	Gaziantep Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.
Ydr.Doç.Dr.Saime ŞAHİNÖZ	Gaziantep Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.
Dr.Mehmet BERK	Türkiye Kamu-Sen, Türk Sağlık-Sen Şube Başkan.
Dr.Ahmet BAYDİLEK	Tabip Odası Genel Sekreteri
Dr.Orhan ARI	Tabip Odası
Dr.Ömer KILINÇ	SES Şube Başkanı

### **KİLİS**

<b>Dr.Mehmet BALCI</b>	<b>İl Koordinatörü</b> , Merkez Sağ. Ocağı, Tabip Odası Tem.
Dr.Süleyman ESER	Sağlık Müdürü
Dr.Bilge ÖĞÜCÜ	1 Nolu Sağlık Ocağı
Dr.Nursen ALTAY	1 Nolu Sağlık Ocağı
Ehsan GÜMÜŞ	1 Nolu Sağlık Ocağı
Dr.Ütku GÜLEÇ	2 Nolu Sağlık Ocağı
Edip TACI	2 Nolu Sağlık Ocağı
K.Levent ERTÜRK	3 Nolu Sağlık Ocağı
F.Eylem SÖNMEZ	3 Nolu Sağlık Ocağı
Yılmaz İNANÇ	4 Nolu Sağlık Ocağı
Dr.Tacettin HIRAALİ	5 Nolu Sağlık Ocağı
Dr.İlknur ÇAM	5 Nolu Sağlık Ocağı
Erdal KAHVECİ	5 Nolu Sağlık Ocağı
Mehmet Ali KARYAĞ	Musabeyli Merkez Sağlık Ocağı
Dr.Nihal YÜZBAŞIOĞLU	Ana Çocuk Sağlığı ve AP. Merkezi

Dr.Metin ORTALI	Devlet Hastanesi Başhekimi
Dr.Ertuğrul KEKEÇ	Devlet Hastanesi
Dr.Bekir KEŞKEK	Devlet Hastanesi
Dr.Mahmut SEYUR	Devlet Hastanesi
Aynur ÖZBİLEN	Devlet Hastanesi Başhemşiresi
Orhan KAYA	Devlet Hastanesi
Ömer GÜMÜŞ	Devlet Hastanesi
Birsen BİLGİN	Devlet Hastanesi
Ebe Songül KEKEÇ	Devlet Hastanesi Kan Merkezi
Ebe Aysel ARAY	Devlet Hastanesi Aile Planlaması
Ebe Selma TEMİROĞLU	Devlet Hastanesi Doğum Servisi
Hem.Nihal BAYDIN	Devlet Hastanesi Hemodializ Ünitesi
Ecz.M.Fazıl FAZLIAĞAOĞLU	8. Bölge Ecz. Oda Tem.
Habip ÖZDEMİR	Belediye Başkanlığı Sağlık İşleri Müdürü

### **MARDİN**

<b>Dr.Kamiran YILDIRIM</b>	<b>İl Koordinatörü, Tabip Odası Başkanı</b>
Dr.Metin ÇILGIN	Tabip Odası Genel Sekreteri
Dr.Celal ABABAY	Sağlık Müdürü
Dr.İbrahim YÜCESOY	Sağlık Müdür Yrd.
Dr.Orhan ÜNEL	Sağlık Müdür Yrd.
Dr.Hüseyin NANTU	Bulaşıcı Hast. Şube Müdürü
Dr.Hasan SEVİNÇ	Ana Çocuk Sağlığı ve AP. Şube Müdürü
İ.Sihem ELVEREN	SES Şube Başkanı
Enver ETE	Eğitim-Sen Şube Başkanı
Nuriye BULUTTEKİN	Willows Foundation / Kızıltepe
Dr.Tamer ATAY	Kızıltepe Devlet Hastanesi Başhekimi
S..Davut ATAY	Kızıltepe Belediye Başkan Vekili
Hasan DEMİR	Kızıltepe Belediye Başkan Yrd.
Abdulkadir ATAKÜL	Kızıltepe Belediye Yazı İşleri Müdürü

Mustafa YILDIRIM

Nusaybin Belediye Başkan Vekili

**Siirt**

**Dr.Sıracettin ONURSAL**

**İl Koordinatörü, Tabip Odası Tem./Siirt Belediyesi**

Dr.Tanık ACAR

Sağlık Müdürlüğü

Dr.Halise YILDIRIM

Ana Çocuk Sağlığı ve AP. Merkezi

Kadir TÜRKOĞLU

Halk Sağlığı Lab.

Hikmet GENÇELİ

Eğitim Şubesi

Salih CEZLAN

Sağlık Müdürü Çevre Sağlığı

Bekir CEZZAN

Sağlık Ocakları Şube Müd.

Dr.Nesilhan YÜCEL

1 Nolu Sağlık Ocağı

Dr.Erkan AYDENİZ

1 Nolu Sağlık Ocağı

Dr.Semi ÖMEROĞLU

1 Nolu Sağlık Ocağı

Doç.Dr.Birol OTLUDİL

Eğitim Fakültesi Dekanı

Fırat K.BİREL

Eğitim Fakültesi Araştırma Görevlisi

Nilgün ONURSAL

Eğitim Fakültesi Araştırma Görevlisi

Sezen AYYÜZLÜ

Willows Foundation Koordinatörü

Evin ALPAY

Willows Foundation

Serpil YILMAZ

Willows Foundation

Suat EKİN

Belediye Başkan Yrd.

Osman TORAK

Belediye Başkan Danışmanı

Yılmaz ŞEN

Belediye Sendika Tem.

Tülay ŞEN

Hemşire

Yüksel TUNCER

KESK Temsilcisi

Abdulahkim YILDIZ

Eğitim-Sen Şube Başkanı

Faruk DAYANAN

Eğitim-Sen Şubesi

Mehmet DEMİR

Tüm-Bel-Sen Şubesi

Sabri ÖZDEMİR

Tüm Sosyal-Sen Şubesi

Siyamet YILMAZ

İnsan Hakları Derneği

Hacı OĞUZ

İnsan Hakları Derneği

**SANLIURFA****Dr.Ali ÖZBEY****İl Koordinatörü, Sağlık Müdür Yrd.**

Dr.Aziz AKIL

Sağlık Müdürü

Dr.Faruk ARSLAN

Sağlık Müdür Yrd.

Dr.Necip YEMENİCİ

Sağlık Müdür Yrd.

Mehmet KARAKAŞ

Sağlık Müdürlüğü

Neval ERİŞMİŞ

Sağlık Müdürlüğü

Adem HAN

Sağlık Müdürlüğü

Şeyhmus BAYTAK

Sıtma Bölge Başkanlığı

Dr.Nihat GÖKHAN

Ana Çocuk Sağlığı ve AP. Merkezi

Dr.Ekrem UYSAL

Verem Savaş Dispanseri

Dr.M.Kadir ÖZBEY

Devlet Hastanesi Başhekimisi

Dr.Ahmet Refik HATİPOĞLU

Tabip Odası Genel Sekreteri

Prof.Dr.Selçuk YÜCESAN

Harran Ü. Tıp Fakültesi Dekanı

Prof.Dr.Nurettin DEMİR

Harran Ü. Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum AD. Başk.

Doç.Dr.Ahmet KOÇ

Harran Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hast.AD.

Sevgi ÖZEL

Şanlıurfa GAP İdaresi

Mahmut KIRIKÇI

Yüksek Ziraat Müh., Belediye Başk. Yrd.

Dr.Cegergun POLAT

Viranşehir Belediye Tabibi

Murat BİRİNCİ

Valilik İl Planlama Müdürlüğü

Ali Cengiz ÖLÜOĞLU

İl Nüfus ve Vatandaşlık Müdürü

Bahattin ŞENYURT

İl Emniyet Müdür Yrd.

Bakır KELLEOĞLU

İl Emniyet Müdürlüğü

Dr.Aydın ŞİRİN

SES Şube Sekreteri

**SIRNAK**

Dr.Abdullah Kazım ARI

Sağlık Müdürü

Dr.Salih DEMİRAL

Bulaşıcı Hast. Şube Müdürü

Dr.Halil ERKAN

Verem Savaş Dispanseri

Dr.Sema ENCAN

Tabip Odası Temsilcisi, Cizre 1 Nolu Sağlık  
Ocağı

Dr.Serdar AKTAŞ

Cizre 1 Nolu Sağlık Ocağı

Dr.M.Emin AY

Cizre 1 Nolu Sağlık Ocağı

Dr.Mehmet Demirel KÜT

Cizre Devlet Hastanesi Başhekimi

## Ek 2

### MEVCUT DURUMUN SAPTANMASI AMACIYLA GAP İLLERİNİN ZİYARETİ SIRASINDA TESPİT EDİLEN SORUNLAR SOSYO-KÜLTÜREL EKONOMİK

- İstihdam sorunu
- Toprak dağılımı adil değil
- Yoksulluk
- Göç
- Konut sorunu
- Yerel yönetimler yeterli kadro ve gelire sahip değil
- Yanlış inanışlar
- Gelenekler
- Yanlış yönlendirme
- Olağanüstü Hal ve etkileri
- Sivil toplum örgütlerinin katılımı yok
- Halkın katılımı yok
- İletişim / Sağlık hizmeti ve eğitiminde dil problemi
- Nüfus hareketliliği
- Eğitim – okullaşma oranı düşük (Özellikle kadınlarda)

#### TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ

- Sosyal güvence yok (Yeşil Kart tedavi giderlerinde geçersiz)
- Yeşil Kart alımında problemler (Özellikle göç edenler)
- Yeşil Kartlılara ayaktan tedavi hizmetler verilememekte
- Kurumlar sayıca var ama işlevsiz , personel veya donanım yok
- Hekimlerin hem kamuda hem de özelde çalışması hizmeti olumsuz kılıyor
- Sağlık ocaklarında hekimler uzmanlığı düşünüyor (TUS)
- Yataklı tedavi hizmetinde bina ve yatak sorunu

- Tam gün olmaması
- Sevk sistemi yok / işlemiyor / İsteyen istediği sağlık birimine gidiyor.
- Yataklı tedavi kurumlarında (Özellikle ilçe Devlet Hastanelerinde) personel-araç-gereç eksikliği)
- Özellikle İpek Yolu (Nusaybin-Cizre-Silopi) acil yardım hizmetlerinde sorunlar
- Hastaneler temel branş ve ünitelerden yoksun (Özellikle ilçelerde)
- Yanık ünitesinin olmaması
- Özel hekimlik uygulamalarının hizmeti aksatması
- Sadece yataklı tedavi kurumlarının sorunlarına öncelik veriliyor
- Çevre ile bir çok kurum ilgileniyor, yetki karmaşası var.

### **KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ**

- Sınır sağlığı yeterli değil-cinsel yolla bulaşan gıdalarla gelen hastalıklar
- Beslenme sorunu
- Bulaşıcı hastalıklar sık görülüyor. (Özellikle su ve besinlerle bulaşan)
- Sıtma olgularının % 70 – 80 GAP bölgesinde görülüyor
- Şark çıbanı (8211 Şanlıurfa)
- Tüberküloz son yıllarda artmakta
- Brucella
- Doğumlar sağlık personeli olmadan yapılıyor
- Doğum öncesi ve sonrası bakım eksikliği
- Herkes aile planlaması ile ilgileniyor
- Mezbahane sorunu
- Kişisel hijyen bilgisi ve eğitimi yok
- Anne ve bebek ölümleri fazla
- Bebek izlenimi yetersiz / yapılmıyor
- Aşı hizmetlerine güvensizlik  
(Kısırlık - Niçin ücretsiz gibi)
- İnsan dışkılarının gübre olarak kullanılması
- GAP ile gelişebilecek hastalıklar
- Rutin bağışıklama oranlarının düşüklüğü
- Aşılama inanışlar-güvensizlik

- Kanalizasyonla sulanan bahçeler (Diyarbakır, Siirt, Şanlıurfa)
- Motivasyon olmaması
- Ruhsal problemlerde artış
- Sağlık ocakları donanım açısından yetersiz
- Gezici hizmet tazminatları ödenmiyor, gezici hizmet özendirilmiyor
- Toplum katılımı için caba harcanmaması
- Politik gerekçelerle sağlık kurumu açılması
- Sivil toplum örgütlerinin katılımı yok
- Nüfus hareketliliği çok
- Sadece yataklı kurumların sorunlarına öncelik veriliyor.
- Yerel yönetimlerin bütçesi yetersiz
- Tıp Fakültesi eğitimleri yetersiz
- Adli Tıp / eğitim öncesi ve uygulamaları sorun
- Tabip Odası ve temsilcilerinin katılımı yok
- Eğitim seviyesi düşük
- Ruhsal sorunlar son yıllarda artmış
- Sağlık evleri kapalı
- Araç yok / olanlar sık sık arıza yapıyor
- İletişim – Bilgisayar ağı yok
  - Sağlık sorunları yoğunluğu fazla (Bulaşıcı hastalıklar, bebek, çocuk, ana ölümleri)
    - Sağlık kurumları yetersizliği
    - Sayı
    - Dağılımı
    - Personel
    - Araç-gereç, standardı ve sayım
    - Yeni donanımlar gerekliliği
- Altyapı sorunları
  - Kentleşme
  - Kişisel hijyen
  - Yeterli içme ve kullanma suyu olmaması



- Temiz içme suyu (Klorlama) sorun
- Tuvalet sorunu
- Kanalizasyon sorunu
- Çevre denetiminin yetersizliği yeterli değil
- Çöp ve katı atık tesisleri
- Eğitim
  - Halkın sağlık eğitimi yetersiz
  - Okullaşma az
  - Dil problemi var
- Görsel eğitim
  - Eğitim sağlık ocakları yok
- Hasta memnuniyetsizliği

### **SAĞLIK YÖNETİMİ**

-Bölgede çalışan sağlık personeli hareketliliği sağlık hizmetini olumsuz yönde etkilemektedir.

- Kadroların güncelleştirilmesi, standart kadrolar bile dolu değil
- Boş standart kadroların fazlalığı
- Yöneticilerin, deneyim ve eğitim eksikliği, sık değişmesi
- Sağlık politikaları bölge koşulları dikkate alınmadan belirleniyor
- Denetim eksikliği
- Özendirme yok (Lojman, ek tazminat)
- Özlük Hakları (Ücret)
- Koordinasyon yok (Köy Hizmetleri, Milli Eğitim gibi...)
- Hizmet içi eğitim yok / Tıp Fakültesi ve Sivil Toplum Örgüt destekli
- Sağlık çalışanı, kurum ihtiyaçlarının saptanması veya güncelleştirilmesi
- Sağlık hizmetleri örgütlenmesi karma karışık
- Veriler düzenli tutulmuyor
- Veriler değerlendirilmiyor, ona göre politika yok
- Dispanserler anlamlı mı? İşlevsel mi? İşlevsel olması için ne yapılmalı?
- Politikacılar her türlü personel sorununa müdahale etmekte
- Merkezde personel toplanması

- Sektörler arası işbirliğinin / koordinasyonunun olmaması
- Tayin, atama ve yükselme konularında güvensizlik
- Sorun veya çözümler merkezi düzeyde belirleniyor.
- Sık sık yönetici değişmesi / politikacıların müdahalesi

## Ek 3

### ATÖLYE ÇALIŞMASINA KATILANLAR

(20.01.2001-DİYARBAKIR)

#### ADI-SOYADI

Prof.Dr.Necati DEDEOĞLU

Doç.Dr.Onur HAMZAOĞLU

Doç.Dr.Ahmet SALTIK

Fatma UZ

Sıdika CANDOĞAN

#### ADİYAMAN

Dr.Ö.Faruk ÖZYAŞAR

Dr.Mustafa KUTLU

Dr.Ali ÖZBEK

Dr.Mehmet KALENDEROĞLU

Orhan ÖZTÜRK

#### BATMAN

Dr.Erdoğan PEKKOLAY

Dr.Mahmut ÇİFTÇİ

Ercan GÜN

Deniz TOPKAN

#### KURUMU

Akdeniz Ü.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.  
Başkanı

Türk Tabipleri Birliği Sağlık Politikaları  
Çalışma Grubu

GAP İdaresi Başkanlığı, Sosyal Planla-  
ma Grubu

GAP İdaresi Başkanlığı, Sağlık Eğitim  
Uzmanı

Sağlık Bakanlığı A.P.K. Kurul Başkanlığı

Sağlık Müdürlüğü Sağlık Ocakları Şube  
Müd.

Sağlık Müdür Yrd.

Çevre Sağlığı Şubesi

Sağlık Ocakları Şube Müdürü

Tarım İl Müdürlüğü, Hayvan Sağlığı Şu-  
be Müdürü

Tabip Odası Tem., 1 Nolu Sağlık Ocağı

Sağlık Müdür Vekili

Batman Belediyesi Su, Otobüs ve Ka-  
nalizasyon İşletme Müd.

SES Batman Şube Başk.

**DIYARBAKIR**

Dr.M.Emin ULUĞ	Tabipler Odası Başkanı
Dr.Necdet İPEKYÜZ	Tabipler Odası Genel Sekreteri
Prof.Dr.Ersen İLÇİN	Dicle Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD. Başkanı
Prof.Dr.Nuran ELMACI	Dicle Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.
Prof.Dr.Perran TOKSÖZ	Dicle Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.
Doç.Dr.Melikşah ERTEM	Dicle Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.
Yrd.Doç.Dr.Günay SAKA	Dicle Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.
Yrd.Doç.Dr.Ali Ceylan	Dicle Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.
Dr.Pervin ÖZELÇİ	Dicle Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.
Dr.Nevzat AYTEKİN	Dicle Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.
Dr.Aziz AYDINALP	Devlet Hastanesi Başhekimi
Dr.Üğür IŞIK	Devlet Hastanesi Başhekim Yrd.
Dr.M.Ruşen YILMAZ	Devlet Hastanesi Başhekim Yrd.
Dr.Cengiz DOĞAN	Tabipler Odası Yönetim Kurulu Üyesi
Dr.Mansur ÖZCAN	Halk Sağlığı Doktoru, Devlet Hastanesi
Diyaddin BİLİCİ	Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürü
Sait AKALP	Gıda Kontrol ve Çevre Sağlığı Şube Müdürü
Ali Haydar FIRAT	Yataklı Tedavi Kurumları Şube Müdürü
Dr.Levent KORKMAZ	Şehitlik Ana Çocuk Sağlığı ve AP: Merkezi
Recep KESİCİ	Bölge Hıfzısıhha Enstitüsü Müdürü
Dr.Ercan TANRIKULLU	Sıtma ve Tropikal Hast.Eğitim ve Araş.Merkezi Müdürü
Dr.Mahmut ORTAKAYA	Göğüs Hast.Üzm.1 Nolu Verem Savaş Dispanseri
Nurcan BAYSAL	GAP-GİDEM
Dr.Fesih AZBOY	2 Nolu Verem Savaş Dispanseri
Dr.Macit BİLİCİ	Şehitlik Sağlık Ocağı Sorumlu Hekimi
Dr.Mehmet AKALIN	Çocuk Hastanesi

Dr.Agah DÜRTAŞ

Ecz.Bişar DEMİRKAPI

Ecz.Mesut AZİZOĞLU

Doç.Dr.Kahraman Gündüz GÜZEL

Dt.Şaban KÜLAKSIZ

H.Mahir ÇAĞLAN

Veysi Çiçek

Deniz KIRAC

Dr.Remzi AZİZOĞLU

Gülgez FİDANAY

### **GAZİANTEP**

Dr.İsmet ELMAS

Dr.Turgut ŞAHİNÖZ

Ydr.Doç.Dr.Saime ŞAHİNÖZ

Dr.Orhan ARI

### **MARDİN**

Dr.Hasan SEVİNÇ

İ.Sihem ELVEREN

Nuriye BÜLÜTTEKİN

Hasan DEMİR

### **SIİRT**

Dr.Sıracettin ONÜRSAL

Nilgün ONÜRSAL

Salih CEZLAN

Yılmaz ŞEN

Yüksel TUNCER

Abdulahkim YILDIZ

Faruk DAYANAN

### **ŞANLIURFA**

Dr.Ali ÖZBEY

Kapalı Ceza ve Tutukevi Hekimi

XI. Bölge Eczacılar Odası

XI. Bölge Eczacılar Odası

Diş Hekimleri Odası Başkanı

Serbest Diş Hekimi

SES Şubesi

SES Şubesi

Büyükşehir Belediyesi

Yenişehir Belediye Başkanı

Willows Foundation İl Koordinatörü

Yat.Ted.Kur.Şube Müdürü, Tabip Odası  
Yön.Kur. Üyesi

Halk Sağlığı Uzmanı İl Halk Sağlığı Lab.

Gaziantep Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

Tabip Odası

Ana Çocuk Sağlığı ve AP. Şube Müdürü

SES Şube Başkanı

Willows Foundation / Kızıltepe

Kızıltepe Belediye Başkan Yrd.

Tabip Odası Tem./Siirt Belediyesi

Eğitim Fakültesi Araştırma Görevlisi

Sağlık Müdürü Çevre Sağlığı

Belediye Sendika Tem.

KESK Temsilcisi

Eğitim-Sen Şube Başkanı

Eğitim-Sen Şubesi

Sağlık Müdür Yrd.

Prof.Dr.Selçuk YÜCESAN

Prof.Dr.Nurettin DEMİR

Doç.Dr.Ahmet KOÇ

Sevgi ÖZEL

Dr.Cegerğun POLAT

Harran Ü. Tıp Fakültesi Dekanı

Harran Ü. Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve  
Doğum AD. Başk.

Harran Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı  
ve Hast.AD.

Şanlıurfa GAP İdaresi

Viranşehir Belediye Tabibi

## Ek 4

### ÇALIŞMA REHBERİ

#### BÖLÜM I: SAĞLIK ALANINDAKİ SORUNLARIN SAPTANMASI

Not: Aşağıdaki konuların her biri için, o başlığın altında kısa ve özlü cümlelerle bölgedeki sorunları belirtiniz. Her konunun yanında, parantez içinde size yardımcı olabilecek alt başlıklar bulunmaktadır. Konular rehber niteliğinde olup, tartışma sırasında bunlara yeni konular eklenebilir.

##### 1.TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ

- A) Hastaneler (Yönetim, insan gücü, hizmet kalitesi, tam gün,doluluk oranı vb.)
- B) Sağlık Ocakları (Hekim, TUS, personel, donanım, hasta memnuniyeti, vasıta, yönetim, sevk sistemi vb.)
- C) Eczaneler, İlaç ( Reçetesiz ilaçlar, eczanesiz yerler vb.)
- D) Hastane acil servisleri, 112 Acil servis, kan bankaları, deprem riski, kazalar (sıklık, dağılım, hizmet,hazırlık vb.)
- E) Bölgede sık rastlanan bulaşıcı olmayan hastalıklar (kalp hastalıkları, kanser,diyabet,konjenital hast. vb.)
- F) Sosyal Güvence ( Emekli Sandığı, SSK, güvencesi olmayanlar vb.)

##### 2.KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

- A) Anne ve Çocuk Sağlığı (doğum öncesi takip, doğum, doğum sonrası takip, tetanos aşısı, bebek ve çocuk takibi, anne eğitimi vb.)
- B) Aile planlaması ( hizmetler, eğitim, düşükler vb.)
- C) Bulaşıcı hastalık mücadelesi ( Sıtma, tüberküloz, zoonozlar, ishalleri hastalıklar, aşılama, soğuk zincir, ihbarlar, laboratuvar vb.)
- D) Çevre Sağlığı ( Su, kanalizasyon, tuvalet, kentleşme, belediyeler, vektör, çöp, tarım ilacı, gayrı sıhhi müesseseler, denetim, hava kirliliği vb.)
- E) Ruh Sağlığı (sigara, alkol ve uyuşturucu, cinayet ve intiharlar, depresyon vb.)

- F) Toplum Beslenmesi ( Protein enerji malnütrisyonu, anemi, raşitizm, obezite, gıda üretimi ve denetimi vb.)
- G) Sağlık eğitimi ( Personel, yöntem, basın,TV, inanç ve gelenekler vb.)
- H) Dış Sağlığı ( Dış sağlığı sorunları, hizmet sorunları vb.)
- İ) Okul Sağlığı, İş Sağlığı ( Okul beslenme programı, işyeri denetimi,işçi sağlığı, iş kazaları vb.)

### 3. REHABİLİTASYON (Sakatlar, yaşlılar, rehabilitasyon hizmetleri vb.)

#### 4. SAĞLIK YÖNETİMİ (İl ve ilçe bazında)

- A) Planlama, değerlendirme ( Sistemli planlama ve değerlendirme, sağlık enformasyon sistemi, hedef koyma vb.)
- B) Örgütlenme ( il ve ilçede örgütlenme, diğer sağlık kuruluşları, özel sektör vb.)
- C) Sağlık İnsan Gücü ( sayı, dağılım, özlük hakları, atanma, nitelik, görev tanımları vb.)
- D) Eşgüdüm ( Kurumlar arası iletişim, ortak çalışma, ekip çalışması vb.)
- E) Kaynaklar ( Para, bütçeleme, maliyet-yarar analizleri, bina, araç-gereç, yakıt, teknoloji vb.)
- F) Denetim, Eğitim ( Sürekli eğitim, performans kriterleri, denetim vb.)
- G) Mevzuat (mevzuat eksikliği, çelişkiler vb.)
- H) Katılım ( personel katılım, vatandaş katılımı, dernek, sendika ve odalar vb.)

NOT: Bu bölüm sonunda her grubun saptadığı sorunlar birleştirilerek her konu başlığı için tek bir sorunlar listesi çıkarılacaktır.

### BÖLÜM II: SORUNLARIN ÖNCELİKLERİNİN BELİRLENMESİ

Bölüm I'de her bir başlık için saptanmış bulunan sorunları öncelik sırasına göre diziniz. En önemli ve en yaygın olan ve etkili bir çözümü bulunan sorunu en başa yazınız. Böylece birinci bölümdeki her başlık altında sorunlar önem sırasına göre yazılmış olacaktır.

**NOT:** Bu bölüm çalışması sonunda aşağıdaki örnektekine benzer bir sonuç elde edilmesi beklenmektedir.

#### 1.BÖLÜMDE SAPTANAN SORUNLAR

#### ÖNCELİKLERE GÖRE SIRALAMA

GRUP 1

GRUP 2

GRUP 3

1-A HASTANELER



-Hekime ulaşmak güçtür	2	2	3
-Bürokrasi vatandaşı yıldırmaktadır	3	4	4
-Hemşire eksikliği vardır	1	5	5
-Poliklinik yükü ağırdır	4	7	7
-Yatak işgal oranları düşüktür	5	6	6
	7	1	2
	8	3	1

### 1-B SAĞLIK OCAKLARI

-Hekimler hizmeti bilmemektedir	3	4	5
-Bazı sağlık ocakları boşaltılmıştır	4	6	4
-Vasita bulunmamaktadır	6	3	6
-Ebe açığı vardır	7	2	1
-Vatandaş hizmeti tanınamamaktadır	1	5	7

### 1-C SEVK SİSTEMİ

-1.Basamaktan sevk çok fazladır	3	4	4
-Sevkler gereksizdir	2	2	3
-SSK sevkleri sorunludur	1	3	

## BÖLÜM III: ÖNCELİKLİ SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ

Bu bölümde daha önceki bölümde konularına göre öncelik sırasına konmuş her bir sorun için aşağıdaki soruların yanıtlarını kısa ve özlü olarak veriniz.

- A) Bu sorunu çözmek için ne yapılacak?
- Kısa vadede
  - Orta vadede
  - Uzun vadede
- B) Çözümde başlıca sorumlu kurum/kişi kim?
- C) Başka hangi kurum veya kişiler sorumlu?
- D) Sorunun çözümünde karşılaşılabilecek olan engeller, maliyet

Bu bölümün A kısmını(Çözümler için yapılacaklar) madde madde ayrı bir kağıda sıraladıktan sonra, bu önerilerinizin başına gerçekleşme süresine göre "Kısa", "Orta" veya "Uzun" yazınız. Daha sonra öneri sayısını tabloya işleyiniz. Bölümün B, C, ve D şıklarının yanıtlarken A şıkında belirlediğiniz önerileri göz önünde tutunuz. Öneri listenizi tabloyla beraber teslim ediniz.

**NOT:** Bu bölüm sonunda, her sorun için belirlenmiş olan çözümler listesi yanında, aşağıdaki örneğe benzer bir sonuç çıkması beklenmektedir.

### 1-A HASTANELER

Öncelik sırası	1.SORUN	2.SORUN	3.SORUN	4.SORUN
<b>SORUN NE?</b>	<b>Hemşire sayısı az</b>	<b>Poliklinik çok fazla</b>	<b>Donanım eksik</b>	<b>Hekimlerin ilgisizliği</b>
<b>ÇÖZÜMÜ NE?</b>				
Kısa Vadede	3 Öneri	1 Öneri	2 Öneri	4 Öneri
Orta Vadede	1 Öneri	Öneri yok	5 Öneri	6 Öneri
Uzun Vadede	4 Öneri	2 Öneri	3 Öneri	3 Öneri
<b>SORUMLU KİM?</b>	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı
<b>KİMLERLE?</b>	YÖK, Vilayet	S. Ocağı hek., Başhek, Hasta	GAP İdaresi	Tıp Fakültesi Tabip Odası
<b>ENGELLER MALİYET</b>	Yetersiz bütçe önyargılar	Alışkanlıklar	Yüksek maliyet	Fazla sayıda hekim

## Ek 5

### GRUPLARDA ÇALIŞMA REHBERİNE GÖRE SAPTANAN SORUNLAR

#### I-TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ SORUNLAR

##### I-A: HASTANELER

- Acil servislerinde donanım ve uzman hekim yok.
- İlçe hastanelerinin çoğu boş.
- Hastaneler I. basamak (Poliklinik) hizmeti veriyorlar.
- Hekimler hastaları özel muayenehane ve özel kurumlara yönlendiriyorlar.
- Hastanelerde bazı hizmetler özelleştirildi.
- Hastane yöneticileri eğitimsiz.
- Devlet Hastaneleri, Sağlık Ocakları destekleniyor.
- Hastanelerde hemşire ve teknik personel eksikliği var.
- Merkez Hastanelerinde yanık ünitesi yok.
- Merkez hastanelerde yoğun bakım ve kan üniteleri yok.
- Adli tabiplik hizmetleri yetersiz ve sorunlu.
- Hastanelerin yönetimine ve ihalelerine politik müdahale fazla.

##### I-B: SAĞLIK OCAKLARI

- TUS Pratisyen hekimlerin çalışmasını engelliyor.
- Merkez sağlık ocaklarında personel yığılması var.
  - I. Basamak dil sorunu var.
  - Sağlık ocaklarında araç-gereç-laboratuar ve taşıt eksikliği var.
  - Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının sosyalleştirme konusunda bilgisi yetersiz.
  - Personel sirkülasyonu hızlı.
  - Personelin vatandaşa ilgisi yeterli değil.
  - Pratisyen hekimlerin çalışanların statüsü düşük, motivasyonu eksik.

Siyasi nedenlerle uygunsuz yerlere sağlık ocağı ve sağlık evi yapılmaktadır.

Sevk sistemi çalışmıyor.

Sağlık Ocağında hizmet kalitesi düşük.

Sağlık Ocaklarının koruyucu ve gezici hizmetleri verilmiyor.

Sağlık Ocaklarının nüfusu ve kadrosu 224'e göre yapılıyor.

Kapalı Sağlık Ocakları var.

Sağlık Evlerinin büyük çoğunluğu kapalıdır.

### **I-C: ECZANELER**

Vatandaş bilinçsiz ilaç kullanıyor.

Bazı ilaçlar eczanede bulunmuyor. (Yeşil – Kırmızı reçete)

Eczanelerin denetimi yapılmıyor.

Hekimler rasyonel ilaç yazmıyor.

Eczane – ilaç firmaları ve hekimler arasında etik olmayan uygulamalar yaşanmaktadır.

Eczane olmayan yerlerde ilaç alımında sorun var.

Reçetesiz ilaç satılıyor.

### **I-D: OLAĞANÜSTÜ DURUMLAR; KAZALAR**

Deprem ve diğer afetlere karşı hazırlık yok. (Özellikle Siirt ve Adıyaman deprem bölgesi)

Bazı illerde 112 hizmeti yok, olan illerde de etkin değil.

Acil başvurularda ücret alınıyor.

Personel sürekli eğitiminde problem var.

İpek yolu üzerinde acil kurtarma ve müdahalede hizmetlerinde problem yaşanmakta.

Bazı yerlerde mevcut mayınlar insan sağlığını tehdit etmektedir.

### **I-E: BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR**

Akraba evliliği fazla ve bu nedenle kalıtsal hastalıklar görülmekte. (Fenil Ketonüri gibi)

Guatr fazla. (Özellikle Diyarbakır ve Şanlıurfa'da)

Kanser ve diğer hastalıklar için erken tanı olanakları yetersiz.

Hipertansiyon, Obesite, Kalp Hastalığı gibi beslenmeye bağlı hastalıklar fazla.

## I-F: SOSYAL GÜVENCE

Bölgede yaşayanların büyük çoğunluğunun sosyal güvence yok.

Yeşil Kart sadece yatan hastalara tedavide destek sağlıyor.

Yeşil Kart alımında problemler yaşanmakta.

Yeşil Kart vizeleri yapılmıyor.

Özellikle Diyarbakır kent merkezinde sokakta çalışan çocukların sayısı fazladır.

## II-KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ SORUNLAR

### II-A: ANA VE ÇOCUK SAĞLIĞI

-Gebe ve bebek izlemeleri yetersiz.

-Doğurganlık fazla.

-Doğumlar sağlık personeli yardımı olmadan oluyor.

-Doğum öncesi ve sonrası bakım yok.

-Çocuk takibi yapılmıyor.

-Anne eğitimi düşük.

### II-B: AİLE PLANLAMASI

Aile planlaması hizmetlerinde eşgüdüm yok.

Aile planlaması hizmetlerinden kuşku duyuluyor.

Aile planlaması hizmetleri bir çok yerde yetersiz.

### II-C: BULAŞICI HASTALIKLAR

Cinsel yolla bulaşan Hastalıklar (Hepatit-B yaygın)

Aşılamalar yetersiz.

Hayvanlardan bulaşan hastalıklar sık özellikle. (Brucella)

Bulaşıcı hastalıklar bildiriminde sorunlar var.

Tüberküloz hastalarının takip ve tedavisinde sorunlar var. Dirençli suçlar artıyor.

BCG aşıları yetersiz.

Dirençli Tbc vakaları için laboratuvar yok. (Özellikle Şanlıurfa'da Şark Çıbanı yaygın)

Su ve gıda ile bulaşan hastalıklar yaygın.

Kişisel hijyen bozukluğuna bağlı uyuz ve bit vakaları sık görülmekte. (Cinsel yolla bulaşan)

Aşı lojistiğinde aksama var

Aşı yapma ile ilgili yanlış inanışlar var.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar artıyor, genelevleri denetlenmiyor, sınır ötesi bulaşma var.

#### **II-D: ÇEVRE SAĞLIĞI**

Sular yetersiz, sağlıksız ve klorsuz.

Sebze bahçeleri kanalizasyonla sulanıyor.

Atık su toplanması ve arıtması yetersiz, atık sular içme suyu havzalarını kirletiyor.

Sanayi ve kimyasal artım hiç yok.

Batman, Adıyaman ve Gaziantep'te hava kirliliği var.

Çevre sağlığı laboratuvar hizmetleri yetersiz.

Gıda kontrolünde yetki karmaşası var.

Belediyeler çevre sağlığı hizmetlerini yeterli veremiyorlar.

Tıbbi atıklar yönetmenliğine uyulmuyor.

Etler mezbahane de kesilmiyor.

#### **II-E: RUH SAĞLIĞI**

Sigara kullanımı yaygın.

Gençlerde intihar artıyor.

Kent merkezinde kötü madde kullanımı yaygın.

Depresyon oranı göç nedeni ile yüksek.

Psikosomatik hastalıklar yaygın.

Aile içi şiddet.

Suca eğilim.

Fuğuştta artış.

#### **II-F: TOPLUM BESLENMESİ**

Çocuklarda protein Enerji Malnitüsyonu yaygın.

Anemi çocuklarda ve kadınlarda yaygın.

Beslenme konusunda anneler eğitimsiz.

Dengesiz beslenmeye bağlı obsesite kadınlarda yaygın.

## **II-G: SAĞLIK EĞİTİMİ**

Sağlık ocaklarında sağlık eğitimi yapılmıyor.

Basın sağlık eğitimi konusuna ilgisiz.

## **II-H: DIŞ SAĞLIĞI**

Diş çürükleri çok yüksek.

Diş sağlığı hizmetleri ve vatandaş eğitimi yetersiz.

Sahte diş hekimleri ile yetersiz mücadele ediliyor.

## **II-I: OKUL VE İŞ SAĞLIĞI**

İşyeri hekimliği aksıyor.

Çalışma Bakanlığının iş müfettişlerinin denetimi yetersiz.

Okullarda tuvalet hijyeni yok. Sağlık eğitimi yetersiz.

Yatılı okullarda bit-uyuz gibi hijyen hastalıklar yaygın.

Öğrencilerin beslenme sorunlar var.

Psikolojik ve rehberlik hizmetleri okullarda yetersiz.

Görme ve işitme taramaları yapılmıyor.

Okullarda fizik yapısı yetersiz.

## **III- REHABİLİTASTONLA İLGİLİ SORUNLAR**

Bölgede sakatlara, yaşlılara vs. yönelik kapsamlı bir rehabilitasyon merkezi yoktur.

## **IV-SAĞLIK YÖNETİMİ İLE İLGİLİ SORUNLAR**

### **IV-A: PLANLAMA; DEĞERLENDİRME**

Planlama yapılmıyor.

Kayıt sistemi çalışmıyor.

Değerlendirme-izleme yapılmıyor.

Planlama-yönetim merkezi olarak yapılıyor.

Yönetici atamalarında liyakata bakılmıyor.

Yöneticiler sık sık değişiyor.

Yöneticiler yönetim konusunda yetersiz.

Sağlık ocaklarında sorumlu hekim görev tanımlaması yok. Görevli hekimlerin görev tanımı yok.

**IV-B: ÖRGÜTLENME**

- Sosyalleştirme çalışmıyor.
- Sağlık yönetimi ilçelerde yürümüyor.
- Yönetime politikacı müdahalesi var.

**IV-C: SAĞLIK İNSANGÜCÜ**

- Personelin dağılımı kötü.
- Güvenlik personeli eşlerini çalıştırmada sıkıntı yaşıyor.
- Personelin mesleki eğitimi yetersiz.
- Personel denetlenmiyor.
- Suçta ceza yok, başarıya ödül yok.
- Bölge sürgün ve acemi yeri.
- Ekonomik özendirme yok.
- Atamalar ve görevlendirme adil ve akılcı değil.
- Lojman sorunu var.

**IV-D: EŞGÜDÜM**

- Kurumlar arası eşgüdüm yok.

**IV-E: KAYNAKLAR**

- Kaynaklar yetersiz ve akılcı kullanılmıyor. (Maliyet / yarar analizi)

**IV-F: DENETİM; EĞİTİM**

- Denetim yok.
- Personelin bölgeye özgü adaptasyon eğitimi yapılmıyor.

**IV-G: MEVZUAT**

- Mevzuat karmaşası ve çelişkiler var.

**IV-H: KATILIM**

- Sivil toplum örgütleri ve vatandaşların katılımı yok.
- 224 Sağlık Kurulları çalıştırılmıyor.
- Hastaların hizmeti alanların planlamaya katılımı yok.