



**T.C. BAŞBAKANLIK
GÜNEYDOĞU ANADOLU PROJESİ
BÖLGE KALKINMA İDARESİ BAŞKANLIĞI**

GAP BÖLGESİ HALK SAĞLIĞI PROJESİ RAPORU

YÖNETİCİLER İÇİN ÖZET

Türkiye Parazitoloji Derneği, İzmir

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Gaziantep

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Diyarbakır

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı. Şanlıurfa

**SORUMLU
KURULUŞ
TÜRKİYE
PARAZİTOLOJİ
DERNEĞİ
2003**



T.C.
BAŞBAKANLIK
GAP BÖLGE KALKINMA İDARESİ BAŞKANLIĞI

GAP BÖLGESİ HALK SAĞLIĞI PROJESİ
RAPORU

YÖNETİCİLER İÇİN ÖZET

Türkiye Parazitoloji Derneği, İzmir

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Gaziantep

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Diyarbakır

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı. Şanlıurfa

T.C. BAŞBAKANLIK GAP BÖLGE KALKINMA İDARESİ BAŞKANLIĞI DOKÜMANTASYON MERKEZİ	
YER NO	16-B
DEMİRBAŞ NO	4920

Ocak 2003
Ankara

GAP BÖLGESİ HALK SAĞLIĞI PROJESİ KONSORSİYUM ÜYELERİ

- Prof.Dr.M.Ali ÖZCEL Konsorsiyum Başkanı, Proje Yöneticisi
Türkiye Parazitoloji Derneği Başkanı
- Doç.Dr.Utku ÜNSAL Konsorsiyum Başkan Yardımcısı,
Türkiye Parazitoloji Derneği Üyesi
- Prof.Dr. Servet ÖZGÜR Konsorsiyum Üyesi,
Gaziantep Üniv. Tıp Fak.Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı
- Doç.Dr.Ali İhsan Baykurt Konsorsiyum Üye Yardımcısı
Gaziantep Üniv. Tıp Fak.Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- Prof.Dr.Ersen İlçin Konsorsiyum Üyesi,
Dicle Üniv.Tıp Fak.Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı
- Prof.Dr.Kadri Gül Konsorsiyum Üye Yardımcısı,
Dicle Üniv.Tıp Fak.Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- Prof.Dr.Selçuk Yücesan Konsorsiyum Üyesi,
Harran Üniv.Tıp Fak.Dekanı
- Öğ.Gör.Feridun Akkafa Konsorsiyum Üye Yardımcısı,
Harran Üniv.Tıp Fak.Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi

RAPORU YAZANLAR

Prof.Dr.M.Ali ÖZCEL,Doç.Dr.Utku ÜNSAL

Prof.Dr.Servet ÖZGÜR
Doç.Dr.Ali İhsan BOZKURT
Yrd.Doç.Dr.Saime ŞAHİNÖZ
Uzm.Dr.Birgül ÖZÇIRPICI
Uzm.Dr.Turgut ŞAHİNÖZ

Prof.Dr.Ersen İLÇİN
Yrd.Doç.Dr.Günay SAKA
Yrd.Doç.Dr.Ali CEYLAN
Araş.Gör.Yılmaz PALANCI
Araş.Gör.Hamit ACEMOĞLU

ÖNSÖZ

Güneydoğu Anadolu Projesi (GAP) ülkenin güneydoğusundaki 9 ilde uygulanmakta olan çok sektörlü entegre bir bölgesel kalkınma projesidir. Proje toprak ve su kaynaklarını geliştirme programı kapsamında 22 baraj ve 19 hidroelektrik santrali ile 1.7 milyon hektarlık bir tarım arazisinin sulanmasına yönelik sulama altyapılarının inşasını içermektedir. Bunun yanında tarımsal ve endüstriyel gelişme, kırsal ve kentsel altyapı, eğitim, sağlık, haberleşme, turizm vb. sektörlerle yapılacak gelişme yatırımları da projenin kapsamında yer almaktadır.

Proje alanı, 74.000 km²'lik yüzölçümü ile ülke yüzölçümünün ve 6.7 milyon nüfusu ile ülke toplam nüfusunun yaklaşık % 10'unu oluşturmaktadır. Ancak sosyo-ekonomik gelişme göstergeleri açısından ülke ortalamalarının gerisinde kalmıştır. Aynı durum, yaşam kalitesinin temel göstergelerinden olan temel yaşamsal göstergeler ve sağlık göstergeleri için de geçerlidir. Sağlık göstergelerinin ve sağlık standartlarının geriliği Bölgenin önde gelen sorunlarından birini oluşturmaktadır.

Diğer yandan başta geniş tarım alanlarının sulamaya açılması olmak üzere GAP yatırımlarının etkisiyle bölgede önemli çevresel ve ekolojik değişmeler meydana gelmesi beklenmektedir. Sulamaların yaygınlaşması, endüstriyel gelişme, kentleşme, tarımsal pratiklerin değişmesi halk sağlığı açısından önemli etkiler yaratacak çevresel değişimleri beraberinde getirecektir. Bu değişmelerin yaratacağı halk sağlığı risklerinin önceden belirlenerek gerekli tedbirlerin alınması, bölgede ekonomik gelişme ile birlikte insanın yaşam kalitesinin artırılması açısından büyük öneme sahiptir. Mevcut ve olası halk sağlığı sorunlarının belirlenerek gerekli tedbirlerin tanımlanmasını amaçlayan GAP Bölgesi Halk Sağlığı Projesi böyle bir yaklaşım ve gerekçeyle ele alınmıştır.

Çağdaş halk sağlığı yaklaşımında esas olan, birey hastalandıktan sonra tedavi etmek yerine hastalık ortaya çıkmadan gerekli tedbirlerin alınarak hastalığın ortaya çıkmasının önlenmesidir. Bu yöntem hem daha ekonomik hem de daha insandır. Ekonomikliği sadece önceden önlem geliştirmenin tedavi hizmetlerine göre daha ucuz olmasından değil, aynı zamanda sağlık sorunları nedeniyle işgücü kayıplarının önlenmesinden de kaynaklanmaktadır. Bu yaklaşım sürdürülebilir bir insani kalkınma projesi olan GAP'ta önemsedığımız bir yaklaşımdır.

Türkiye Parazitoloji Derneği liderliğinde bölgedeki üç üniversitemiz (Harran, Gaziantep ve Dicle Üniversiteleri) tarafından yürütülen çalışma, kapsamlı bir yaklaşımla halk sağlığı sorunlarını belirlemiş ve bunları önleme araçlarını tanımlamıştır. Ayrıca bu çalışma sürecinde Sağlık Bakanlığı da önemli destek vermiş ve örnek bir işbirliği sergilemiştir.

Yaptıkları bu güzel çalışma ve katkıları dolayısıyla, Üniversitelerimize, Sağlık Bakanlığı'na ve tüm ilgili kuruluşlara teşekkürlerimi sunmak istiyorum. Bu çalışma sürecinde ilgili kuruluşlar arasında ortaya çıkan örnek koordinasyon ve işbirliğinin, önlemlerin hayata geçirilmesi sürecinde de gerçekleşeceğini ümit ediyorum, kalkınma sürecimize olumlu katkılar getirmesini diliyorum.

Muammer Yaşar ÖZGÜL
GAP Bölge Kalkınma İdaresi
Başkanı

ÖNSÖZ II

T.C. Başbakanlık GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı tarafından GAP illerinin halk sağlığı konusundaki tüm verileri toplayarak çözüm önerilerini saptamak ve GAP'ın halk sağlığı haritasını çıkarmak üzere planlanan ve finanse edilen "GAP Bölgesi Halk Sağlığı Projesi"nin uygulanması sorumluluğu, Türkiye Parazitoloji Derneğinin GAP Bölgesi'nde daha önce sıtma veya şark çıbanı konularında yapmış olduğu konular ve kazandığı deneyimler nedeniyle, Türkiye Parazitoloji Derneği'ne verilmiştir.

GAP İdaresi'nin önerileri doğrultusunda Dernek Başkanı Prof. Dr. M. Ali ÖZCEL bu projeyi uygulamak üzere GAP Bölgesi'nde bulunan Dicle Üniversitesi, Gaziantep Üniversitesi ve Harran Üniversitesi öğretim üyelerini içine alan bir konsorsiyum oluşturmuştur. 20 Mart 2001 tarihinde projenin açılış toplantısında, proje tanıtılmış ve hemen konsorsiyum toplantısı ile çalışmalara başlanmıştır. Anket formları hazırlanmış, uygulamalar için saha ve laboratuvar ekiplerinin kurulması, ekiplere katılanların eğitiminin yapılması ve çalışma takviminin belirlenmesinden sonra 14 Mayıs 2001 tarihinde Gaziantep ve Diyarbakır illerinde eşzamanlı olarak saha ve laboratuvar çalışmaları başlatılmıştır.

GAP Bölgesi illeri Doğu ve Batı olarak iki gruba ayrılmış, doğuda Diyarbakır, Mardin, Batman, Siirt ve Şırnak illeri ile batıda Gaziantep, Kilis, Şanlıurfa ve Adıyaman illerinde saha ve laboratuvar çalışmaları eş zamanlı olmak üzere Türkiye Parazitoloji Derneği koordinatörlüğünde oluşturulan ekipler tarafından yürütülmüştür. GAP Bölgesi doğu illerinde Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ve Mikrobiyoloji anabilim dalları öğretim üyeleri, batı illerinde Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı anabilim dalı ve Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı öğretim üyeleri görev almışlardır. Türkiye Parazitoloji Derneği de koordinatör olarak her iki bölgede görev yaparken özellikle laboratuvar çalışmaları için dernek üyesi olan ve aynı zamanda Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji Anabilim Dalı öğretim üyelerine görev vermiştir.

Projede yöntem ve örnek seçimi Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından bildirilmiştir. Tabakalı aşamalı örneklem yöntemi ile 9 ilin toplam nüfusu 6.128.973 olarak bilindiğinden kırsal ve kentsel ayrımlı 230 küme ve 1150 konut seçilerek 6900 kişiye ulaşılması hedeflenmişken hanelerde yaşayan nüfus yoğunluğu nedeniyle 7200 kişiye ulaşılmıştır. Her bir hane ve kişiye 250 den fazla soru içeren anket formları uygulanmış ve bireylerden alınan kan, idrar ve dışkı örnekleri laboratuvarlarda incelenmiştir.

Çalışmalarımız süresince konsorsiyum başkan ve üyeleri illerde yapılan çalışmalar sonrasında 7 kez toplanarak çalışmaların izlenmesi ve değerlendirmesini yapmışlardır. Her toplantıdan sonra hazırlanan proje gelişme raporları GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı'na gönderilerek GAP İdaresi'nin görüş ve önerileri doğrultusunda çalışmalarımıza yön verilmiştir. Ayrıca GAP İdaresi'nin ilgili Bakanlık temsilcilerinden oluşan Yönlendirme Kurulu toplantılarında da projenin uygulanması hakkında gerekli bilgiler verilmiş ve öneriler alınmıştır.

Sonuç olarak GAP Bölgesi illerinin mevcut ve ileride oluşabilecek sağlık ve sağlık ile ilgili sorunları saptanmış ve bu sorunların çözümlerine ait eylem planı hazırlanmıştır. Bu

eylem planının uygulanabilmesi, izlenebilmesi ve değerlendirme yapılabilmesi için de izleme ve değerlendirme komisyonlarının oluşturulması konusunda öneriler getirilmiştir.

GAP Bölgesi'nde yapılan bu çok kapsamlı büyük projenin tamamlanabilmesi ile elde edilen bilgiler 225 tablo ve 17 şekil ile verilmiş olup, tartışma bölümünde bu verilerin değerlendirilmesi yapılmıştır. Böyle geniş kapsamlı projenin yapılmasını planlayan gerekçe, hedef ve çıktılarını saptayarak gerekli finansmanı sağlayan Başbakanlık GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı'na teşekkür ediyorum. Çalışmalarımızda özveri ile görev yapan, tüm zorluklara, olumsuzluklara rağmen saha ve laboratuvar çalışmalarını başarı ile yürüten ve projenin yazılmasında da büyük emekler sarf eden Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Başkanı ile öğretim üyelerine, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı ve öğretim üyelerine ve Mikrobiyoloji Anabilim Dalı öğretim üyelerine, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığına ve Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı öğretim üyesine, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve uzmanlarına, GAP illeri valilerine, İl Sağlık Müdürleri ile İl Tarım ve İl Çevre Müdürlerine, projemizde görev alan tüm sağlık personeline, ziraat mühendisi, veteriner hekim, biyolog ve teknisyenlere de teşekkürlerimizi sunuyorum.

Projemiz ile elde edilen bilgilerin GAP yöremizde araştırma yapmak isteyenler için çok ayrıntılı veri kaynağı oluşturacağına eminim. En önemlisi bu proje sonuçlarına göre GAP Bölgemizde halk sağlığı ile ilgili tüm konularda gelişmelerin olması, GAP'ın daha sağlıklı ve verimli çalışması bizler için en büyük onur kaynağı olacaktır.

Saygılarımla.

Prof.Dr.M.Ali ÖZCEL

Konsorsiyum Başkanı

Türkiye Parazitoloji Derneği Başkanı

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Gerekçe	1
Amaç ve Hedefler	1
Projenin Yürütülmesi	2
Yöntem	2
Örnek Seçimi	2
Saha ve Laboratuvar Ekipleri	4
Anket Formları	4
BULGULARIN ÖZETİ	5
Demografik Veriler	5
Hane Halkı Büyüklüğü	5
Yaşa ve Cinsiyete Göre Nüfus	6
Doğurganlık Ölümlülük ve Nüfus Artışı	7
Aile Yapısı	8
Eğitim Durumu	8
Medeni Durum	8
Akraba Evliliği Durumu	8
Meslek Durumu	9
Türkçe Bilme ve Kullanma Durumu	9
Göç Durumu	10
KONUT KOŞULLARI	10
İçime ve Kullanma Suları	10
Mutfak Banyo ve Tuvalet Durumu	11
Evde Hayvan Besleme Durumu	11
Vektör Durumu	11
Yemek Saklama Durumu	12
Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma	12-14
Üreme Sağlığı	14-16
Çocuk Sağlığı	17-18
Kronik Hastalıklar	18
Bulaşıcı Hastalıklar	19
Su ve Besinlerle Bulaşan Bakteriyel ve Paraziter Hastalıklar	19-20
İçme ve Kullanma Suları	20
Hava Toprak Kirliliği	21
Atıklar	22
Tarım ve Hayvancılık	23
Eylem Planı (18 Sorun)	24-36

GEREKÇE

GAP çerçevesinde yapılacak yatırımların bölgeye önemli bir ekonomik büyüme ve sosyal gelişme getireceği bilinmektedir. Ancak bununla birlikte; baraj göllerinin oluşması, sulama alanlarının genişlemesi, ürün deseninin ve tarım pratiklerinin değişmesi, sanayileşme ve kentleşmenin ekolojik sistem ve çevre üzerinde de etkide bulunması beklenmektedir. Bu etkileşimin sonucu olarak ekolojik sistem ve çevre koşullarının önemli değişmelere uğraması kaçınılmazdır.

Ekolojik sistem ve çevre koşullarında meydana gelecek değişmelerin halk sağlığı üzerinde de yansımaları beklenmektedir. Gerekli önlemler alınmadığı takdirde bölge mevcut sağlık sorunlarının yanı sıra bugüne kadar tanımadığı hastalıklar ve sağlık sorunları ile yüz yüze kalabilecektir. Bu türden sorunlar, büyük ölçekli kalkınma projelerinin getirdiği kalkınmanın maliyeti olarak değerlendirilebilir. Entegre bir bölgesel kalkınma projesi olan GAP, insanı ve sürdürülebilir insani kalkınmayı odak olarak almakta olup, bu tür olumsuzlukların önlenmesine yönelik projelerin geliştirilip uygulanmasını da içermektedir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin gereği olarak, sağlık sorunlarının daha ortaya çıkmadan önlenmesi, tedavi hizmetlerine göre çok daha ucuz ve önemlisi daha insandır. Benimsenmesi gereken yöntem, meydana gelecek ekolojik, çevresel, sosyal ve ekonomik değişmelerin değerlendirilerek bunlara dayalı olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının önceden belirlenmesidir. Mevcut durumu dikkate alarak, beklenen sağlık sorunlarının önlenmesine yönelik entegre politika, strateji ve uygulama yöntem ve araçlarının geliştirilmesidir. Bu proje GAP Bölgesi'nde ortaya çıkan böyle bir ihtiyacı karşılamak üzere uygulamaya konulacaktır.

AMAÇ ve HEDEFLER

Projenin amacı;

- GAP Bölgesi'nde var olan veya barajlar, sulama altyapıları, tarımda sulamanın yaygınlaşması, ürün deseninin ve tarımsal pratiklerin değişmesi, sanayileşme ve kentleşme sonucunda oluşacak ekolojik ve çevresel değişmelere bağlı olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını, özellikle su ile gelen hastalıkları ve nedenlerini belirlemek,
- Ortaya çıkabilecek sağlık sorunları ve bunların önlenmesine yönelik politika, strateji ve uygulama yöntem ve araçlarını geliştirmek, ve
- Bu alanda bir izleme ve değerlendirme sistemi kurmaktır.

Hedefler

- GAP illerinde mevcut sağlık sorunlarını ve nedenlerini belirlemek,
- Halk sağlığı açısından ekolojik ve çevresel değişmeleri değerlendirmek ve bunların olası olumsuz etkilerini ve paylarını belirlemek,
- Halk sağlığını tehdit eden mevcut sağlık risklerini değerlendirmek,
- Halk sağlığını tehdit edebilecek olası sağlık riskleri ve alanlarını belirlemek,
- Olası sağlık risklerinin önlenmesine yönelik politikalar ve stratejiler geliştirmek,
- Var olan ve olası sorunları ile mücadeleye yönelik altyapısal, kurumsal ve medikal önlemleri belirlemek,
- Entegre bir uygulama için koordinasyon ve işbirliği modellerini geliştirmek,
- Zamanında müdahaleyi mümkün kılacak bir izleme-değerlendirme sistemi kurmaktır.

PROJENİN YÜRÜTÜLMESİ

Proje GAP kapsamındaki 9 ilde (Adıyaman, Batman, Diyarbakır, Gaziantep, Kilis, Mardin, Siirt, Şanlıurfa ve Şırnak) GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı'nın Projeyi yürütmekle görevlendirdiği Türkiye Parazitoloji Derneği (TPD) sorumluluğunda, Dicle, Harran ve Gaziantep Üniversitelerinden katılan üyelerden oluşan bir konsorsiyum tarafından yürütülmüştür (Ek 3). Projenin uygulama planının yapılması, çalışma organizasyonunun kurulması, çalışma takvimine göre yürütülmesi ve denetlenmesi konsorsiyum tarafından yapılmıştır.

GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı Proje Koordinatörleri, Türkiye Parazitoloji Derneği, Gaziantep, Dicle ve Harran Üniversitelerinden Konsorsiyum Üyeleri birlikte çalışmışlardır. GAP İdaresi'nin oluşturduğu Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, Çevre Bakanlığı temsilcilerinden oluşan Yönlendirme Kurulu Toplantılarında Konsorsiyum Üyeleri ve Proje Koordinatörleri yapılan çalışmaları değerlendirmiş olup, bu toplantılarda oluşan görüş ve öneriler doğrultusunda çalışmalara yön verilmiştir. Proje çalışmaları süresince 7 kez konsorsiyum toplantıları ve 3 kez Yönlendirme Kurulu toplantıları yapılmış ve çalışmalar hakkında GAP İdaresi'ne 6 kez gelişme raporları gönderilmiştir.

YÖNTEM

Projenin yürütülmesi için GAP Bölgesi'nde iki merkez oluşturulmuştur; Adıyaman Gaziantep, Kilis ve Şanlıurfa illerini içeren BAM (Batı Araştırma Merkezi) Bölgesi ve Batman Diyarbakır, Mardin, Siirt, Şırnak illerini içeren DAM (Doğu Araştırma Merkezi) Bölgesi olarak iki ana gruba ayrılmıştır. BAM ve DAM Bölgesindeki araştırma ekiplerine de BAM ve DAM grubu denmiştir. BAM Bölgesi'nde Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı ve öğretim üyeleri ile Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı, DAM Bölgesi'nde de Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı ve öğretim üyeleri ile Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'ndan bir Öğretim Üyesi, Konsorsiyum Başkanlığı koordinatörlüğünde saha çalışmalarının ve bazı laboratuvar çalışmalarının yürütülmesinden sorumlu olmuşlardır. Su analizleri dışındaki laboratuvar çalışmaları ise yine bu üniversitelerin katkıları ile TPD üyesi öğretim üyeleri ve uzmanları tarafından yürütülmüştür.

Araştırma bölgesinde 1150 konut (230 küme) ve bu konutlarda yaşayan 6900 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir.

ÖRNEK SEÇİMİ

Projede örnek seçimi Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından yapılmıştır. GAP kapsamındaki 9 ilin toplam nüfusunun 6.128.973 olduğu bilindiğinden kırsal-kentsel ayırımı olarak olabildiğince büyük bir örnek seçebilmek için ve $d=0,03$, $p=0,04$ (en az görülen parazit sıklığı), $\infty=0,01$ alınarak ve 2 değişkenli, 3 ve 4'er düzeyli tablolar yapılabileceği düşünülerek GAP Bölgesi'ni temsil yeteneğine sahip örneklem büyüklüğü 6822 olarak tespit edilmiştir. Bu rakam 6900'e yuvarlanarak ve bölgede her konutta ortalama 6 kişi olduğu düşünülerek; örneğe çıkacak konut sayısı $6900/6=1150$ olarak belirlenmiştir. Daha sonra bölgenin kırsal ve kentsel kesimlerini ayrı ayrı temsil eden birer örnek büyüklüğe orantılı olasılıklı örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

Bunun için bölge önce kırsal ve kentsel tabakalarına ayrılmış ve her tabakada nüfus grubu içsel tabakalama olacak şekilde sıralanarak örneğe çıkan bloklar (kümeler = mahalle ya da köyler) büyüklüğe orantılı olasılıklı örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. İkinci aşamada basit rastgele örnekleme yöntemi ile her kümeden örneğe 5' er konut seçilmiştir. Ancak örneğe birden fazla

giren kümelerden kaç kez girdiyse o sayı 5' le çarpılarak bulunan sayıda konut aynı yöntemle o kümeden seçilmiştir. Dolayısıyla kentsel yerleşim yerlerinde birinci aşama örnekleme birimini mahalleler, ikinci aşama örnekleme birimini ise bu mahallelerdeki konutlar; kırsal yerleşimlerde ise birinci aşama örnekleme birimini köyler, ikinci aşama örnekleme birimini ise köylerdeki konutlar oluşturmuştur. Bu şekilde örnek seçiminin DİE tarafından kullanılan adı "Tabakalı, aşamalı örnekleme yöntemi" dir.

Tablo 16. BAM ve DAM Bölgesinde Küme* Sayılarının İllere Dağılımı

	KENTSE L	KIRSAL	TOPLA M	YERLEŞİM YERİ SAYISI (Büyükşehirler 1 yerleşim yeri sayılmıştır)
Adıyaman	11	12	23	16
Batman	8	7	15	9
Diyarbakır	31	20	51	25
Gaziantep	46	15	61	18
Kilis	3	-	3	1
Mardin	10	11	21	15
Siirt	4	7	11	9
Şanlıurfa	24	14	38	21
Şırnak	5	2	7	6
GENEL TOPLAM	142	88	230	120

*Her küme 5 konuttan oluşmaktadır.

Tablo 18. BAM ve DAM Bölgelerinde Saha ve Laboratuar Ekiplerinin Oluşumu

BAM BÖLGESİ Proje Yürütücüsü Genel Koordinatörlüğünde, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanının Sorumluluğunda: <ul style="list-style-type: none">• Saha Ekiplerinde 2 Halk Sağlığı Uzmanı 2 Hemşire 2 Çevre Sağlığı Teknisyeni 1 Çevre Mühendisi 1 Veteriner Hekim 1 Ziraat Mühendisi 1 Şoför• Sahadan Materyel Toplama Ekibi (Saha Laboratuar Ekibi) 1 Sorumlu Öğretim Üyesi 2 Laborant 1 Sıtma Teknisyeni• Laboratuar Analiz Ekibi 1 Halk Sağlığı Uzmanı 1 Laboratuar Teknisyeni 1 Parazitoloji Uzmanı 1 Mikrobiyoloji Uzmanı 2 Laborant 1 Sıtma Teknisyeni Toplam Görevli Sayısı 22	DAM BÖLGESİ Proje Yürütücüsü Genel Koordinatörlüğünde, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanının Sorumluluğunda: <ul style="list-style-type: none">• Saha Ekiplerinde 2 Halk Sağlığı Uzmanı 2 Hemşire 2 Çevre Sağlığı Teknisyeni 1 Çevre Mühendisi 1 Veteriner Hekim 1 Ziraat Mühendisi 1 Şoför• Sahadan Materyel Toplama Ekibi (Saha Laboratuar Ekibi) 1 Sorumlu Öğretim Üyesi 2 Laborant 1 Sıtma Teknisyeni 1 Şoför• Laboratuar Analiz Ekibi 1 Halk Sağlığı Uzmanı 1 Laboratuar Teknisyeni 1 Parazitoloji Uzmanı 1 Mikrobiyoloji Uzmanı 2 Laborant 1 Sıtma Teknisyeni Toplam Görevli Sayısı 23
---	---

ANKET FORMLARI

Örnek seçiminde çıkan hane halkına sorulmak üzere anket formları aşağıda verilen konu başlıklarına göre hazırlanmış ve uygulanmıştır. Ayrıca resmi kayıtlardan derlenen veriler de elde edilen bulgulara eklenmiştir.

- A. Resmi kayıtlardan derlenen veriler
 - I. İl Sağlık Müdürlüklerinden derlenen veriler
 - II. İntihar verileri
 - III. Meteorolojik veriler
 - IV. Tarım ve hayvancılıkla ilgili veriler
- B. Araştırma örneğinden elde edilen veriler
 - I. Demografik veriler,
 - II. Konut koşulları,
 - III. Sağlık hizmetlerinden yararlanma,
 - IV. Üreme sağlığı,
 - V. Çocuk sağlığı,
 - VI. Sigara kullanımı,
 - VII. Kronik hastalıklar,
 - VIII. Bulaşıcı hastalıklar,
 - IX. Fizik çevreye ilişkin veriler,
 - X. GAP Bölgesi'nde Tarım ve hayvancılık durumu.

BAM ve DAM kendi bölgelerinden elde edilen verileri ayrı ayrı bilgisayara girmişlerdir. Bu veriler önce il bazında bir araya getirilerek tablolaştırılmıştır. Daha sonra her iki merkezin verileri bir araya getirilerek 9 ilin (GAP Bölgesi'nin) toplam ortalama değerleri bulunmuştur. Veriler 10 ana başlık altında gruplandırılarak değerlendirilmiştir.

Veriler bilgisayarda SPSS ve Excel programları ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR'IN ÖZETİ

Ulaşılabilen tüm konutlara öncelikle hane ve hane halkı için soru kağıdı uygulanmıştır. Ayrıca, bu konutlarda yaşayan 3211'i 5 yaş ve üzeri kadın, 2971'i 5 yaş ve üzeri erkek, 1058'i 0-59 aylık çocuk olmak üzere toplam 7240 kişiye soru kağıdı uygulanmıştır. Soru kağıdı uygulanan bireylerin 3044'ü kırsal bölgelerden, 4196'sı kentsel bölgelerdendir.

Örneğe çıkan ve ulaşılabilen konutlarda yaşayan kişilerin %95,1 ine soru kağıdı uygulanmıştır. Kırsal bölgelerde bu oran %93,9 iken kentsel bölgelerde %96,1 dir. Soru kağıdı uygulama oranının en yüksek olduğu il %98,8 ile Gaziantep'tir. Bu oranın en düşük olduğu il ise Şırnak'tır (%89,4).

Soru kağıdı uygulanan bireylerin kırsal ve kentsel dağılımları (kırsal %42, kentsel %58) ile nüfus sayımına göre nüfusun kırsal ve kentsel dağılımları (kırsal %40,6, kentsel %59,4) birbirine çok yakındır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Dışkı örneği alınabilen 4470 kişide parazitolojik, 4357 kişide bakteriyolojik analiz yapılmıştır. Yayma ve kalın damla alınan 3342 kişide plazmodyum, balgam örneği alınan 91 kişide direkt ARB yöntemi ile tüberküloz basili ve idrar örneği alınan 21 kişide şistozoma aranmıştır.

Suyu klorlanabilecek yerlerdeki 508 konutta suda bakiye klor durumuna, konutlardan alınan 488 su örneğinde bakteriyolojik kirliliğe, 320 su örneğinde kimyasal kirliliğe bakılmıştır. Örneğe çıkan konutların bulunduğu 120 yerleşim yerindeki 859.278 konutun o yerleşim yerlerindeki çeşitli çevre koşullarına göre dağılımı da belirlenmiştir.

Çevre mühendisleri ve çevre sağlığı teknisyenleri örneğe çıkan tüm yerleşim yerlerine ilişkin kayıtlardan ya da kendi gözlemleri ile ilgili verileri toplamıştır.

Ziraat mühendisleri ve veterinerler de tarım ve hayvancılıkla ilgili örneğe çıkan tüm yerleşim yerlerine ilişkin kayıtlardan ya da kendi gözlemleri ile veri toplamışlardır. Bölgedeki tarım alanları, sulama durumu, ürün deseni ve hayvancılığın durumu da belirlenmiştir. Ancak bunlar il bazında değerlendirilebilmiştir.

Ayrıca kayıtlara dayanarak tüm illerden il müdürlüklerinden sağlıkla ilgili veriler, meteorolojik veriler; GAP Master Plan taslağından ve il müdürlüklerinden tarım ve hayvancılıkla ilgili veriler derlenmiştir.

DEMOGRAFİK VERİLER

Hanehalkı Büyüklüğü

Bölgede konutlarda yaşayan birey sayısı ortancası kırsalda 7, kentserde 6 ve toplamda da 6 dır. DİE nin 1990 verilerine göre ortalama hane halkı büyüklüğü GAP Bölgesi için 6,8, Türkiye geneli için 5,05 tir. TNSA-1998'e göre ise ortalama hanehalkı büyüklüğü Türkiye kırsalında 4,9, kentserde 4,0 ve Türkiye genelinde 4,3 tür. Bu durum bölgede yüksek olan ortalama hanehalkı büyüklüğünün devam ettiğini göstermektedir. Konutta yaşayan birey sayısı ortancasının en yüksek olduğu yerler Siirt ve Şırnak kırsalı ve Şırnak kentselidir.

Yaşa ve Cinsiyete Göre Nüfus

Bölgede erkeklerde ortanca yaş 16, kadınlarda 18, genelde 17 olarak belirlenmiştir. TNSA 1998'e göre Türkiye geneli için ortanca yaş 24,3 tür. DİE yayınlarında ise ortanca yaş 1990'da GAP genelinde erkeklerde 15,78, kadınlarda 16,71, toplamda 21,61; Türkiye genelinde erkeklerde 21,88, kadınlarda 22,55, toplamda 22,21 olarak verilmiştir. Bölgede ortanca yaşlar DİE -1990 dan daha yüksek ve TNSA -1998 den daha düşüktür.

1990 yılı DİE verileri ile karşılaştırılarak çizilmiş olan bölge nüfus piramidinde araştırmadan elde edilen verilerde 0-4 ve 10-14 yaş gruplarında kadınlara ait çubukların, DİE ninkilere benzer biçimde, erkeklere ait çubuklardan kısa olduğu dikkati çekmektedir. Benzer durum TNSA-1998 deki Türkiye geneli için çizilmiş piramitte de 0-4 yaş grubunda görülmektedir. Bunun nedeni geleneksel nedenlerle bu yaş gruplarındaki kız çocukların eksik bildirimi ya da aslında bu yaş grubunda olan kız çocukların yaşlarının yüksek gösterilmesi olabilir. 0-4 yaş grubundaki kadın yüzdesindeki düşüklük özellikle Diyarbakır ve Batman kırsalı ile Adıyaman, Mardin, Siirt ve Şanlıurfa'da; 10-14 yaş grubundaki ise Adıyaman, Siirt ve Şanlıurfa'da belirgindir.

15-19 yaş grubundaki kadın oranının (özellikle Adıyaman ve Batman'da) yüksek olmasının bir nedeni de bu yaş grubundaki erkeklerin başka illerde okumaya ya da çalışmaya gittiğine işaret edebilir. 20-24 yaş grubundaki kadınların oranının tüm illerde yüksek olması bu yaş grubundaki erkeklerin askerlik çağında olmasına ve başka illerde okuma ya da çalışmaya gitmiş olmasına bağlanabilir. Bu yaş grubunda benzer durum TNSA-1998 de Türkiye geneli için çizilmiş nüfus piramidinde de izlenmektedir.

Hem erkeklerde hem kadınlarda 35-39 yaş grubundaki, bir önceki yaş grubuna göre fazlalık, 30-34 yaş grubundaki bireylerin (özellikle kadınların) yaşlarının yuvarlanarak yüksek gösterilmesinden kaynaklanabilir. Böyle kabul edilirse, 25-29, 30-34 ve 35-39 yaş gruplarındaki erkeklerde görülen hafif azalma bu yaş gruplarındaki erkeklerin başka yerlerde çalışıyor olmasına bağlanabilir.

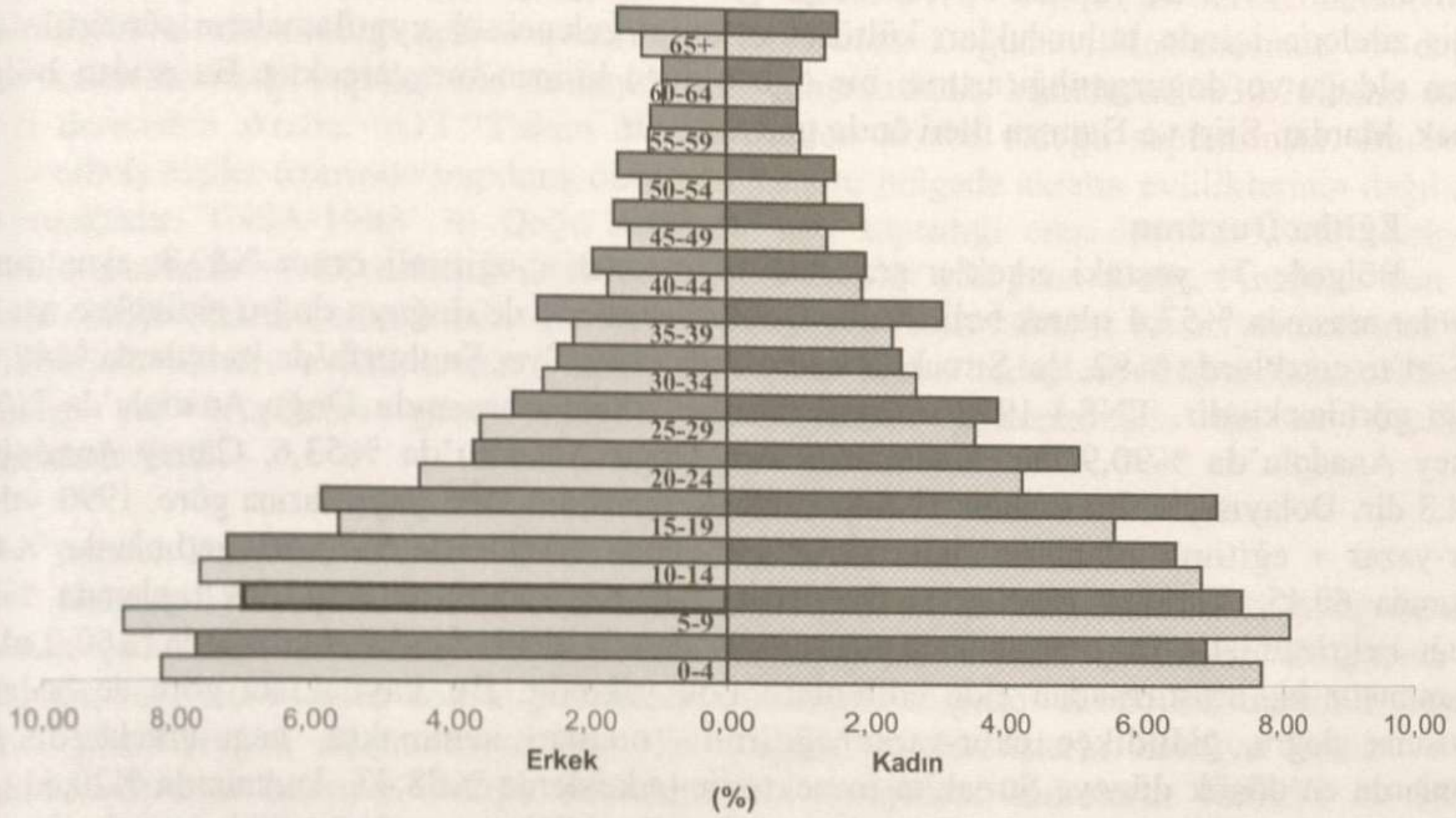
Nüfus piramidinin genelinde dikkati çeken bir özellik de 0-4, 5-9, 10-14 yaş gruplarındaki birey oranlarının her iki cinsten 1990'a göre daha az; ileri yaşlardakilerin ise 1990'a göre daha çok bulunmasıdır. Bu da, her şeye rağmen, bölgedeki ailelerin çocuk sayısını sınırlama çabası içinde olduklarını göstermektedir.

Soru kağıdı uygulanan erkeklerin %44,9'unun, kadınların %40,5'inin 15 yaşın altında olduğu saptanmıştır. TNSA-1998'de ise bu oran, Türkiye genelinde erkeklerde %32,9, kadınlarda %30,1 olarak belirlenmiştir. DİE yayınlarında GAP Bölgesi genelinde 0-9 yaş grubunun oranı %32,70, 10-19 yaş grubunun oranı %25,78 olarak verilmiştir. Bunlar toplandığında %58,48 etmektedir. Türkiye geneli için aynı oran %45,97'dir. Araştırmada soru kağıdı uygulanan grupta 0-19 yaş grubu erkeklerde %56,9, kadınlarda 54,3'tür ve DİE'nin 1990 yılı için verdiği orandan düşüktür. 15 yaşın altındakiler TNSA- 1998 dekinden daha yüksektir.

Soru kağıdı uygulanan erkeklerin %51,8'inin, kadınların %56,5'inin 15-64 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. TNSA-1998'de ise aynı oranlar sırasıyla %61,4 ve %63,8 bulunmuştur. DİE yayınlarında 1990 yılında GAP toplamı için 20-59 yaş grubu %36,96, Türkiye geneli için %46,82 olarak verilmiştir. Araştırmada soru kağıdı uygulanan grupta 20-59 yaş grubu erkeklerde %37,9, kadınlarda %40,7'dir ve ve DİE'nin 1990 yılı için verdiği orandan daha yüksektir. 15-64 yaştakiler TNSA -1998 dekinden daha düşüktür.

Bütün bu oranlar nüfus piramidi ile birlikte düşünüldüğünde ailelerin son 10-15 yılda çocuk sayısını sınırlama çabası içine girmeye başlamasına karşın, bu çabaların henüz yeterince etkin olmadığı sonucuna varılabilir.

Şekil 1: GAP Bölgesi Nüfus Piramidi



- Koyu renkli çubuklar GAP Halk Sağlığı Projesi'nden 2001 yılı için elde edilen verileri, açık renkli çubuklar ise 1990 DİE verilerini göstermektedir (Yüzdeler genel toplama görelerdir).

Doğurganlık, Ölümlülük ve Nüfus Artışı

Araştırmada sırasında saptanan kaba doğum ve genel doğurganlık hızlarının TNSA-1998'de Türkiye geneli için saptananlardan hayli yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Bu hızlar bölge için sırasıyla ‰ 34,66 (Brass Tekniğine göre ‰35,9) ve ‰ 142,0; TNSA-1998'de Türkiye geneli için sırasıyla ‰ 23,4 ve ‰ 94,0'dır. Kaba doğum hızının Siirt ve Şırnak dışında kentsel kesimde kırsaldan daha yüksek olduğu, genel doğurganlık hızının ise Diyarbakır, Siirt ve Şırnak dışında kentsel kesimde kırsaldan daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Bu durum, Bölge' de kentsel kesimin kırsaldan hızlı göç almasına ve gelenlerin kırsal yaşam biçimini sürdürüyor olmasına bağlanabilir. DİE'nin bir yayınına göre 1989 yılında Türkiye'de Kaba doğum hızı ‰ 27,69'dur ve bölgedekinden düşüktür.

Bölgede nüfusun yıllık doğal artış hızının ‰ 31 gibi yüksek düzeyde olması da dikkati çekmektedir. 2000 yılına ait geçici nüfus sayımı sonuçlarına göre Türkiye'de yıllık nüfus artış hızı ‰ 18,34 tür. Aynı hızın GAP Bölgesi geneli için ‰ 24,7, Kilis'te ‰ -12,7, Siirt'te ‰ 8,4 olduğu; diğer illerde Türkiye genelinin üzerinde olduğu belirlenmiştir. En yüksek olduğu iller Şanlıurfa (‰ 36,10) ve Şırnak (‰ 30,10) tır. Bir kongrede sunulan bir konferansa göre 2000 sayımının yayınlanmamış kesin sonuçlarında bu hızlarda ‰ 0,1 - ‰ 0,2 lik oynamalar olduğu belirlenmiştir. Araştırma verilerine göre ise en yüksek yıllık doğal artış hızı ‰ 50,15'le Şırnak'ta, en düşük ise ‰ 22,47 ile Diyarbakır'dadır. İller bazındaki bu farklılık araştırma verilerinin sadece doğal artışı ele alması, göçlerle olan artışı saptamanın mümkün olmamasıdır. DİE verileri göçleri de dikkate aldığı için Kilis'te azalma ve bazı illerde az artış saptanması doğaldır. Bu görüşü araştırma verilerine göre en çok göç alan illerin Şırnak, Diyarbakır, Batman illeri olması desteklemektedir.

Aile Yapısı

Bölgede geniş aile tipinin doğuya doğru gidildikçe yükseldiği ve Şırnak'ta %54'e çıktığı belirlenmiştir. 1973 de yapılan bir çalışmaya göre Türkiye genelinde geniş aile oranı %28'dir. Geniş ailelerin içinde buldukları kültürel ortamın geleneksel uygulamaların sürdürülmesine neden olduğu ve doğurganlığı artırıcı bir öge olduğu bilinen bir gerçektir. Bu açıdan bölgede Şırnak, Mardin, Siirt ve Batman illeri önde gelmektedir.

Eğitim Durumu

Bölgede 7+ yaştaki erkekler arasında okur-yazar + eğitilmiş oranı %89,3, aynı durum, kadınlar arasında %57,4 olarak belirlenmiştir. Bu değerlerin de doğuya doğru gidildikçe azaldığı ve Siirt'te erkeklerde %82,1'e; Şırnak'ta kadınlarda %45,7'ye; Şanlıurfa'da kadınlarda %47,7'ye indiği görülmektedir. TNSA-1998'de aynı oranlar erkekler arasında Doğu Anadolu'da %76,6, Güney Anadolu'da %90,9 dur. Kadınlarda ise, Doğu Anadolu'da %53,6, Güney Anadolu'da %74,8 dir. Dolayısıyla, bu oranlar TNSA-1998 ile tutarlıdır. DİE yayınlarına göre, 1990 yılında okur-yazar + eğitilmiş olanların oranı GAP genelinde erkeklerde %75,56, kadınlarda %44,8, toplamda 60,45; Türkiye genelinde erkeklerde %88,82, kadınlarda %71,99, toplamda %80,5 olduğu belirlenmiştir. Bu oranlar 2000 yılı sayımında erkeklerde %85,8, kadınlarda %60,2 olarak saptanmıştır ki, araştırmadan elde edilenlere çok yakındır. Bu kaynaklara göre de bölgenin doğusuna doğru gidildikçe okur-yazar+eğitilmiş oranları azalmakta, hem erkeklerde hem kadınlarda en düşük düzeye Şırnak'ta inmektedir (erkeklerde %58,43, kadınlarda %20,51). Bu durum bölgede 1990 yılına göre eğitim düzeyinin yükseldiğine, ancak özellikle kadınlarda okur-yazar + eğitilmiş olma oranının Türkiye genelinin oldukça altında kaldığına işaret etmektedir.

Bölgede 8 yıllık zorunlu temel eğitim döneminde bile özellikle kadınlar arasında okullaşma oranının düşük; okul çağında olduğu halde okur-yazar olmayan ve 12-14 yaş grubuna gelince okulu terk edenlerin oranının yüksek olduğu dikkati çekmektedir. 12-14 yaş grubundaki erkeklerin yaklaşık %83'ü, kadınların yaklaşık %54'ü herhangi bir okula devam etmekte ya da ortaokul mezunudur. Bu okullaşma oranları, GAP İdaresi' nin 2000 Yılı Faaliyet Raporu'nda verdiği 1998-1999 öğretim yılına ait ilköğretimde okullaşma oranları ile tutarlıdır. TNSA-1998 de Türkiye genelinde 11-15 yaş grubunda olup, herhangi bir okula devam eden oranı erkeklerde %73,6, kadınlarda %55,0 olarak belirlenmiştir. Araştırmamıza göre bölgede 15-19 yaş grubundakilerden herhangi bir okula devam eden ya da lise mezunu olan oranı erkeklerde yaklaşık %50, kadınlarda yaklaşık %20'dir. Bu durum bölgedeki temel sorunun eğitim sorunu olduğuna işaret etmektedir.

Medeni Durum

Araştırma sırasında, soru kağıdı uygulanan 15+ yaştaki erkeklerin %34,9'unun, kadınların %32,6'sının hiç evlenmemiş oldukları belirlenmiştir. TNSA 1998'de bu oran 15-49 yaş grubu kadınlar arasında %27,7'dir. İncelenen yaş grubu farklı olduğu için yorum yapılamamıştır. DİE'nin yayınlarına göre, GAP Bölgesi'nde 12+ yaştaki erkeklerin %44,77'si, kadınların %34,58'i; Türkiye genelinde ise erkeklerin %38,98'i, kadınların %29,99'u hiç evlenmemiştir. Bu durum bölgede ekonomik ve geleneksel nedenlerin (başlık parası v.b. gibi) evlenmeleri engellediğini akla getirmektedir.

Akraba Evliliği Durumu

Bölgedeki halen evli kadınların %29,1'inin eşleri ile 1. derecede, %13,7'sinin 2. derecede akraba oldukları ve 1. derecede akrabalığın %38,4 ile Şanlıurfa ilinde, 2. derecede akrabalığın %16,7 ile Diyarbakır'da en yüksek olduğu dikkati çekmiştir. Genelde eşi ile akraba olan halen evli kadınların %42,8 olduğu ve Şanlıurfa ilinde bunun %53,2 ile en yüksek olduğu gözlenmiştir.

Sivas-Ulaş' ta yürütülen bir projenin sonuç raporuna göre tamamı kırsal olan Ulaş Eğitim Araştırma Bölgesi'nde akraba evliliği %25 olarak saptanmıştır. 1994'de Gaziantep kent merkezinde yapılan bir doktora tezine göre de %24,9'u 1., %4,9'u 2. derece olmak üzere %29,8'lik bir akraba evliliği oranı saptanmıştır. Diyarbakır Doğumevi Hastanesinde 764 doğum yapan kadın üzerinde yapılan bir uzmanlık tezi çalışmasında, kadınların %30,76'sının eşi ile birinci dereceden akraba, %13,22'sinin 2.ci dereceden akraba olduğu saptanmıştır. Bu veriler bile, seçilmiş kişiler üzerinde yapılmış olmasına karşın, bölgede akraba evliliklerinin dağılımını yansıtmaktadır. TNSA-1988' in Doğu Anadolu için saptadığı oran ise %30,8'dir. Bölgenin özellikle Şanlıurfa ve Diyarbakır illerinde akraba evliliği sıklığının Doğu Anadolu' dan bile yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Bu durum, bölgenin sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik yapı özelliklerinin akraba evliliklerinin yüksek olmasına neden olduğunu düşündürmektedir. Bu oranların yaş gruplarına göre önemli bir değişiklik göstermemesi de bu düşünceyi desteklemektedir.

Meslek Durumu

Bölgede 15+ yaştaki erkekler arasında %22,4 gibi yaygın bir işsizlik olduğu, öğrencilerin tablodan çıkarılması durumunda bunun %25'leri geçeceği dikkati çekmiştir. Bölgedeki aile reislerinin %42'sinin hiçbir sosyal güvencesi olmaması bölgede ekonomik durumun daha da kötüye gidebileceğini düşündürmektedir. En yaygın yapılan işlerin kalifiye işçilik ve aile tarımında ücretsiz çalışma olduğu belirlenmiştir. Bölgedeki kadınların %92,5'i ev hanımı olduklarını belirtmişlerdir. Bu durum, bölgede 15+ yaştaki kadınların ekonomik anlamda üretim dışında kaldığını, diğer bir deyişle kadınlar arasında yüksek boyutta işsizlik olduğunu göstermektedir..

Ayrıca bu yaş grubunda erkeklerin %11,4'ü öğrenci iken kadınların %3,3'ü öğrencidir. Bu da kadınlar arasında daha önce sözünü ettiğimiz gibi önemli boyutta bir eğitime devam etmeme sorunu olduğunu göstermektedir. TNSA-1998 de 15-49 yaş grubu kadınların Doğu Anadolu'da %68,3'ünün, Türkiye genelinde %64,6'sının araştırma tarihinde herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. DİE'nin bir kaynağına göre 1998 yılında 15+ yaş grubunda Türkiye genelinde tüm nüfusta işsizlik oranı %6,4, eksik istihdam ise yaklaşık %2,5'dir. Bu durumda araştırma sırasında bölgede işsizlik oranının çok yüksek olduğu söylenebilir.

Türkçe Bilme ve Kullanma Durumu

Bölgede 5+ yaştaki erkeklerin %15'inin, kadınların %38'inin Türkçe bilmediği (hiç bilmeyen+biraz bilen) belirlenmiştir. Bu durum bölgede özellikle kadınlara sağlık hizmeti götürülmesini engelleyici bir durum olarak değerlendirilmiştir. Bu göstergeler bölgenin doğusuna doğru gidildikçe artmaktadır. Şırnak'ta kadınlarda %77,5'e çıkmıştır. Kadınlar arasında okula devam etmeme ya da okur-yazar olmama oranının yüksek olduğu yerlerde Türkçe bilme oranının düşük olduğu dikkati çekmektedir. Bölgede Gaziantep ve Kilis illeri dışındaki illerde okur-yazar olmayan kadınların neredeyse tamamının Türkçe'yi ya hiç bilmemesi ya da az bilmesi bu görüşü desteklemektedir. Erkekler arasında Türkçe'yi hiç bilmeyen %5'lik grubun 5-6 yaş grubu çocuklar olabileceği düşünülmektedir.

Ancak neredeyse tüm erkeklerin Türkçe bilmesi ve bölgedeki sağlık personelinin de çoğunlukla yerel halktan olması, bazı sağlık hizmetleri dışında, Türkçe bilmemenin hizmetten yararlanma üzerine önemli etkisi olamayacağını düşündürmektedir.

Bölgede 5+ yaştaki erkeklerin evde ağırlıklı olarak konuştukları dil %56 ile Kürtçe'dir. Aynı yaş grubundaki kadınlarda bu oran %58 dir. Kürtçe konuşanların sıklığı bölgenin doğusuna doğru gidildikçe artmakta ve Şırnak'ta erkeklerde %98,2'ye, kadınlarda %99,2 ye çıkmaktadır. Sadece Gaziantep, Kilis ve Adıyaman'da evde ağırlıklı olarak konuşulan dil Türkçe'dir.

Göç Durumu

Bölgedeki ailelerin %25,4'ü halen oturdukları yere göçle geldiklerini ve başlıca göç nedenlerinin %53,6 ile ekonomik nedenler olduğunu belirtmişlerdir. DİE yayınlarına göre kişi bazında 1985-1990 arasında GAP Bölgesi'nde içe göç hızı %4,9, Türkiye genelinde %8,0 olarak verilmiştir. Ancak bu değerlendirmede bölge içindeki yerleşim yerleri arasındaki göçler hesaba katılmadığı için bu çalışmadaki verilerle karşılaştırılabilir değildir. İller bazında da il içi göçler hesaba katılmadığı için aynı durum söz konusudur. Öte yandan DİE'nin aynı kaynaklarına göre gerçekte bölge genelinde ve bölgedeki illerde dışa göç içe göçten fazladır. Buna karşın araştırma bulgularına göre, bölgedeki Siirt, Şırnak, Mardin ve Diyarbakır kent merkezlerinin göçler için cazibe merkezi durumunda olduğu söylenebilir.

Teröre bağlı göçle gelen ailelerin kentlerde yüksek bulunması beklenebilirdi. Bu durum;

- a. Teröre bağlı göç eden ailelerin bölgede kalmayıp bölge dışına çıkmış olmalarına,
- b. Teröre bağlı göç eden ailelerin bu geliş nedenlerini saklamalarına bağlanabilir.

KONUT KOŞULLARI

İçme ve Kullanma Suları

İllerdeki çevre mühendisleri ya da çevre sağlığı teknisyenleri tarafından örneğe çıkan yerleşim yerlerine ilişkin değerlendirmelerde; bu yerleşim yerlerindeki konutların %29,4'ünün içme-kullanma sularının yer altı sularından, %27,8'inin (tümü Gaziantep kentsele ait) barajlardan, %38,6' sının karışık olarak sağlandığı belirlenmiştir. Konutların %56,6'sının içme-kullanma sularının, %55,3'nün (Kilis ve Diyarbakır kentsele %100'ünün) içme sularının yetersiz olduğu görülmüştür. Bazı illerde (Mardin, Şırnak, Şanlıurfa il genelinde ve Diyarbakır ve Siirt kırsalında) şebekeden su sağlama olanağının %50'lere kadar indiği; %95,5'nin yakın çevresinde tarımsal faaliyet, %37,5'inin yakın çevresinde hayvancılık, %26,0'ının yakın çevresinde endüstriyel faaliyet, %41,4'ünün yakın çevresinde çarpık yerleşim olan su kaynaklarından gelen suların kullanıldığı belirlenmiştir. Bazı illerde (Adıyaman geneli ve Şırnak, Diyarbakır ve Şanlıurfa kırsalı) konutların yüksek bir oranı kaynak koruma önlemlerinin olmadığı kaynaklardan gelen suları kullanmaktadır. Özellikle bölgenin doğusundaki kırsal kesimlerde ve Şırnak genelinde klorlanma oranı düşük sulardan yararlanılması, özellikle kırsal kesimlerde ve Şırnak genelinde sadece düşük bir oranının analiz edilmekte olan sulardan yararlanması, bölgedeki yerleşim yerlerinde varolan su kıtlığı yanında, varolan sulardan da sağlıklı biçimde yararlanma için yeterince gayret gösterilmediğine işaret etmektedir.

Bölgedeki suyu klorlanabilecek yerlerdeki konutların sularının %74,2'sinde klor bulunmamıştır. Bu değer kentselde %61, kırsalda %95 olması, yerel yönetimlerin konutlara sağlıklı su sağlamada ne kadar yetersiz kaldıklarını göstermektedir. Aynı görüş bakteriyolojik ve kimyasal su analizlerinin sonuçlarıyla da desteklenmektedir. Bakteriyolojik olarak suların %45,9'u (kırsalda %71,7'si, kentselde %22,9'u) içilebilir nitelikte değildir. Diğer bir deyişle, suya dışkı kökenli mikroorganizmalar karışmıştır (su, bulaşlı-kirli-dır). Bu durum bölgede su kaynaklı bulaşıcı hastalıkların her an potansiyel olarak salgın yapma olasılığının sürekli olarak bulunduğunu göstermektedir. Analiz edilen içme sularının kimyasal nitelik açısından da %28,4'ünün içmeye uygun bulunmaması yukarıda belirtilen görüşü desteklemektedir. Bu değerlerden UNICEF' in Türkiye geneli için verdiği değerlerin çok altındaki bir kesime sağlıklı su sağlanabildiği söylenebilir.

Bölge' de mutfağında şebeke suyu bulunan konut %70,8, tuvaletinde şebeke suyu bulunan ise %62,7'dir. Bu değerler de suyla bulaşan hastalıklarla savaş için iyi bir olanak bulunduğunu göstermektedir. Bu açıdan da Diyarbakır, Siirt ve Şırnak kırsalında sorun vardır. Konutun

tuvaletinde el yıkama yeri ve sabun bulunmama oranının özellikle kırsal kesimde ve Şanlıurfa'da yüksek olması, bu konuda bölgede eğitim eksikliği olduğuna işaret eder. Ancak konutların sadece %16,9'unda şebeke suyunda kesilme olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu bölgede yerleşim birimlerine yeterli ve sürekli içme suyu sağlanması konusunda sorun olduğunu göstermektedir.

Mutfak, Banyo ve Tuvalet Durumu

Bölge' de konutların %76'sında bağımsız mutfak, %61,8'inde bağımsız tuvalet, %71,4'ünde bağımsız banyo olması da sağlıklı yaşam açısından olumlu göstergelerdir. Ancak bu veriler kırsal kesimlerde ve özellikle Mardin ve Şırnak kırsalında önemli ölçüde azalmaktadır. Sağlıklı konut ve halkın sağlığı açısından bütün konutlarda bağımsız mutfak, bağımsız banyo ve bağımsız tuvaletin bulunması gerekir. Bu nedenle özellikle kırsal bölgede konut yapımında, konutlara bağımsız mutfak, banyo ve tuvaletin konulması alışkanlıklarının kazandırılması gerekmektedir.

Bölgedeki konutların tuvaletlerinin %50'sinin sağlıklı olması, kırsal kesimde bunun %75'e çıkması, bağımsız tuvalet varlığına ilişkin görece yüksek oranının sağlıklı yaşam için olumlu olabilecek etkisini ortadan kaldırmaktadır. Konutların tuvaletlerinin kırsal kesimde %28,1'inde el yıkama yeri ve sabun olmaması da bu görüşü desteklemektedir. Bu oran Şanlıurfa kırsalında %82,7'ye, kentselede %40,0'a çıkmaktadır.

Bölge' de konutların tuvaletlerinin %71,5'inin kanalizasyona bağlı olması da olumlu bir gösterge gibi durmasına karşın, kırsal bölgelerde bu değerler çok aşağılara düşerken, bazı kent merkezlerinde (Şırnak, Mardin, Şanlıurfa) %68,0-88,6 arasında olması belediye hizmetlerinde yetersizliğe işaret etmekte ve suyla bulaşan hastalıkların yayılması için uygun zemin oluşturmaktadır. Çevre verilerine göre, kanalizasyonun, konutların %70'inden fazlasını kapsama oranı Mardin genelinde ve Diyarbakır ve Batman kırsalında çok düşüktür. Bu oran bölge genelinde %88,3 (kentselede %89,9, kırsalda %57,0) olarak belirlenmiştir.

Evde Hayvan Besleme Durumu

GAP Bölgesi kentsele kesiminde dahi konutların %17,8'inde hayvan besleniyor olması (kırsalda %72,9), zoonozlar açısından da bölgenin önemli risk taşıdığına işaret etmektedir. Hayvan beslemek için kullanılan ahırlar hem sivrisinekler için ideal barınak, hem de içerisindeki hayvan gübreleri karasinekler için ideal üreme ortamıdır.

Vektör Durumu

Bölge' deki konutlarda yüksek düzeyde sivrisinek (%68) ve karasinek (%72,9) görülüyor olması, bölgenin vektörlerle bulaşan hastalıklar açısından önemli risk taşıdığına işaret etmektedir. Çevre verilerine göre, bölgedeki örneğe çıkan yerleşim yerlerinde katı atıkların toplandığı yerlerdeki konut oranı %99,2 olmasına karşın, katı atık toplanan yerlerdeki konutların sadece %53,0'ının katı atıklarını kapaklı bidonlarda biriktirdiği, %39,0'ında çeşitli tipte katı atıkların birlikte toplandığı, %63,9'unda yeterli katı atık toplama aracının olmadığı, %23,2'sinde katı atık depolama alanının olmadığı belirlenmiştir. Yine katı atık depolama alanı olan yerleşim yerlerindeki konutların %41,6'sında katı atık depolanmasının düzenli yapılmadığı, %21,8'inin katı atık depolanma alanlarının ilaçlanmadığı yerlerde olduğu belirlenmiştir. Tüm bunlar bölgedeki yerleşim yerlerinde vektör üremesini engelleyecek önlemlerin ciddiye alınmadığını göstermektedir. Konutlarda yaşayanların 2/3'sinden çoğunun karasinekten yakınması da bu durumu desteklemektedir.

Sağlık Müdürlüklerinin verilerine göre, 1997,1998 ve 1999 yıllarında bölgede görülen sıtma olgularının Türkiye genelindekilerin 4/5'ünü oluşturması, sivrisineklerle bulaşan hastalıklar açısından riskin boyutunu ortaya koymaktadır. Benzer şekilde karasineklerin önemli araçlardan biri olduğu trahom hastalığı olguları Bölge' de Türkiye genelindekinin 1/2'i ile 1/4'ini

oluşturmaktadır. Bu da karasineklerle yayılabilen hastalıklar açısından bölgedeki riskin boyutunu göstermektedir.

Yemek Saklama Durumu

Ailelerin %97,6'sının yemeklerini buzdolabında saklıyor olması, sağlık açısından olumludur. Ancak bunların ne zaman buzdolabına konduğu ve hangi ısı derecesinde saklandığı da önemlidir. Bu konunun ayrı bir çalışmayla incelenmesinde yarar vardır.

SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA

Sosyal Güvence

Bölgedeki aile reislerinin %57,9 unun herhangi bir sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır. Bölge' deki aile reislerinin %42,1'inin sosyal güvenceden yoksun olması sağlık hizmetlerinden yararlanmayı engelleyen önemli bir etken olabilir. Bu oranın Mardin ve Şanlıurfa'da %50'yi geçmesi, bu illerde bu engellenmeyi daha dramatik duruma getirebilir. 1992'de Türkiye çapında birlikte yürütülen bir çalışmada Güneydoğu Anadolu'da bireylerin %73,1'inin, Türkiye genelinde %52,2'sinin sağlık güvencesi olmadığı belirlenmiştir. Bu fark, 2001 yılında bölgenin bu konuda 1992'dekinden daha iyi durumda olmasından (özellikle yeşil kartlı sayısındaki artıştan) ya da bu çalışmada sadece aile reisinin sosyal güvence durumunun sorulmasından kaynaklanabilir. Yeşil kartın bölgede oldukça yaygınlaştığı (%17,2) ve sosyal güvence kurumları arasında SSK'nın ardından (%18,7) ikinci sırayı aldığı görülmektedir.

Sağlık Kuruluşlarına Başvuru

Bölgede hastalananların ilk başvuru yerlerinin başında devlet hastanelerinin, 2. sırada özel hekimlerin/ özel hastanelerin, 3. sırada sağlık ocaklarının, 4. sırada SSK hastanelerinin ve 5. sırada üniversite hastanelerinin gelmesi, 1. basamağın gerekli ölçüde kullanılmadığına işaret etmektedir. Sağlık ocağı kullanımı Şanlıurfa'da en düşüktür (%6,9). Bu ilde devlet hastanesinden yararlanma da oldukça düşüktür (%21,7). 1992 de yapılan çalışmada Güneydoğu Anadolu'da ilk başvuru yapılan sağlık kuruluşlarının devlet hastaneleri (%30,8), sağlık ocakları (%26,9), özel hekim (%25,4) ve SSK hastaneleri (%9,5) şeklinde sıralandığı ve Türkiye genelinde kırsal alanlarda halkın %32,1'inin sağlık ocağını ilk başvuru yeri olarak tercih ettiği belirlenmiştir. Aradan geçen 10 yıla yakın sürede ilk 4 sırada yer alan kuruluşların aynı olmasına karşın sağlık ocaklarının 2. sıradan 3. sıraya inmesi ve hem sağlık ocağı hem özel hekim/özel hastane tercihlerinin azalması dikkati çekmektedir. Bu durum, bölgede üç yeni üniversite hastanesinin açılmasına (üniversite hastanelerine başvuru oranı %5,2), SSK hastanelerine başvuruların artmasına (%13,6) ve sağlık ocaklarının etkin hizmet vermemesine bağlanabilir.

Gaziantep il merkezinde 1994 yılında yapılan bir çalışmada sağlık ocağı tercihi %40,3 ve hastane tercihi %33,3 olarak saptandığı ve çalışmamızda aynı ilde bu oranların %12 ve %56 olduğu dikkate alınırsa geçen süre içerisinde sağlık ocağı kullanımının giderek azaldığı görülmektedir. Sağlık ocakları kullanımı Antalya il merkezinde %24,3, Kayseri'de %42,9, Sivas İl merkezinde %35,1 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda elde edilen %16 oranı halkın sağlık ocağı tarafından verilen hizmetlerden yararlanamadığını, bölgede sağlık ocağı tarafından verilen hizmetlerin kalitesinde problem olduğunu göstermektedir.

Evde en son hastalanan bireylerin %5,0'ının hiçbir yere ya da kimseye götürülmemiş olması ve bu oranın kentsel kesimde %3,0, kırsal kesimde %8,0 olması hastanelerin genelde kırsal bölgeye uzaklığı yanında, kırsal bölgede sosyal güvencenin daha düşük oranlarda olmasına bağlanabilir.

Diğer bir dikkati çeken bulgu ise sosyal güvencesi olan ailelerin %15,9 oranında özel hekim-özel hastaneye gitmiş olmalarıdır. Bağ-Kur'luların ise özel hekim-özel hastane tercihleri diğer gruplara göre daha yüksektir (%27,7). Halbuki sosyal güvenceye sahip olanların sağlık sorunlarını özel yerlerde çözüm aramaları beklenmektedir. Bu oranlar sosyal güvencesi olan kişilerin bile sağlık sorunlarına çözüm aramada prim ya da para ödedikleri sistemin dışına çıkmak zorunda kaldıklarını göstermektedir. Özel hekim-özel hastane tercihi en az bulunan grup Emekli Sandığı'na bağlı olanlardır (%6,8). Daha çok ekonomik gücü olmayanlara verilen Yeşil Kartlı ailelerin %22,9 oranında özel hastane ve özel hekimlere gitmeleri de dikkat çekici bir bulgudur.

SSK güvencesinde olanların %65 i SSK hastanelerine başvururken %35 i başvuru yeri olarak SSK dışı kuruluşları tercih etmektedir. SSK'lı ailelerde sağlık ocaklarından yararlanma sadece %2,4 oranındadır. Bunun ana nedeni sağlık ocağında verilen ilaçların SSK tarafından karşılanamamasıdır. Yapılacak düzenlemelerle SSK'lıların sağlık ocaklarından yararlanmasını sağlamak hastanelerde yığılmayı önleyecek ve hasta başına tedavi maliyetini azaltacak akılcı bir çözümdür.

Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Yararlanma

GAP Bölgesi'ndeki illerde konutun, herhangi bir sağlık ocağı personeli tarafından ziyareti Gaziantep ve Kilis illeri dışında %67,5 ile %80 arasında değişirken, Gaziantep il genelinde ve Kilis kentselinde bu oran sırasıyla %16,8 ve %33,3 olarak belirlenmiştir. Bölgede bu ziyaretlerin başlıca nedeni Polio eradikasyon kampanyasıdır (%97,8).

Yanıtlayıcıların %7,6'sı gebe izlemesi için, %10,9'u aile planlaması için, %5,3'ü eğitim için, %7,6'sı nüfus tespiti için, %3,6'sı doğum için, %0,8'i çevre sağlığı hizmetleri için evine sağlık ocağı personeli geldiğini belirtmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın bir yayınına göre, 2000 yılında bebek başına ortalama izlem sayısı Güneydoğu Anadolu'da 1,05, Türkiye'de 3,24; gebe başına ortalama izlem sayısı Güneydoğu Anadolu'da 0,43, Türkiye'de 1,68'dir. Bu ortalamalar da, bölgede gebe ve çocuk izlemlerinin ne kadar düşük olduğunu teyit etmektedir.

Sağlık Müdürlüklerinin verilerine göre, bölgede sağlık evlerinden %71,7'sinin, sağlık ocaklarından %13,4'ünün kapalı olması - ki, Türkiye genelinde köy sağlık evlerinin %66'sı, tüm sağlık ocaklarının ise %12 si kapalıdır; - sağlık evi ebesi başına 5093, sağlık ocağı hekimi başına 6279 ve sağlık ocağı hemşiresi başına 7654 kişi düşüyor olması - ki, bu personel başına nüfuslar Türkiye genelinin 2-3 katıdır - bu yetersizliği bir ölçüde açıklasa da, tamamıyla açıklayamaz. Dolayısıyla bölgede sağlık ocakları gezici hizmet yapmamaktadır denilebilir. Sağlık ocaklarının gereğince çalıştırılmaması, yetersizliğin en önemli nedenlerinden biridir kanısındayız.

Bölgedeki ailelerin %17,9'unun sağlık ocağına hiç gitmemiş olması, bu oranın Gaziantep ve Şanlıurfa'da %24' ün üzerine çıkması bölgede sağlık ocağı hizmetlerinin etkin olmadığını göstermektedir. Bu bulgu sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olmayanlar (%28,4) ile birlikte düşünüldüğünde, etkinliğin daha da düştüğü görülmektedir. Sağlık ocağına başvuranlar arasında memnuniyetsizlik oranı %34,6 dır. Bölgedeki ailelerin sağlık ocağı hizmetlerinden memnuniyetsizlik nedenleri arasında ilgi yetersizliği ve iyi davranılmama (%70) ilk sırayı almaktadır. Teşhise güvenmemenin %3 gibi oldukça düşük oranlarda olması halkın tercih etmemesinde asıl sorunun sağlık ocaklarının işletiminden kaynaklandığını düşündürmektedir. Sağlık ocaklarının işletiminde toplumun gereksinimlerine cevap verebilen ve kullanıcı tarafından benimsenecek bir yapılanmaya gidilmelidir kanısındayız. 1992 de yapılan ve tüm sağlık kuruluşlarını kapsayan çalışmada, doktor tarafından verilen bilgiden memnun olmama oranı Güneydoğu Anadolu'da %42,7; Türkiye genelinde sağlık ocaklarında %41,6, sağlık evlerinde (ebe tarafından) %37,5 olarak saptanmıştır. Her ne kadar GAP Bölgesi Halk Sağlığı Projesi

sırasında, sadece verilen bilgi konusunda değil, genel memnuniyet durumu sorulmuşsa da, sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik süregelmektedir.

ÜREME SAĞLIĞI

Doğurganlık

GAP Bölgesi'nde, soru kağıdı uygulanan evlenmiş kadınlarda saptanan 17,42'lik ilk evlenme yaşı ortalaması, TNSA 1998'deki 20-49 yaş grubu için ilk evlenme yaşı ortalaması olan 19,7 ile uyumlu gözükmektedir. Aynı grupta saptanan 18,44'lik ilk gebelik yaşı ortalaması da, TNSA 1998'de Doğu Anadolu'da ilk doğumda 20-49 yaş grubu için anne yaşı ortancası olan 20,2 ile uyumlu gözükmektedir. Çalışmamızda, 19 yaşından büyük yaş gruplarında ilk evlilik yaşı ortalamalarının yaş gençleştikçe Adıyaman, Diyarbakır, Gaziantep ve Şanlıurfa'da (ki bunlar bölgenin büyük kentsel kesim olan illeridir) yavaş yavaş yükselmeye başlaması ve bu oranın 40+ yaş grubundakilerden belirgin biçimde yüksek olması dikkati çekmektedir. Bunda özellikle kentleşme etkili olabilir. 19 yaşından küçüklerin ilk evlilik yaşı ortalamasının küçük olmasının nedeni, bunların zaten erken evlilik yapmış olmalarıdır.

Bölgede evli ve gebelik geçirmiş 45-49 yaş grubu kadınların toplam gebelik sayısı ortalamasının 9,20, toplam canlı doğum sayısı ortalamasının 8,04, toplam yaşayan çocuk sayısı ortalamasının ise 6,56 olduğu ve bu ortalamaların Şanlıurfa'da 11,29, 9,79 ve 8,07 ye çıktığı belirlenmiştir. Buna yakın durumdaki iller sırasıyla Batman, Diyarbakır ve Siirt'tir. TNSA-1998'e göre, 40-49 yaş grubu kadınların ortalama canlı doğum sayısı Doğu Anadolu'da 7,0, Güney Anadolu'da 4,46 ve Türkiye genelinde 4,22'dir. Aynı kaynağa göre Türkiye genelinde 45-49 yaş grubundaki halen evli kadınların ortalama canlı doğum sayısı 4,64, ortalama yaşayan çocuk sayısı 3,89; tüm kadınların ortalama canlı doğum sayısı 4,54, ortalama yaşayan çocuk sayısı 3,80'dir. Bu durum, bölgede doğurganlığın Türkiye genelindekinin yaklaşık 2 katı olduğunu, Şanlıurfa, Batman, Diyarbakır ve Siirt'te 2 katını da geçtiğini göstermektedir. Güncel olarak, sorunun en yüksek olduğu iller 25-34 yaş grubunda ve gebelik geçirmiş kadınların toplam gebelik sayısı ortalamasına ve canlı doğum sayısı ortalamasına göre Siirt, Şırnak ve Mardin'dir. Buna karşın yaşayan çocuk sayısı ortalaması incelendiğinde; bölgede canlı doğan çocukların %18,5'inin kaybedilmiş olması nedeniyle ortalama yaşayan çocuk sayısının Türkiye genelinin 1,67 katı olduğu dikkati çekmektedir.

Doğum Öncesi ve Sonrası Bakım, Doğuma Yardım

TNSA 1998'e göre, doğum öncesi bakım almayan kadınlar Doğu Anadolu'da %60,6, Güney Anadolu'da %25,4; Doğu Anadolu'da hiç tetanoz aşısı yapılmayan %73,1, Güney Anadolu'da %31,3'tür. Gaziantep kent merkezinde yapılan bir çalışmaya göre kadınların %44,8 i son gebeliğinde en az 1 kez hekim, %39,6'sı ebe kontrolünden geçmiş ve %37,7'sine tetanoz aşısı yapılmıştır. Araştırma sırasında, bölgede doğum öncesi bakım hizmetinden yararlanmama oranının yüksekliği (%92,21), iller arasında pek farklı çıkmamış ve TNSA 1998'deki Doğu Anadolu verisinden çok yüksek bulunmuştur. Tetanoz aşısı yapılmama oranı bölgenin batısındaki illerde daha düşük olmakla birlikte, TNSA 1998'deki Güney Anadolu verisinden yine de yaklaşık iki kat yüksektir (%78,1).

Son 5 yıl içinde doğum yapan kadınların son doğumlarını Gaziantep, Kilis, Adıyaman illerinde çok yüksek sıklıkta sağlık kuruluşunda, ya da sağlık personeli yardımıyla yaptığı, buna karşın bölgenin doğusundaki illerde doğuma yardım eden bireyin esas olarak ara ebesi olduğu dikkati çekmektedir (Şırnak %66,7, Siirt %54,3, Batman %53,7, Diyarbakır %50,7). Bu durum,

hem bu sayılan illerde halkın eğitim düzeyinin daha düşük olmasına, hem de sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmalarına bağlanabilir. TNSA 1998'de, ara ebesinin yardımıyla yapılan doğumların Doğu Anadolu'da yüksek (%25,7) bulunmasına karşın, son 5 yıldaki tüm doğumların incelenmesini kapsadığından araştırmamızda bulunan değerlerden daha düşük çıkmış olabilir (%35,8). TNSA-1998'de Türkiye genelinde ara ebesi yardımıyla doğum yapan kadın oranı %10,4'tür. Gaziantep kent merkezini kapsayan bir çalışmada da doğum yapan kadınların %65,2'sinin sağlık kuruluşunda, %95,2'sinin sağlık personeli yardımıyla doğum yaptığı saptanmıştır.

Bölge' de son 5 yıl içinde doğum yapan kadınların %50,9'unun son doğumlarını sağlık kuruluşunda yapmış olması olumlu bir gelişmedir. Ancak, TNSA-1998'deki Türkiye geneline ilişkin orandan (%72,5) düşüktür. TNSA-1998'de Doğu Anadolu için bu oran %44,4'tür.

Bu konudaki olumlu gelişmelerden biri de; hem kırsal hem de kentsel kesimde toplam gebelik, toplam canlı doğum ve toplam yaşayan çocuk sayısı azaldıkça (diğer bir deyişle kadının yaşı gençleştikçe), sağlık kuruluşlarında doğum yapma oranının artması ve ara ebesi yardımıyla doğum yapma oranının azalmasıdır. Benzer ilişki eğitim ve Türkçe bilme düzeylerinin artması ile görülmektedir.

Son 5 yıl içinde doğum yapmış kadınların son gebeliklerinde ancak %5,4'ünün doğum sonrası bakım alması, bölgede bu konunun hiç önemsenmediğine işaret etmektedir.

Aile Planlaması

Bilgi

Bu araştırmada, Bölge' deki 15+ yaştaki erkeklerin %53,7'sinin, kadınların ise %70,8'inin gebeliği önleyici herhangi bir yöntemi duymuş olmaları, TNSA 1998'deki Türkiye geneli için saptanan oranların çok altında kalmaktadır. Ancak, Gaziantep kırsalında yürütülen bir toplum deneyi çalışmasında 1996 yılında (deney öncesi) gebeliği önleyici herhangi bir yöntem duymuş olma hızının 15-49 yaştaki evli kadınlar arasında %44'lere, bu kadınların kocaları arasında ise %50'lere kadar indiği belirlenmiştir.

Bölgede hem erkeklerin hem kadınların en çok bildiği yöntemler sırasıyla; oral kontraseptifler ve rahim içi araçlardır. Ancak bunların oranları sadece herhangi bir yöntemi duydum diyenlere göre alınmıştır. Herhangi bir yöntemi duymuş tüm kadınlar arasında bilinen ilk 5 yöntem sıralaması hap, RİA, iğne, kondom, tüp ligasyonu; erkekler arasında hap, RİA, kondom, iğne, geri çekme vardır. TNSA-1998'de ise, tüm kadınlar arasında en çok bilinen yöntem sıralaması RİA, hap, kondom, tüp ligasyonu ve geri çekme; kocalar arasında hap, RİA, kondom, geri çekme ve tüp ligasyonu vardır.

Araştırmada dikkati çeken bir nokta da geri çekme yöntemini herhangi bir yöntem duymuş olan erkeklerin yaklaşık %40'ının, kadınların ise yaklaşık %45'inin duymuş olmasıdır. Tüm erkekler ve kadınlar bazında hesaplandığında bu oranlar erkeklerde kırsalda %18,3'e, kentserde %25,9'a; kadınlarda kırsalda %28,0'a, kentserde %36,4'e inmektedir.

Tutum

Bölgede son 5 yılda meydana gelen son gebeliklerin %43,1'inin ya erkek, ya kadın, ya da her ikisi tarafından istenmeden; %11'inin kadınlar ve %30,1'inin her iki eş istemedikleri halde olması aile planlaması hizmetlerinde önemli bir açık bulunduğu işaret etmektedir. Yaşı 30 un altında olan kadınlarda kadın tarafından istenmeyen son gebelik oranı %31,5 iken 30 yaş ve üzerindeki kadınlarda %46 ya çıkmaktadır.

Kadının istemediği son gebelik oranının yaklaşık olarak Batman'da %61'e, Diyarbakır'da %58'e, Siirt ve Şırnak'ta %50 ye ulaşması bu illerde aile planlaması ve istenmeyen gebeliğin

sonlandırılması konusunda açığın büyüklüğünü vurgulamaktadır. Gaziantep kırsalında 1996 da yapılan çalışmada halen evli kadınların %30 ila %48'inin son gebeliklerinde istemeden gebe kaldıkları belirlenmiştir. Bu kadınların %50-60'ı artık başka çocuk istemediklerini belirtmişlerdir.

Bölgede, 2 yaşayan çocuğu bulunan kadınların %49,7'sinin, 3 yaşayan çocuğu bulunanların %70'i, 4 ve daha çok çocuğu bulunanların %92,4'ünün başka çocuk istememeleri, çocuk sayısını sınırlama isteğinin yaygınlığını ortaya çıkarmaktadır. Bu değerler, 2 ve 3 çocuklu kadınlar arasında, TNSA-1998'deki Doğu Anadolu'ya ve Güney Anadolu'ya ilişkin oranlardan düşük olmakla birlikte, 4 ve daha çok çocuklu kadınlarda TNSA 1998'in bu bölgelerdeki oranlarından yüksektir.

Davranış

GAP Bölgesi'nde yapılan bu araştırmada, 15 ve üzeri yaştaki evlenmiş kadınların %54,5'inin gebeliği önleyici herhangi bir yöntemi hiç kullanmamış olmaları, TNSA- 1998'deki halen evli kadınlar arasında geçmişte kullanmamış hızı olan %15,8 ve araştırma sırasında kullanmıyor olma hızı olan %36,1 yanında çok yüksektir. Bu görüşü, bölgenin doğusuna gidildikçe hiç kullanmayan kadınların oranının artması desteklemektedir; Şırnak'ta bu hız %83,3'e çıkmaktadır. TNSA 1998'de Doğu Anadolu için halen evli kadınlardan, araştırma sırasında herhangi bir yöntem kullanma hızı %42,0'dır. Gaziantep kırsalında 1996 da yapılan çalışmada halen evli kadınlar arasında halen herhangi bir yöntem kullanma hızı %6,3 olarak belirlenmiştir.

Bölgede 15+ yaştaki evlenmiş Türkçe bilmeyen ya da biraz bilen kadınlar arasında gebeliği önleyici herhangi bir yöntemi hiç kullanmamış olma hızının Türkçe bilenlerdekisinin yaklaşık 2 katı; halen ve geçmişte kullanma hızlarının ise Türkçe bilenler arasında bilmeyenlerinkinin yaklaşık 2 katı olması, dil sorununun bu hizmetten yararlanmayı doğrudan etkilediği izlenimi vermektedir.

Araştırma sırasında, gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmakta olan evlenmiş kadınların 1. tercihlerinin %32,5 ile RİA olması ve tüp ligasyon kullanımının da 4. sırada yer alması dikkati çekmiştir. 15+ yaştaki tüm evlenmiş kadınlar arasında bu yöntemleri kullananlar sırasıyla %10,08 ve %2,83'tür. Bu oranlar Doğu Anadolu için TNSA-1998 verilerinin çok altındadır. Ancak geri çekme (TNSA-1998 de Doğu Anadolu için %14,4, Türkiye geneli için %24,4) gibi geleneksel yöntemlerin bölgede bu kadar düşük hızda (%8,19) kullanılıyor olması ve RİA' nın şimdiden en çok kullanılan yöntem olması, ciddi bir üreme sağlığı hizmeti verildiğinde, başarı olasılığının da yüksek olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırma sırasında geri çekmenin kullanılma hızının RİA' nın ardından 2. sıraya düşmesi, TNSA-1998'de Türkiye geneli için verilen hızlardan görülene ters düşmektedir. Ancak TNSA-1998'de dahi Doğu Anadolu'da bu iki yöntemin hemen hemen aynı hızda kullanıldığı belirlenmiştir (sırasıyla %14,0 ve %14,4). Bölgede RİA kullanımının bu şekilde öne geçmesinde en büyük etken, Gaziantep'te herhangi bir yöntem kullanan kadınların %44,3'ünün RİA kullanması ve Şanlıurfa ve Diyarbakır'da da bu yöntemin 1. sırada olmasıdır.

Kullanılan Yöntemin Öğrenilme Şekli ve Temin Edildiği Yer

Araştırma sırasında herhangi bir yöntem kullanmakta olan kadınların bu yöntemi en çok sağlık personelinin öğrendiği olmaları da (%46,7), Şırnak ili dışında sağlık personelinin elinde bu konuda büyük bir olanak olduğuna işaret etmektedir. 1996 yılında yapılan bir toplum deneyinde deney öncesi Gaziantep kırsalında aile planlaması konusundaki bilginin öğrenildiği başlıca kaynak sağlık personeli (kadınlarda %46-56 arasında, erkeklerde %48-68 arasında değişen oranlarda) olarak belirlenmiştir.

ÇOCUK SAĞLIĞI

0-59 aylık çocukların soru kağıdı uygulanan bireylerin %14,6'sını oluşturduğu ve bunun da GAP Bölgesindeki 0-59 aylık çocuk nüfusunu yansıttığı anlaşılmaktadır. DİE'nin 1990 verileri, GAP Bölgesi'nde bu yaş grubunun, nüfusun yaklaşık %16'sı olduğunu göstermektedir. TNSA-1998'e göre, bu yaş grubu Türkiye genelinde nüfusun %10,1 ini oluşturmaktadır.

Bölge' deki 0-59 aylık çocukların %95'inin ebe tarafından herhangi bir zamanda hiç izlenmemiş olması temel sağlık hizmetlerinde tam bir boşluğa işaret etmektedir. Aynı saptama, son 5 yıl içinde doğum yapan kadınların, son gebelikleri sırasında, %95,2'sinin hiç izlenmemiş olması ve yine bu kadınların %78'ine hiç tetanoz aşısı yapılmamış olması ile desteklenmektedir.

Sağlık müdürlüklerinin verilerine göre, bölgede sağlık evlerinin %71,7'sinin, sağlık ocaklarının %13,4'ünün kapalı olması; sağlık evi ebesi başına 5093, sağlık ocağı hekimi başına 6279 ve sağlık ocağı hemşiresi başına 7654 kişi düşüyor olması, bu yetersizliği bütünü ile açıklamamaktadır.

Bölge' deki 0-59 aylık çocukların %1,4'ünün özürlü ve %0,9'unun doğumsal özürlü bulunması bu konudaki literatür ile uyuşmamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün bir yayınına göre doğumsal özürlüler doğumların %3-4'ünde görülür.

Bölgedeki 5 yaş altı çocukların sadece %35'inin ilk 1 saat içinde, %31,9'unun ise 2-24 saat içinde emzirilmesi, bölgede bebek beslenmesi konusunda geleneksel uygulamaların sürdürüğüne işaret etmektedir.

Çocuk beslenmesi ile ilgili diğer bir problem bölgedeki 5 yaş altı çocukların %34,7 sine ilk verilen gıdanın şekerli su olmasıdır. Buna diğer gıdaların verildiği %9 luk çocuk oranını da, eklersek bu bölgede bebek beslenmesi konusunda yanlış geleneksel uygulamaların yoğun bir biçimde sürmekte olduğu ve sağlık eğitimi çalışmalarının yetersiz ve etkisiz olduğu sonucuna varılır. Bu yanlış uygulama Şırnak ve Mardin'de çok yüksek oranlardadır. Bu iki ilde ilk gıda olarak anne sütü verme çok düşük oranlarda kalmakta, buna karşın yeni doğana ilk gıda olarak şekerli su verilmesi oldukça yaygın bulunmuştur (sırasıyla %73,3 ve %64,2).

Bölgedeki 5 yaş altı çocukların ek gıdaya başlanma yaş ortalamasının 6,5 ay dolayında olması yine geleneksel uygulamaların sürmekte oluşu nedeniyle ek gıdaya başlamada biraz geç kalındığına işaret etmektedir.

Bölge' deki 5 yaş altı çocukların sadece %30'unun tam aşı olması, %18'ine hiç aşı yapılmamış olması ve %17'sinin ailesinin aşı yapıp yapılmadığını bilmemesi, %34,7'sinin eksik aşılanmış olması, bölgede bağışıklama çalışmalarının yetersizliğini göstermektedir. Hiç aşı yapılmamış çocuk oranının en yüksek olduğu il Şanlıurfa, tam aşı oranının en düşük olduğu iller ise sırasıyla Şırnak (%6,7) ve Mardin (%9,4)'dir.

Bölgede çocuklara aşı kartı verilmesi bakımından en başarılı iller Gaziantep (%80,5) ve Kilis (%80,0) tir. En başarısız il ise %1,8 ile Siirt'tir.

Bölgedeki 12-23 aylık çocuklarda aşılama yüzdeleri incelendiğinde BCG %76,7, DBT+Polio III %62, Kızamık %62,7, Hepatit III %44 olarak bulunmuştur. Bu oranlar hedeflenen %80 aşılama oranına 12-23 aylık çocuklarda bile ulaşamadığını göstermektedir.

Bölgede 0-59 aylık çocukların yaklaşık %40'a yakınının malnütrisyonlu (%35,6'sının bodur, %15,1'inin kavruk, %4,4'ünün zayıf) olduğu, yaklaşık %17'sinin ağır malnütrisyonlu (%16,9'unun çok bodur, %3,9'unun çok kavruk, %1,1'inin çok zayıf) olduğu belirlenmiştir. Bu da bölgede çocuk sağlığına ve beslenmesine gereken önemin verilmediğini göstermektedir.

Bazı illerde bu oranlar, bölge genelinin de çok üzerindedir. Örneğin, bodurluk hızı Diyarbakır'da %46,0 Şanlıurfa'da %45,0 Mardin'de %42,7'dir. Kavruk hızı ise Şırnak'ta %21,2, Şanlıurfa'da %21,1'dir. Zayıflık hızı ise Kilis'te %12,5, Şırnak'ta %12,1'dir. Bu durum,

bazı illerde çocukların yeterli ve dengeli beslenmesinde belki de geleneksel tutumlar nedeni ile daha büyük sorun olduğunu göstermektedir.

Araştırma sırasında bölgedeki 5 yaş altı çocukların %27,5'inin son bir ayda öksürüklü hastalık geçirdiği belirlenmiştir. En yüksek oran da Gaziantep'te saptanmıştır. Gaziantep kentselinde yapılan bir uzmanlık tezinde bu hız aydan aya değişme göstererek %13,26 ile %76,2 arasında belirlenmiştir.

İshalli hastalıkları araştırmalarda saptayabilmek için, son 15 gün içinde ishal olup olmadığı sorulur. Araştırma sırasında da bu sorulmuş ve bölgedeki 5 yaş altı çocuklardan %29,5'inin son 15 gün içinde ishal yakınması olduğu belirlenmiştir. İshal yakınması olanlar Siirt ve Şırnak'ta yüksek bulunmuştur (sırasıyla %74,6 ve %63,9).

SİGARA KULLANIMI

GAP Bölgesi'nde evlerin yaklaşık 2/3'ünde evde sürekli sigara içen bir birey bulunmaktadır. Bu oran illere göre önemli değişiklikler göstermektedir. Bu oranın en yüksek olduğu il Diyarbakır (%78,4), en düşük olduğu il ise Siirt'tir (%61,8). Araştırmada 15 yaş üzeri kişilerde sigara içme oranı %29,5 olarak bulunmuştur. Bölgedeki konutların %70'inde sigara içiliyor olması, sigara içme oranının 15 yaş üzeri grupta kadınlarda %11,9, erkeklerde %49,6 oranında saptanması (genelde %29,5) GAP Bölgesi'nde sigara kullanımının ne kadar ciddi boyutlarda bir sorun olduğunu göstermektedir.

KRONİK HASTALIKLAR

Bölgedeki yetişkin erkeklerin %5,4'ünün, kadınların %3,5'inin, 0-59 aylık çocukların ise %1,4'ünün özürlü olması ve yetişkin erkeklerde %1,6, yetişkin kadınlarda %1,4, 0-59 aylık çocuklarda %0,9 oranında doğumsal özürlü bulunması gibi düşük değerler olmasının nedeni, bu özürlüleri saptamak için sadece soru kağıdı uygulanması, muayene yapılmaması ve ailelerin özürlü çocuğunu saklaması olabilir.

Bölgede kendi bildirimlerine göre 5+ yaş grubu erkeklerin %1'e yakını, kadınların %2'si diyabetik olarak ifade edilmiştir. Aynı biçimde 5+ yaş grubu erkeklerin %0,2'si, kadınların %1,5'i guatr hastası; erkeklerin %1,4'ü, kadınların %5,4'ü hipertansiyon hastası olduklarını belirtmişlerdir. Bu konularda bu düşük oranların nedeni de sadece soru kağıdına dayanılması ve bu hastalıkların pek görülmediği küçük yaşta kişilerde hesaba katılmasıdır. 40 yaş üzeri grup incelendiğinde hipertansiyon prevalansı kadınlarda %24,4, erkeklerde %17,5'e yükselmektedir.

Bölgede aktif tüberkülozlu rastlanamamış olması bu hastalığın bölgede olmadığı anlamına gelmemelidir. Nitekim sağlık müdürlüklerinin verilerine göre bölgede tüberkülozlu yeni olgular sürekli vardır ve 2000 yılında bunların sayısı 1973 tür. Araştırma sırasında bu kadar az sıklıkta görülen hastalığa rastlanamaması da normaldir. Araştırma sırasında bu ve benzeri hastalıkların (trahom, şark çıbanı, sıtma gibi) araştırma örneğinde aranmasına rağmen bulunamamasının nedeni, toplumda belirli bir sıklığın altına düşen hastalıkların aranmakla (depistajla) değil, çok yönlü ve tüm toplumu kapsayıcı biçimde hizmet veren (alan hakimiyeti stratejisi ile çalışan) sağlık örgütlerinin toplumdaki herkesi sürekli ve düzenli olarak gözetim ve denetim altında bulundurması ile saptanabileceği gerçeğidir.

BULAŞICI HASTALIKLAR

Vektörlerle bulaşan hastalıklar

Bölgede yaşayan 5+ yaştaki erkeklerin %1,0'ında, kadınların %1,5'inde, 0-59 aylık çocukların %0,5'inde şark çıbanı skatrisi saptanmıştır. Şark çıbanı açısından erkekler Şanlıurfa ve Kilis'te, kadınlar Gaziantep'te daha yüksek riskli gruplar olarak saptanmıştır. Şark çıbanı geçirmiş olan kişilerin sayısındaki düşüklük, bölgede ensektisitlerin kullanımı sonucu şark çıbanı etkeninin (*Leishmania tropica*) taşıyıcısı (vektör) tatarcık sineğinin (*phlebotomus*) azalmış olmasına bağlıdır.

Bölgede yaşayan 5+ yaştaki erkeklerin ve kadınların %1,6'sı, çocukların %0,3'ü geçirilmiş trahom öyküsü vermişlerdir. Bu hastalık açısından risk, bölgenin doğusundaki illerde hem erkeklerde hem kadınlarda artmaktadır.

Bölgede yaşayan 5+ yaştaki erkeklerin %6,6'sı, kadınların %7,1'i, 0-59 aylık çocukların %1,4'ü geçirilmiş sıtma öyküsü vermişlerdir. Sıtma açısından hem erkekler, hem kadınların bölgenin doğusundaki illerde daha büyük risk altında oldukları belirlenmiştir.

Çevre verilerine göre, bölgedeki konutların %99,2'sinin katı atıkların toplandığı yerlerde olmasına karşın, katı atıkların toplandığı yerlerdeki konutların sadece %53'ü katı atıkların kapaklı bidonlarda biriktirildiği yerlerdedir. Bunların %39,0'ının çeşitli tipte katı atıkları birlikte toplanmaktadır. Katı atıkların toplandığı yerlerdeki konutların %63,9'u yeterli katı atık toplama aracının, %23,2'sinin katı atık depolama alanının olmadığı yerlerde bulunmaktadır. Katı atık depolama alanı olan yerleşim yerlerindeki konutların %41,6'sı katı atık depolanmasının düzenli yapılmadığı, %21,8'i katı atık depolanma alanlarının ilaçlanmadığı yerlerde bulunmaktadır.

Aynı şekilde bölgenin kentsel kesiminde konutların %17,8'inde hayvan beslenmektedir (kırsalda %72,9). Hayvanlarla iç içe yaşama, zoonozlar açısından da bölgenin önemli risk taşıdığına işaret etmektedir. Hayvan beslemek için kullanılan ahırlar hem sivrisinekler için ideal barınak, hem de içerisindeki hayvan gübreleri karasinekler için ideal üreme ortamıdır.

Bölgede araştırmaya alınan yerleşim yerlerindeki konutların %83,2'sinin toprağın atık sularla, %47,9'unun katı atıklarla, %47,6'sının çarpık yerleşimle, %5,3'nün sanayi aracılığı ile kirletilmekte olan yerlerde olması, bulaşıcı hastalıkların sık görülmesinin nedeni olduğu gibi, daha önce sözünü ettiğimiz atık su, katı atık yönetimlerinin ciddiye alınmadığı görüşünü destekleyici bulgulardır.

Su ve Besinlerle Bulaşan Bakteriyel Hastalıklar

Araştırma sırasında örneğe dahil olup da gaita örneği toplanabilen 4357 kişinin %5,9'unda SS (*Salmonella-Shigella*) besi yerinde (bakteri üreme ortamında) üreme olmuştur. Bu durum, bölgede tip tayini yapılmasa bile *Salmonella* ve *Shigella*'nın taşıyıcılarının bulunduğu, su ve besin kaynaklı ishalleri hastalık salgınlarının olabileceğinin belirtisidir.

SS (+) olanlarda yapılan tip tayinlerinde 8 kişide *Salmonella typhi*, 4 kişide *Shigella*, 1 kişide *Yersinia enterocolitica* saptanmıştır.

Bildirimi zorunlu bazı bulaşıcı hastalıklara ilişkin il sağlık müdürlüklerinin verileri incelendiğinde; 2001 yılında dahi insanlarda tifo, amipli dizanteri, hepatit A ve ishalleri hastalıkların bütün illerde bol miktarda saptandığı görülmektedir. Üstelik 1997, 1998, 1999 yıllarında Türkiye'de saptanan tifo olgularının neredeyse tamamı, amipli dizanteri olgularının yaklaşık yarısı, diğer ishalleri hastalıklarının yaklaşık 1/10'i GAP Bölgesi'nde görülmüştür. Hepatit A olgularında aynı oranlara ulaşamaması saptanma güçlüğünden olabilir. Buna karşın, basilli dizanteri olgularının sağlık müdürlüklerinin kayıtlarında olmadığı bildirilmiştir.

SS besi yerinde üreme sıklığının o ildeki sulu tarım alanlarının büyüklüğü ile de bir ilgisi belirlenememiştir. Bu da özellikle bakteriyolojik muayene için spesifik transport besi yeri kullanılmamasından ya da benzeri nedenlerden kaynaklanabilir. Buna karşın basilli dizanteri olgularının sağlık müdürlüklerinin kayıtlarında olmadığı bildirilmiştir.

Bruselloz hastalığının yayılmasında tek geçiş yolu olan çiğ süt ve çiğ süttten yapılmış gıdaların (taze peynir ve tereyağı) tüketilme alışkanlığının bölgede ailelerin %70,5'inde bulunması ve bunun Gaziantep ve Şanlıurfa'da %80'lere çıkması, bu hastalık açısından da bölgenin önemli bir risk taşıdığını göstermektedir. Nitekim bir zoonoz olan bu hastalık sağlık müdürlüğü verilerine göre özellikle Diyarbakır ve Mardin illerinde olmak üzere bölgenin tüm illerinde insanlarda saptanmıştır.

Su ve Besinlerle Bulaşan Paraziter Hastalıklar

Araştırma sırasında örneğe dahil olup da gaitada parazit için gaita örneği toplanabilen 5+ yaştaki erkeklerin %41,8'inde, kadınların %44,3'ünde, 0-59 aylık çocukların %32,2'sinde gaitada parazit saptanması bölgede paraziter hastalıkların ne kadar yaygın olduğuna işaret etmektedir. Çocuklarda %40 lara varan malnütrisyon bulunmasının önemli nedenlerinden biri de paraziter hastalıkların yaygın olması olabilir.

Bölgede gaita örneklerinde en sık görülen etkenler 5+ yaş grubu erkeklerde Entamoeba coli, Giardia intestinalis, Trichuris trichura, Hymenolopis nana ve Ascaris lumbricoides; 5+ yaş grubu kadınlarda Entamoeba coli, Giardia intestinalis, Ascaris lumbricoides, Trichuris trichura ve Entamoeba histolytica; 0-59 aylık çocuklarda ise Giardia intestinalis (ki beslenme üzerine doğrudan olumsuz etkisi vardır), Entamoeba coli, Hymenolopis nana, B. hominis ve Ascaris lumbricoides'tir. Bunların büyük çoğunluğu özellikle kirli (bulaşlı) suların içilmesi ve kirli sularla sulanmış sebze ve meyvelerin tüketilmesiyle geçen hastalıklardır.

Bölgede, paraziter hastalıkların yayılmasında önemli bir etken çiğ köfte yeme (gerek çiğ et gerekse kirli sularla sulanmış sebzelerle birlikte tüketildiği için) alışkanlığıdır. Çiğ köfte yeme alışkanlığı ailelerin %64,4'ünde olup, bu oranın bölgenin batısındaki Gaziantep, Kilis, Adıyaman ve Şanlıurfa'da %85'in üzerine çıkması, bölgenin teniasis ve toksoplazmosis açısından önemli bir risk taşıdığını göstermektedir. Bu nedenle çiğ köfte yeme alışkanlığının sona erdirilmesi veya çiğ köftenin koyun etinden yapılması etlerin çiğ yenmemesi sebzelerin sağlıklı sularla iyi temizlenmesi için yoğun eğitim yapılması gereklidir.

Araştırma sırasında Schistosomiyazis'e (Kan İşeme Hastalığı) rastlanmamıştır. Bu hastalığın sadece güney sınır köylerimizden bazılarında görüldüğüne ait yayınlar vardır. Komşu ülkelerden Irak, Suriye ve İran'da bu hastalık bulunmaktadır. Dünyada Senegal, Mısır, Sudan ve Filipinler'de barajlar ve büyük sulama projelerinin başarısını engellemiş olan bu hastalığın GAP Bölgesine gelmemesi için gerekli önlemler alınmalıdır. Bir araştırmaya göre Harran ve civarında, Ceylanpınar' da arakonak Bulinus cinsi tatlısu salyangozları saptanmış ve Dünya Sağlık Örgütü'ne bildirilmiştir.

İçme ve Kullanma Suları

Örneğe çıkan yerleşim yerlerindeki konutların içme-kullanma suları illerdeki çevre mühendisleri tarafından değerlendirilmiştir. Bu yerleşim yerlerindeki konutların %29,4'ü içme ve kullanma sularını yer altı su kaynaklarından, %27,8'i (tümü Gaziantep kentselini içeriyor) barajlardan, %38,6'sı ise karışık olarak sağlamaktadır. Her ne kadar GAP İdaresi'nin iki sitesindeki verilere göre bölgede 1985-1995 arasında kırsal su temini oranının %57 den %67'ye, kentsel su temini oranının ise %15'den %57'ye çıktığı belirtilmekteyse de, çevre verilerine göre, konutların %46,2'sinin içme suyu yetersizdir. Bölgede içme ve kullanma suyu yeterli olan konut oranın kırsalda %58,8, kentselde %42,6 olması 1995 yılından bu yana bölgede nüfusun artması

ile sağlanan suların daha da yetersiz hale geldiğine ya da GAP İdaresi'nin yerleşim yeri bazında değerlendirme yapmasına bağlanabilir. Bazı illerde (Mardin, Şırnak, Şanlıurfa il genelinde ve Diyarbakır ve Siirt kırsalında) şebekeden su sağlama olanağı, %50'lere kadar inmekle birlikte genelde kırsalda %78,1, kentserde %89,6 ve toplamda %89,1'dir.

GAP Bölgesi'nde konutların %95,5'i yakın çevresinde tarımsal faaliyet, %37,5'i hayvancılık, %26,0'ı endüstriyel faaliyet, %41,4'ü çarpık yerleşim bulunan su kaynaklarından gelen suları kullanmaktadır.

Bazı illerde (Adıyaman geneli ve Şırnak, Diyarbakır ve Şanlıurfa kırsalı) konutların büyük bir bölümü kaynak koruma olanaklarının olmadığı kaynaklardan gelen suları kullanmaktadırlar. Bölgenin doğusundaki kırsal kesimlerde ve Şırnak genelinde konutlar, klorlanma işlemlerinin olmadığı ya da düzenli yapılmadığı (kırsalda konutların %24,5'i ve %27,1'i) sulardan yararlanmaktadır. Yine GAP Bölgesi kırsalında ve Şırnak genelinde konutların %24,3'ünün su analizleri hiç yapılmamakta, %36,8'inin ise seyrek olarak yapılmaktadır.

Hane ve Hane Halkı Soru kağıtlarından elde edilen verilere göre, bölgede içme-kullanma suyunu şebekeden sağlayan konutların oranı kırsal kesimde %60,0 iken, kentssel kesimde %93,3'dür. Çevre verilerine göre bu oranlar sırasıyla %78,1 ve %89,6'dır. Bu veriler, aslında su ile bulaşan hastalıkların bölgede kolayca kontrol altına alınabileceğine işaret etmektedir. Bu görüşümüzü, konutların %70'inde içme sularının konutun içinde yer alması da desteklemektedir.

Bölgede, suyu klorlanabilecek yerlerdeki konutların sularının %74,2'sinde klor bulunmamıştır. Bu değer kentssel kesimde %61, kırsal kesimde %95 olması, yerel yönetimlerin konutlara sağlıklı su sağlamada ne kadar yetersiz kaldıklarını göstermektedir. Aynı görüş bakteriyolojik ve kimyasal su analizlerinin sonuçlarıyla da desteklenmektedir.

Bakteriyolojik olarak suların %45,9'u (kırsalda %71,7'si, kentserde %22,9'u) kirlidir. Bu durum bölgede su kaynaklı bulaşıcı hastalıkların her an potansiyel olarak salgın yapma olasılığının sürekli olarak bulunduğunu göstermektedir. Analiz edilen içme sularının kimyasal nitelik açısından da %28,4'ünün içmeye uygun bulunmaması yukarıda belirtilen görüşü desteklemektedir.

Bölgede mutfağında şebeke suyu bulunan konut %70,8, tuvaletinde şebeke suyu bulunan ise %62,7'dir. Bu değerler de suyla bulaşan hastalıklarla savaş için iyi bir olanak bulunduğunu göstermektedir. Bu açıdan da Diyarbakır, Siirt ve Şırnak kırsalında sorun vardır. Tuvaletinde el yıkama yeri ve sabun bulunmayan konut oranının özellikle kırsal kesimde ve Şanlıurfa' da yüksek olması, bu konuda bölgede eğitim eksikliği olduğuna işaret eder.

Hava Kirliliği

Bölgedeki dokuz ilden sadece kentssel nüfusu çok olan Gaziantep, Şanlıurfa ve Diyarbakır kentsselinde hava kirliliği ölçümleri yapıldığı; buna karşın Adıyaman, Diyarbakır ve Batman kentsselinde kış aylarında belirgin hava kirliliği olduğu belirlenmiştir.

Toprak Kirliliği

Bölge' de araştırmaya alınan yerleşim yerlerindeki konutların %83,2'sinin atık sularla, %47,9'unun katı atıklarla, %47,6'sının çarpık yerleşimle, %5,3'ünün ise sanayi aracılığıyla kirlenmekte olan yerlerde bulunması ve bu kirlenmenin, kentssel kesimdekilerin yarısından az olmakla birlikte, kırsal yörelerde de olması, bulaşıcı hastalıkların sık görülmesinin nedeni olduğu gibi, daha önce sözünü ettiğimiz atık su ve katı atık yönetimlerinin ciddiye alınmadığı görüşünü destekleyici bulgulardır.

Bölgede katı atık ve çarpık yerleşimle kirlenmenin olmadığı yerler Gaziantep ve Şırnak illeri, atık su ile kirlenmenin olmadığı yer ise Siirt ilidir.

Atıklar

Atık Sular ve Kanalizasyon

Bölge' de, çevre konusunda toplanan verilere göre konutların %88,3'ü kanalizasyonun konutları kapsama düzeyinin %70 ya da daha fazla olduğu yerleşim yerlerindedir. Bu oran kentsel kesimde %89,8, kırsal kesimde %57,1'dir. Bu oran Mardin genelinde çok düşüktür (genelde %7,4, kentselde %0,0). Aynı oran Gaziantep, Diyarbakır, Siirt ve Batman' da yüksektir.

Hane Halkı ve Haneler için uygulanan soru kağıtlarından elde edilen verilere göre bölgedeki tuvaletleri sağlıklı olan konut %50 yi bulmakta olup, kırsal kesimde bunun %75'e çıkması, bağımsız tuvalet varlığına ilişkin görece yüksek oranın (%61,8)sağlıklı yaşam için olumlu olabilecek etkisini ortadan kaldırmaktadır.

Bölgede tuvaletleri kanalizasyona bağlı konutların %71,5 olması, olumlu bir gösterge gibi durmasına karşın, kırsal bölgelerde bu değerler çok aşağılara düşmektedir. Bu durum bazı kent merkezlerinde (Şırnak, Mardin, Şanlıurfa) %68,0-88,6 arasında olup, belediye hizmetlerinde yetersizliğe işaret etmekte ve suyla bulaşan hastalıkların yayılması için uygun zemin oluşturmaktadır.

Katı Atıklar

Çevre verilerine göre, bölgedeki konutların %99,2'si katı atıkların toplandığı yerlerdedir. Buna karşın, katı atıkların toplandığı yerlerdeki konutların %53'ü katı atıkların kapaklı bidonlarda biriktirildiği yerlerdedir. Bunların %39,0'ı çeşitli tipte katı atıkların (evsel, tıbbi, endüstriyel nitelikli) birlikte toplandığı yerlerdedir. Katı atıkların toplandığı yerlerdeki konutların %63,9'u yeterli katı atık toplama aracının, %23,2'si katı atık depolama alanının olmadığı yerlerde olduğu belirlenmiştir. Katı atık depolama alanı olan yerleşim yerlerindeki konutların %41,6'sı katı atık depolanmasının düzenli yapılmadığı, %21,8'i katı atık depolanma alanlarının ilaçlanmadığı yerlerde bulunmaktadır.

Tıbbi Atıklar

Bölgedeki katı atıkların toplandığı yerleşim yerlerindeki konutların %96,8'inin tıbbi atıkların ayrıca toplandığı yerlerde olduğu belirlenmiştir. Bu durum bölgemiz için oldukça iyi bir düzeydir.

Gürültü Kirliliği

Bölgedeki araştırmaya alınan kentsel yerleşim yerlerindeki konutların %84,4'ünün gürültü kirliliği olan yerlerde olup, bu da esas olarak trafikten kaynaklanmaktadır. Bu durum, bu bölgede gürültü kirliliğinin şimdiden tehlikeli boyutlarda olduğunu göstermektedir.

Meteorolojik Durum

Meteoroloji Genel Müdürlüğü'nün verilerine göre son 12 yılda bölgedeki illerde yıllık toplam yağış, yıllık ortalama sıcaklık ve yıllık ortalama nisbi nem oranında değişiklik olmadığı, dolayısıyla bölgede yapılan barajlara bağlı olarak henüz iklim koşullarında değişiklik olmadığı sonucuna varılmıştır. Bölgede ilden ile değişmekle birlikte ortalama yıllık sıcaklık yaklaşık 15-20 derece arasında, yıllık ortalama nisbi (oransal) nem yaklaşık %49-60 arasında, yıllık ortalama yağış ise yaklaşık 490-725 mm arasındadır.

TARIM ve HAYVANCILIK

GAP Bölgesi toplam arazisi olan 7.526.600 Ha'nın %42'sinin ekilebilir arazi olduğu anlaşılmaktadır. Araştırma sırasında, bölge illeri tarım müdürlüklerinden alınan verilere göre, ekilebilir arazi %14.7 lik bir artışla (483.247 Ha) 3.578.875 Ha'ya çıkmıştır. Kuru tarım alanı ekilebilir arazinin %79.22 sini (2.835.083 Ha) oluşturmaktadır. Anılan çalışmanın yapıldığı yıldan bu yana hem ekilebilir hem de kuru tarım arazisinde %10 civarında bir artış olduğu görülmektedir. Sulu tarım arazisi ise adı geçen çalışmada 223.127 Ha iken projemiz verilerine göre 604.763 Ha olarak saptanmıştır. Sulu tarım arazisi, ekilebilir arazinin %7.07 si iken aradan geçen altı yıllık sürede, %17.30 a ulaşmıştır.

İl tarım müdürlüklerinden alınan verilere göre, GAP illerinde 2000 yılında toplam 3.269.850 Kg pestisit kullanılmıştır. Mardin, Kilis ve Gaziantep'te Ha başına 2.00 – 2.79 Kg, diğer illerde hektar başına 2 Kg dan daha az pestisit kullanılmaktadır. Daha önceki yıllara ait pestisit kullanımı hakkında sayısal verilere rastlanmamıştır.

Bölgedeki veteriner hekim sayısının Avrupa Birliği standartlarına göre 10.000 büyük ve küçükbaş hayvana karşılık 1 olması gerekirken bölgede yaklaşık 40.000 hayvana karşılık 1 olduğu dikkati çekmiştir.

Zoonozlarla ilgili elimizde bölgeyle ilgili veteriner kontrol laboratuvarlarının verileri vardır. Bu verilere göre 2000 yılında bölgede hayvanlarda sadece kuduz, kist hidatik ve brusella görülmektedir.

Değişik yıllara ait kayıtlara göre, GAP Bölgesi illerinde Kuduz, Ruam, Şarbon, Bruselloz, Salmonelloz, Kist Hidatik bulunmaktadır. Bu hastalıklar hakkında bölgede kapsamlı bir araştırma yapılmadığından hayvanlar arasında zoonozların ne oranda yaygın olduğu bilinmemektedir. Halk sağlığı açısından önemi çok büyük olan zoonotik hastalıkların yaygınlığı hakkında kapsamlı araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Bölgede zoonotik hastalıkların insanlarda ne oranda yaygın olduğuna ait kapsamlı araştırma projelerinin yapılması halk sağlığı açısından son derecede önemli olup GAP Bölgesi insanının sağlıklı yaşaması ve GAP'ın başarılı olması için bu hastalıklara özel kontrol yöntemlerinin uygulanması gerekmektedir.

EYLEM PLANI

GAP Bölgesi'nde var olan veya barajlar, sulama altyapıları, tarımda sulamanın yaygınlaşması, ürün deseninin ve tarımsal pratiklerin değişmesi, sanayileşme ve kentleşme sonucunda oluşacak ekolojik ve çevresel değişmelere bağlı olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını, özellikle su ile gelen hastalıkları ve nedenlerini belirlemeyi; ortaya çıkabilecek sağlık sorunları ve bunların önlenmesine yönelik politika, strateji ve uygulama yöntem ve araçlarını geliştirmeyi; ve bu alanda bir eylem planı ile bir izleme ve değerlendirme sistemi kurmayı amaçlayan bu projede örneğe seçilen 1150 konuttan 1126 sına (%97,9 una) ulaşılabilmektedir. Bu konutlarda yaşayıp soru kağıdı uygulanabilen 7240 bireyde (hedeflenen birey sayısı 6900 olmasına rağmen) fizik ve laboratuvar muayeneleri yapılmıştır. Ayrıca örneğe çıkan konutların bulunduğu yerleşim yerlerine yönelik çevre soru kağıdı uygulanmıştır. Bölgedeki illere ilişkin tarım ve hayvancılık verilerini sağlamak için ayrı soru kağıtları uygulanmıştır.

SORUN 1- AŞIRI DOĞURGANLIK SORUNU

Kadın ve çocuk sağlığı üzerinde önemli etkileri olan aşırı doğurganlık sorunu bölge genelinde ve özellikle Mardin, Şırnak, Batman, Diyarbakır, Şanlıurfa ve Siirt illerinde vardır.

Çözümler:

Üreme sağlığı hizmetlerinin etkin, yaygın, ücretsiz ve tüm kademelerde bütünleşik olarak verilmesi,

Üreme sağlığı konusunda gerek okullarda, gerek halka yönelik eğitim verilmesi,

Üreme sağlığı konusunda bölgedeki sağlık personelinin hizmet-içi eğitimine ve sağlık okullarında bu konuda etkili eğitim yapılmasına ağırlık verilmesi,

Bölgede özellikle kadınların eğitim düzeyinin 8 yıla çıkarılması ve okuryazarlık oranının artırılması.

Sorumlu Kurum: Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Üniversiteler, Sivil Toplum Örgütleri

Eylem:

- A- Bölgede özellikle kadınlar arasında okuryazarlık ve 8 yıllık öğretimi bitirme oranlarının artırılabilmesi için ileri yaştaki kadınların okuma-yazma kurslarına gitmelerinin, okul çağındaki kızların ise mutlaka 8 yıllık eğitimi bitirmelerinin sağlanması,
- B- Öğretmenlere ve eğitim fakülteleri öğrencilerine üreme sağlığı konusunda eğitim verilmesi,
- C- Bölgedeki kapalı sağlık ocaklarının ve sağlık evlerinin açılması ve personel eksikliklerinin giderilmesi,
- D- Bölgedeki (özellikle doğudaki 6 ildeki) sağlık personeline birinci ve ikinci basamakta üreme sağlığı eğitimi ve hizmeti konularını da kapsayan hizmet içi eğitim verilmesi,
- E- Bölgedeki işsizlik ve sosyal güvence eksikliği de göz önüne alınarak bölgede aile planlaması için gerekli araç gerecin ücretsiz sağlanması,

- F- Tıp fakültelerinde ve diğer sağlık okullarında öğrencilerin ciddi bir üreme sağlığı eğitimi görmelerinin sağlanması,
- G- Okullarda tüm öğrencilerin üreme sağlığı eğitimi görmelerinin sağlanması,
- H- Üreme sağlığı konusunda eğitim materyali hazırlanması,
- İ- Radyo ve televizyonlarda üreme sağlığı programları yapılması, özellikle yerel yazılı basında bu konuda yazılar yazılması.

İşbirliği: GAP İdaresi, TRT, Yazılı ve Görsel Basın, Yerel Yönetimler

SORUN 2- YETERSİZ EĞİTİM SORUNU

GAP Bölgesi'nde erkek ve kadınlarda okur-yazarlık ve okula devam etme oranları Türkiye genelinin altındadır. Gaziantep ve Kilis dışında ve özellikle kırsal kesimlerde ve özellikle kadınlar arasında bu konudaki oranlar çok yüksektir.

Çözümler:

Yetişkinlere yönelik okuma-yazma kurslarının yaygınlaştırılması.
Sekiz Yıllık İlk Öğretim programına zorunlu katılım sağlanması.

Sorumlu Kurum: Milli Eğitim Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler, GAP İdaresi, Sivil Toplum Örgütleri.

Eylem:

- A- Eğitim program ve materyalinin hazırlanması ve eğitimcilerin saptanması,
- B- Sekiz yıllık eğitime devam denetiminin etkin şekilde yapılması,
- C- Eğitime toplum katılımını sağlamak ve sürekliliğini temin etmek üzere "köy odası", "halkevi", "halk odası", "köy konağı" gibi eğitim merkezlerinin oluşturulması,

İşbirliği: Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, TRT, Yazılı ve Görsel Basın, Yerel Yönetimler,

SORUN 3- AKRABA EVLİLİKLERİ SORUNU

Bölgede akraba evlilikleri Türkiye genelinin yaklaşık iki katıdır. Özellikle Şanlıurfa ve Diyarbakır'da bu sorun bölge genelinden daha büyük boyutludur.

Çözümler:

Konuya ilişkin Halk Sağlığı Eğitiminin etkin, yaygın ve sürekli yapılması.
Okullarda Sağlık Eğitimi.
Genel eğitim düzeyini yükseltmek.

Sorumlu kurum: Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı.

Eylem:

- A- Eğitim materyali hazırlanması (afiş, broşür, video kaset vb)

- B- Eğitim materyalinin her hizmet birimine gönderilmesi
- C- Hizmet birimlerindeki bekleme mahallerinde odio-vizüel gösteriler,
- D- Grup ve bireysel eğitimler
- E- Radyo ve televizyon programları,
- F- Okullar için eğitim program ve materyalinin hazırlanması, dağıtımı,
- G- Öğretmenlerin eğitimi.

İşbirliği: GAP İdaresi, TRT, Yazılı ve Görsel Basın, Yerel Yönetimler, Sivil Toplum Örgütleri.

SORUN 4- İŞSİZLİK ve GÖÇ SORUNU

Bölgede erkeklerde %22,4 işsizlik olduğu ve aile reislerinin %42 sinin hiçbir sosyal güvencesi olmadığı saptanmıştır. Bu oranlar Türkiye geneline göre çok yüksektir. Kadınların %92,5 i ev kadını olup kadınlar arasında da işsizlik yüksek orandadır. Bu sorunlar Mardin, Batman, Siirt, Şırnak, Şanlıurfa, Diyarbakır ve Adıyaman illerinde daha yoğundur. Çoğunluğu ekonomik nedenlerle olan göçler de daha çok bu illerin kentsel yörelerindedir.

Çözüm:

- Yeni iş alanlarının açılması.
- İş alanlarının kırsal bölgelere kaydırılması
- GAP GİDEM gibi iş yaratıcı faaliyetlerin artırılması

Sorumlu Kurum: Bakanlar Kurulu (Maliye Bakanlığı, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, Tarım Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Turizm Bakanlığı, Ulaştırma Bakanlığı, Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı)

Eylem:

- A-Özendirici teşvik tedbirlerinin konması için gerekli yasal düzenlemelerin yapılması,
- B- Organize sanayi sitelerinin kurulması,
- C- Küçük esnafın düşük faiz ve uzun vadeli kredilerle desteklenmesi,
- D- El beceri kursları açılması,
- E- Potansiyel ve doğal iş kaynaklarının harekete geçirilmesi,
- F- Toprak reformu ile topraksız ailelere tarım arazisi sağlanması,
- G-Kırsal bölge halkına iş olanakları için kredi sağlanması veya teşvik tedbirlerinin uygulanması,
- H- Sağlık hizmetlerinin kırsal bölgede daha etkin şekilde verilmesi,
- İ- Eğitim hizmetlerinin kırsal bölgede daha etkin şekilde verilmesi,
- J-Kırsal bölgede güvenliğin sağlanması,
- K-Kırsaldaki küçük yerleşim yerlerinin birleştirilmesi,
- L-Kırsal alanlarda hayvancılığın teşvik edilmesi ve damızlık hayvan sağlanması.

İşbirliği: GAP İdaresi, Yerel Yönetimler, Ticaret ve Sanayi Odaları, Sivil Toplum Örgütleri, Milli Eğitim, Sağlık, İçişleri, Milli Savunma Bakanlıkları.

SORUN 5- TÜRKÇE BİLME VE KULLANMA SORUNU

Bölgede 5 yaş üzeri erkeklerin %15'i ve 5 yaş üzeri kadınların %38'inin (az bilenler dahil) Türkçe bilmediği anlaşılmıştır. Bu oranlar bölgenin doğusuna gidildikçe artmakta ve Şırnak'ta %77,5'e ulaşmaktadır.

Çözüm:

Yetişkinlere yönelik okuma-yazma kurslarının yaygınlaştırılması,
Sekiz Yıllık İlk Öğretim programına zorunlu katılım sağlanması

Sorumlu Kurum: Milli Eğitim Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler, GAP İdaresi, Sivil Toplum Örgütleri.

Eylem:

- A- Eğitim program ve materyalinin hazırlanması, dağıtımı,
- B- Öğretmenlerin eğitimi,
- C- Sekiz yıllık eğitime devam denetiminin etkin şekilde yapılması.

İşbirliği: Yerel Yönetimler, TRT, Yazılı ve Görsel Basın

SORUN 6- İÇME ve KULLANMA SULARI SORUNU

Bölgede değişik kaynaklardan temin edilen içme ve kullanma sularının genelde yetersiz olduğu, su kaynakları yakın çevresinde tarımsal, endüstriyel faaliyetler bulunduğu ve kaynak koruma önlemlerinin olmadığı, şebeke sularında sık kesilmeler olduğu, klorlamanın yetersiz yapıldığı, tarımsal alanlarda aşırı dozda pestisit kullanıldığı saptanmıştır. İçme ve kullanma sularının %50'sinin bakteriyolojik, %28,4'ünün de kimyasal olarak kirli bulunmuş olup GMT'ne (Gıda Maddeleri Tüzüğü) uygun olmadığı sonucuna varılmıştır.

Çözüm: Bölgedeki, Gaziantep dışındaki 8 ile yeterli, sürekli ve sağlıklı içme ve kullanma suyu sağlanması

Sorumlu Kurum: Çevre Bakanlığı, İller Bankası, Yerel Yönetimler, DSİ (Devlet Su İşleri), Köy Hizmetleri.

Eylem:

- A- Su kaynaklarının korumaya alınması,
- B- Tüm su kaynaklarının denetime alınması,
- C- Tüm konutlara yeterli ve kesintisiz olarak şebeke suyu temin edilmesi,
- D- Eski şebekelerin yenilenmesi, sürekli kontrolü,
- E- Su kesilmelerinin önlenmesi,
- F- Su klorlamasının düzenli ve yeterli yapılması,
- G- Su analizlerinin düzenli yapılması,
- H- Halka sağlık eğitimi,
- İ- Çiftçiye aşırı pestisit kullanımının zararları konusunda eğitim.

İşbirliği: Sağlık Bakanlığı, GAP İdaresi, Tarım Bakanlığı, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Sivil Toplum Örgütleri.

SORUN 7- KONUT SAĞLIĞI SORUNU

Bölgede konutların %76'sında bağımsız mutfak, %61,8'inde bağımsız tuvalet ve %71,4'ünde bağımsız banyo olmasına rağmen özellikle konut tuvaletlerinin %50'sinin sağlıksız olması, kırsal kesimde bu oranın %75'e çıkması bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Konutların kırsal kesimde %75 inde, kentsel kesimde %20 sinde hayvan beslenmesi de ayrı bir sorun oluşturmaktadır.

Çözüm:

Konutlarda sağlıklı mutfak, banyo ve tuvalet bulunmasının sağlanması.
Konutlarda hayvan beslenmesinin önüne geçilmesi.

Sorumlu Kurum: Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, Yerel Yönetimler.

Eylem:

- A- Konut projelerinde sağlıklı mutfak, banyo ve tuvalet bulundurulmasının zorunlu hale getirilmesi,
- B- Kent içinde ahırlara ve hayvan beslenmesinin önüne geçilmesi, kırsal kesimde de ev içinde değil ayrı bir yerde hayvan beslenmesi için zorlayıcı önlemler alınması,
- C- Halka bu etkenlerin sağlığa olumsuz etkileri konusunda sağlık eğitimi,
- D- Okullarda sağlık eğitimi,
- E- Gerektiğinde sağlıklı mutfak, banyo, tuvalet yapımı için kredi temini,
- F- Gerektiğinde sağlıklı hayvan barınağı yapmak için kredi temini
- G- Sağlıklı hela yaptırma için halka eğitim.

İşbirliği: Çevre Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, GAP İdaresi, Sivil toplum örgütleri, tarımsal kredi veren kuruluşlar, konut kredisi veren kuruluşlar.

SORUN 8- SIVI ATIK SORUNU

Bölgede Şırnak ve Mardin kentlerinde konutların %30 u kanalizasyona bağlı değildir. Bölgede kanalizasyon bulunan yerleşim yerlerinde kanalizasyonun o yerleşim yerindeki konutların tamamını kapsama oranı düşüktür. Kilis, Gaziantep, Batman, Diyarbakır ve Mardin kentlerinde konutların %83 den fazlası endüstriyel kaynaklı atık suların bulunduğu yerleşim yerlerindedir.

Çözümler:

Kentsel alanlarda kanalizasyonların tüm konutları kapsayacak biçimde ve sağlığa uygun olarak yapılması,
Endüstriyel kaynaklı atık suların arıtıldıktan sonra kanalizasyona verilmesinin sağlanması,
Kanalizasyonların sonunda arıtma tesisi olmasının sağlanması.

Sorumlu Kurum: Yerel yönetimler, İller Bankası, Çevre Bakanlığı

Eylem:

- A- Kanalizasyon şebekelerinin o yerleşim yerindeki tüm konutlara erişmesi için yatırım yapılması,
- B- Kanalizasyon olan yerleşim yerlerinde tüm konutların kanalizasyona bağlı olması zorunluluğunun getirilmesi,
- C- Kanalizasyon olmayan yerlerde sağlıklı hela yapımının zorunlu hale getirilmesi ve bu konuda eğitim yapılması,
- D- Belirlenen yatırımların altından kalkılamayacak boyutlara gelmemesi için halkın gelir düzeyini arttırarak kentlere hızlı göçün önlenmesi,
- E- Aynı nedenle halkın gelir düzeyinin düşmesine engel olmak için aile planlaması konusunda eğitim ve hizmetin yaygınlaştırılması,
- F- Varolan kanalizasyon sistemlerinin sağlıklı duruma getirilmesi,
- G- Endüstriyel kaynaklı atık suların o işletmeden çıkışta ya da organize sanayi bölgesi çıkışlarında arıtılması için yatırım yapılması ve bunların işletilmesi zorunluluğunun getirilmesi ve uygulamanın sıkı biçimde denetlenmesi.

İşbirliği: GAP İdaresi, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Sivil toplum örgütleri, yerel yazılı, sözlü ve görsel basın ve TRT.

SORUN 9- KATI ATIK SORUNU

Bölgede Gaziantep dışındaki illerin özellikle kentsel kesimlerinde, katı atık toplama ve yok etmede büyük sorunlar vardır.

Çözümler:

Bölgede Gaziantep dışındaki illerde özellikle kentsel kesimlerde etkili bir katı atık yönetimi sistemi yerleştirilmesi.

Sorumlu Kurum: Yerel yönetimler, Çevre Bakanlığı, İller Bankası

Eylem:

- A- Her evde ve iş yerinde katı atıkların kapaklı bidonlarda ve ayrıştırılarak toplanması için zorunluluk getirilmesi ve eğitim yapılması,
- B- Biriktirilen katı atıkların günlük olarak ayrıştırılmış biçimde toplanması için yeterli sayıda ve sağlık koşullarına uygun araçlar sağlanması,
- C- Toplanan bu atıkların sağlıklı olarak toplandığı katı atık toplama alanlarının her yerleşim yerinde oluşturulması için yatırım yapılması,
- D- Oluşturulan bu katı atık toplama alanlarının düzenli olarak ilaçlanması sağlanması,
- E- Kentsel kesimde gerek evlerde gerek ahırlarda hayvan beslenmesinin önüne geçilmesi için gerekli yatırımların ve eğitimin yapılması.

İşbirliği: GAP İdaresi, Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Sivil toplum örgütleri, yerel yazılı, sözlü ve görsel basın, TRT

SORUN 10- SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMADA YETERSİZLİK SORUNU

Bölge halkının hastalandıklarında öncelikli tercihlerinin sağlık ocakları olmaması, sağlık ocaklarının ve sağlık evlerinin önemli bir bölümünün kapalı olması, sağlık personeli başına düşen nüfusların Türkiye genelinin 2-3 katı olması, ev ev gezilerek yapılması gereken üreme sağlığı ve çocuk sağlığı hizmetlerinin (bağışıklama dışında) nerede ise durmuş olması, üreme sağlığı ve çocuk sağlığı ile ilgili bulguların bu bulguyu destekleyici ölçüde kötü olması, bağışıklama hizmetlerinde bile hedefin gerisinde kalınması özellikle temel sağlık hizmetlerinden yararlanmada önemli sorunlar olduğunu göstermektedir. İşsizlik ve sosyal güvencesizlik oranlarının yüksekliliği de bu sorunları arttırmaktadır. Eğitim düzeyi ise özellikle üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmada önemli derecede etkili bulunmuştur.

Çözümler:

Aile reislerinin sosyal güvenceye kavuşturulması,
Sağlık ocağı hizmetlerinin etkin hale getirilmesi,
Bölge halkının eğitim düzeyinin yükseltilmesi.

Sorumlu Kurum: Sağlık Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı, Üniversiteler, Milli Eğitim Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı.

Eylem:

- A- Yasa değişikliği veya yeni yasalarla tüm vatandaşların sosyal güvence altına alınması,
- B- Tüm birinci basamak sağlık hizmetlerinin (rutin laboratuvar dahil) sağlık ocaklarında verilmesi,
- C- Sağlık ocağı hekimlerinin TUS stresinden kurtarılması,
- D- Kapalı sağlık ocağı ve sağlık evlerinin açılması,
- E- Sağlık ocak ve sağlık evlerinde personel açığının giderilmesi,
- F- Sağlık ocak ve evlerindeki araç-gereç noksanının giderilmesi
- G- Kırsal kesim sağlık ocaklarında eczacılık hizmetlerinin verilmesi
- H- Gezici sağlık hizmetleri için sağlık ocaklarına yeterli taşıt verilmesi,
- İ- Ev ziyaretleri, gebe ve bebek izlemelerinin düzenli yapılmasının sağlanması,
- J- Acil haller dışında sevk zincirinin mutlaka tesisi ve korunması,
- K- Nüfus hareketlerinin izlenmesi ve sağlık ocakları arasında bilgi paylaşımının sağlanması,
- L- Hizmetiçi eğitimin sürekli ve etkin şekilde yapılması,
- M- Hastanelerde uzman hekim ve yardımcı sağlık personeli açığının giderilmesi,
- N- Tüm sağlık kurumlarında hasta haklarının dikkate alınmasının sağlanması,
- O- Sürekli ve etkin denetim yapılması
- P- Sağlık okullarında verilen eğitimin temel sağlık hizmetlerinde gerekli bilgi ve becerilere odaklandırılması,
- R- Okuma yazma kursları açılması,
- S- 8 yıllık eğitime devamlılığın sıkı takip edilmesi.

İşbirliği: Yerel yönetimler.

SORUN 11- ÜREME SAĞLIĞINA İLİŞKİN SORUNLAR

Bölgede kadınların arasında aşırı doğurganlık Türkiye genelinden yüksek orandadır ve Batman, Siirt, Şırnak ve Mardin'de bölge genelindekinden de yüksektir. Bu illerde kızlar erken evlendirilmekte, erken doğum yapmaktadır. Hem erkeklerin hem kadınların ideal çocuk sayısı 3 iken, 45-49 yaş grubundaki kadınlar 6,6 çocuğa sahip olmaktadır. Bölgede doğum öncesi ve doğum sonrası bakım nerede ise hiç yapılmamaktadır. Gebelere tetanoz aşısı gebe kadınların 1/5 ine ancak yapılmaktadır. Şırnak, Siirt, Batman ve Diyarbakır'da doğumların %50 si ara ebesi yardımıyla, %40 ı ancak sağlık personeli yardımıyla olmaktadır. Hem erkekler hem kadınlar arasında aile planlaması yöntemlerinin duyulma oranı Türkiye genelinden düşüktür ve özellikle Şanlıurfa, Kilis, Diyarbakır ve Batman'da düşüktür. Özellikle bölgenin doğusundaki illerde istenmeyen gebeliklerin oranı ve aile planlaması yöntemlerini hiç kullanmayan oranı yüksek; halen kullanan oranı düşüktür. Okuryazarlık ve ilköğretimi bitirme kadınların yöntemleri öğrenmesini de kullanmasını da önemli ölçüde etkilemektedir.

Çözümler:

- Sağlık ocağı hizmetlerinin etkin hale getirilmesi,
- Bölge halkının eğitim düzeyinin yükseltilmesi.

Sorumlu Kurum: Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Üniversiteler

Eylem:

- A- Yetersiz eğitim sorunu ile ilgili eylemler,
- B- Sağlık hizmetlerinden yararlanmada yetersizlik sorunu ile ilgili eylemler.

SORUN 12- ÇOCUK SAĞLIĞINA İLİŞKİN SORUNLAR

0-59 aylık çocukların bölge nüfusunun %15 ini oluşturması, bebek ölüm hızının %60 olması, doğuşta beklenen yaşam süresinin 60 yılda kalması, doğumdan önce hamilelerin ve doğumdan sonra anne ve bebeklerin %95'inin izlenmemiş olması, kadınların %78'ine hiç tetanoz aşısı yapılmamış olması, çocuk beslenmesine ilişkin uygulamalarda yanlışlıklar olması, 0-59 aylık çocuklarda ASYE ve ishali hastalık geçirme oranlarının yüksek olması, GAP Bölgesi'nde çocuk sağlığında sorun olduğunu göstermektedir. Ayrıca bölgede bağışıklama hizmetlerinin yetersiz olması, parazit hastalıklarının çocukların %32 sinde görülmesi, 0-59 aylık çocukların %40 ında malnütrisyon (kavruk, zayıf ve bodur) görülmesi sorunun büyüklüğünü göstermektedir.

Çözüm:

- Üreme sağlığı hizmetlerinin etkin hale getirilmesi,
- Çocuk sağlığı hizmetlerinin etkin hale getirilmesi,
- Çevre koşullarının sağlık açısından olumlu hale getirilmesi ve denetim altında tutulması,
- Kadınların eğitim düzeyinin yükseltilmesi.

Sorumlu Kurum: Sağlık Bakanlığı, Çevre Bakanlığı, DSİ, Yerel Yönetimler, Milli Eğitim Bakanlığı

Eylem:

- A- Sağlık hizmetlerinden yararlanma ile ilgili eylemler,
- B- Üreme sağlığına ilişkin sorunlarla ilgili eylemler,
- C- Yetersiz eğitim sorunu ile ilgili eylemler,
- D- İçme-kullanma suları, konut sağlığı, sıvı atık ve katı atık sorunlarına ilişkin eylemler,
- E- Annelere bebek beslenmesi ve gelişmesi konusunda sürekli eğitim yapılması,
- F- Sağlıkla ilgili okullarda çocuk sağlığı konusunda eğitime de ağırlık verilmesi.

İşbirliği: GAP İdaresi, Üniversiteler, Sivil toplum örgütleri, yerel yazılı, sözlü ve görsel basın, TRT

SORUN 13- SİGARA KULLANIM SORUNU

Bölgede evlerin %70 inde sürekli sigara içilmesi, erkeklerin %50 sinin, kadınların %12 sinin sigara kullanıyor olması ve bu oranın 15-19 yaş grubundaki erkeklerde %30, kadınlarda %8 olması, bölgede sigara kullanımının sorun olduğunu göstermektedir.

Çözüm:

Tütünün ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin zararları konusunda halka eğitim yapılması,
Aynı konuda tüm okullarda eğitim yapılması.

Sorumlu Kurum: Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Milli Eğitim Bakanlığı.

Eylem:

- A- Tütün ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin zararları konusunda eğitim materyali hazırlanması,
- B- Bu materyale dayanarak halka eğitim yapılması,
- C- Bu konuda tüm okullarda uygulanmak üzere eğitim programları hazırlanması.

İşbirliği: GAP İdaresi, Sivil toplum örgütleri, yerel yazılı, sözlü ve görsel basın, TRT

SORUN 14- KRONİK HASTALIKLAR SORUNU

Araştırma grubunun elindeki olanaklar nedeniyle bu hastalıklar özürülük dahil yalnızca kendi ifadelerine dayanarak saptanmaya çalışıldığı için sorun olarak ortaya çıkarılamamıştır. Ancak, bu durum bölgede bu hastalıkların sorun olmadığı anlamına gelmez. Çünkü, bu araştırma bulgularına göre bölgede akraba evliliklerinin oranı Türkiye genelinin çok üstündedir. Bölgede yapılan bireysel gözlemlerimize göre de hipertansiyon, diyabet gibi hastalıkların sık olması gerekir.

Çözüm:

Bu hastalıkların bölgedeki boyutlarının saptanabilmesi için bu hastalıklara yönelik (tek tek her hastalık için) olarak hedef gruplarını kapsayan bölge çapında taramalar yapılmalıdır. Bu taramaların sonuçlarına göre korunma ve tedavi için önlemler alınmalıdır.

Sorumlu Kurum: Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, TÜBİTAK, TUBA,GAP İdaresi.

Eylem:

- A- Her kronik hastalığın taranması için ayrı bir araştırma planlanması,
- B- Bu araştırmaların desteklenmesi,
- C- Koruyucu önlemlerin geliştirilmesi,
- D- Tedavi için önlemlerin alınması.

İşbirliği: Tabip odaları, sağlık meslek dernekleri, sivil toplum örgütleri.

SORUN 15-VEKTÖRLERLE BULAŞAN HASTALIKLAR SORUNU

Aktif hasta bulunamamakla birlikte bölgede, özellikle Şırnak, Diyarbakır ve Mardin'de 0-59 aylık çocuklarda bile Şark Çıbanı skatrisi, geçirilmiş trahom öyküsü ve geçirilmiş sıtma öyküsü saptanması ve sağlık müdürlüklerinin verilerine göre Türkiye'deki sıtma olgularının 4/5'inin, trahom olgularının ise 1/2 ile 1/4 ünün bölgede görülmekte oluşu, katı atık toplanması ve yok edilmesinde daha önce sözü edilen sorunlar nedeniyle bölgede vektörlerle bulaşan hastalıklar sorunu vardır. Vektör kontrolü, özel eğitilmiş büyük işgücü, ekipman ve büyük harcamalar gerektirmektedir. Buna karşın vektörlerle bulaşan hastalıkların kontrolünde, vektör savaşının etkisinin, halen, en fazla %20 civarında olduğu bildirilmektedir (78).

Çözüm:

Gaziantep dışındaki illerde etkin bir katı atık yönetim sisteminin kurulması,
Vektörlerle bulaşan hastalıklar konusunda halka ve sağlık personeline eğitim,
Etkili bir vektör savaşı yapılması.

Sorumlu Kurum: Yerel yönetimler, Çevre Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı

Eylem:

- A- Katı atık sorunu ile ilgili eylemler,
- B- Sıtma savaşı hizmetlerinin tüm sağlık hizmetlerine ve özellikle sağlık ocağı hizmetlerine entegre edilmesi,
- C- Halka ve sağlık personeline bu hastalıkların nedenleri ve vektörlerin bu hastalığın meydana gelmesindeki rolleri konusunda eğitim yapılması,
- D- Aynı eğitimin tüm okullarda ve özellikle sağlık okullarında da yapılması,
- E- Sivrisineklerin yoğun olarak ürettiği yavaş akan sulara hızlı akış kazandırılması ve bataklıkların kurutulması.

- F- Tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında, her ateşli ve son bir haftada ateş geçirmiş her hastadan, klinik tanı ne olursa olsun, iki damla kan alınarak sıtma paraziti aranması zorunlu hale getirilmesidir.
- G- Sıtmalı veya ateşli hastaların bulunmasında sosyal birim liderlerinin (aile reisi, muhtar, imam, öğretmen) hizmete katılmasının sağlanması,
- H- Tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında mikroskopik sıtma incelemesinin yapılabilmesi,
- İ- Sıtma tanısı konan her hastanın radikal tedaviye alınması,
- J- Radikal tedavide sosyal ünite liderlerinden yararlanılması,
- K- Nüfus hareketlerinin (yol ve tarım işçileri, askerler, öğrenciler, memurlar, vb.) sürekli izlenmesi,
- L- Sağlık kurumları ve özellikle sağlık ocakları arasında bilgi iletişim ağının kurulması,
- M- Sıtma pozitif olduğu saptanan kan preparatlarının uzmanlarca teyidi,
- N- Sivrisinek kontrolu çalışmalarında yerel yönetimlere bilimsel ve teknik yardımda bulunulması,
- O- Vektör kontrolü için aşağdaki görevleri yerine getirmek üzere parazitoloji uzmanı, entomolog ve entomoloji teknisyenlerine görev verilmesi,
- Ö- Bölgede mevcut vektörler hakkında bilimsel araştırmalar yapılmalı;
 - a. Vektör türleri,
 - b. Beslenme alışkanlıkları,
 - c. Yaşam süreleri,
 - d. Üreme yerleri ve kapasiteleri,
 - e. Doğal düşmanları,
 - f. Ensektisitlere duyarlılıkları.
- P-Vektör üreme yerlerinin saptanıp kodlanması,
- R-Vektör kontrol araç ve gereçlerinin sağlanması,
- S-Vektör kontrol ekiplerinin belirlenmesi ve eğitimi,
- ř-Yöreye ve vektöre uygun kontrol yöntemlerinin seçilmesi,
- T-Vektör kontrol uygulama programlarının yapılması,
- U-Etkili izleme, denetim ve değerlendirme.

İşbirliği: GAP İdaresi, DSİ, İller Bankası, Tarım Bakanlığı, Üniversiteler, Sivil toplum örgütleri

SORUN 16- SU VE BESİNLERLE BULAşAN HASTALIKLAR SORUNU

Bölgede, özellikle Siirt ve şırnak'ta çocuklar arasında ishaller hastalıklarının yaygın olması; sağlık müdürlüklerinin verilerine göre Türkiye'de görülen tifo olgularının neredeyse tamamının, amipli dizanteri olgularının 1/2 sinin, diğer ishaller hastalıklarının 1/10 unun bölgede görülmesi; 5+ yaş grubundakilerin yaklaşık %45 inin, 0-59 aylık çocukların %32 sinin gaitada parazit saptanması; bölge halkına yeterli, sürekli ve sağlıklı içme-kullanma suyu sağlanması ve sıvı atıkların toplanması ve sağlıklı hale getirilmesindeki sorunlar; çiğ köfte ve çiğ süt ve çiğ süt ürünleri tüketim alışkanlığının yaygınlığı bölgede su ve besinlerle bulaşan hastalıkların önemli bir sorun olduğuna işarettir.

Çözüm:

Tüm evlere ve iş yerlerine yeterli, sürekli ve sağlıklı içme-kullanma suyu sağlanması, Özellikle kentsel alanlarda tüm konutları kapsayacak biçimde ve sağlığa uygun olarak kanalizasyon yapılması,

Çiğ köfte ve çiğ süt ve çiğ süt ürünlerinin tüketimine engel olunması.

Sorumlu Kurum: Yerel yönetimler, Çevre Bakanlığı, DSİ, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı

Eylem:

- A- İçme-kullanma suyu sorununa ilişkin eylemler,
- B- Sıvı ve katı atık sorununa ilişkin eylemler,
- C- Çiğ köfte, çiğ süt ve çiğ süt ürünlerinin tüketimini engellemek için halka ve tüm okullarda – sağlık okulları dahil – öğrencilere eğitim.

İşbirliği: GAP İdaresi, Üniversiteler, Sivil toplum örgütleri

SORUN 17- DİĞER ÇEVRE SORUNLARI

Bölgede, bazı kentsel kesimlerde sınır değerlerin altında olmakla birlikte hava kirliliği olması ve başlıca kaynağının trafik olması; konutların büyük çoğunluğunun gürültü kirliliği olan yerlerde olması ve başlıca kaynağının trafik olması; kentsel kesimlerde toprağın sıvı ve katı atıklar ve çarpık kentleşme nedeniyle yoğun biçimde kirletilmekte oluşu bölgede daha önce sözü edilenler dışında da önemli çevre sorunları olduğuna işaretir.

Çözüm:

Bölgede plansız ve çarpık kentleşmenin önlenmesi,
Bölge halkının eğitim düzeyinin yükseltilmesi ve aşırı doğurganlığın önlenmesi.

Sorumlu Kurum: Yerel yönetimler, Çevre Bakanlığı, İller Bankası, DSİ, Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, İl Trafik Müdürlükleri.

Eylem:

- A- İçme-kullanma suları, sıvı ve katı atık sorunlarına ilişkin eylemler,
- B- Aşırı doğurganlık ve yetersiz eğitim sorunlarına ilişkin eylemler,
- C- Trafiğin, gürültüyü ve hava kirliliğini önlemek için denetim altına alınması,
- D- Kent planlarının gürültü ve hava kirliliğini önleyecek biçimde yapılması.

İşbirliği: GAP İdaresi, Sivil toplum örgütleri, basın ve TRT

SORUN 18-TARIM VE HAYVANCILIKLA İLGİLİ SAĞLIK SORUNLARI

Bölgede, sulu tarıma hedeflenenin çok altında geçilebilmiştir. Hayvancılığın yaygın olduğu bölgede hayvanlar arasında zoonotik hastalık sorunu da vardır. Çiğ köfte ve çiğ süt ve çiğ süt ürünlerinin tüketilme alışkanlığının bölge genelinde ve özellikle Gaziantep, Kilis, Adıyaman ve Şanlıurfa'da yaygın olması (bölge genelinde örneğe çıkan ailelerin %64 ü çiğ köfte, %70 i çiğ süt ve çiğ süt ürünü tüketmektedir) bu illerde zoonotik hastalıkların yayılma olasılığını da

arttırmaktadır. Buna karşın ailelerin %98 e yakınının artan yemekleri buzdolabında saklıyor olması hem diğer besinlerle bulaşabilen hastalıkların, hem de zoonotik hastalıkların yayılması olasılığını bir ölçüde de olsa sınırlayabilir. Öte yandan ailelerin %40 ının (kentserde %20 sinin, kırsalda %75 inin) evde hayvan beslemekte olması, ailelerin %73 ünün karasinekten, %68 inin sivrisinekten yakınıyor olması zoonotik hastalıkların yayılması olasılığını arttıran etkenlerdir. İl sağlık müdürlüklerinin verilerine göre bruselloz gibi bazı zoonotik hastalıkların insanlarda da görülmekte oluşu (bölgedeki bruselloz olguları her yıl Türkiye genelindekilerin yaklaşık ½ sini oluşturmaktadır) bu görüşü desteklemektedir. Öte yandan bölgedeki hayvan varlığının ve hayvansal ürün üretiminin azalmakta oluşu bu konuda ortaya çıkan başka bir sorundur.

Çözüm:

Bölgede, sulu tarım faaliyetlerinin sivrisinek gibi bazı vektörlerin üremesine fırsat vermeyecek biçimde düzenlenmesi,

Bölgede, her çeşit vektörün üremesine engel olunması,

Hayvan hastalıklarının özellikle zoonotik olanların erken tanı, tedavi ve korunma önlemlerinin alınması,

Hayvan Sağlık Zabıta Kanununun tam olarak uygulanması,

Özellikle kentlerde ev içinde ya da dışında hayvan beslenmesinin önüne geçilmesi.

Sorumlu Kurum: Tarım Bakanlığı, Çevre Bakanlığı, Yerel yönetimler, Sağlık Bakanlığı, DSİ, Milli Eğitim Bakanlığı

Eylem:

A- İçme-kullanma suları sıvı ve katı atık sorunlarıyla ilgili eylemler,

B- Halka bu konularda korunma ve erken tanı ile ilgili eğitim,

C- Tüm tarım, veterinerlik ve sağlık okullarında besinlerle bulaşan – zoonotik olanlar dahil – hastalıklardan korunma, erken tanı ve tedaviye ilişkin eğitim,

D- Halka beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi için eğitim,

E- Tüm okullarda bu hastalıklardan korunma, erken tanı ve zararlı beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi konularında eğitim,

F- Sağlıklı koşullarda hayvancılığın geliştirilmesi için önlemler alınması.

İşbirliği: GAP İdaresi, Üniversiteler, Sivil toplum örgütleri.

