

# TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

"GÜNEYDOĞU'DA SAĞLIK HİZMETLERİ ve  
SAĞLIK PERSONELİNİN SORUNLARI"

RAPORU.



MART 1994

Bu rapor, Diyarbakır-Mardin-Siirt-Batman-Şirnak Tabipler Odası Başkanı Dr.Mahmut Ortakaya'nın şahsında, Doğu ve G.Doğu Anadolu Bölgelerinde özveri ile çalışan tüm sağlık çalışanlarına adanmıştır.



# HALK SAĞLIĞI BASIN BÜLTENİ

24 Mart 1993

Sayı : 13

TÜRK  
TABİPLERİ  
BİRLİĞİ  
MERKEZ  
KONSEYİ  
YAYIN

Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu Mithatpaşa Cad. No: 62/18 Kızılay / Ankara Tel: 418 31 56 - 418 39 63 Faks: 417 26 72

## GÜNEYDOĞU RAPORU

Ülkemizin ve halkımızın "kanayan yarası" niteliğini sürdüren ve daha uzun yıllar sürdürmeye aday görünen Güneydoğu sorunu, tüm toplum kesimleri gibi, hekimlerimizi de derinden etkilemektedir. Bölge'nin içinde bulunduğu çatışma ortamının, toplumun sağlığını, sağlık hizmetlerini ve sağlık personelini olumsuz yönde etkileyerek halkın sağlığı üzerinde derin izler bırakması kaçınılmazdır. Bu gerçeğin bilinciyle Türk Tabipleri Birliği, sorunları yerinde görmek amacıyla, 10-12 Şubat 1994 tarihlerinde Diyarbakır'a bir inceleme gezisi düzenledi. Geziyi, Türk Tabipleri Birliği uzman kadrolarından oluşan bir heyet gerçekleştirdi. Sonuçta, bu gezi izlenimlerini, gezi boyunca toplanan verileri, Bölge'de yaşayanların tanıklıklarının ve Bölge'ye ilişkin öbür verileri kapsayan ayrıntılı bir rapor hazırlandı. Bu rapor, kamuoyuna sunulmuştur.

Güneydoğu Bölgesi'ne ilişkin kimi çarpıcı gerçekler, kalın çizgilerle şöyle özetlenebilir:

1-Bölge'deki en önemli sorun "can güvenliği" sorunudur. Bu tehlike, Bölge'de yaşayan her bireyin tepesinde Demokles'in kılıcı gibi durmaktadır. Diyarbakır Devlet Hastanesi'ne her gün 3-8 "failj meçhul" öldürülme olgusunun getirildiği belirtilmektedir.

2-Kır-kent ve Doğu-Batı göçü akıl almaz boyutlardadır. Bu nedenle, Diyarbakır kent merkezi, üst üste yaşanan sıkışık bir yerleşim yeri görünümündedir. (Bir evde 30-35 kişinin yaşadığından söz edilmektedir.)

3-Cöç ve olağanüstü koşullar, halkın sağlık durumunu, sağlık hizmetlerini ve sağlık personelini olumsuz yönde etkilemektedir. Ancak, Bölge'de sağlıklı veri toplama ve gerekli sağlık hizmetini vermeye olanakları son derece kısıtlıdır. Bu nedenle, eldeki veriler güvenilir değildir. Böyle olmakla birlikte tüm göstergeler ve gözlemler, toplumun sağlık düzeyinin son yıllarda çok gerilediğini göstermektedir.

4-Köyler ve ilçe merkezleri boşalırken, Diyarbakır'da nüfus artışıyla uyumlu olmayan altyapı kaynakları, çeşitli salgın hastalıkların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Örneğin, yaz hastalıkları olan tifo, paratifo, dizanteri, sıtma, hepatit, ishaller bugün Diyarbakır kent merkezinde yaygındır. Ayrıca, kızamık, difteri, tetanoz, trahom gibi kolaylıkla korunulabilen hastalıklara Bölge'de çok sayıda rastlanmaktadır.

5-Olumsuz koşullar, sağlık hizmetlerini ve sağlık personelini önemli derecede etkilemekte; yaygın personel göçü, sürgünler ve sağlık ocaklarının boşaltılması sonucu sağlık örgütü işlevlerini yerine getirememektedir. Çalışmakta olan sağlık ocaklarının, personeli, fizik yapısı, araç-gereci yetersizdir.

6-Tüm güçlüklerle ve engellere karşın, Bölge'de bulunan hekimler ve sağlık personeli olanakların elverdiği ölçüde sağlık hizmeti vermeye çalışmaktadır. Buna karşılık, hekimler mesleğin gereklerini yerine getirirken baskı ve engellerle karşılaşmaktadır. Hasta, muayene etmek ve rapor vermek zaman zaman suç sayılmaktadır. Bu nedenlerle ceza alan ve şu anda cezaevinde bulunan meslektaşlarımız vardır.

Tüm bu gerçekler, Diyarbakır'da ve "Olağanüstü Hal" Bölgesi'nde, sağlıkla ilgili ivedi önlemler alınmasını gündeme getirmektedir. TTB, bu konuda üzerine düşen görevi, nesnel, bilimsel ve bağımsız bir tutumla yerine getirmeyi sürdürecektir; sorunların çözümüne yönelik önlemler için çaba harcayacaktır.

Güneydoğu'daki sağlık sorunlarına ilişkin başlatılması gereken ivedi girişimler şöyle sıralanabilir:

1. Bölge'deki olağanüstü sağlık durumuna uygun "olağanüstü bir sağlık örgütlenmesi" kurulmalı; sağlık personeli koşullara uygun bir eğitimden geçirilmelidir.

2. Hekimlere bağımsız olarak çalışma olanakları sağlanmalı; mesleki çalışmalarını nedeniyle kovuşturmayla uğramamaları güvence altına alınmalıdır.

3. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için su, besin ve öbür çevre koşullarının kontrolüne yönelik çalışmalar ivedilikle gerçekleştirilmeli ve sürdürülmelidir.

4. Olağandışı göç sonuçlarıyla ilişkili öbür toplumsal önlemlerin alınması için sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği yapılmalıdır.

5. Asıl olan şiddetten ve çatışmadan arınmış bir yaşam ortamıdır. Böyle bir ortamın ve can güvenliğinin sağlanması için, bir an önce barışçı ve demokratik adımlar atılmalıdır.



## SUNUŞ

"Güneydoğu'da Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Personelinin Durumu"na ilişkin raporu, örgütümüzün gündeminden bir türlü çıkmayan gereksinimler yazdırdı. 1990 sonrası Irak'taki gerginlik ve savaş nedeniyle yaşanan göç ile öne çıkan olaylar, son yıllarda tırmanan silahlı çatışma ortamı ile tüm ülkeyi etkileyen bir özellik kazandı. Böylesi bir ortamda, sağlık hizmetlerinin olağan koşullarda verilebilmesinin olanakları giderek azaldı. Sağlık personeli çeşitli yakınmalarla, bölgede çalışamaz durumda olduğunu dile getirdi. Halkın zaten olumsuz seyreden sağlık durumu, bölgedeki çatışma ortamı nedeniyle yaşanan olaylarla daha da kötüleşti. Sağlık personeli bölgeye gitmek istemez oldu, giden hemen tayin istedi. 1992 Haziran'ında, meslektaşımız Dr.Mehmet Emin Ayhan'ın öldürülüşü, bu olumsuzlukların TTB bünyesinde göz ardı edilemeyecek noktaya gelmesine yol açtı.

Türk Tabipleri Birliği, gerek kendi örgütsel yapısı içinde, gerekse değişik demokratik örgütlerle birlikte, bölgedeki sağlık sorunu ve yaşanan gerginlik konusunda çeşitli girişimlerde bulunmaya çalıştı. Bölgedeki sağlık hizmetleri ve sağlık personelinin sorunları konusunda çeşitli raporlar hazırladı. Bunları, kendi olanakları ile kamuoyuna iletmeye çalıştı.

Ancak, gelinen nokta, 1994'te, 1990'dan daha kötü bir yaşam gerçeğini gözler önüne sermekte. Sonuçta bu olumsuz gidişe seyirci kalmayıp, kendi çapında alçakgönüllü bir şeyler yapma amacı ile, bölgede yaşananları bir kez daha sergileme gereği gündeme getirildi. 1993 yılında yapılan TTB Genel Yönetim Kurulu toplantılarında, birçok kez tartışılan bu sorun ile ilgili olarak, TTB'nin kamuoyuna yönelik bir rapor hazırlaması kararı alındı. Çeşitli Tabip Odalarının katkısı ile oluşturulan bir komisyon, ön hazırlıklarını yaptıktan sonra, 10-12 Şubat 1994 tarihinde Diyarbakır'a bir gezi düzenledi. Çeşitli sağlık kuruluşlarının incelendiği ve sağlık personeli ile görüşmelerin yapıldığı bu gezi sonucu, bir önrapor hazırlandı. Sağlık hakkının tüm insanlar için geçerli kılınması hedefi çerçevesinde, her türlü eşitsizlik ve olumsuz koşulun/nedenin sergilenmesi, sergilenen bu koşulların/nedenlerin giderilmesi yönünde çaba harcanması, gezimizin ve gezi sonucu çıkan raporun temel gerekçesidir.

Bu raporun oluşumuna katkıları nedeniyle Türkiye İnsan Hakları Vakfı'na ve Diyarbakır Tabip Odası'na teşekkür ederiz.

## BÖLGENİN SOSYO-DEMOGRAFİK YAPISI

Diyarbakır, Güneydoğu bölgesinde nüfusu en fazla olan kent. Gerek genel görüntü olarak, gerekse alt yapı özellikleri açısından Diyarbakır, kentten çok büyük nüfuslu bir köyü andırıyor. 1990 sayımı ile nüfus, 1.094.996. Kent merkezinde ise 468.830 kişi yaşıyor. Nüfus artış hızı olarak Türkiye'de 12. sırada yer alıyor. Nüfus büyüklüğü yönünden de 13. sırada. Oysa kişi başına düşen gayri safi milli hasıla sıralamasında 28. Üstelik bu sıra, Güneydoğu'daki tüm illerden çok daha iyi.

TABLO 1-BAZI "GÜNEYDOĞU-DOĞU" İLLERİNDE NÜFUS DURUMU

İLLER	Nüfus	Nüfus	Nüfus Artış	Nüfus Artış
	1985	1990	Hızı %	Hızı (İlçe ve İlçe Merkezinde)
Adıyaman	430.728	513.131	35.01	65.46
Ağrı	421.131	437.093	7.44	22.52
Bingöl	243.315	250.966	6.19	44.88
Bitlis	301.829	330.115	17.92	21.04
Diyarbakır	934.505	1.094.996	31.70	44.44
Hakkari	138.707	172.479	43.58	84.82
Mardin	490.044	557.727	25.87	42.41
Muş	339.492	376.543	20.72	22.97
Silivri	228.681	243.435	12.50	38.43
Tunceli	150.139	133.143	(-)24.03	30.69
Ş. Urfa	795.034	1.001.455	46.16	60.54
Van	547.216	637.433	30.52	50.52
Batman	285.423	344.669	37.72	55.89
Şırnak	215.614	262.006	38.98	70.29
Türkiye	50.664.458	56.473.035	21.71	33.83

(Kaynak: DİE, Türkiye İstatistik Yılığ, 1990)

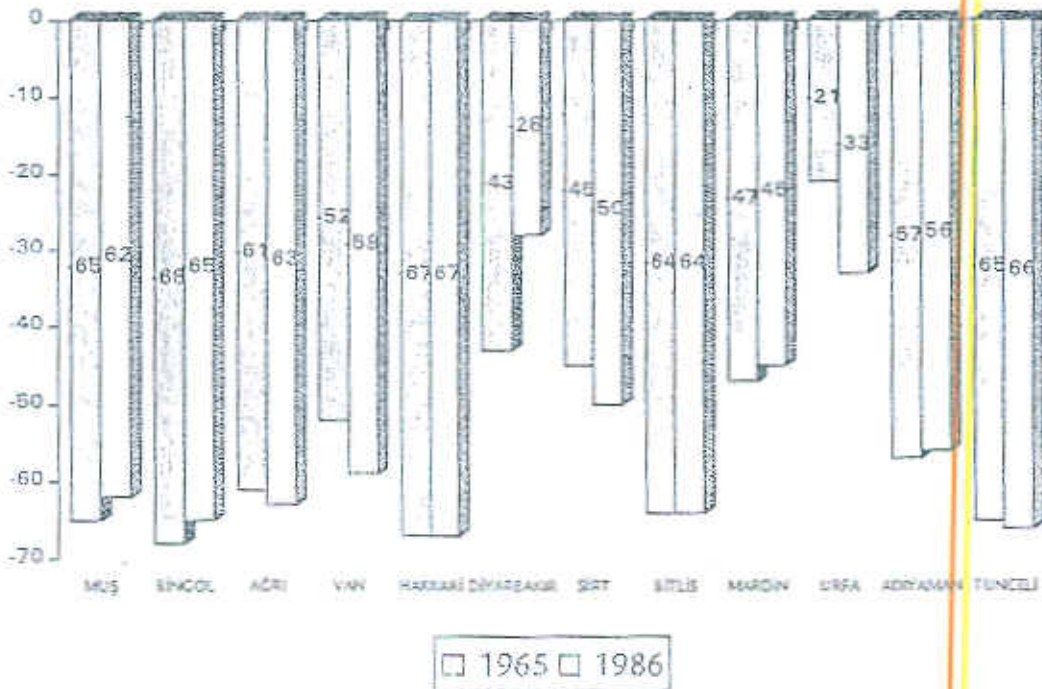
TABLO 2-BAZI GÜNEYDOĞU VE DOĞU İLLERİNDE NÜFUS VE GSMH DURUMU

	İllerin Nüfus Büyükliğüne Göre Sıralanması	İl Merk. Nüfus büyükliğüne Göre Sıralanması	Nüfus Artış Hızına Göre Sıralama	GSMH'deki Sıra
1-Diyarbakır	13	11	12	28
2-Şanlıurfa	15	15	3	33
3-Van	32	26	13	59
4-Mardin	37	55	17	45
5-Adıyaman	39	38	10	56
6-Ağrı	43	50	51	63
7-Muş	48	61	24	62
8-Batman	52	27	9	-
9-Bitlis	53	64	29	64
10-Şırnak	62	70	7	-
11-Bingöl	65	63	53	65
12-Siirt	66	47	37	50
13-Hakkari	70	67	5	67
14-Tunceli	72	71	73	66

(Kaynak: DİE, Türkiye İstatistik Yıllığı, 1990.

E.Özutun, Türkiye'de İllere Göre GSMH 1979-86, İSO Yayınları, 1988.)

Grafik 1. GÜNEYDOĞU'DA EKONOMİ: İLLERİN GSMH İÇİNDEKİ SIRASI



(Kaynak: Mustafa Sönmez, Doğu Anadolu'nun Hikayesi, Arkadaş Yayınları, 1990)



TABLO 3-İLLERE GÖRE KİŞİ BAŞINA GSMH, NÜFUS VE GSMH PAYLARI-1986

İLLER	GSMH PAYI	NÜFUS PAYI	KİŞİ BAŞINA GSMH (ABD DOLARI)
ADİYAMAN	0.30	0.48	719
AĞRI	0.17	0.47	420
BİNGÖL	0.11	0.48	259
BİTLİS	0.14	0.62	253
D.BAKIR	0.81	1.93	481
HAKKARİ	0.06	0.48	196
MARDİN	0.50	1.40	409
MUŞ	0.19	0.31	709
SİİRT	0.44	1.23	413
TUNCELİ	0.10	0.30	412
Ş.URFA	0.68	1.62	483
VAN	0.27	1.25	371
TÜRKİYE	100.0	100.0	1148

(Kaynak:E.Özutun, Türkiye'de İllere Göre GSMH 1979-86, İSO Yayınları, 1988)

Diyarbakır ve bazı Güneydoğu illeri ile ilgili bazı demografik ve sosyo ekonomik durum rakamları böyie. Bir de altyapı durumu var: (\*)

1-Bugün, Diyarbakır'ın en önemli alt yapı sorunlarından biri, kanalizasyon sorunudur. Yaklaşık 150 km'lik bir kanalizasyon şebekesine gereksinim duyulduğu belirtilmektedir. Ayrıca, var olan kolektör hatlarının yeterli olmaması nedeniyle 20 km'lik ek kolektör hattı, yağmur sularının deşarjı için de 80 km'lik bir yağmur suyu şebekesi gerektiği ifade edilmektedir.

Kanalizasyon olmayan yerlerde bulunan foseptik çukurlar ise, gereksinime yanıt verecek düzeyde değildir. Diyarbakır'ın ilçelerinden Bismil ve Çınar'ın kırsal yörelerindeki konutların %65.1'inde hela, yoktur.

2-Bir diğer sorun, kent atıklarını arıtma sorunudur. Kentin atıkları, Dicle nehrine, dört ana "deşarj" noktasında boşaltılmaktadır. Herhangi bir arıtmaya tabi tutulmadan doğrudan nehre akıtılan atıklar, bu bölgedeki yaklaşık 5.000 dekarlık tarım alanını tehdit etmektedir. Diyarbakır'ın sebze ve meyve gereksiniminin yaklaşık 2/3'ünü karşılayan bu alanlar, ayrıca Maden Bakır İşletmeleri'nin atıkları ile de kirletilmektedir. Özellikle yaz aylarında nehir yatağı, bulaşıcı hastalık kaynağı olmaktadır.

3-Kentin içme suyu sorunu da, en önemli sorunların başında gelmektedir. 1990 yılı su gereksiniminin 37.348x10(üzeri 6) metreküp/yıl olarak belirlendiği Diyarbakır'a ancak 23.366x10(üzeri 6) metreküp/yıl su verilebilmektedir.

**TABLO 4-BAZI GÜNEYDOĞU VE DOĞU İLLERİNDE SU DURUMU 1990**

	Suyu Yetersiz Yerleşimler(%)		Suyu Olmayan Yerleşimler(%)	
	Köy	Ünite	Köy	Ünite
Adıyaman	16	8.6	13.7	49.5
Ağrı	33.1	14.1	15.2	52.9
Bingöl	25.7	8.4	2.5	37.6
Bitlis	24.9	14.4	7	38.9
Diyarbakır	22.5	12.8	28.4	63.3
Hakkari	10.6	9.5	4.9	32.5
Mardin	23.3	19.2	26.7	48.7
Muş	10.2	4.6	6.7	41.7
Siirt	16.3	8.0	29.2	59.0
Tunceli	8.3	3.5	9	40.1
Van	31.3	15.1	9.4	36.8
KÖY 2	17.1	14	15.4	38.0
TÜRKİYE	16.6	12.3	12.3	39.5

(Kaynak:Aktaran, UNICEF, Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi, 1991

4-Diyarbakır'da hava kirliliği de, önemli bir sorundur. Güneydoğu'nun en kirli kenti olan Diyarbakır'da, havadaki partikül madde oranlarının sınır değerlere ulaştığı gün sayısı 71 günden fazla, SO2 oranlarının sınır değerlere ulaştığı gün sayısı ise 96 günün üstündedir(\*\*).

(\*)Tüm-Sağlık-Sen Diyarbakır Şubesi, "Diyarbakır'ın Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerilerimiz".

(\*\*)Çevre Müsteşarlığı, Durum Analizi Editörler Kurulu'na sunulan Rapor, 1990.



## DIYARBAKIR'DA SAĞLIK HİZMETLERİ

Diyarbakır ili, çevre il ve ilçelerden kaynaklanan göçler ve aşırı nüfus artışı, işsizlik, yoksulluk ve olumsuz çevre koşullarıyla birlikte; henüz boyutları tam olarak bilinmeyen, ancak yakın bir gelecekte salgın hastalıkların patlak vermesiyle sonuçlanacak sağlık sorunlarını barındıran, "sağlıksız" bir kent görünümündedir.

Bölgedeki olağanüstü koşulların olumsuz etkisi, sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında açıkça görülmektedir. Bununla birlikte, çatışmalar ve ölümler bölgenin gündemini belirleyen "can güvenliği kaygısı"; halka "sağlıklı yaşam hakkı"nı unutturmuştur. Diyarbakır ili'nde sağlık, "can güvenliği"nin gölgesinde tartışılan bir sorun olarak yaşanmakta, ancak, olağanüstü koşullarla uyumlu "olağanüstü sağlık çalışmaları" yapılmamakta ve "olağanüstü sağlık önlemleri" alınmamaktadır.

1-Diyarbakır iline olan göçler nedeniyle, bölge nüfusu kontrolden çıkmıştır. Özellikle birinci basamak sağlık kuruluşları, hizmet verdiği nüfusa hakim olamamakta, risk altındaki nüfusu, öncelikli sağlık sorunlarını belirleyememekte ve hizmetle ilgili değerlendirme yapamamaktadır.

2-Son beş yıldan beri, hem birinci basamak sağlık kuruluşlarında, hem de bölgesel düzeyde, sağlıkla ilgili veri toplanamamakta, saha çalışması yapılamamaktadır. Bölgenin sağlık ocaklarından gönderilen bilgilerle oluşturulan "Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü" verileri, gerçekleri yansıtmaktan son derece uzaktır.

3-Sağlık insan gücünün, Türkiye'nin hemen her yerinde olduğu gibi, kent merkezine yığıldığı, ilçeler ve kırsal kesimin yavaş yavaş boşaldığı anlaşılmaktadır.

4-Bölgede yaşanan yoğun sağlık personeli hareketliliği, hizmet sunumunu olumsuz etkilemekte; bölgeden ayrılma isteğinde bulunan personel sayısı giderek artmaktadır.

5-Sağlık ocağı sayısı, nüfusa orantılı olarak değerlendirildiğinde son derece yetersizdir. Var olanlar ise, hizmet sunumunu olanaksız kılan olumsuz fizik koşullar içerisinde.

6-Çevre ve yaşam koşulları son derece sağlıksızdır. Su kaynaklarının kirliliği, kalabalık yaşam, ekonomik güçlükler ve koruyucu önlemlerin alınmaması nedeniyle, enfeksiyon hastalıklarının ciddi boyutlara ulaştığı -sağlık kurumlarına yapılan başvuruların değerlendirilmesiyle- anlaşılmaktadır. Yaz aylarında, salgınlara bağlı olarak morbidite ve mortalitenin artacağı endişesi dile getirilmektedir.

7-Can güvenliği endişesiyle, sağlık kurumlarına yapılan başvurular gündüz saatlerinde yoğunlaşmakta, çevredeki acil hastaların merkeze yetiştirilmesinde büyük sorunlar yaşanmaktadır.

8-Halkın ekonomik düzeyi son derece düşüktür. Bu durum sağlığa olan genel etkileri dışında, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı da olumsuz olarak etkilemektedir. Kişiler sağlık kuruluşuna başvurup muayene olsa bile, ilaçlarını almakta güçlük çekmektedir.

9-Temel sağlık hizmeti kapsamındaki hizmetlerin çoğu asgari düzeyde sunulmakta; ya da hiç sunulmamaktadır. Bu durumdan en çok etkilenenler kadın ve çocuklardır.

Diyarbakır izlenimlerine geçmeden önce, sağlık kurumlarının durumuna ilişkin genel bir bakış sunmak istiyoruz.

## 2-Sağlık Kurumlarının Durumu

Diyarbakır'da 500 yataklı devlet, 330 yataklı SSK, 1050 yataklı üniversite, 100 yataklı doğum, 100 yataklı çocuk, 300 yataklı göğüs hastaneleri, 20 yataklı özel hastane olmak üzere, toplam yedi adet yataklı tedavi kurumu vardır. Ayrıca Bismil, Ergani, Lice, Silvan'da devlet hastanesi, Çüngüş, Dicle, Hazro ve Kulp'ta sağlık merkezi vardır.

Bölgede nüfus/yatak oranının en iyi olduğu il görünümüne karşın (yatak başına 445 kişi), Diyarbakır'ın tüm bölgeye hizmet veren bir il olduğu unutulmamalıdır.

TABLO 5 -DİYARBAKIR'DA SAĞLIK KURUMLARININ DURUMU

	Yatak Sayısı*		Hekim Sayısı*		Hekim Sayısı**	
	Kadro	Fiili	Uzm.	Prat.	Uzm.	Prat.
Diyarbakır Dev.Hast.	500	518	43	28	35	22
Doğumevi	100	73	6	12	5	8
Çocuk Hastanesi	100	80	5	11	4	13
Göğüs Hast.Hastanesi	300	135	5	12	5	8
Bismil Dev.Hastanesi	25	-	-	-	-	3
Ergani Dev.Hastanesi	50	25	1	4	-	1
Lice Dev.Hastanesi	50	33	-	4	-	1
Silvan Dev.Hastanesi	100	45	2	3	2	-
Çüngüş Sağlık Merkezi	10	30	-	-	-	-
Dicle Sağlık Merkezi	10	-	-	-	-	1
Hazro Sağlık Merkezi	10	-	-	-	-	-
Kulp Sağlık Merkezi	25	-	-	-	-	-
Dicle Ü.T.Fak.Hastanesi	1050	665	112	248	-	-
SSK Hastanesi	330	330	38	13	-	-
Diyarbakır Özel Hastanesi	20	20	11	-	-	-

(\*)1991 SB Tedavi Yılı

(\*\*)1.12.1993 itibarıyla

TABLO 6-BAZI GÜNEYDOĞU VE DOĞU İLLERİNDE YATAKLI TEDAVİ KURUMU, YATAK- NÜFUS İLİŞKİSİ 1993

	Nüfus/Yatak	Yataklı Tedavi Kurumu Sayısı
Adıyaman	1409	5
Ağrı	1897	6
Bingöl	823	6
Bitlis	1117	5
Diyarbakır	445	15
Hakkari	1436	4
Mardin	1259	5
Muş	1188	5
Siirt	987	3
Tunceli	756	6
Ş. Urfa	1454	11
Van	904	9
Batman	2180	3
Şırnak	1712	5
Türkiye	454	952

(Kaynak:Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 1993).

Diğer sağlık kurumlarına gelince; Sağlık Bakanlığı "Sağlık İstatistikleri 1993" yayınına göre, Ekim 1993 itibarıyla Diyarbakır'da 54 sağlık ocağı, 204 sağlık evi, 4 verem savaş dispanseri, 3 ana-çocuk sağlığı-aile planlaması merkezi bulunmaktadır. Bölgeye yaptığımız gezide, kağıt üzerinde 67 sağlık ocağı olduğunu öğrendik. Bunlardan 13'ünün henüz faal olmadığını, 11'inin ise kapalı olduğunu saptadık. Yedi sağlık ocağında hekim yokken, 14'ünde ise tek hekim bulunmaktaydı.

#### Faal Olmayan Sağlık Ocakları

- Bağlar (3 nolu)
- Seyranıtepe (8 nolu)
- Ekinciler
- Güzelköy
- Kayapınar
- Çınar Alatosun
- Çınar Ovabağ
- Dicle Kaygısız
- Eğil Oyalı
- Eğil Yatır
- Kocaköy Özekli
- Silvan Merkez-2
- Silvan Çevriksu



Kapalı Sağlık Ocakları  
Bismil Çöltepe  
Ergani Şölen  
Kulp Bayır  
Kulp Hamzalı  
Lice Çeper  
Lice Savat  
Lice Yaprak  
Silvan Bayrambaşı  
Silvan Çatakköprü  
Silvan Yolarası  
Silvan Yuva

**Hekimi Olmayan Sağlık Ocağı**  
Diyarbakır Küçükakönen  
Bismil Kağıtlı  
Çermik Seyhandede  
Dicle Döğür  
Ergani Kesentaş  
Hani Kuyular  
Silvan 1 nolu

201 sağlık evininin yalnızca 18'inde ebe bulunmasına karşın, 20 üstünde yeni sağlık evi açılması için Ankara'da 60 milyar TL'lik ihale yapıldığı belirtilmektedir.

Diyarbakır'da yapılan sağlık kuruluşları gezilerinde elde edilen bazı veriler ve izlenimlere göre, sağlık hizmetleriyle ilgili durum aşağıda özetlenmiştir:

### 3-Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı(AD)

Üniversitede yapılan görüşmede, Halk Sağlığı AD'nin, en temel işlevleri olan eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetlerini sürdürmede, son yıllarda giderek artan sorunlar yaşandığı dile getirilmiştir. Bölümün eğitim ve araştırma bölgesi olarak kullandığı ve halk sağlığı stajını yapmak üzere son sınıf öğrencilerini gönderdiği sağlık ocaklarında, geçen yıldan beri "Ev Halkı Tespit Fişi" doldurulmamakta, ev ziyaretleri, gebe, bebek izlemeleri yapılmamaktadır. Bu nedenle, sağlık ocakları kayıtları son derece kötüdür. Örneğin 1992 yılı için Bebek Ölüm Hızı %037 olarak hesaplanmıştır. Buna karşılık, Halk Sağlığı AD'nin mahallelerde yaptığı yerel araştırmalarda, Bebek Ölüm Hızı %090 bulunmuştur.

Kayıt yetersizliği nedeniyle bölge nüfusu ve özellikleri bilinmemektedir. Son iki yıldan beri saha çalışması yapılamamakta; sağlık kurumlarına başvuruda bulunanlar üzerinden yapılan sınırlı araştırmalarla, sağlık sorunları hakkında veri toplamaya çalışılmaktadır. Doğumlar ve ölümler tespit edilememekte, defin ruhsatı alınmadığı için, mezarlık kayıtları da yetersiz kalmaktadır.

Öğrencilerin iki ay süren halk sağlığı çalışmaları, sağlık ocağı içinde yapılanlarla sınırlanmış durumdadır. Poliklinik çalışmalarında; hastalarla hekimler arasında dil sorunu yaşanmaktadır. Aile planlaması hizmetlerini yalnızca kadın hekimler yürütmektedir.

Bölge halkının sürekli yer değiştirmesi, sağlık ocağını ve ebeyi tanımaması, ev gezileri yapılmaması nedeniyle, evde ara ebesi ile yapılan doğumlarda artış gözlenmektedir. Sağlık personeli yardımıyla yapılan doğumların %30 civarında olduğu tahmin edilmektedir.

Çevre sağlığı hizmetlerinde de benzer sorunlar olduğu dile getirilmiştir. Su ve gıda örneği alınmakta, ancak bir yetkilinin deyimiyle "su örneğinde koliform bakteri olduğu belirlenmekte ve böylece kalmaktadır". Su şebekesinin iflas ettiği, tümden değiştirilmesi gerektiği ve kirliliğe su kullanımına bağlı sağlık sonuçlarının, poliklinik kayıtlarına yansıdığı söylenmektedir. Gastroenterit yakınmasıyla yapılan başvurularda artış gözlenmektedir. Sular özellikle uçlarda "sıfır" klor içermekte, belediye memuru, güvenlik nedeniyle klor cihazını kapalı tutmaktadır.

Halk Sağlığı AD'de görüşülen kişiler, gelecekte en önemli sağlık sorunlarının beslenme ve enfeksiyon hastalıkları olacağını vurgulamışlardır.

Halk Sağlığı AD'deki çalışmalar kısıtlılıklara karşın yürütülürken, yaşanan sorunlara, sınav jürisine katılmak üzere bölge dışından davet edilen öğretim üyelerinin gelmek istememeleri ve sınavların aksaması gibi sorunlar da eklenmektedir. Ayrıca, Dekanlık'ta yapılan görüşmede, bazı öğretim üyelerinin ayrılmak istediğinde bulunmaları, üniversitenin geleceği açısından bir tehlike olarak dile getirilmiştir.

#### 4-Diyarbakır 9 No'lu Sağlık Ocağı

9 No'lu Sağlık Ocağı, Diyarbakır il merkezinde yaklaşık 20.000 nüfusa hizmet veren ve kentin içinde bulunduğu koşulların izlerini taşıyan "derme-çatma" bir sağlık ocağı. Ocağın hizmet verdiği bölgenin sağlık özelliklerini, yalnızca çevreye bakarak anlamak olanaklı; çamur ve çöpten geçilmeyen sokaklar, yıkılacakmış gibi duran gecekondular, sokak aralarından akan sularla oynayan çocuklar, sağlık ocağının beyaz boyasını gizleyen çamur ve pislik...

Günde 30-40 hastanın başvurduğu sağlık ocağında, yedi hekim, altısı halen aktif, toplam dokuz ebe-hemşire ve iki sağlık memuru çalışmaktadır. Sağlık ocağının olumsuz çalışma koşulları ve özlük hakları ile ilgili sorunlar, personelin öncelikle dile getirdiği konular arasındadır.

Bölgede hizmet sunumu ile ilgili sorunların başında, sağlıksız çevre koşulları gelmektedir. Ocakta çalışan bir hekim, ocağın iki yıl önce 2000 ETF'si varken, bölgede beş adet çeşme bulunduğunu; ETF sayısının 20.000'e ulaştığı bu günlerde çeşme sayısının yine beş olduğunu belirtmiştir. Kullanılan suyun 1/5 oranında azalması ve kanalizasyon olmaması en önemli sorunlar olarak dile getirilmiştir. Alınan su örneklerinde büyük ölçüde kirlilik saptanmakta, ancak önlem alınmamaktadır. Buna bağlı olarak, geçen yıl boyunca, herhangi bir laboratuvar inceleme yapmaksızın, pek çok hastaya doğrudan tifo tedavisi uygulandığından ve hastaların ilaç alabilen "şanslı hastalar"la, ilaç alamayan "şanssız hastalar" olarak ikiye ayrıldığından söz edilmiştir.

Bölgede sıtma oldukça yaygındır. 1993 yılında alınan 705 kandan 154'ünde malaria saptanmıştır(%21.8).

Sık sık elektrik kesilmesi nedeniyle, aşılarda soğuk zincir sağlanamamaktadır. Aşılama sistematik olarak yapılmamakta, yalnızca ocağa başvuranlar aşılanmaktadır. Ocağın kayıtlarından, 1993 yılı Ocak, Şubat, Nisan ve Haziran aylarında hiç aşılama yapılmadığı anlaşılmaktadır. Diğer aylardaki aşı oranları ise, gerçeği yansıtmaktan son derece uzaktır. Kayıtlar yetersizdir ve buna bağlı olarak bölge nüfusu ve özellikleri de bilinmemektedir.

Ocakta yürütülen aile planlaması hizmetlerinde de önemli sorunlar yaşanmaktadır. RIA uygulama odası, sağlıklı bir uygulamayı olanaksız kılan koşullar içerisinde. Aile planlaması için başvuru sayısı son derece düşük olup, bu konuda halkla iletişim kurulamamaktadır. 1993 yılı boyunca yalnızca 14 adet RIA uygulanmıştır. Buna karşılık, bölgeye olan göçler nedeniyle,



etkili aile planlaması çalışmalarına büyük gereksinim bulunduğu vurgulanmaktadır. Bölgedeki gebeliklerin çoğunun riskli olduğu belirtilmiştir, 1993 yılı Ağustos ayında yapılan 14 gebe tetanoz aşısının üç tanesi, 10-14 yaş grubu kadına aittir.

9 No'lu Sağlık Ocağı'nın çalışma koşulları, hizmet sunumu ve hizmetin değerlendirilmesi açısından; hizmet sunmakla yükümlü olduğu bölgenin sağlık durumuyla başdaşamayacak ölçüde yetersiz olarak değerlendirilmiştir.

#### 5-Diyarbakır SSK Hastanesi

Diyarbakır SSK Hastanesi, 330 yataklı bir bölge hastanesidir. Bölgede, Diyarbakır dışında yalnızca Batman'da SSK hastanesi bulunmaktadır.

Hastanede 32 uzman, 17 pratisyen hekim, 7 diş hekimi, 7 eczacı, 56 hemşire ve 12 ebe görev yapmaktadır. Güneydoğu'daki hasta yükünün tümüne hizmet veren hastanede -ilçelerde hekim olmaması nedeniyle- hasta sayısında, özellikle son zamanlarda aşırı bir artış görülmektedir. Hastanede, günde yaklaşık 1600 reçete yazıldığı bildirilmiştir. Hasta yüküne oranla, hastane kapasitesi yetersiz kalmakta, özellikle hemşire sayısının azlığı dikkat çekmektedir. Bununla birlikte, hastanenin bazı sorunlarının çözümlendiği belirtilmektedir. Örneğin, yakın zamana dek su sorunu yaşanmaktayken, bugün bu sorun çözülmüş; ayrıca bir jeneratör kurulmuştur. Hastanenin ilaç sorunu da olmadığı, yalnızca ucuz ilaç eşdeğeri ile ilgili sorunlar yaşandığı belirtilmiştir.

Bölgenin genel sağlık sorunları, hastane başvurularına da yansımaktadır. Özellikle gastroenteritlerle ilgili başvurularda artış olduğu söylenmektedir.

Diyarbakır SSK Hastanesi, başvuru sayısındaki artış, başvuru nedenleri, sık görülen hastalıklar açısından değerlendirildiğinde; şehrin sağlık sorunlarını yansıtmada diğer sağlık kurumlarıyla benzerlik göstermektedir.

#### 6-Diyarbakır Devlet Hastanesi

Bölge hastanesi statüsünde olan hastanede, acil serviste çalışan pratisyen hekimlerle görüşülmüştür. Halen aktif görevde olan 24 pratisyen hekim, acil serviste dönüşümlü olarak nöbet tutmaktadır. Acil servise gelen faili meçhul olaylar ve adli rapor yazımı ile ilgili güçlükler, hekimlerce dile getirilen başlıca sorunlar olmuştur.

Günde 7-8 faili meçhul olayın geldiği acil servis, yaşanan olayların, endişe ve moral bozukluğunun ağır havasını taşımaktadır. Görüşmenin yapıldığı anda, 1-2 hasta dışında sakin olan acil serviste, tüm sağlık personelinin sıkıntılı ve endişeli bir bekleme içinde olduğu gözlenmiştir.

#### 7-Sıtma Savaş Müdürlüğü

Müdürlükte yapılan görüşmede, daha önce görüşülen sağlık kurumlarında dile getirilen sıtma sorununun gerçek boyutları hakkında sayısal veriler elde edilmiştir. GAP ile kuru tarımdan sulu tarıma geçilmesinin ve mevsimlik işçilerin, bölgede sıtmanın artmasına yol açtığı söylenmektedir. Sıtma vakalarının en yoğun olarak görüldüğü bölgeler, Bismil, Ergani, Silvan ve Çınar ilçeleridir. Sıtmayla savaşta aktif surveyans yapılamamakta, ayda bir ya da iki kez, yalnızca riskli bölgelere gidilmektedir. Riskli bölgeler olan Silvan ve Çınar'a güvenlik nedeniyle halen gidilemediği bildirilmiştir. Taramalar dışında, ilaçlama ve hastaların tedavisi konusunda da güçlükler söz konusudur. Geçen yıl Sıtma Savaş Daire Başkanlığı'ndan ilaç alınmadığı için;



ilaçlama yapılamamış ve sıtma epidemisi yaşanmıştır. İlaçların hastalara 14 günlük tedavi olarak toplu verildiği, hastalansa ya ilacı 3-4 gün kullanıp bıraktığı; ya da kalan ilaçları hasta olan komşularına verdiği dile getirilmiştir. Bu nedenlerle, salgın kontrol edilememekte ve vaka sayısı giderek artmaktadır. Görüşülen yetkili, sıtma vakalarında 1992 yılına göre %270'in üzerinde artış olduğunu, tahminen 30.000 sıtma vakası bulunduğunu bildirmiştir.

Sıtma Savaş Müdürlüğü'nden alınan 1990-1993 yılı sıtma sonuçları Tablo 7'de gösterilmiştir:

TABLO 7-1990-1993 YILI SITMA SONUÇLARI (Diyarbakır, Sıtma Savaş Müdürlüğü)

Yıllar	Aktif		Pasif		Tarama		Kontrol		TOPLAM	
	*A.k.	+	A.k.	+	A.k.	+	A.k.	+	A.k.	+
1990	101271	166	7178	984	43771	34	9488	-	161708	1184
1991	90775	281	10460	1550	40080	42	7858	4	149173	1877
1992	66503	327	18537	3792	43974	48	6723	1	135737	4168
1993	72566	1980	44843	13310	31762	404	679	4	155290	15698

(\*A.k:Alınan kan

#### 8-Diyarbakır Bağlar Sağlık Ocağı

Diyarbakır İli'nde, sağlık sorunlarının saptanmasına yönelik görüşmelerin sonucunu, Bağlar Sağlık Ocağı'nda yapılmıştır. İlerdeki sağlık sorunları ve hizmet sunumuyla ilgili başlangıçta yapılan saptamaların, Bağlar Sağlık Ocağı için de geçerli olduğu görülmüştür.

Sağlık ocağına girişte ilk dikkati çeken, kapıya asılmış bez bir pankart olmuştur: "Ocağımızda sıtma tahlilleri ücretsiz olarak yapılmaktadır..."

Bağlar Sağlık Ocağı'nın 10 yıldır onarım görmediği, boyanmadığı dile getirilmiştir. Ocağın, gündüz saatlerinde bile aydınlatma gerekecek denli karanlıktır; soğuk ve rutubet nedeniyle, tüm personel eklem ağrılarından yakınmaktadır.

Bağlar Sağlık Ocağı'nda, bölgenin ağır sağlık sorunları, personel yetersizliği, olumsuz çalışma koşulları ve moral bozukluğuna karşın; sorumlu hekimin büyük desteğiyle hem tedavi hizmetleri, hem de koruyucu hizmetler yürütülmektedir. Göç, işsizlik, yoksulluk ve çatışmalar; harcanan çabaların önündeki en önemli engeller olarak dile getirilmiştir.

Sağlık personeli, veri yetersizliğine karşın yıllık çalışma raporlarını hazırlamayı sürdürmektedir.

Bölgenin sağlık sorunlarına ilişkin veriler, yapılan görüşme dışında, büyük ölçüde sağlık ocağının 1992 yılı çalışma raporuna dayanılarak özetlenmiştir:

Bağlar Sağlık Ocağı'nın hizmet verdiği nüfus 1992 yılı verilerine göre 156.559'dur. Ocağın, bu kadar geniş bir bölgeye hizmet vermekte yetersiz kalmakta ve bölgeyi kontrol altına alamamaktadır. Haziran ayı ortasında tamamlanan ve normalde bir ay süren tespit çalışmalarına, en az 4-5 ay gibi uzun bir zaman harcanmakta, ancak sürekli nüfus hareketi nedeniyle alınan sonuç amaca hizmet etmemektedir. Örneğin, ebeler aynı eve ikinci gidişte aynı aileyi bulamamakta, ya da halk, korku ve güvensizlik nedeniyle kapıyı açmamaktadır. Ebeler, zaman zaman çatışmanın ortasında kaldıklarını ve geziyi yolda bırakarak ocağa geri

döndüklerini söylemişlerdir. Yine de nüfus tesbitini sürdürmek amacıyla değişik yöntemler denenmektedir; örneğin ETF'ler, evde yapılan izlemler sırasında doldurulmaktadır.

Sağlık ocağında toplam 75 personel çalışmaktadır. Personel başına düşen nüfus Tablo 8'de gösterilmiştir:

TABLO 8-BAĞLAR SAĞLIK OCAĞI'NDA PERSONEL BAŞINA DÜŞEN NÜFUS (DİYARBAKIR, 1992)

	Bağlar S.O.	Türkiye
Ebe başına nüfus	4782	2111
Hemşire başına nüfus	5790	1399
Hekim başına nüfus	12220	1275

Kaynak:Bağlar Sağlık Ocağı, 1992 yılı Çalışma Raporu

1985 yılı hızlandırılmış ve genişletilmiş bağışıklama kampanyası sırasında, Sağlık Bakanlığı Diyarbakır için nüfus artış hızını %4.11 olarak belirlemiştir. Bağlar için bunun daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Ölüm ve doğurganlık ölçütleri, veri yetersizliği nedeniyle hesaplanamamıştır. Ancak 1985 yılı genel nüfus sayımına göre, Diyarbakır il merkezi için Kaba Doğum Hızı %050.7 olarak belirlenmiştir. Bağlar Sağlık Ocağı'nın 1992 yılı 0-4 yaş orantılı ölüm hızı %72.6 ve 45-64 yaş orantılı ölüm hızı %19 olarak hesaplanmıştır. Bu veriler, 0-4 yaş çocuk ölümlerinin, bütün ölümlerin çok büyük bir bölümünü oluşturduğunu göstermektedir.

1991 yılında bölgede 776 gebe saptanmıştır. Gebe başına düşen ortalama izlem sayısı 1.2'dir. Her gebenin, gebeliği boyunca en az 6 kez izlenmesi gerektiğinden bu rakam, gebe izlemlerinin son derece yetersiz olduğunu göstermektedir.(Ancak Türkiye genelinde, gebe başına düşen izlem sayısı da 1.52 gibi düşük bir rakamdır.\*) Bölgede doğumların %60-70'i "ara ebesi" denilen ve sağlık personeli olmayan kişilerce yaptırılmaktadır. Son iki yılda, postpartum enfeksiyonlara bağlı olarak 3-4 tane anne ölümü görüldüğü söylenmektedir. Aşırı nüfus artışı, anne ölümleri ve tahmin edilen yüksek bebek ölüm hızı nedeniyle, bölgede ciddi aile planlaması çalışmasına gereksinim duyulmaktadır. Ancak, başvuru azlığı ve yüksek genital enfeksiyon hızı nedeniyle, aile planlaması çalışmalarında güçlükler yaşanmaktadır. 1992 yılı verilerine göre, 15-44 yaş kadın nüfusunun %7.2'si aile planlaması hizmetlerinden yararlanmak üzere başvuruda bulunmuştur. Bu oran, 1985 yılı için %9 ve 1986 yılı için %12 olarak bildirilmektedir. Bununla birlikte, çıkarılan RIA sayısında artış olduğu görülmektedir. 1992 yılı ilk üç ayında, takılan RIA sayısına göre çıkarılan RIA oranı %7.5 iken; 1993 yılı ilk üç ayında bu oran %21.6'dır.

Sağlık ocağına başvuru sayısı da genel olarak düşüktür. 1992 yılında, kişi başına ortalama muayene sayısı 0.26 olarak hesaplanmıştır. Türkiye için bu değer 2.4 olarak bildirilmektedir\*\*.

0-6 yaş çocuk başına düşen ortalama izlem sayısı 0.45'dir. 1993 yılı ilk üç ayı için aşılama oranı %45'dir.

Çevre sağlığı hizmetleri ise, hemen hiç yapılamamaktadır. Bunun başlıca nedeninin Belediye, Çevre Sağlığı Şube Müdürlüğü ve diğer sağlık birimlerinin işbirliği yetersizliği olduğu belirtilmiştir. 1991 yılında, bakteriyolojik incelemeye alınan sulann %61.2'si sağlığa uygun, %38.0'i ise sağlığa zararlı olarak rapor edilmiştir. 1992 yılında, alınan 131 adet su örneğinin %15.2'si sağlık açısından zararlı olarak değerlendirilmiştir. Şehir şebeke suyunun iki günde bir



verildiği bölgede, temizlik eğitimi yapmanın anlamı olmadığı, suların kaynatılarak kullanılması önerisine ise "tüp biter" endişesiyle, halkın tepki gösterdiği belirtilmiştir.

Bölgede trahomun bir sağlık sorunu olduğu söylenmektedir. Trahoma ilişkin koruyucu hizmetler, zaman zaman yapılan okul taramaları ve eğitim çalışmalarıyla sürdürülmektedir. Çok uzun bir zamandan beri, ocakta trahom tedavisi için ilaç bulunmadığı belirtilmiştir.

TABLO 9-BAĞLAR SAĞLIK OCAĞI TRAHOM SONUÇLARI

	Konjonktivit-İlaçlama	Trahomlu
1992 yılı	1455	44
1993 yılı	331	8
(ilk üç ay)		

Kaynak:Bağlar Sağlık Ocağı, 1992 Yılı Çalışma Raporu

TABLO 10-BAĞLAR SAĞLIK OCAĞI SITMA SONUÇLARI

	Alınan Kan Örneği	Sıtma(+)
1992 yılı	877	1
(ilk üç ay)		
1993 yılı	1019	10

Kaynak:Bağlar Sağlık Ocağı, 1992 Yılı Çalışma Raporu

Bağlar Sağlık Ocağı personelinin, bütün güçlüklerle karşı çalışmalarını sürdürmekteki kararlılıkları, bölgede yapılan görüşme ve gözlemlerin belki de tek umut verici ve öğretici yanı olmuştur.

(\*)1988, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü

(\*\*)Zafer Öztekin, Aykut Toros, Health Services Utilization in Turkey, Survey Report, Ministry of Health, 1993



## DIYARBAKIR VE BAZI GÜNEYDOĞU-DOĞU İLLERİNDE SAĞLIK SORUNLARI

### 1-Çocuk Ölümleri

Diyarbakır'da, tüm diğer Güneydoğu illerinde olduğu gibi, bebek-çocuk ölümleri, diğer illere göre oldukça yüksektir. 1990 yılı resmi rakamlarına göre, Türkiye'de canlı doğan her bin bebekten 60'ı ilk bir yıl içinde ölürken, Diyarbakır'da bu sayı 87'dir. Muş'ta 115, Bingöl'de 108, Ağrı ve Van'da 105, Hakkari'de 98, Siirt'te 78, Bitlis'te 75, Mardin'de 69, Şanlıurfa'da 66, Adıyaman'da 64 olan bebek ölüm hızı yalnızca Tunceli'de Türkiye ortalamasının altındadır(binde 58).

Bölgeye ilişkin eski verilerde de yüksek olan bebek ölüm hızı değerleri, son 23 yılda oldukça düşmüştür. Ancak bu düşme hızı, Türkiye ortalamasına kıyasla daha yavaştır: Örneğin, 1967- 82 yılları arasında bebek ölüm hızı Türkiye'de 149'dan 109'a, %27'lik bir düşüş gösterirken; Bitlis'te artmış, Van'da %1, Bingöl'de %3, Ağrı ve Muş'ta %5, Hakkari'de %11, Diyarbakır'da %12, Şanlıurfa'da %15, Mardin'de %18, Adıyaman ve Tunceli'de %25 oranında düşüş göstermiştir. 1982-90 yılları arasında Türkiye'de bebek ölüm hızı binde 109'dan 60'a %45'lik gerileme göstermiştir. Bu ortalama düşüşten hızlı düşüş, sadece Mardin'de (%46) görülürken, Bingöl'de %27, Van'da %26, Şanlıurfa'da %31, Hakkari'de %32, Muş'ta %34, Ağrı'da %36, Siirt'te %37, Bitlis ve Diyarbakır'da %39, Adıyaman ve Tunceli'de %43 düşüş görülmüştür.

Beş yaş altı çocuk ölümleri açısından da bölgenin durumu Türkiye ortalamasının altında bir tablo sergilemektedir. Resmi verilere göre, Türkiye'de binde 78 olan 5 yaş altı çocuk ölüm oranı, yalnızca Tunceli'de binde 75'tir. Muş'ta binde 154 olan bu rakam, Bingöl'de 144, Ağrı'da 140, Van'da 140, Hakkari'de 139, Diyarbakır'da 114, Siirt'te 104, Batman'da 102, Bitlis'de 100, Mardin'de 89, Şırnak'da 89, Şanlıurfa'da 85, Adıyaman'da 83'dür.

TABLO 11-BAZI GÜNEYDOĞU-DOĞU İLLERİNDE BEBEK ÖLÜM HIZLARI, 1967, 1982, 1990 (BİNDE)

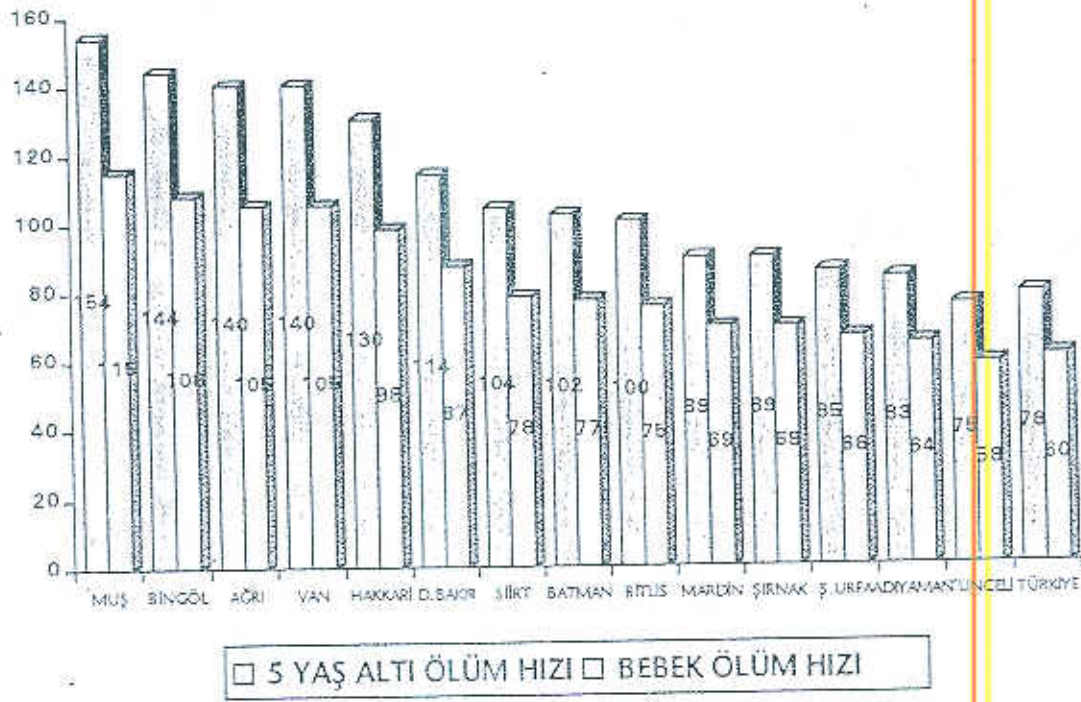
İLLER	1967	1982	1990	1967-82 DÜŞME H.	1982-90 DÜŞME H.
ADİYAMAN	139	105	64	25	41
AĞRI	148	141	105	5	36
BİNGÖL	150	146	108	3	27
BİTLİS	136	137	75	0	39
DIYARBAKIR	139	123	87	12	39
HAKKARİ	139	124	98	11	32
MARDİN	126	103	69	18	46
MUŞ	155	148	115	5	34
SİİRT	139	124	78	11	37
TUNCELİ	132	99	58	25	41
Ş.URFA		113	96	66	15
VAN	147	145	105	1	28
TÜRKİYE	149	109	60	27	45

(Kaynak:UNICEF, Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi, 1991)

Diyarbakır'da 1990 yılındaki 5061 çocuk ölümünün (5 yaşa altı) %73.9'u bir yaş altındaki ölümlerdir. Bu ölümlerin %46.1'i kırsal yörede, %27'si zatürre nedeni, %36.7'si ilk bir ay içindeki ölümlerdir.

Diyarbakır'ın da içinde olduğu 14 güneydoğu ilindeki çocuk ölümleri, Türkiye'deki çocuk ölümlerinin %24.6'sı kadardır.(Bu illerde yaşayanların, Türkiye nüfusuna oranı %11.3'dür.)

Grafik 2. GÜNEYDOĞU'DA ÇOCUK ÖLÜMLERİ (Binde)



TABLO 12-BAZI GÜNEYDOĞU-DOĞU İLLERİNDE ÇOCUK ÖLÜMLERİNİN NEDENLERİ

	Beş Yaş Altı Çocuk Ölümü Sayısı (Toplam)	Bebek Ölümü	Kırda	Zatüre	Neonatal Ölüm
Diyarbakır	5061	3843 %75,9	2332 %46,1	1367 %27,0	1857 %36,7
Adıyaman	1735	%77,5	%61,7	%28,5	%36,1
Mardin	2070	%77,3	%57,2	%27,9	%36,5
Siirt	1087	%75,4	%63,7	%28,8	%34,9
Ş.Urfa	3405	%77,6	%46,3	%26,5	%37,9
Ağrı	2731	%75,1	%71,8	%29,8	%33,9
Bingöl	1557	%75,1	%72,4	%30,0	%33,7
Bitlis	1469	%75,3	%71,2	%29,7	%34,0
Hakkari	911	%75,5	%63,9	%28,9	%34,8
Muş	2674	%74,6	%80,0	%31,0	%32,7
Tunceli	313	%77,0	%70,0	%29,7	%35,1
Van	4167	%74,9	%69,3	%29,5	%34,0
Batman	1465	%76,0	%51,3	%27,2	%36,7
Şırnak	1038	%77,3	%49,0	%26,8	%37,5
TÜRKİYE	120621	%76,5	%52,4	%27,3	%36,8

(Kaynak:UNICEF, Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi, 1991)



TABLO 13-BAZI GÜNEYDOĞU-DOĞU İLLERİNİN ÇOCUK ÖLÜMLERİNE GÖRE SIRLANIŞI

	5 YAÖH'ye Göre Sıralama	BÖH'ye Göre Sıralama	Toplam 5 Yaş Altı Ölüm Sayısına Göre Sıralama	Zatüre Nedeni İle Ölümlere Göre Sıralama
Adıyaman	27	26	27(1735)	26
Ağrı	6	5	13(2731)	13
Bingöl	3	3	28(1557)	28
Bitlis	12	12	31(1469)	30
Diyarbakır	8	8	2(5061)	2
Hakkari	7	7	43(911)	44
Mardin	17	17	21(2070)	22
Muş	1	1	14(2674)	12
Sıirt	10	10	37(1087)	37
Tunceli	33	33	68(313)	68
Ş.Urfa	25	22	9(3405)	9
Van	4	4	5(4167)	3
Batman	11	11	32(1465)	32
Şırnak	18	18	39(1038)	41

(Kaynak:UNICEF, Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi, 1991)

## 2-Aşılama Durumu

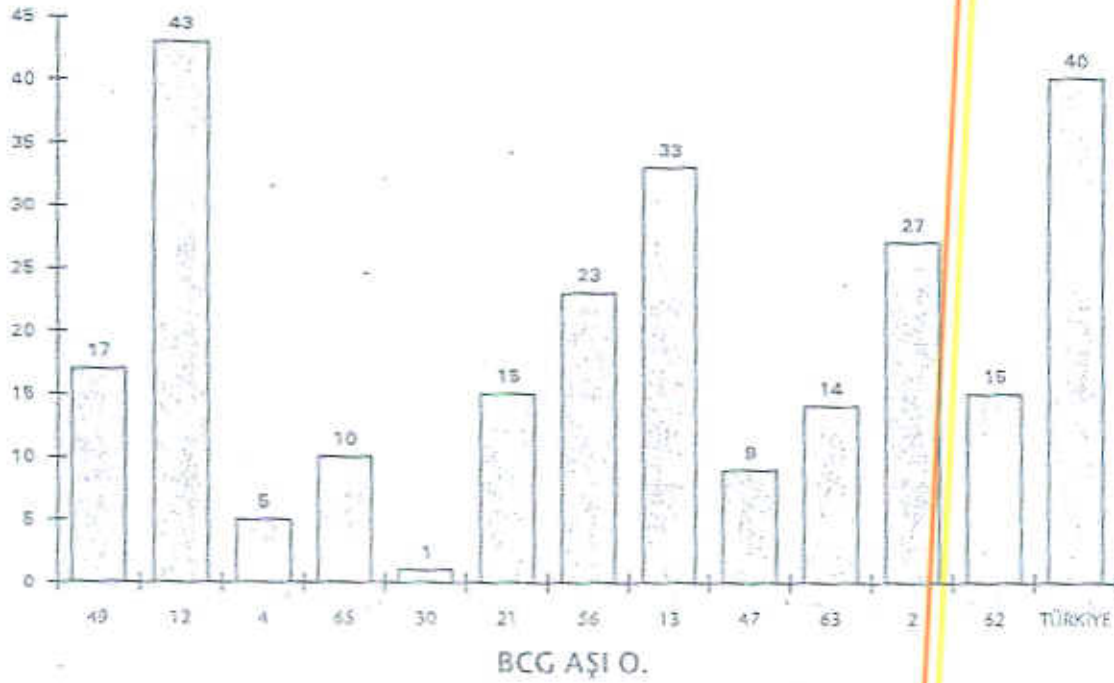
Aşılama oranlarının resmi verilerde bile çok düşük olduğu Diyarbakır'da, örneğin sıfır yaş grubunda BCG aşısı oranı %15, Difteri-Boğmaca-Tetanoz aşısı oranı %55, Polio aşısı oranı %55, Kızamık aşısı oranı %47 olarak belirtilmiştir.(Türkiye ortalaması ise sırayla 40, 73, 73, 68'dir.)

Tablo 14-1990 YILI SIFIR YAŞ GRUBUNDA UYGULANAN AŞI ORANLARI

İLLER	BCG		DBT		POL3		KIZAMIK	
	Doz	Oran	Doz	Oran	Doz	Oran	Doz	Oran
	%		%					
ADİYAMAN	5484	27	15383	76	15383	76	13907	69
AĞRI	1189	5	16632	77	16632	78	14071	65
BİNGÖL	4778	43	6882	62	6882	62	6232	56
BİTLİS	4621	33	11831	84	11831	84	11685	83
D.BAKIR	6518	15	24575	55	24575	55	20863	47
HAKKARİ	87	1	1590	19	1590	19	1738	21
MARDİN	2697	9	10543	34	10520	34	11801	38
MUŞ	2864	17	12335	72	12335	72	11326	66
SIİRT	5837	23	21821	87	21821	87	21212	84
TUNCELİ	736	15	1875	38	1874	38	1475	30
Ş.URFA	5531	14	31126	78	31126	78	24835	62
VAN	2896	10	22226	77	22226	77	22061	77
TÜRKİYE	620298	40	1119359	73	1117852	73	1040095	68

Kaynak:UNICEF, Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi, 1991)

Grafik 3. 0 YAŞ GRUBUNDA AŞI BCG ORANI-1990.



### 3-Çocuklarda Beslenme Yetersizliği

Diyarbakır'ın kırsal yörelerinde yapılan bir çalışmada(\*), 0-6 yaş grup çocukların %31.9'unun boyunun olması gerekenin altında olduğu saptanmıştır. Beslenme yetersizliği oranı ise, %24.1 olarak belirlenmiştir. Çocukların %65.3'ü ağır olmak üzere %85.2 'si kansız bulunmuştur. Kıyaslamalı başka bir çalışmada da, çocukların %60'ından fazlasında barsak paraziti olduğu saptanmıştır.

### 4-Ana Sağlığı

Ana sağlığı denilince, bölgede ilk akla gelen gebeliklerin ve doğumların yüksekliğidir. Türkiye'de 1990 verilerine göre kaba doğum hızı binde 27'ken, bu rakam Diyarbakır'da binde 41'dir. Van'ın binde 46 ile en yüksek kaba doğum hızına sahip olduğu bölgede, bu oran Muş ve Bitlis'de 45, Ağrı'da 44, Bingöl ve Siirt'te 43, Batman'da 42, Mardin ve Şırnak'ta 41, Adıyaman Hakkari ve Şanlıurfa'da 40, Tunceli'de 31'dir(\*\*)

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün verilerine göre 1992 yılındaki doğumların %28'i sağlık personeli yardımı olmaksızın yapılmıştır. Bölgede yapılan görüşmede ise; doğumların ancak %30'unun sağlık personeli yardımı ile yapıldığı söylenmektedir. Türkiye'de sağlık personeli olmaksızın yapılan doğumların oranı %15'dir.

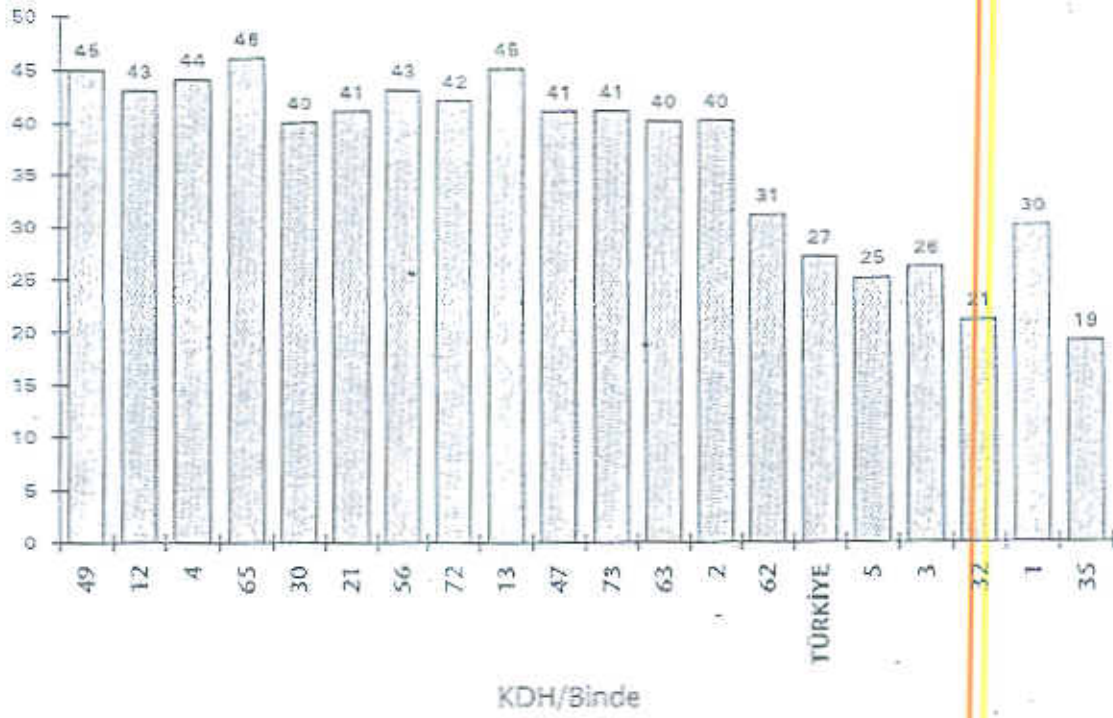
Diyarbakır'da yapılan bir araştırmada toplam nüfusun %25.2'sini oluşturan 15-49 yaş evli kadın nüfusunun, ancak %13.4'ünün herhangi bir etkili doğum-kontrol yöntemi kullanmak üzere sağlık ocağına başvurduğu saptanmıştır(\*\*\*). Yine aynı araştırmada, son iki gebeliği arasında geçen süre iki yıldan az olan kadın oranı %67 olarak bulunmuştur.

Diyarbakır'da yapılan bir başka çalışmada ise, gebe kadınların %87.9'unun anemik olduğu saptanmıştır. Ortalama Hb değerleri  $9.3 \pm 0.21$  gr'dir(\*\*\*\*).

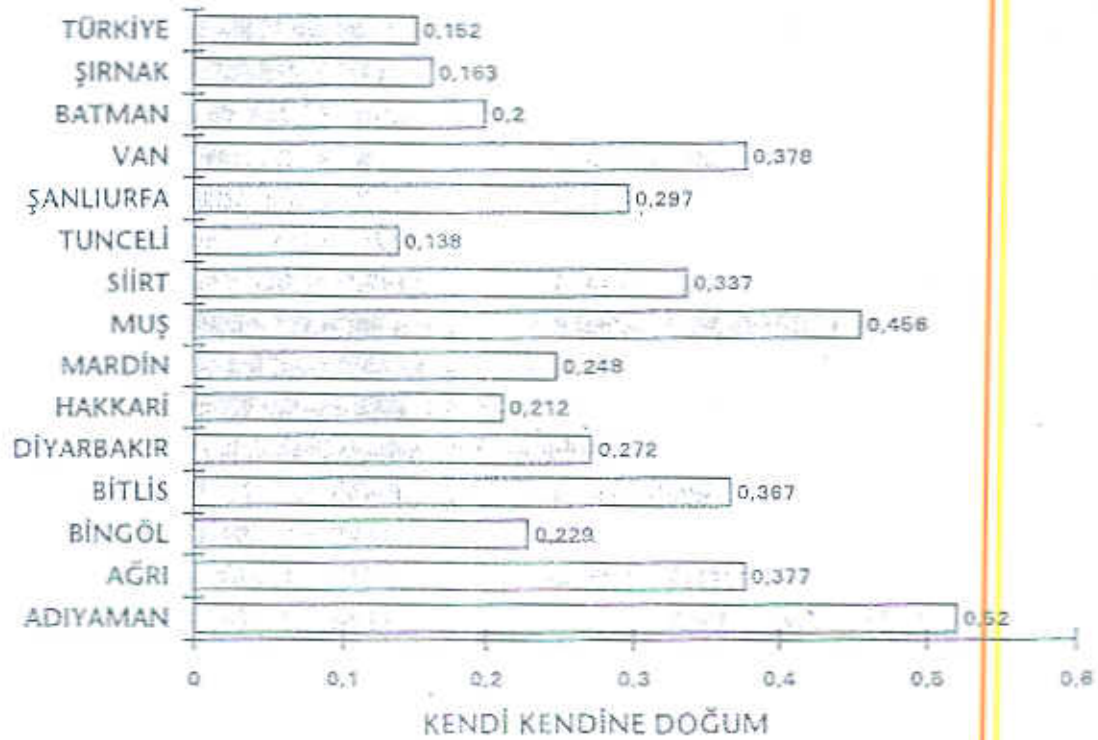
(\*)Perran Toksöz, Diyarbakır Yöresinde Anne ve Çocuk Sağlığını Etkileyen Etmenlerin Analizi, 1992.  
(\*\*)UNICEF, Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi, 1991  
(\*\*\*)Perran Toksöz, Ersen İçini;"Etkili Doğum Kontrol Yöntemi Kullanan Kadınların Demografik ve Doğurganlık Özellikleri", Dicle Tıp Bülteni, 18:41-48, 1991  
(\*\*\*\*)Perran Toksöz ve ark.;"Diyarbakır Bağlar Sağlık Ocağı Bölgesinde Gebe Kadınlarda Anemi Prevalansı", Beslenme ve Diyet Dergisi, 19:61-69, 1990



Grafik 4. GÜNEYDOĞU'DA KABA DOĞUM HIZI



Grafik 5. SAĞLIK PERSONELİ YARDIMI OLMASIZIN YAPILAN DOĞUMLAR (%) 1992



TABLO:15-GEBELERİN YAŞ GRUPLARINA GÖRE HEMOGLOBİN DEĞERLERİ

Yaş	10.0 Gr'dan az		10-10.9 Gr.		11.0 Gr.+		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
15-19	23	60.5	9	23.7	6	15.9	38
20-24	77	63.6	29	24.0	15	12.4	121
25-29	62	70.5	20	22.7	6	6.8	88
30-34	30	55.6	16	29.6	8	14.8	54
35-39	21	63.6	7	21.2	5	15.2	33
40 +	7	53.8	4	30.8	2	15.4	13
TOPLAM	220	63.4	85	24.5	42	12.1	347

(Kaynak: Perran Toksöz ve ark. "Diyarbakır Bağlar Sağlık Ocağı Bölgesinde Gebe Kadınlara Anemi Prevalansı", Beslenme ve Diyet Dergisi, 19:61-69, 1990.)

Ayrıca, istatistiklere yansımayan durumlar da sözkonusu:

"Çatışmanın yoğun olduğu bölgelerden, Cizre'den, Şırnak'tan, Silopi'den amenoreler geliyor. Kadın hastalıkları ve doğum kitaplarında yazar. İkinci Dünya Savaşı'nda Almanya'da kadınlarda sık sık amenoreler rastlanmış; korkuya, şiddete ve onun psikolojik etkisine bağlı. Bana da son bir, iki yıldır özellikle bu bölgelerden sıklıkla adet görmeyen kadınlar geliyor. Çok ilginç bir durum. Bunun yanında, çektiğimiz zorluklardan biri ulaşım zorluğudur. Kadın doğumun acilleri çok önemlidir. Bir düşüğe kadın 15 dakika içerisinde ölebilir yada yarım saat içinde sifira düşer tansiyon. Yani bu kadar çok şiddetli aciller vardır ve bu konuda bir sürü hasta geliyor sana örneğin. Düşüş başlamış ve telefon ediyor hastam bana. "Ben gelemiyorum" diyorum. "Ben nasıl geleyim doktor?" diyor. Ertesi günü şoktan ölüyor."

(Diyarbakır'lı bir hekim)

##### 5-Halkın Beslenme Durumu

Beslenme yetersizliğinin oldukça yüksek olduğu Diyarbakır'da, göçün bu yetersizliği artıran bir etki yaptığı belirtilmiştir. Diyarbakır'da halkın 47.9'unun yetersiz enerji tükettiği ve il merkezinde bunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca protein, kalsiyum, demir, A vitamini, C vitamini yetersizliklerinin de ciddi düzeyde olduğu belirlenmiştir.

**TABLO 16-DİYARBAKIR'DA BESLENME YETERSİZLİĞİ DURUMU**

Besin Öğeleri	Yetersizlik(%)
Enerji	47.9
Protein	30.4
Kalsiyum	33.4
Demir	58.9
A Vitamini	43.6
C vitamini	22.0

(Kaynak:Perran Toksöz, "Diyarbakır Yöresinde Halkın Beslenme Durumu", Türk Hij.Dern.Biyol.Dergisi., Vol 48, No:1, 1991)

### 6-Trahom

Diyarbakır, Türkiye'de trahom olgularının Şanlıurfa'dan sonra en çok görüldüğü il özelliğine de sahiptir. Türkiye'deki trahom olgularının %62'si bu iki ilde görülmektedir.

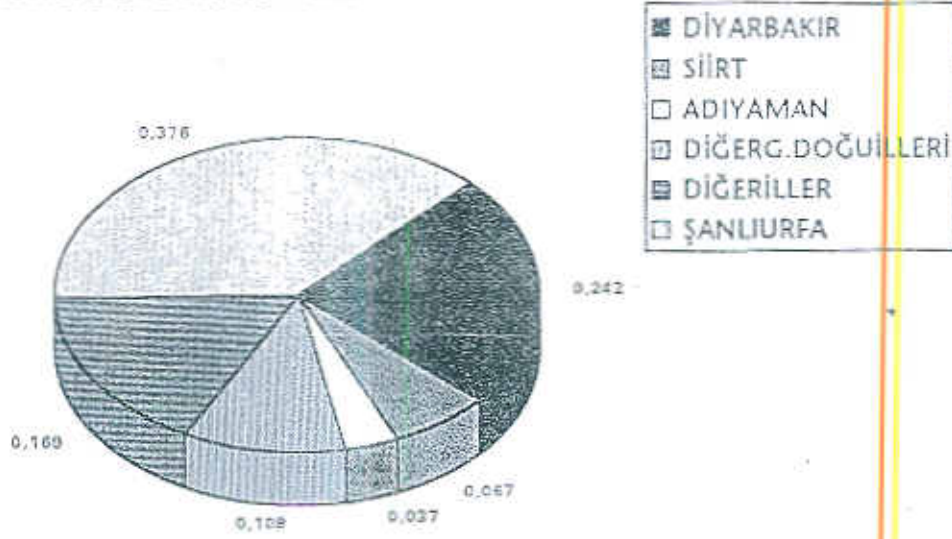
**TABLO 17-1992 YILI TRAHOM İSTATİSTİKLERİ**

İLLER	YAPILAN MUA. SAYISI	YENİ VAKA SAYISI	ESKİ VAKA SAYISI	TEDAVİYE ÇIKAN	TOPLAM HASTA SAYISI
ADYAMAN	6978	91	3044	998	2.137
AĞRI	0	35	194	20	209
BİNGÖL	17281	0	220	7	213
BİTLİS	5000	0	171	24	147
DİYARBAKIR	56522	471	14537	884	14.124
HAKKARİ					
MARDİN	19761	41	1994	894	1.141
MUŞ	4600	73	4517	493	4.097
SİİRT	19044	940	5898	2947	3.891
TUNCELİ	12	96	98	177	17
ŞANLIURFA	32629	651	22651	1363	21.939
VAN					
BATMAN	0	15	3331	2906	440
ŞIRNAK	0	0	1	0	1
TÜRKİYE	438654	3865	68342	13866	58341

(Kaynak:Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışmaları, 1990-1991-1992. Ankara 1993).



Grafik 6. GÜNEYDOĞU'DA TRAHOM



### 7-Bulaşıcı Hastalıklar

İçme suyu, çevre sağlığı ve sağlık hizmetleri sorunlarının yoğun olması nedeniyle, Diyarbakır ve diğer Güneydoğu illerinde bulaşıcı hastalıklar oldukça yaygındır. Örneğin 1992 yılında Türkiye'de bildirim yapılan amipli dizanteri olgularının %24.6'sı, bruselloz olgularının %17.8'i, tifo olgularının %22.3'ü Diyarbakır'da ortaya çıkmıştır.

**TABLO 18-BAZI BİLDİRİMİ ZORUNLU BULAŞICI HASTALIKLARIN GÜNEYDOĞU İLLERİNDEKİ DURUMU 1990-1992**

(Türkiye'deki tüm olgulara oranı-%)

Hastalık	Diyarbakır		13 İl	
	1990	1992	1990	1992
Tifo	29.0	22.3	70.7	48.7
Paratifo	5.1	6.9	48.1	55.3
A.Dizanteri	19.5	24.6	36.7	53.0
B.Dizanteri	7.9	8.1	31.3	39.4
Hepatit-A	3.1	3.2	7.7	10.0
Bruselloz	22.1	17.8	51.6	52.7

(Kaynak: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü verileri.)

Resmi rakamların güvenilirliği ölçüsünde yorumlanabilecek bu tablonun dışında, bölgedeki hekimlerin gözlemleri de ilginç belirlenimler içermektedir:

*"Bölgede artık istatistikler alt üst olmuştur, güvenilir istatistik yoktur. Ben örneğin cilt hastalıkları konusunda, yalnızca iki tür hastalık görüyorum. Bunlar, toplu yaşamadan doğan uyuz-bit ile psikojenik ve strese bağlı hastalıklardır. Yani istatistikler burada geçerli değildir. Bir kentimizde kapasitesinin iki ya da üç katının üstünde insan var. İnsanlar birbirinin üstünde*

yaşamaktadırlar; yani eğer beş kardeş birlikte yaşıyorsa, şu anda sayısı 5'ten 15'e çıkmıştır. Bir de bölgenin çeşitli sosyal ve ekonomik durumlarından ve diğer bazı sosyal nedenlerinden dolayı, uyuz hastalığı son on yıla yakındır ciddi artış kaydetmiştir. Her geçen yıl sayı daha da artarak gidiyor. Bunun tersi olması gerekiyor oysa, 21. yüzyıla giderken. Bunun nedeni de açık dediğim gibi insanlar çok yoğun bir şekilde 3-4 kardeş ya da 3-4 amca çocuğu bir arada yaşamaktadırlar. Örneğin, tedaviyi veriyorsunuz, uygulanmıyor.

İkinci grup hastalık ise tümüyle stresin meydana getirdiği hastalıklardır. Yani istatistiklerimiz bunları yansıtmıyor."

"Bu insanlar hızla geliyorlar, kerpiçten, şundan bundan ev yapıyorlar, en fazla iki oda var. Kanalizasyonu olmayan, suyu olmayan yerlerde yaşıyorlar insanlar ve bizim çalıştığımız sağlık ocağı da kent merkezi olarak kabul ediliyor. Sağlık ocağının bulunduğu yerde şu anda korkunç bir tifo var."

"İlimizde 1992-1993 yılları arasında veremli hasta sayısı azalıyor. Hastalıkla ilgili başvuru azalıyor. Bir paradoks gibi geliyor. Beklenirdi ki, o rakamlar yükselsin. Bize gelen sayılarda düşme var. Benim uzman olarak bir katkı olmıştır, ama daha çok ölüm azalıyor. Köy grubundaki hastaları kaybettik. Yazdığımız mektuplar geri geliyor, adresleri bulunamıyor. Kulp tarafı ile ilişkimiz hemen hemen kalmadı. Bu hastaları takipten çıkardık, orayla irtibatımız kesildi. Diyarbakır'a gelenlerle irtibatımız kesiliyor. Hastalık ikinci plana düştü, insanların geçimi, can güvenliği meselesi öne çıkınca sağlık geri planda kaldı. Tüberküloz yıllarca süren bir hastalık."

## 8-Başka Sağlık Sorunları

Başka kimi sorunları da, bölgedeki hekimlerin sözlerinden aktarmak istiyoruz. Yorumuz....

"Silvan ve Batman'dan gelenler saat 15:00'den önce yola çıkmak zorunda. Saat 15:00'i geçti mi çıkamaz artık yola. En yakın yer Ergani ve Ergani'den son ulaşım aracı saat 17:00'dedir. Daha sonra toplu taşıma aracı yoktur. Ondan sonra taksiler ve özel arabalar vardır. Yani hasta geliyor, muayene ediyorsunuz, tetkik yaptıracağız, o tetkikin çıkış saati ve sizin reçetenizi yazma saatiniz saat 15:00'e kadar olmalıdır. Saat 15:00'ten sonrası ya gitmek zorundadır ya da o geceyi burada geçirmek zorundadır. Böylece çok basit bir şey, çok daha pahalıya mal oluyor.

Bu durum Sigorta Hastanesi'nde çok daha yoğun yaşanıyor. Özellikle hastalar belirli saatlerde oraya gidip yığılıyor. Diğer saatler boş geçmektedir. Hastalar boş saatlerinde işlerini bitirmeye çalıştıklarından, bir kargaşa yaşanıyor."

"...Göçün getirdiği bir yığın bulaşıcı hastalık, kötü koşullar vardır. Sağlık çok pahalı, hekim sayısı da az. İlaç alıyor, muayene ücreti veriyor, bir yığın insan ulaşamıyor sağlık hizmetlerine. Yani insanlar artık sorunları kendi kendine çözmeye çalışıyorlar".



## SAĞLIK PERSONELİNİN SORUNLARI

### 1-Can Güvenliği

Bölgedeki hekimlerin ifade ettiği en önemli sorun, can güvenliği, ya da başka bir deyişle "faili meçhul"ler sorunudur. 1991'den bu yana yüzlerce insanın öldürüldüğü bölgede, son zamanlarda sağlık personeli de "faili meçhul"lerden payını almaktadır.

#### Bölgede Öldürülen Sağlık Personeli

Mehmet Emin Ayhan	Hekim	Silvan
Zeki Tannkulu	Hekim	Silvan
Hasan Kaya	Hekim	Elazığ
Şehmuz Akın	Hekim	Diyarbakır
Şehmuz Akıncı	Sağlık Memuru	Silvan
Yakup Yöndem	Diş Tekn.	Kızıltepe
Selman Kunay	Sağlık Mem.	Mazıdağı
Rodi Demirkapı	Diş Hekimi	Kovancılar

"Bir örnek: Hemşire aşıya çıkıyordu. Tam çıktığı sokakta cinayet oldu. Adam birisini vurdu, diğeri kaçıyor, onu peşinden kovalıyor. Gündüz ve 10-15 gün önce oldu. Ocağa kendilerini zor attılar, hemen sağlık ocağının yanında oluyor olay. Bu şekilde yaşanan bir bölgede artık saha araştırması yapmak, sağlıklı istatistiki bilgi elde etmek, aşı yapmak mümkün değildir".

(Diyarbakırlı bir hekim)

"Diyarbakır'da bir günde 8-10 tane genç insanın kafasına kurşun sıkılıyor ve öldürülüyor. Bu işler orada çalışan personeli etkiliyor, dolayısıyla bizleri de etkiliyor. Orada çalışan hekimi de etkiliyor. Hekim orada çalışmak istemez, istemiyor da".

(Diyarbakırlı bir başka hekim)

### 2-Sürgünler

Bölgede sağlık personelinin sayısal yetersizliği söz konusudur. Buna karşın, bölgede çalışan personelin bir bölümü, kendi istekleri dışında bölge dışına gönderiliyorlar.

İşte bir bölümünün listesi(\*)..

(\*Tüm-Sağlık-Sen, "Sürgünlere Son", 24.8.1993 tarihli rapor TUNCELI

İSİM	GÖREVİ	KONUMU	SÜRGÜN YERİ
<b>DİYARBAKIR</b>			
Rahime Şimşek	Çev.Sağ.Tek.	Tüm Sağ.Sen D.bakır Şube Başk.	Çorum
Rahime Şimşek	Hemşire	Üye	Gümüşhane
İsmail Özgen	Çev.Sağ.Tek.	Üye	Çorum
İhsan Çakır	"	Üye	Çankırı
Ramazan Kaval	Şöför	Basın Yayın Sek.	Burdur
Fatma Alicioğlu	Hemşire	Üye	Çankırı
Sıraç Akkoyun	Çev.Sağ.Tek.	Üye	Tokat
Ahmet Özdemir	"	Üye	Tokat
Nejla Doğlu	Hemşire	Üye	Yozgat
Makbule Kapan	Hemşire	Eski İl Yk.Üyesi	Amasya
Ayhan Ay	Çev.Sağ.Tek.	Kur.Üye, İşyeri T.	Kastamonu
Sidar	Laborant	Üye	Tokat
Sevgi Bingöl	Laborant	Üye	Amasya
Adem N.Çekenler	Hizmetli	Üye	Nevşehir
Müslüme Kaplan	Hemşire	Üye	Erzincan
Veysi Ülgen	Doktor	Yön.Kur.Üy.	Çankırı
Hacer Özdemir	Ebe	Üye	Çankırı
Keriman Çelik	Hemşire	Üye	Kırıkkale
Dorşin Yalçın	Doktor	Üye	Sivas
Hasan Doğan	Laborant	Üye	-----
Sedat Karakoyun	Laborant	Üye	Çorum
Vedat Yurttaş	Sağ.Mem.	Üye	Yozgat
Zülküf Ekin	Sağ.Mem.	Üye	-----
Süheyla Alicioğlu	Anes.Tek.	Şb.Yn.Kur.Üy.	Tokat
Nursel Fidan	Hemşire	Üye	Konya
Ayten Bulut	Anes.Tek.	Üye	Kırıkkale
Sadık Karadaban	Has.Müd.Yar.	Üye	-----
Hasan Dursun	-----	Üye	-----
Serdar Koçyiğit	Laborant	Üye	Çankırı
İlyas Ülgen	Diş Hekimi	Üye	Kırşehir
Aynur İpşir	Hemşire	Üye	Yozgat
Abdullah Aslan	Hizmetli	Üye	-----
Ali Baran	Ambar Mem.	Üye	-----
Naciye Polat	Anes.Tek.	Tüm.Sağ.Sen Ü.	Ağrı
Hüseyin Ünal	Laborant	Tüm.Sağ.Sen Şb.Bşk.	Bayburt
Makbule Öztürk	Anes.Tek.	Tüm.Sağ.Sen.Ü.	Kars
Fikriye Gül	Hemşire	Sağlık Sen Üyesi	Bayburt
Elmas Polat	Laborant	Sağlık Sen Üyesi	Erzincan
Fidan Kalşen	Laborant	Sağlık Sen Üyesi	Ağrı
Hüsnüye Aydın	Anes.Tek.	Sağlık Sen Üyesi	Erzurum



### İL İÇİ SÜRGÜNLER

		Tüm Sağ.Sen.Üye
Güler Orhan	Ebe-Hemşire	"
Aydın Yılmaz	Rönt.Tek	"
Yüksel Almaz	Ebe-Hemşire	"
Leyla Yavuz	Laborant	"
Dilaver Atalay	Hemşire	"
Rıza Yıldırım	Laborant	"
Yeter Yıldız	Hemşire	"
Eray Derin	Hemşire	"
Zülfiye Yolluk	Hemşire	"
Sevgi Sönmez	Hemşire	"
Yıldız Zelal	Hemşire	"

### 3-Ücretler

Bölgede çalışan sağlık personeli, bölge dışı illerdeki meslektaşlarından farklı olarak "olağanüstü hal tazminatı" almaktadır. Kadro derecesi 1-4 arasında olan sağlık personeli Batman, Diyarbakır, Hakkari, Mardin, Siirt, Şırnak, Adıyaman, Bingöl, Bitlis, Elazığ, Muş, Tunceli, Van il merkezlerinde %13 oranında; kadro derecesi 5-15 arasında olan sağlık personeli ise %9 oranında tazminat almaktadır. Oysa aynı illerde çalışan emniyet, silahlı kuvvetler, vb. personeli %17-25, hakimler, savcılar ve öğretim üyeleri de %14-22 oranında (ve kadro farkı aranmaksızın) tazminat almaktadırlar(\*)

Bölgede çalışan bir pratisyen hekim ve hemşire, bölge dışında çalışan meslektaşlarından 1.5 milyar TL fazla almaktadır.

### 4-Acil Nöbetler-Adli Nöbetler

Bu sorunları da Diyarbakırlı hekimlerden dinleyelim:

*"Arkadaşlar gece-gündüz hastanede nöbet tutuyorlar. Şu anda Devlet Hastanesi'nde pratisyen hekimler görev başındadırlar. Uzmanlar da mutlaka görev yapıyorlar, ama pratisyen hekimler hastanede asıl görevi yürütüyorlar. Dalayısıyla Diyarbakır'da herhangi bir olay olduğunda direkt olarak Devlet Hastanesi'nin Acil Servisi'ne gitmektedir. Bu hastanenin özellikle güvenlik konusu çok önemlidir(Bir adam güvenlik güçleri tarafından gözaltına alınmıştır, belirli merkezlere götürülmüştür, daha sonra sabahleyin hakimın, savcının karşısına çıkartılacaktır. Oradaki görevlinin insafına kalmıştır, Devlet Hastanesi'nin Acil Servisinden darp cebir yapılmamıştır diye rapor istemektedirler. Oradan gelen insana, "Soyun, muayene edeceğim" demem, benim yüzüme karşı cephe alıyorsun şeklinde yorumlanmaktadır. Diyelim ki, açtım, muayene ettim, adam askıya alınmıştı. Bunu tespit ettim, oturdum, rapor verdim, hemen rapor yırtılabilmektedir). Bunları yaşamışım, bunlar yaşandı, olabilir şeklinde yaşadık. "Ne yazıyorsun doktor?" diye sorabilmektedir. İşte muayenede sorabilirsin, "Ben şundan bir şey anlayamadım, bir uzmana veya falan yere gönderilsin" desen şeklinde soruyor. "Sen buna rapor mu verdin?" diye sorabiliyor. Soru da başka yerlerden istediği şekilde o raporu alabilmektedir."*

(Diyarbakırlı bir hekim)

(\*)Ata Soyer, Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Personelinin Temel Sorunları, TTB, 1993.

*"Mesela, 1992-1993 yılında Diyarbakır'da 200'e yakın pratisyen hekim vardı, hatta 250 idi. Daha önce acil nöbetlerinde 27 doktor arkadaşımız nöbet tutardı, 3-4 ayda bir sıra gelirdi. Şu anda bakıyorum, hemen her ay acil nöbetleri geliyor. Tabii yer yer tayini çıkan arkadaşlarımızı duyuyorduk biz. Ama Diyarbakır'dan bu denli hekim göçünün olduğunu bilmiyorduk."*

*"Şu anda Diyarbakır'da 60-65 pratisyen hekim var. Hastaneleri saymıyoruz. Acil nöbet tutan pratisyen hekimdir. Bu tabii iki sene öncesine göre korkunç bir rakam. 250 hekimin olduğu yerde 65 rakamı korkunçtur. Bu arkadaşlar da bir zorunluluk nedeniyle burada kalmışlardır; ama büyük bir çoğunluğu kısa bir süre içerisinde buradan kopma düşüncesinde."*

(Diyarbakırlı bir hekim)

Adli tip sorunları arasında sayılabilecek, ancak bütünüyle hekimlik mesleğinin yapılması ile ilgili önemli bir sorun, bölgedeki bazı hekimlerin yaralı, suçlu tedavi ettikleri gerekçesiyle soruşturma geçirmeleri, tutuklanmaları, hatta ceza almalarıdır.

Cizre'de Dr.Abdullah Bolcal, tek dahiliye uzmanıyken, bir suçluyu tedavi ettiği gerekçesiyle dövmüş, bölge dışına sürülmüştür.

Diyarbakır'da Dr.İlhan Diken, bir suçlunun tıbbi tedavisine yardım ettiği için tutuklanmış, sonra ceza almıştır. Halen Diyarbakır Cezaevi'nde yatmaktadır.

BİTİLS'te Dr.Ersan Taşçı, bir suçluya tıbbi yardımda bulunduğu ihbarı ile tutuklanmış, uzun süre cezaevinde kalmıştır.

Diyarbakır'da SSK Hastanesi Başhekimisi Dr.Seyfettin Kızılkın, muayenehanesinde tedavi ettiği bir hastanın suçlu olduğu gerekçesiyle, çeşitli kereler ifade vermiş ve iki gece gözaltına alınmıştır.

Bu örnekler, yalnızca il merkezlerinde yaşanan ve bize ulaşan olayların bir bölümüdür. Bir hekimin, sağlık personelinin dil, din, ırk, milliyet, siyasi görüş, vb. fark gözetmeksizin insanlara tıbbi yardım yapabilmesi bölgede neredeyse olanaksız hale gelmiştir. (Ek 1)

## 5-Diğer Bazı Sorunlar

*"Sağlık birimlerinde belki personel vardır, diyelim ki, sağlık ocağında 15 tane hekim var; ama verim yüzde 10'dur. Devamlı hekim geliyor, hekim yok değil. Uzmanlar hariç tabii, ben sadece pratisyen kısmını söylüyorum. Gerçekten uzman sıkıntısı olan çok bölge var. Diyarbakır'da 5-6 tane sağlık ocağı var; ama hizmete yetmiyor. Yani lojistik destek sıfır. Sağlık ocağında reçete yok, alkol yok, araba yok. Bunlar bir tarafa bir de halkın alım gücü yok, gıda sorunu var.Yani köşeden dolmuşa binip gelmesi bile zor. Yollar çamur, kışta kıyamette, hele akşam saatinde biraz geç olursa daha da güçleşiyor. Vatandaş bu konuda da zaten kaderine terk edilmiş gibi. Hekimlerin bu tayinleri rastgele ve olağanüstü sayıda oluyor. Yardımcı sağlık personeli sayısını da etkiledi olaylar. Bu şartlar içerisinde bölgede sağlık hizmeti vermek zaten mümkün değil. Hekimlerin idari sorumlulukları var tabii. Onları göz önünde bulunduruyorlar, gerekirse gece de yine o şartlar içerisinde görev yapmaya gidiyorlar."*

(Diyarbakırlı bir hekim)

*"Bir kere Türkiye'deki sağlık konusunda her bakan değiştiğinde uygulamalar buraya yansımaktadır. Son iki yılda yanılmıyorsam 5 veya 6 tane sağlık müdürü değişti burada. Burada sağlık müdürlerinin görev süreleri 3 veya 6 ay, bilemediniz bir yıldır. Bu durum da ister istemez alt kademe ve her şeye yansıyor. Gelen arkadaşlar da rapor alarak çalışmamak veya daha rahat*



*koşullarda çalışmak yollarına başvuruyorlar. Böyle olunca arkadaşlar hizmette yetersiz oluyorlar. Bir hekim hiç gitmediği bir köyün aşlarını yapmış gibi gösteriyor."*

(Diyarbakırlı bir hekim)

*"Özellikle yeni gelen bir hekim arkadaş için dil sorunu çok büyük bir problem."*

(Diyarbakırlı bir hekim)

#### **"a)İletişim Sorunu;**

Sağlık hizmeti veren sağlık personelinin, bireylerle iletişim kurabilmesi önemlidir. Hizmetin sağlıklı ve nitelikli olması için gerekli bir faktördür. İletişim karşılıklı güven ortamının doğmasına neden olur. Bunun için iki tarafın da aynı dili konuşması gerekir.

-Dil Sorunu;Hizmetin sunulmasında dil önemli bir etkidir. Çünkü aynı dili konuşan kişiler arasında iletişim kurulabilir. Sunulan hizmet sağlık ise bu daha da önem kazanır. Dil, hizmetin sunumu kadar, alanların hizmetten yeterince yararlanmasını kolaylaştırır. Toplumun katılımını sağlar.

Diyarbakır merkez sağlık ocaklarında çalışan hekim, ebe ve hemşirelere yönelik bir anket çalışmasında bu konuda verdikleri yanıtlar ilgi çekicidir. Hekimler genellikle hastaların çoğunluğu Türkçe bilmediğinden, kendilerinin de Kürtçe bilmediklerinden daha çok yararlı olamadıklarına inanmaktadırlar.

Ebe ve hemşireler ise, dil sorunu nedeni ile aşılama hizmetlerinde, aile planlaması hizmetlerinde, ana çocuk sağlığı hizmetlerinde, sağlık eğitimi hizmetlerinde güçlüklerle karşılaştıklarını yeterince yararlı olamadıklarını belirtmişlerdir. Kürtçe bilen ebe ve hemşireler hizmeti sunmada daha başarılı olduklarını belirtmişlerdir.

**TABLO:2-Diyarbakır Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Hekimlerin Hasta İle İletişim Kurmadaki Sorunları:**

-Hekimlerin yarısından fazlası hasta ile iletişim kurarken üçüncü bir kişiye ihtiyaç duymaktadır.

-Üçüncü kişi kullanan hekimlerin çoğunluğu ise, hasta ile iletişim kuramamaktadır.

-Hekimlerin yarısından fazlası iletişim sorunu nedeniyle hastalarına yeterli düzeyde yararlı olamadığına inanmaktadır.

**TABLO:3-İletişim Konusunda Hekimlerin Önerileri:**

-Hekimler hastanın sosyo-kültürel ve ekonomik durumunu iyi bilmeli iletişim kuracak kadar hastanın konuştuğu dili ve terimleri öğrenmeli.

-Halkın eğitim düzeyi yükseltilmeli.

-Hekim başına düşen hasta sayısı azaltılmalı.

-Hasta ile iletişim için üçüncü kişiler kullanılmalı.



TABLO:4-Ebe ve Hemşirelerin Dil Sorunu Nedeniyle Aşılama Hizmetlerinde Güçlüklerle Karşılaşma Durumu

	Sayı	%
Dil sorunu nedeniyle aşılama hizmetlerinde güçlüklerle karşılaşıyorum	53	67
Karşılaşmıyorum	26	33
<b>TOPLAM</b>	<b>79</b>	<b>100</b>

TABLO:5-Ebe ve Hemşirelere Göre Doğuma Çağrılırken Halkın Dil Bilen Ebeveyi Tercih Durumu

	Sayı	%
Dil bilen ebe tercih ediliyor	48	52.7
Tercih edilmiyor(fark yok)	43	47.3

TABLO:6-Kürtçe Bilen Sağlık Personelinin Hizmeti Sunumda Daha Başarılı Olup. Olmadığı Konusunda Ebe ve Hemşirelerin Görüşü

	K.BİLEN		K.BİLMEYEN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kürtçe bilenler daha başarılı	27	90	48	77	75	81.5
Fark yok	3	10	14	23	17	19.5
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>92</b>	<b>100.0</b>

TABLO:7-Ebe ve Hemşirelere Göre Dil Sorunu İle Aile Planlaması Hizmetlerinde Karşılaşılan Güçlüklerin Sıklık Sıralaması

1-Dil bilmediği için isteklerini açıklayamaz	40	%	35.39
2-Bu konuyu ayıp sayarlar	32	%	28.31
3-Öğrendiklerini yanlış uygularlar	11	%	9.73
4-Teknikleri anlatmamıza rağmen anlamazlar	10	%	8.84
5-Dil bilmediğimiz için güvenmezler	9	%	7.96
6-Diğer	8	%	7.07

TABLO:8-Ebe ve Hemşirelerin Toplumla Sağlıkli İletişim Kurabilmek İçin Sağlık Personeline Yönelik Önerileri

1-Sağlık personelinin dil sorunu olmamalı, iletişim kurabilmeli, anlayışlı olmalı	64	%	54.7
2-Güvenilir olmalı	21	%	17.9
3-Bölgeyi ve toplumu iyi tanımalı	19	%	16.2
4-İyi eğitim görmüş ve bilgili olmalı	13	%	11.1

TABLO:9-Ebe ve Hemşirelerin Dil Sorunu Nedeniyle Ana Sağlık Hizmetlerinde Güçlüklerle Karşılaşma Durumu

	K.BİLİYOR		K.BİLMİYOR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Karşılaşıyorum	6	30	40	74	46	62
Karşılaşmıyorum	14	70	14	26	28	38
TOPLAM	20	100	54	100	74	100(*)

(\*)Ersen için, GAP Bölgesinde Sağlık Hizmetleri Nasıl Sunulmaktadır, Toplum ve Hekim 54, Mayıs 1993)Aynen alınmıştır.

*"Sağlık sorunlarını tartışmak bence de güzel bir şeydir, ama bizim bölgede yaşadığımız sorunlar öylesine büyük ki, sağlık sorunlarını, konut sorunlarını, vesaire sorunları tartışmak o kadar küçük kalıyor ki, diğer sorunların yanında. İnsanlar bu sorunları konuşmaya bile utanıyorlar, çekiniyorlar. Çünkü sorunlar o kadar büyüktür ki. Can güvenliği sorunu vardır, demokrasi sorunu vardır, insan hakları sorunlarının tek tek halledilmesinin bir anlamı yoktur. Yani bu şuna benziyor:Evin yanıyor, evin içindeki eşyaların nereye yerleştirileceğini tartışıyoruz.*

*İnsanlar bu tür toplantıların çok fazla bir şey getirmeyeceğine inanıyor. Sorunlar sizin dışınızdadır. Sorunu yaratan siz değilsiniz ve sorunun çözümüne en ufak bir katkınız da yoktur, müdahale gücünüz yoktur. Aktör değilsiniz, burada sadece seyircisiniz. Bu da sizi çok zor duruma düşürür. Sizin eğer ürettiğiniz mal karşıda talep buluyorsa, piyasa duruyorsa mal üretirsiniz, düşünceler de öyledir. Eğer ürettiğiniz düşünceler toplumda yer buluyorsa ve hedefine ulaşabiliyorsa, siz düşünce üretebilirsiniz. Yoksa düşünce üretmenin de bir anlamı kalmayacaktır."*

*"Özellikle üzerine basa basa söyleyeceğim durum, bizlerde bir beyin tembelliği geliştiriyor. Niye? Ürettiğimiz düşünceler karşılığını bulmuyor. Ayrıca beyin tembelliğini geliştiren başka faktörler de vardır. Bu bölgede kahveye oturursunuz, biraz sonra bir arkadaşınızı kardeşinin vurulduğu konuşursunuz. Misafirlğe gidersiniz, bir hanımın başı açık gezdiği için yüzüne kezzop döküldüğünü konuşursunuz. Düşüne gidersiniz, bir arkadaşınızın işkenceden öldüğünü konuşursunuz. Eğlence yerlerine gidersiniz, hep bu konuları konuşursunuz. İşkence, ölüm, kan ve barut. Beyin hücrelerinizin hepsi bu konuyla meşguldür. Tiyatroyu, sanatı düşünemezsiniz, gezmeyi tozmayı düşünemezsiniz, hayatın başka dallarındaki başka gelişmeleri düşünemezsiniz. Dolayısıyla beyninizin bütün hücreleri bununla doludur. Hatta mesleğinizle ilgili şeyleri bile düşünemezsiniz. Öyleyse tek konuyu düşünürseniz, beyin tembelliğine girmişsiniz demektir ve ben kendi adıma buna inanıyorum, beyin tembelliğine girmişiz. Bir gazete makelesini okuduğum zaman bile ikinci kez okuyorum, alt paragrafa geçtiğimde üst paragrafta ne yazdığını unutuyorum. Okuyorum gözlerimle, ama beynim başka yerlerde. Arkadaşımın cenazesindedir,*

öbürünün vurulmasındadır, öldürülmesindedir ve ben, tekrar o paragrafı okumak ihtiyacını duyuyorum."

(Diyarbakırlı bir hekim)

"Şimdi biz burada sağlık sorunları tartışıyoruz-ben daha yeni uyandım- Biz neyi tartışıyoruz? Sağlık sorunlarını. Neyin sağlık sorunlarını tartışıyoruz? tabii şöyle ifade edelim, sağlık sorunu her zaman vardır, barış ortamında da vardır, savaş ortamında da vardır, bunu iyi bilmek gerekir. Bir olgu bilinmeden, madde bilinmeden bunun hakkında düşünce açıklamak ve bir takım şeyler söylemek mümkün değildir. Sadece birtakım arkadaşların bilgilerinden şu ortaya çıkıyor. Herhalde bir barış ortamındaki sağlık sorunlarını tartışmıyoruz? Yani tek çözüm olarak şiddetin egemen olduğu bir ortam. Bütün çözümler, bütün düşünceler hep o şiddetin egemenliği altında oluyor; yani şiddet, şiddet, şiddet..."

Evet, şiddetin egemen olduğu ortamlarda, başka ülkelerde sağlık nasıl etkileniyor? Onu da araştırmaya çalıştık.



## ÇATIŞMA ORTAMININ SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ (\*)

### Ekonomi ve Bütçe Üzerine Etkisi

Sivil savaş, tarım ve ticareti olumsuz etkiliyor ya da ortadan kaldırıyor. Onbinlerce, yüzbinlerce insan, yaşadıkları yerleri terk edip, göçmen ya da mülteci konumuna düşmektedir. Hükümet bütçeleri, sosyal sektörler yerine askeri harcamalara kaydırılıyor.

Sağlık kuruluşları yağmalanıyor, bombalanıyor, askeri amaçlar için kullanılıyor. Sağlık personeli can güvenliği nedeniyle bölgeyi terk ediyor. Sağlık yatırımları duruyor.

### Savaşın Halka Etkisi

Sivil savaş boğuşmaları, ülkede yaşayanların hepsi için yıkıcı olmaktadır. Siviller artan oranlarda, ölüm hedefi olmaktadır. Birinci dünya savaşında ölen sivil %10, ikinci dünya savaşında ölen sivil %50, daha sonraki savaşlarda ölen sivil %80 oranlarında olmuştur. Doğu ve Güney Afrika ülkelerindeki son beş savaşta ölenlerin %92'sini siviller oluşturmuştur.

Sivil savaşın sürdüğü ülkelerde bebek ölüm hızları yüksektir. Tüm dünya genelinde bebek ölümleri sıralamasında Afganistan 1., Mozambik 2., Angola 3., Etopya 7., Somali 13., Sudan 25., Uganda 13.'dür. Tüm bu ülkelerde sivil çatışmalar mevcuttur.

### Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Personeline Etkisi

Sağlık yatırımlarının azalması, ekipman ve malzeme kıtlığı, binaların tahribi, insanların göçü, doktorların ve diğer sağlık personelinin yurt dışına ve yurt içinde daha güvenli bölgelere kaçışı, savaşın sık görülen sonuçlarıdır.

Köylerde bulunan sağlık ünitelerinin, gerillalar tarafından daha rahat kullanılabilmesi nedeniyle, bu birimlerin yıkılması, personelinin alınması ya da gerillalar tarafından yağmalanması, sağlık kuruluşlarının askeriye ve polis tarafından karargah olarak kullanılması, binaların bu kuruluşlara verilmesi, çatışma ortamlarında olağan durumlardır. UNICEF tarafından bildirildiğine göre Mozambik'te 1982-1986 döneminde sağlık merkezlerinin %42'sinin yıkıldığı tahmin edilmektedir. Uganda'da 1972-1985 döneminde doktorların %50'si, eczacıların %80'i ülkelerini bırakıp kaçımlardır.

### Tarım ve Gıda Üzerine Etkisi

İç savaşlar tarım ve ticaret sektörünü durdurmakta, tarım alanları imha edilmektedir. Ticaretin durması, ayrıca alışveriş yapacak para bulunamaması nedeniyle yiyecek sıkıntısı ortaya çıkmaktadır. İç savaşların olduğu ülkeler, olağan koşullarda bile yiyecek sıkıntısı çekmekte olan ülkelerdir. Savaş nedeniyle kıtlıklar ortaya çıkmaktadır. Özellikle gelişimlerini tamamlayamamış olan çocuklar üzerinde savaşın ve açlığın etkisi daha vahim olmaktadır. Bu çocuklar fiziksel ve zihinsel açıdan gelişmelerini hiçbir zaman tam olarak tamamlama şansına sahip olamamaktadır. Marasmus ve Kwashiorkor gibi ağır malnütrisyon epidemileri ortaya çıkmaktadır.

### Göçmen ve Mülteci Sorunu

Savaş bölgelerinden zorla sürülen ya da can güvenliği olmadığı için bu bölgeleri terk eden halk, iki yol izlemekte ya ülke içinde başka bir bölgeye göç etmekte ya da komşu ülkelere geçerek mülteci kamplarında yaşamaktadır. Göç alan mahalleler ve mülteci kampları üzerinde

çok sayıda araştırma yapılmıştır. Sonuçları, yaşam koşulları açısından son derece kötü ve ölüm oranlarının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

### Halk Sağlığı Üzerine Etkileri

İç savaş nedeniyle temiz kullanma suyu sağlanamamaktadır. Daha önceden mevcut su kaynakları ve şebekeleri tahrib olmaktadır. Nüfusun kimi bölgelere göçü nedeniyle bu bölgelere su sağlamak için yatırım ve çalışmalar olmamaktadır. Bu durum salgın hastalıkların çıkmasına neden olmaktadır.

Aşılama programlarının aksaması ya da ortadan kalkması nedeniyle aşısız çocuk sayısı artmakta, sonuç olarak da kızamık ve benzeri aşı ile önlenemez hastalıklardan salgınlar çok sayıda ölümler olmaktadır.

Halkın gıda stoklarının tahribi, halkın göç etmesi sonucu tarımsal üretimin durması, yoksulluk sonucu gıda satın alamama gibi nedenlerden açlık, çocukların gelişme geriliği ve hastalıklara duyarlılığının artması gibi sonuçlara sık rastlanmaktadır.

Sürekli çatışma ortamında yaşamının getirdiği gerginlik ve psikolojiye bağlı olarak insanların dengelerinin bozulması, ruhsal rahatsızlıkların artması; geleceğin belirsizliği nedeniyle insanlarda yaşama isteğinin azalması, ümitsizlik, depresyon ve intihar girişimlerinin artması beklenen başka sonuçlardır.

Tüm yukarıda sayılan nedenlerden dolayı, sağlık hizmetlerine olan gereksinimin çok artması, fakat tam tersi olarak sağlık hizmetleri sunumunun durması ile sağlık koşullarının alabildiğine bozulması kaçınılmaz olmaktadır.

### Sağlık Personeline Etkisi

Sivil çatışma bölgelerinde çalışan sağlık personelinin, taraf tutması istenmektedir. Hükümet güçleri, karşı güçten olanları tedavi ettikleri gerekçesiyle, sağlık personelinin tutuklamakta, hapse atmakta, kötü muameleye tabi tutmaktadır. Karşı güçler ise, kendilerine yardım etmediği, ya da hükümet taraftarı olduğu gerekçesi ile baskı yapmakta, sürmekte, yine kötü muameleye tabi tutmaktadır.

Sağlık personelinin çalışmalarına müdahale edilmekte, taraf tutan ve yanlış sonuçlar gösteren raporlar düzenlemesi istenmektedir. Sağlık personeli, meslek ahlakına uygun olarak ve taraf tutmadan yapılan çalışmaları nedeniyle yargılanabilmektedirler.

Ayrıca ölüm korkusu nedeniyle sağlık personeli de doğal olarak bu bölgeleri terk etmektedir.

- (\*) 1. The Role of Physicians in Conflicts and Humanitarian Crises: JAMA, Aug. 4, 1993-Vol 270, No 5  
2. Medical Ethics and Human Rights Violations: Iraq Occupation of Kuwait and its Aftermath, Annals of Internal Medicine 1992-Vol 117  
3. Refugees and Displaced Persons JAMA, Aug. 1993-Vol 270, No 5  
4. Health Implications of War in Uganda and Sudan Soc. Science and Medicine, 1990-Vol 31, No 6  
5. State Violence and Health in Nigeria Soc. Science and Medicine, 1990-Vol 31, No 10



## SORUNLA İLGİLİ "BAZI" ÖNERİLER

Bu toprağın insanlarını uzun yıllardır derinden etkileyen Güneydoğu sorunu, bölgede hizmet vermeye çabalayan hekimler ve sağlık personelinde de derin izler bırakmaktadır. Bölgede son yıllarda giderek tırmanan gerilim ve şiddet ortamı, tüm ilişki ve koşulları olağan boyutlarının dışına taşımıştır. Bölgede yaşam, olağandışı bir boyuttadır. Sağlık hizmetleri de, sağlık da, sağlık çalışanları da, sağlık hizmetini almak durumunda olan toplum kesimleri bu olağandışılıktan nasiplerini almaktadırlar. Bölgedeki sağlık koşullarının ve sağlık hizmetlerinin, toplumsal yapıya paralel olarak, ülkenin diğer bölgelerine kıyasla daha olumsuz olduğu vurgusu yapılabilir. Bu belirleme doğru olmakla birlikte, son yıllarda yaşadıklarımız ve gözlediklerimiz, bölgede yaşananların var olan olumsuzluğu derinleştirdiğini göstermektedir.

Bugün toplumsal hizmetlerin yetersizliği, yaşam niteliğinin düşmesi biçiminde yaşanan olağandışılığın en önemli boyutu şiddetin egemenliğidir. Yaşam güvenliğini neredeyse ortadan kaldığı bölgede, şiddet toplumsal bir kanıksama, duyarlılık yitimine yol açması itibarıyla da önemli bir sorun kaynağıdır. Toplumsal ilişkilerin de olağandışılaştığı bir durumda, sorunların çözümünün herşeyden önce olağandışının olağana dönüşmesinde olduğunu düşünüyoruz. Bölgedeki insanların onurlu, insani, duyarlı değerlerine sahip çıkabilecekleri barışçı bir yaşama sahip çıkmaları, temel yaklaşım olmalıdır.

Bununla birlikte, bölgede olağandışılığın yarattığı sorunlar önemlidir. Hatta acildir. Sağlık personeli ve hekimler açısından, bu olağandışılık verdikleri hizmetin tüm boyutlarına yansımalarına karşın, olağan hizmet sunmaları beklenmektedir. Bölgedeki sağlık personeline, içinde buldukları bu koşullarda nasıl hizmet verebileceklerinin bilgisi ulaştırılmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün benzer koşullarda verilecek hizmetlerle ilgili yapmış olduğu eğitim kursları temel alınarak, bölgedeki hekimlere ve sağlık personeline yönelik kurslar verilmelidir. Türk Tabipleri Birliği, daha önce Diyarbakır ve İzmir'de örneklerini yaşama geçirdiği bu tür kursları geliştirerek sürdürmeyi düşünmektedir. Bu kurslarla birlikte bölgedeki duruma uygun olağanüstü bir sağlık örgütlenmesi kurulması hedeflenmelidir.

Bir diğer önemli sorun, bölgedeki sağlık personelinin güvenliğidir. Tıp bilgisini tüm koşullarda cinsiyet, ırk, ulus, din, politik düşünce ya da benzeri farklılıklara bakmaksızın, tüm insanların hizmetine sunmakla yükümlü olan sağlık personelinin güvenliği sağlanmalıdır. Mesleğini icra ettiği, tüm insanlara ayırım gözetmeksizin hizmet verdiği gerekçesi ile meslektaşlarımız mağdur edilmemelidir. Bu konuda Dünya Tabipler Birliği bildirgelerine uyulmalıdır (Ek: 2). Türk Tabipleri Birliği, bölgedeki hekimlerle ilgili oluşturacağı bir komisyon ile, söz konusu gelişmeleri izleyecek, gücü ölçüsünde müdahale etmeye çalışacaktır.

Bölgedeki olağandışılığın en önemli nedenlerinin başında, göç olgusu gelmektedir. Klasik kırdan kente göç olgusundan farklı olarak, yaşadığı topraklardan kaçarcasına yaşanan göç, bölgedeki kentlerde bir "demografik şişme"(\*) yaratmaktadır. Bir yoksullaşma biçiminde yaşanan bu nüfus büyümesi, zaten yetersiz olan kentsel altyapının eksikliğini artırdığı gibi, alt yapı olanaklarını kullanmadaki eşitsizliği derinleştirmektedir. Kentsel iç dinamikleri zayıflatan bu süreç, nüfusun kentleşmesi yerine, kentlerin köyleşmesi ile sonuçlanmaktadır.

Bu çerçevede, insanlık boyutu iyice azalan bir yaşam içinde bulunan bölgenin kente göçmek zorunda kalan ve onunla kent olanaklarını paylaşmak durumunda kalanların koşullarını acilen düzenlemek gerekmektedir. Bölge kentlerine göçen insanlara yeniden topraklarına dönebilecekleri koşullar sağlanana dek, destek olunmalıdır. Bu amaçla, kentlerin içinde/çevresinde göç yerleşim bölgeleri oluşturulabilir. Bölgedeki tüm sivil kuruluşların katkısı ile yapılabilecek bir çalışma içinde Türk Tabipleri Birliği de yer alabilir. Önlem alınmadığı takdirde bulaşıcı hastalıkların yaygınlaşması gibi sağlık sorunlarının yanı sıra, birçok toplumsal sıkıntıya yol açabilecek olan bu durum için, uluslararası destekli projeler hedeflenebilir.

Can güvenliğini ve yaşama hakkını hedef alan şiddet, sadece bölgede değil, tüm toplumumuzda bir tahribata yol açmıştır. İnsani değerlerin giderek yok edilmesi anlamına gelen şiddetin tırmandırılması, ancak bir ortak duygu ortamı yaratılarak giderilebilir. Şimdiden önemli bölümü tutuşmuş olan, bu topraktaki "yangın"ı söndürmek, yolaçtığı acıları dindirmek için, Türk Tabipleri Birliği olarak üzerimize düşeni yapmaya hazır olduğumuzu söylemek istiyor ve bu konuda duyarlılığı olan herkesle birlikte çaba harcayabileceğimizi belirtiyoruz.

\* Ahmet Özer, Yerel Yönetimler ve GAP Sempozyumu, GAP Belediyeler Birliği, 1993, Ankara.



Ek: 1

GÜNEYDOĞU VE DOĞU ANADOLU BÖLGESİNDEKİ  
SİLAHLI ÇATIŞMA ORTAMININ HEKİMLER VE DİĞER SAĞLIK  
PERSONELİNİN MESLEKİ UYGULAMALARI ÜZERİNE ETKİSİ

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ  
TUTUMU

KASIM 1993  
ANKARA

## MEVCUT DURUM

Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki silahlı çatışma ortamı diğer birçok konuda (Basının özgür faaliyeti, siyasi parti ve demokratik örgütlerin çalışmaları, başta yaşam hakkı olmak üzere insan hakları, v.s.) olduğu gibi, sağlık hizmetleri konusunda da ciddi olumsuzluklara yol açmaktadır. Bu olumsuzlukları üç ana başlık altında toplamak mümkündür.

1-Bölgedeki genel can güvenliği sorunu nedeniyle başta hekimler olmak üzere bölgedeki sağlık personeli ihtiyaç ölçüsünde bölgeye gitmemektedir. Son iki yılda 3 hekim ve 4 yardımcı sağlık personeli faili meçhul cinayetler sonucu hayatını kaybetmiştir. Bu olaylar, diğer kamu personeli gibi sağlık personelinin de bölgeye gitmemek için çeşitli yollara başvurması gibi doğal sonuçlara yol açmıştır. Bunun dışında, silahlı çatışmalarda birçok sağlık kuruluşunun harap olması ve gezici bir hizmet olan sağlık hizmeti ile ilgili yol güvenliğinin olmaması yeterli sağlık hizmeti verilmesini engellemektedir.

Türk Tabipleri Birliği konunun bu yönleri ile ilgili ayrıntılı bir rapor hazırlamak üzere Halk Sağlığı Uzmanlarının da dahil olduğu bir Komisyon oluşturmuştur. Bu komisyonun raporu yakın zamanda kamuoyuna açıklanacaktır.

2-Başta hekimler olmak üzere sağlık personeli ile ilgili başka bir sorun da, Diyarbakır, Cizre, Bingöl v.b. birçok ilde çok sayıda hekim ve sağlık personelinin "örgüt üyesine tıbbi yardımda bulunma" gerekçesi ile gözaltına alınması veya değişik baskılara maruz kalmasıdır. Bölgedeki hekimler her koşulda ihtiyacı olanlara sağlık hizmeti sunmayı öngütleyen mesleki prensipleri ile şiddet ortamının yarattığı iki taraflı baskıların arasında sıkışmaktadır.

3-Bölgedeki sağlık personeli ile ilgili diğer bir sorun, PKK'nın son günlerde sağlık ocaklarını hedef alacağını açıklamış olmasıdır(25.11.1993 tarihli Aydınlık Gazetesi:PKK'nın Kış Stratejisi başlıklı haber). Silahlı örgütün daha önceki uygulamaları dikkate alındığında bu açıklamanın, bölgedeki sağlık hizmetlerini çok ciddi ölçüde etkileyeceği muhakkaktır.

Bu konuyu hukuki ve tıbbi-etik açısından inceleyen ve T.T.B. Hukuk Bürosu Avukatlarından Ziyet Özçelik tarafından hazırlanan rapor ilişikte sunulmuştur.

### TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ(T.T.B.) TUTUMU

Yukarıdaki değerlendirmeler ışığında T.T.B. aşağıdaki hususları kamuoyuna ve ilgililere iletmeyi bir görev saymaktadır.

1-Hekimler tüm uluslararası ve ulusal düzenlemeler uyarınca ve hekimlik mesleğinin gereği olarak insan yaşamını korumakla ve insanlar açısından cinsiyet, ırk, ulus, din, politik düşünce ya da benzeri farklılıklara bakmaksızın tıp bilgisini insanların yararına sunmakla yükümlüdür.

2-Yukarıda tanımlanan yükümlülüğün yerine getirilebilmesi hekimlerin ve diğer sağlık personelinin bağımsız, baskı altında olmaksızın ve can güvenliği kaygısı taşımadan çalışabilmesine bağlıdır.

3-Bölgedeki sağlık hizmetlerinin aksatılmadan yürütülmesi ve yukarıda belirtilen ilkelere uyulması konusunda herkesin duyarlı ve sorumlu davranması gereklidir. Aksi durumda, bölge halkı ve herkes her koşulda kutsal sayılan sağlık hizmetinden yararlanamaz duruma düşebilecektir. Bu durumda en çok zararı başta çocuklar olmak üzere sağlık açısından riskli grupların göreceği muhakkaktır.

4-T.T.B., PKK'nın 25.11.1993 tarihli Gazetelerde yayınlanan ve sağlık ocaklarına saldıracağını açıklaması doğrultusundaki uygulamalara tüm gücüyle karşı çıkacağını vurgulamaktadır. Bunun yanında Güvenlik Güçlerinin hekimlerin mesleki bağımsızlıklarına dönük tutumlarının kaygı verici olduğunu ve bu şekildeki davranışların sağlık hizmetlerinin hedef haline gelmesine neden olacağını belirtmek istiyoruz.

5-T.T.B., bu düşüncelerini bölgede çalışan tüm hekimlere, Tabip Odalarına ve ilgili Devlet kurumlarına en kısa zamanda iletacaktır. Bunların yanında yukarıdaki hususlarla ilgili hekimlerin sorunlarını doğrudan T.T.B.'ne iletmeleri için T.T.B.Merkez Konseyi bünyesinde bir büro oluşturulmasına karar verilmiştir.

Kamuoyuna saygıyla duyurulur.



HEKİMİN SUÇLUYU VEYA ZANLIYI  
TEDAVİ ETMESİ NEDENİYLE HUKUKSAL  
SORUMLULUĞU

RAPOR

Hazırlayan:Av.Ziynet Özçelik  
İ.T.B. Hukuk Bürosu

KASIM 1993  
ANKARA

## HEKİMİN "SUÇLUYU" VEYA "ZANLIYI" TEDAVİ ETMESİ NEDENİYLE HUKUKİ SORUMLULUĞU

Öteden beri suçluları koruma ve suçlulara yardım fiilleri hukuk sistemimizde yasal düzenlemelerle yasaklanmış ve faillerin cezalandırılması yoluna gidilmiştir. Suçlulara ya da "zanlılara" yapılan her yardım suç olarak adlandırılmamış, belli davranışlar yasak kapsamına sokulmuştur. Ancak ülkemizde son yıllardaki toplumsal gelişmeler sonucunda bazı hekimler "zanlılara" tıbbi yardımda buldukları gerekçesiyle gözaltına alınmakta, tutuklanmakta ve hatta cezalandırılmaktadırlar. Bugüne kadar hekimler genellikle, tıbbi tedavi sırasında yanlış teşhis - tedavi ya da ihmal iddiaları nedeniyle cezai koğuştırmaya uğramaktadırlar. Bugün ise yanlış - eksik tıbbi tedavi ya da ihmal nedeniyle değil aksine kendilerine başvuran "zanlı" hastalara gerekli tıbbi tedavide buldukları için koğuştırmaya uğramaya başlamışlardır. Konunun güncelliği ve doğrudan hekimlerin görevleri ile ilgili olması nedeniyle sınırlı da olsa bu konudaki görüşlerin ve yasal mevzuatın değerlendirilmesi ve tartışılması zorunluluk haline gelmiştir.

Türk Ceza Kanunu'nda "suçluyu koruma" ve "suçluya yardım" fiilleri değişik biçimlerde ortaya çıkmakta ve değişik birçok suç oluşturmaktadır. Ancak bugün uygulamada, hekimler "zanlılara" tıbbi yardımda buldukları gerekçesi ile T.C.K. 169 ve Terörle Mücadele Kanunu'nun 7/2 maddesinden koğuştırmaya uğramaktadırlar. Bu nedenle öncelikle T.C.K. 169. ve T.M.K. 7/2 maddeleri kapsamına tıbbi yardımın girip girmediğini tartışmaya çalışacağız.

### I. HEKİMİN HASTAYA TIBBİ YARDIM FİİLİNİN

#### T.C.K. 169. MADDE AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu maddede öngörülen, "silahlı cemiyet veya çeteye yardım" fiilidir. Buna göre "64 ve 65. maddelerde beyan olunan hal haricinde her kim, böyle bir cemiyete veya çeteye hal ve sıfatlarını bilerek yer gösterir veya yardım eder yahut erzak veya esna ve cephane veya elbise tedarik eder veya her ne suretle olursa olsun hareketlerini teşkil ederse" cezalandırılır.

T.C.K. 169. maddede öngörülen yardım suçunun maddi unsuru silahlı çeteye barınacak yer göstermek veya bu konuda yardım etmek, erzak, silah, cephane veya elbise sağlamak veya çetenin amacına ulaşabilmesi için hareketlerini kolaylaştırmaktan ibarettir. Bu fiiller kanunda sınırlı olarak gösterilmiştir. Bu nedenle benzer olsalar bile başka fiillerin 169. maddedeki yardım suçunu oluşturması mümkün değildir. (MANZINI: Trattato di diritto penale italiano, Vol V, Torino 1926, s. 510 — ÖZEK: Siyasi İktidar Düzeni ve Fonksiyonları Aleyhine Cürümler, İstanbul 1967, s. 374 v.d.)

169. maddedeki suçun maddi unsurunun oluşabilmesi için yardımın doğrudan çeteye yapılması gerekir. Nitekim kaynak İtalyan Ceza Kanunu'nun komisyonda görüşülmesi sırasında yardımın tek tek kişilere değil, çete adı verilen kuruma yapılması gerektiği açıkça vurgulanmıştır. (MANZINI: age, Vol. IV s. 328, dipnot 1)

Çete bireylerden oluşan bir kurum olduğuna göre çeteye yapılan yardımlar, çeteyi oluşturan bireylerin tamamı veya bazıları tarafından alınabilir. Ancak bu yardımın doğrudan çetenin yararına alınmış olması gerekir. Eğer yapılan yardım diğerlerinden soyutlanmış sadece birey olarak dikkate alınan kişiye yapılmış ise çeteye yardım olarak adlandırılmaz. Örneğin yaralı bir kimseyi tedavi etmek durumunda 169. maddede öngörülen yardımdan söz edilemez. (MANZINI: age, Vol. IV, s. 328)

169. maddedeki suçun manevi unsuru ise kastın varlığıdır. Yani failin çeteye yardım etmek bilinci ve iradesine sahip olması gerekir. Fail özgür iradesi ile yardım fiilini kararlaştırmış olmalıdır. Dolayısıyla cebir altında yapılan yardım iradi bir yardım değildir ve 169. maddedeki suçu oluşturmaz. (MANZINI age, Vol. IV, s. 328)

169. maddede öngörülen suçun manevi unsuru açısından kısaca fail hem yardım ettiği çetenin 168. maddede öngörülen suçları işlemek amacıyla oluşturulmuş olduğunu bilecek, hem de 169. madde de öngörülen yardım fiillerini çetenin bu amacına yarayacağını bilerek iradi bir şekilde gerçekleştirecektir.



## II. TIBBİ YARDIM - TEDAVİ FİİLİNİN TERÖRLE MÜCADELE YASASININ 7. MADDESİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu maddenin 1. fıkrasında "3. ve 4. maddelerle Türk Ceza Kanunu'nun 168, 169, 171, 313, 314 ve 315 maddeleri hükümleri saklı kalmak kaydıyla bu kanunun 1. maddesinin kapsamına giren örgütleri her ne nam altında olursa olsun kurulanlar veya bunların faaliyetlerini düzenleyenler veya yönetenler" veya "bu örgütlere girenler" cezalandırılır denildikten sonra, 2. fıkrasında "Yukarıdaki fıkra uyarınca meydana getirilen örgüt mensuplarına yardım edenler" in cezalandırılacağı hükme bağlanmıştır.

2. fıkrada öngörülen yardım suçunun oluşabilmesi için "terör örgütü" suçuna iştirak iradesi olmaksızın sadece örgüt üyelerine yardım edilmesi gerekir. Yardım, örgüt üyelerinden birine veya birkaçına yapılabilir.

Kanun sadece yardımdan sözetmekte ancak yardımın türü hakkında açıklama veya sınırlama getirmemektedir. Ancak buradaki yardımı sınırsız anlamamak gerekir. Çünkü "zanlılara" yardımı cezalandıran T.C.K.'nin birçok maddesinde daima belli tür yardımlardan söz edilmektedir. Bu nedenle T.M.Y. 7/2 deki yardım suçundan, özellikle benzer suçlar olan T.C.K. 169. ve 314. maddelerde öngörülen yardım suçları olan "silah, cephane, barınacak yer, elbise, yiyecek sağlamak" şeklinde yardımlar anlaşılmalıdır. Dolayısıyla hekimin, kendisine tıbbi yardım için başvuran örgüt mensubuna tıbbi yardımda bulunması, gerekli tedaviyi yapması Terörle Mücadele Kanunu'nun 7. maddesinin 2. fıkrasında öngörülen yardım suçunu oluşturduğu kabul edilemez. Çünkü bu gibi hallerde hekim örgüt mensubuna yardım etmek amacı ile değil; sadece kendisine başvuran bir hastaya mesleğinin gerektirdiği tıbbi müdahalede bulunmak amacı ile hareket etmekte ve görevini yerine getirmektedir.

Ayrıca "suçluya" yardım fiillerini cezalandıran diğer hükümlerde de tıbbi yardım ve müdahaleden hiçbir şekilde söz edilmemiştir. (Ancak ve ancak hekimin, herhangi bir başvuru veya zorunluluk olmaksızın, tamamen kendi isteği ile bu kişilere

sağlık hizmeti vermesi halinde "terör örgütü mensuplarına" yardım suçunun varlığı belki ileri sürülebilir.)

Yine Tölerle Mücadele Kanunu'nun 7/2 maddesinde öngörülen "yardım suçunun" oluşabilmesi için, yardımın özgür irade ile isteyerek yapılmış olması gerekir. Maddi cebir altında veya ciddi bir tehdit altında yardımın yapılmış olması halinde, yardım suçunun oluşumundan söz edilemez. Yine bu suçta da kastın varlığı gerekir. Bu nedenle failin yardım ettiği kişinin "terör örgütü üyesi" olduğunu bilmesi ve yardım fiilini isteyerek gerçekleştirmesi gerekir.

### III. HER İKİ MADDE UYARINCA TIBBİ TEDAVİ "SUÇLUYA YARDIM" SAYILIR MI?

Hekimin kendisine başvuran "silahlı çete" veya "terör örgütü" mensubuna tıbbi yardım veya müdahalede bulunması, bu kişiyi muayene veya tedavi etmesi veya gerektiğinde cerrahi müdahalede bulunması T.C.K. 169. ve T.M.Y. 7/2 maddelerinde öngörülen "suçluya yardım" suçunu oluşturmaz. Başta da belirtildiği gibi T.C.K. 169. maddedeki suçun varlığı için sadece birey olarak dikkate alınan kişiye değil, bir bütün olarak dikkate alınan çeteye yapılması gerekir ve bu yardımlarında "silah, cephane, elbise sağlamak, barınacak yer göstermek" gibi tahdidî olarak sayılan şekillerde yapılması gerekir. T.M.Y.'nin 7/2 maddesindeki suçun oluşması için yardımların türü belirtilmemiş olmakla birlikte 169. madde ve öngörülen yardımların yapılmış olması gerektiğini kabul etmek gerekir. Bu nedenle yasada belirtilen kişilere yapılacak tıbbi yardımın suç kapsamında dünüşülmesi mümkün değildir. Aksi anlayış hem ceza hukukunun genel ilkelerine hem de hekimlik mesleğinin amacına aykırı düşer.

### IV. HEKİMİN İNSANLARA AYRIMSIZ TIBBİ YARDIMDA BULUNMASI GÖREV MİDİR?

Uluslararası ve ulusal bir kısım hukukî düzenlemeler hekime, kendisine başvuran hastaları gerekli tıbbi yardımda bulunmayı bir görev olarak vermiştir.

Örneğin Dünya Hekimler Birliği Cenevre, Tokyo ve Lizbon



bildirgelerinde hekimlerin, tıbbi insanlığın hizmetine uygulaması kişiler arasında herhangi bir ayırım yapmadan beden ve ruh sağlığını korumak ve iyileştirmekle görevli olduğu vurgulanmıştır.

Dünya Hekimler Birliği Hekimlik Ahlakı Uluslararası Yasası'nda, hekimlerin insan yaşamını koruma ve hastalarına karşı kendi biliminin bütün olanaklarını sunmakla yükümlü olduğu belirtilmiştir. Yine Birleşmiş Milletler Tıbbi Etik İlkeleri'nde "... Yararlanan kişi kim olursa olsun tıp ahlakı ile bağdaşan tıp hizmetlerini yerine getirmekten ötürü bir kimsenin hiçbir koşulda cezalandırmayacağı, ancak aynı zamanda sağlık personelinin, özellikle hekimlerin sorumlu oldukları tıp ahlakına aykırılığın sorumluluk doğurduğu" vurgulanmıştır.

İç hukukumuzda ise örneğin Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 2. maddesinde hekimin temel görevinin insan sağlığına ve hayatına gerekli özen ve saygıyı göstermek olduğu ve hastanın durumu ne olursa olsun muayene ve tedavi konusunda azami dikkat ve özeni göstermekle yükümlü olduğu 3/1 maddesinde hekimin görevi ne olursa olsun gerekli bakımın sağlanmadığı acil vakalarda ilk yardımda bulunacağı; 14. maddesinde hastaların durumunun gerektirdiği sihi özeni göstereceği; 18. maddesinde acil yardım ve insani vazifenin ifası hallerinde hataya bakmayı reddedemeyeceği hükme bağlanmıştır.

T.C.Kanunu'nun 476/2 maddesi de herkes ve bu arada hekimler yönünden de yaralıya veya sair tehlikede bulunan kimselere mümkün olan yardımı yapma yükümlülüğü getirmekte ve bu yükümlülüğü yerine getirmeyenleri cezalandırmaktadır.

Son olarak Türk Ceza Kanunu'nun 530. maddesi de hekimlerin kendilerine başvuran hastalarda, şahıslar aleyhinde işlenmiş bir cürmün eserlerinin varlığı halinde de önce, başvuran kişinin "suçlu" ya da "zanlı" olup olmadığına bakmadan gereken tedaviyi yapmalarını emretmektedir.

Görüldüğü üzere hukuk sistemi tıbbi yardımda bulunmayı hekimler için bir görev olarak kabul etmiştir. Bir kısım davranışların yapılmasını bir görev olarak belirleyen hukuk



sisteminin bu davranışları aynı zamanda suç sayıp cezalandırılması düşünülemez.

#### V. BÜTÜN İNSANLARIN SAĞLIK YARDIMI ALMA HAKKI VAR MIDIR?

Ulusal ve uluslararası bir kısım düzenlemeler hastalara gerekli tıbbi yardımda bulunmayı hekimlere bir görev olarak yüklerken; kişilerin de sağlık ve yaşama hakkını güvence altına almaktadır. Örneğin İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde, herkesin tıbbi bakım hakkına sahip bulunduğu; 1966 tarihli Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nin 12. maddesinde, herkesin en yüksek bedensel ve ruhsal sağlık standartlarından yararlanmak için devletlerin hastalık halinde herkese tıbbi hizmet ve bakım sağlayacak koşulları yaratacağını; 1961 tarihli Avrupa Toplumsal Anlaşması 13. maddesinde, tıbbi yardım hakkının etkin biçimde kullanılmasının sağlanmasını; Dünya Tabipler Birliği bildirgelerinde koşullar ne olursa olsun asker ya da sivil her kişi cinsiyet, ırk, ulus, din, politik bağlamda ya da benzeri başka ölçütlere bakılmaksızın sağlık hizmetini alması gerektiği; 1982 tarihli Sağlık Personelinin Rolüne İlişkin Tıp Ahlakı İlkelerinde ise "yararlanan kişi kim olursa olsun tıp ahlakı ile bağdaşan tıp hizmetlerini yerine getirmekten ötürü bir kimsenin hiçbir koşulda cezalandırılmayacağı" açıkça deklare edilmiştir.

Bütün bu ulusal ve uluslararası düzenlemeler ışığında hekimin kim olursa olsun kendisine başvuran bir kişiyi tedavi etmesi ve ona tıbbi yardımda bulunması hukukâ aykırı fiil olarak sayılmak mümkün değildir. Aksi düşünce sağlık ve yaşam hakkının bütün insanlar açısından yok sayılması anlamını taşır.

#### VI. HEKİMLERİN T.C.K. 530. MADDE UYARINCA İHBAR YÜKÜMLÜLÜKLERİNİN KAPSAMI ve SIR SAKLAMA YÜKÜMLÜLÜKLERİ İLE İLİŞKİSİ

Hekimlerin T.C.K. 530. madde uyarınca ihbar yükümlülüklerinin kapsamı ve sır saklama yükümlülükleri ile ilişkisi T.C.K. 530. maddesi ile özel bir düzenleme yapılarak "sağlık

hizmeti yapanlara" suçları bildirme yükümlülüğü getirilmiştir. Bu maddeye göre "Hekim, cerrah, ebe yahut sair sıhhiye memurları, kişi aleyhine işlenmiş bir cürüm eserini gösteren hallerde sanatlarının gerektirdiği yardımı ifa ettikten sonra durumu adliyeye veya zabıtaya bildirmezler yahut ihbar hususunda gecikme gösterirlerse bu ihbar kendilerine yardım ettikleri kimseyi takibata maruz kalacak ahval müstesna olmak üzere hafif para cezasına mahkûm olurlar."

Bu maddeye göre suçları bildirme zorunluluğunun iki sınırı bulunmaktadır:

Birincisi, hekimlerin bildirme yükümlülüğü sadece şahıs aleyhine işlenmiş bir suça tesadüf etmeleri halinde sözkonusudur. Bu nedenle hekim, şahıs aleyhine işlenmiş bir suçun dışında, bir cürümün izlerine tanık olursa bildirme yükümlülüğünde değildir. (Çetin Aşçıoğlu Doktorların Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumlulukları, Ankara 1993, s. 163)

İkincisi ise ihbar edilen kişinin bir suçun faili olmaması gerekir. Hasta, bir suçun faili ve hakkında koğuşturma yapılabilecek kişi ise, hekimin bu gibi durumlarda bildirme zorunluluğu yoktur. (Çetin Aşçıoğlu a.g.e, s. 163)

Maddeye bu hüküm konularak hem hekimin asıl görevi olan kişileri tedavi etmelerini ve sır saklamayı sağlamak amaçlanmış, hem de kişilerin ihbar edileceklerini düşünerek hekime başvurmaktan çekinmelerini engellemek amaçlanmış ve böylece sağlık ve yaşam hakkının bir kez daha herşeyin üstünde olduğu vurgulanmıştır.

Hekim tedavi sırasında öğrendiği hastaya ait sırları gizli tutup 3. kişilere açıklamamakla yükümlüdür.

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 4. maddesi 1. fıkrasına göre "Tabip ve dış hekimleri, meslek ve sanatının icrası vesilesi ile müttali olduğu sırları kanuni mecburiyet olmadıkça ifşa edemez".

Ayrıca T.C.K. 198. maddesinin 1. fıkrasına göre "bir kimse resmi mevki veya sıfatı veya meslek ve sanatı icabı olarak ifşasında



zarar melhuz olan bür surra vakıf olup da meşru bür sebebe müstenit olmaksızın o surrı ifşa ederse ... mahkum olur". Hekimler de 198. maddeye göre "meslek ve sanatlarının gereği olarak açıklanmasından zarar doğabilecek surra vakıf" kişilerdir. Bu hükümler karşısında hekim hastaya ait sırları gizli tutup açıklamamakla yükümlüdür. Hekim ile hasta arasındaki ilişki güven unsurunun zorunlu varlığını gerektirir. Aksi halde hastanın sadece bu güvensizlik yüzünden hekime hiç başvurmaması sağlıklı yaşam ve tedavi görmek hakkından yararlanamamasını gündeme getirecektir. Bu durumu gözönüne alan yasa koyucu hekimin sır saklama yükümlülüğünü kamu düzenini yakından ilgilendiren bir husus kabul ederek cezai yaptırımla da güvence altına almıştır. (Y. Doç. Dr. Mehmet Ayan, Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Ankara 1991, s. 98)

Ayrıca gerek ceza davalarında (CMUK M. 48) gerekse hukuk davalarında (HUMK M. 245) hekimlere tanıklıktan kaçınabilme yetkisi tanınmış ve salt tanıklık yapmak düşüncesi ile de hekimin hastaya ait sırları açıklaması önlenmek istenmiştir.

Hekimin sır saklama borcu kural olarak bütün üçüncü şahıslara karşı geçerlidir. Örneğin diğer hekimlere, hastanın yakınlarına ve polis makamlarına karşı da hekim sırları saklamakla yükümlüdür. (Y. Doç. Dr. Mehmet Ayan, age., s. 99)

Hekimin, kendisine başvuran hastanın tedavi esnasında "suçlu" ya da "zanlı" olduğunu öğrenmiş olsa bile T.C.K.'nin 530. maddesi uyarınca ihbar etme yükümlülüğü bulunmamaktadır. Ayrıca hastasının aleyhine zarar doğurabilecek sırları ifşa etmeyi Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 4. maddesi ve T.C.K. 198. maddesi uyarınca yasaklanmıştır.

## SONUÇ

1- Hekimler tüm uluslararası ve ulusal düzenlemeler uyarınca ve hekimlik mesleğinin gereği olarak insan yaşamını korumakla ve insanlar arasında cinsiyet, ırk, ulus, din, politik düşünce ya da benzeri ölçütlere bakmaksızın, tıbbi insanlığın hizmetine sunmakla yükümlüdürler.



2- Hekimler kendilerine tıbbi müdahale için başvuran bireylere yaptıkları tıbbi yardım (muayene, tedavi gerektiğinde cerrahi müdahale de dahil olmak üzere) fiili "çete"ye, "terör örgütüne" ya da "suçlu"ya yardım olarak değerlendirilemez.

3- Hekimler kendilerine başvuran hastaların tedavisi sırasında öğrendikleri ve açıklaması halinde hasta açısından zarar doğurabilecek sırları saklamakla yükümlüdürler.

4- Hekimler tedavi sırasında tıbbi yardımda buldukları kişinin "suçlu" ya da "zanlı" olduğunu öğrenseler bile eğer bu durumu resmi makamlara ihbar etmeleri halinde o kişi koğuşurmaya uğrayabileceksé ihbar yükümlülükleri bulunmamaktadır.

5- Yüzyıllardan bu yana hekimlerin temel amacı hastalarının sağığı olagelmış, kişisel, toplumsal ya da politik hiçbir güdü bu yüce amaçtan daha üstün sayılmamıştır. Bu nedenle insan sağığı dışında başka nedenlerden kaynaklanan amaçların hekimlerin asli görevlerinin üstünde yer alması düşünülemez.

EK:2-Dünya Tabipler Birliği 10., 11. ve 35. Kurultay'larında benimsenmiş, kabul edilmiş yönerge(Ekim 1956, Havana, Ekim 1957, İstanbul; Ekim 1983, Venedik)

## SİLAHLI ÇATIŞMA DÖNEMLERİNE İLİŞKİN KURALLAR

### Silahlı Çatışma Dönemlerine İlişkin Yönerge:

1-Silahlı çatışma dönemlerinde tıp ahlakı, Dünya Hekimler Birliğinin Uluslararası Tıp Ahlakı Yasasında da saptandığı gibi, barış dönemlerinden farklı değildir. Hekimin birincil yükümlülüğü mesleki görevidir. Mesleki görevini yürütürken hekimin en başta gelen yol göstericisi vicdanıdır.

2-Tıp mesleğinde birinci görev sağlığı korumak ve yaşamı sürdürmektir. Bu nedenle hekimlerin şunları yapmaları olanak dışı sayılır:

A.Hastanın yarana olmayan koruyucu, tanı koyucu ya da iyileştirici işlemleri uygulamak ya da önermek,

B.Iyileştirici bir etki sağlamadan kişinin fiziksel ya da zihinsel gücünü zayıflatmak,

3-Silahlı çatışma dönemlerinde de, insanlar üzerinde deney yapmakla ilgili olarak, barış dönemlerindeki yasa aynen yürürlüktedir; özellikle sivil ya da asker tutsaklar ile ele geçirilmiş ülkelerin halkı gibi özgürlüklerinden yoksun kişiler üzerinde deney yapmak bütünüyle yasaktır.

4-Acil durumlarda hekim, her zaman yansız olarak ve cinsiyet, ırk, ulus, din, politik bağlanma ya da benzeri başka ölçütlere bakmaksızın gereksinimi olanlara sağlık bakımı vermelidir. Bu sağlık bakımı, gerekli ve uygulanabilir olduğu sürece sürdürülmelidir.

5-Mesleki uygulama sırasında tıbbi gizlilik, hekim tarafından korunmalıdır.

6-Hekime sağlanan ayrıcalıklar ve kolaylıklar, mesleki amaçlar dışında kullanılmamalıdır.

### Hasta ve Yaralıların Özellikle Çatışma Sırasındaki Bakımlarını Düzenleyen Kurallar:

A.1-Koşullar ne olursa olsun, asker ya da sivil her kişi, cinsiyet, ırk, ulus, din, politik bağlanma ya da benzeri başka ölçütlere bakılmaksızın, gereksinimi olan sağlık hizmetini almalıdır.

2-Iyileştirici olmadığı sürece, kişinin sağlığına, fiziksel ya da zihinsel bütünlüğüne zarar veren bütün işlemlerin uygulanması yasaktır.

B.1-Acil durumlar için hekimlerden ve yardımcı sağlık çalışanlarından yapabilecekleri en iyi acil hizmeti sunmaları istenir. Tıbbi yönden, acil olanlar dışında, hastalar arasında herhangi bir ayırım yapılmayacaktır.

2-Tıp mesleğinin ve yardımcı mesleklerin üyelerine, kendi mesleki etkinliklerini özgürce yürütebilmeleri için gereken güvence sağlanmalıdır. Sorumluluklarını yerine getirmeleri için zorunlu olan yardım verilmelidir. Yardımlaşmaları gerektiğinde özgür dolaşma hakkı tanınmalıdır. Mesleki yönden tam bağımsız bir ortamda bulunmaları sağlanmalıdır.

3-Tıbbi görev ve sorumlulukların yerine getirilmesi hiçbir koşulda suç sayılmayacaktır. Hekim, hiçbir zaman mesleki gizliliği gözetmesi nedeniyle kovuşturulmayacaktır.

4-Mesleki görevlerini sürdürdükleri sürece, tıp ve yardımcı meslekçiler, beyaz zemin üzerine kırmızı yılan ve asa amblemiyle ayırdedilirler. Bu amblemin kullanılışı özel bir yönergeyle düzenlenmiştir.