ANKEM Derg 12 (No.3):195-199(1998)

GAP'DA İNFEKSİYON HASTALIKLARININ EPİDEMİYOLOJİK DEĞERLENDİRİMİ VE ALINMASI GEREKEN ÖNLEMLER

Nafiz BOZDEMİR

Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde Adıyaman, Batman, Diyarbakır, Gaziantep, Kilis, Mardin, Siirt, Şanlıurfa ve Şırnak illerinin kapsadığı alan "GAP Bölgesi" olarak tanımlanmaktadır. Güneyde Suriye, Güneydoğu'da ise Irak'la sınırı bulunan bu bölgenin yüzölçümü 75,358 kilometrekare olup ülkemizin toplam yüzölçümünün %9.7'sini oluşturmaktadır(7,8). GAP Bölgesi'nde 1997 yılı nüfus sayımına göre 6,152,417 kişi yaşamaktadır. Bu Türkiye nüfusunun %9.8'idir(2).

Güneydoğu Anadolu Projesi (GAP), Türkiye Cumhuriyeti'nin en büyük bölgesel kalkınma projesi olup, dünyada uygulanan kalkınma projeleri arasında da en büyüklerinden biridir. Proje kapsamında Devlet Su İşleri (DSİ) tarafından planlanan, sulama ve hidroelektrik üretimine yönelik 13 büyük proje demeti yeralmaktadır. GAP, Dicle ve Fırat nehirleri ile kolları üzerinde 22 baraj ve 19 hidroelektrik santralının inşaasını öngörmektedir. Proje tamamlandığında 1.7 milyon hektarın üzerinde arazinin sulanması ve 7,500 megavatın üzerinde bir kurulu kapasiteyle yılda 27 milyar kilovat/saatlik elektrik enerjisi üretilmesi planlanmaktadır. Planlanan toplam sulama alanı, Türkiye'deki ekonomik olarak sulanabilir toplam alanın %19'un (8.5 milyon hektar); ve toplam yıllık elektrik üretimi, Türkiye'nin ekonomik olarak gerçekleştirilebilir hidroelektrik enerji potansiyelinin %22'sine (118 milyar kilovat/saat) tekabül etmektedir(7). Proje, orijinal sulama ve elektrik enerjisi projelerine ek olarak sanayi, madencilik, ulaşım,eğitim, sağlık, haberleşme de dahil tüm ilgili sosyal ve ekonomik sektörleri kapsamaktadır(9).

GAP Master Plan çalışmalarını Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) başlatmış ve GAP Bölge Kalkınma İdaresi bitirmiştir. GAP Master Planında öngörülen temel kalkınma senaryosu bölgenin "Tarıma dayalı ihracat üssü" haline getirilmesidir(6).

1991 yılında, Sağlık Bakanlığı "GAP Sağlık Sektörü Uygulama Planı"nı yaptırmıştır(9).

1992 yılında, Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği "1. Ulusal Sağlık Kongresi'nde "GAP ve Sağlık" isimli bir çalışma grubu oluşturulmuş ve çalışma grubu "2000 yılına kadar, ülke geneli ile GAP bölgesinin sağlık düzeyi ölçütleri arasındaki fark %50'den %25'e; 2005 yılına kadar fark kabul edilebilir varyasyon içinde en düşük düzeye ulaşmalıdır" hedefini belirlemiştir. Bu düşünce, Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı, Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanının, 30. hedefinde "Doğu ve Güneydoğu Anadolu Sağlık Projesi en geç 1993 yılı içinde hazırlanacak ve finansmanı sağlanacak, 1994 yılında uygulamaya konarak 1999 yılında bitirilecektir. 2000 yılında bu bölgeler alt yapı açısından ülkenin diğer bölgeleri ile eşit düzeye gelmiş olacak, 2005 yılında bölgenin sağlık göstergeleri açısından dezavantajlı durumu %75 oranında azaltılmış olacaktır" şeklinde yeralmıştır(10,13).

1993 yılında, Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği "2. Ulusal Sağlık Kongresi"nde ise bu konu ile ilgili çeşitli öneriler ve stratejiler geliştirilmiştir(11).

1993 yılında, sektör planları birleştirilerek, GAP Hareket Planı yapılmış ve uygulanmaya başlanmıştır. Bu planın ikinci maddesi, "Bölgedeki sağlık ve eğitim hizmetlerinin, ülke ortalamalarına getirilmesi" hedefini ortaya koymaktadır(5).

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Balcalı, Adana.

GAP BÖLGESİNDE MEVCUT DURUM

Halen bölge tüm sektörler itibariyle, ülkenin diğer bölgelerine göre geri bir durumdadır. Güneydoğu Anadolu Bölgesi (GAP illerini içinde bulunduran), bölgeler itibariyle sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasında altıncı sırada yeralmaktadır. Sosyo-ekonomik gelişmişliğin, diğer bir deyişle refah düzeyinin düşük olması nedeniyle, bölge dışına yoğun bir göç yaşanmaktadır. Güneydoğu Anadolu, 1985-90 döneminde binde -38.37'lik göç oranı ile en çok göç veren bölgeler içinde üçüncü sırada yeralmaktadır. Aynı dönemde, yıllık ortalama nüfus artış hızı binde 32.6 ile en hızlı nüfus artışı yaşayan bölgedir. Bölge, aynı zamanda en büyük doğurganlık oranına (5.23) ve ortalama hane halkı büyüklüğüne (7.12) sahiptir. Aile yapısı, genel olarak geniş ailelerden oluşmaktadır(3,4).

1- Kentsel altyapı

GAP kapsamında 9 il, 76 ilçe ve 75 adet kasaba belediyesi olmak üzere toplam 160 belediye bulunmaktadır. Bu beldelerde, mevcut altyapının iyileştirilmesi ile, muhtemel nüfus artışına yeterli olacak altyapılı kentsel yerleşme alanlarının düzenlenmesi, projenin en önemli amaçlarından biridir(5).

Bölge belediyelerinde altyapı hizmetlerinden harita ve imar planı konusunda büyük ölçüde bir sorun bulunmamaktadır. İçmesuyu ve kanalizasyon sektörlerinde durum oldukça farklıdır. Bölge beldelerinin sadece 15 tanesinde yeterli içmesuyu ve sadece 3 tanesinde yeterli kanalizasyon şebekesi bulunmaktadır(5).

2- Kırsal altyapı

GAP Bölgesi'nde bugün 3883 köy ve 5034 köy bağlısı yerleşme birimi bulunmaktadır. Kırsal yerleşmelerde elektrik ve telefon konusunda önemli bir problem bulunmamaktadır. Ancak özellikle içmesuyu hususunda bölgedeki kırsal altyapı oldukça yetersizdir(5).

3- Eğitim

GAP Bölgesi'nde eğitim, en az diğer sektörler kadar önemlidir. Bölgede okuryazarlık oranı ilden ile farklılık göstermekle birlikte %47 ile %71 arasında değişmektedir (1985). Bu oran 1990 yılında %80'lere ulaşmışsa da Türkiye ortalamasının altındadır(9).

Okullaşma oranları ilkokul düzeyinde %79, ortaokul düzeyinde %33, lise düzeyinde %18, mesleki teknik eğitimde %32'dir. Gaziantep, bölgede okullaşmanın en yüksek olduğu ildir(9).

4- Sağlık

1990 nüfus sayımı sonuçları, bölgede büyük yerleşim yerlerinin küçük yerleşim yerlerine oranla gittikçe daha fazla önem kazandığını ortaya koymuştur. 2005 yılı itibariyle büyük kentlerin nüfusu, kırsal alan nüfusunun 2 katına ulaşacak, bu da, en başta sağlık olmak üzere, sosyal hizmetlerdeki iş gücünün kentlerde yoğunlaştırılmasını gerektirecektir(9).

Bölgelerarası dengesizlik, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de görülmektedir.

Bölgede 2'si üniversite hastanesi olmak üzere 55 hastane mevcuttur. Gaziantep'te 10, Diyarbakır'da ise 14 hastane vardır. Yatak sayısı ve Üniversite hastanesi olması nedeniyle, Diyarbakır sağlık hizmetleri bakımından en önde gelen ildir.

Bölgede bulunan hastaneler esas itibariyle devlet hastaneleridir. Yalnızca Diyarbakır, Gaziantep, Şanlıurfa ve Batman illerinde SSK hastaneleri, Diyarbakır'da bir ve Gaziantep'te üç adet olmak üzere dört özel hastane mevcuttur.

Bölgede toplam yatak sayısı 5988, yatak başına düşen nüfus ise 861 kişidir. Bölgenin sağlık göstergeleri itibariyle durumu aşağıdaki tabloda özetlenmiştir:

Tablo. GAP Bölgesi ve Türkiye sağlık göstergeleri (1990).

Gösterge	GAP Bölgesi	Türkiye
Kişi/yatak	861	409
Kişi/hekim	4870	2326
Kişi/hemşire-ebe	1298	751

Onbin kişiye düşen hekim, dişhekimi ve eczane göstergeleri itibariyle bölgenin sahip olduğu değerler sırasıyla; 4.51; 0.55 ve 1.42'dir. Mevcut durumda Güneydoğu Anadolu; hekim, dişhekimi ve eczacı tercihinin en düşük olduğu bölgedir(3).

GAP Bölgesi'nde çocuklarda en çok görülen ilk 5 hastalık (ishal, ÜSYİ, kızamık, pnömoni ve sarılık), en çok öldüren ilk 5 hastalık arasında (ishal, pnömoni, beslenme bozuklukları, kızamık ve hepatit) bulunmaktadır. Hem en çok görülen hem de en çok öldüren hastalıklar arasında infeksiyon hastalıklarının bulunması bölgenin sağlık açısından gelişmişlik düzeyinin en iyi göstergesidir(9).

GAP Bölgesi'nde infeksiyon hastalıklarının insidansı ülke genelinden daha yüksektir. Örneğin 1994 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre yıllık insidans yüzbinde olarak; boğmaca Türkiye'de 0.78 iken GAP'ta 3.93, amipli dizanteri Türkiye'de 29.37 iken GAP'ta 107.75, tifo Türkiye'de 30.98 iken GAP'ta 271.43, sıtma Türkiye'de 149.35 iken GAP'ta 1289.17'dir(12).

GAP BÖLGESİNDE BULAŞICI HASTALIKLARIN MORBİDİTESİ VE MORTALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER(9)

1- Temiz içme suyu yetersizliği,
2- Kanalizasyon sisteminin tüm yerleşim yerlerinde olmaması,
3- Çöplerin ve gübreliklerin imhası, korunmasının yetersizliği,
4- Bölge belediyelerinin bulaşıcı hastalıklar konusunda az duyarlı olmaları,
5- Toplumun sağlık eğitimi ve hastalıklardan korunma konularında bilgilerinin yetersizliği,
6- Toplumda tuvalet eğitimi ve kullanım yetersizliği,
7- Bulaşıcı hastalıkların zamanında ve doğru olarak ihbar edilmeyişi,
8- Bölge Hıfzıssıhha Enstitüsü'nün refere bir merkez olma özelliğinin azalmış olması,
9- İl düzeyindeki Halk Sağlığı Laboratuvarları'nda, malzeme ve sağlık insan gücü yetersizliği,
10- Göç olgusu (GAP Bölgesi - Çukurova arasındaki göç nedeniyle sıtmanın yayılması vb.) sayılabilir.

GAP PROJESİNİN GERÇEKLEŞTİRİLMESİYLE DOĞACAK SORUNLAR(9)

1- Mevcut demografik yapı değişecektir. Doğum ve ölüm hızlarının değişmesi, içe göçlerin artması ile yaşlı nüfusun oranı artmaya başlayacaktır.
2- Bugün de yetersiz olan sağlık kurumlarının artacak nüfus ile daha da yetersiz kalışı.
3- Sağlık personeli (Hekim ve diğer sağlık personeli) ihtiyacının artması.
4- Nüfusun artışına, yoğunluğuna ve hijyenik şartlara bağlı olarak leişmaniaz, verem vb. hastalıkların artışı.
5- Değişen ürün desenine bağlı olarak enterit, hepatit, tifo, dizanteri vb. hastalıkların morbidite ve mortalitesinde artış.
6- Sulama ve su kullanım hatalarından doğacak çevre sorunları yanında sıtma, leişmaniaz vb. hastalıkların görülme sıklığında artış.
7- Gıda maddelerinin üretim, kullanım ve dağıtımından doğacak hijyen eksikliği ve bağlı hastalıkların artışı.

8- Hatalı insektisit kullanımının getireceği sorunlar.
9- Turizm ve sınır ticareti nedeni ile bulaşıcı hastalıkların artışı.
10- İç ve dış göçe bağlı cinsel yolla bulaşan hastalıkların daha sık görülmesi.
11- Hudut sağlık denetleme merkezlerinin işlem potansiyelinde artış.
12- Özel dal, araştırma ve eğitim hastaneleri ihtiyacının artışı.
13- Artacak işyeri sayısına bağlı olarak iş ve işçi sağlığı sorunları.
14- Artacak trafik yüküne bağlı olarak trafik kazaları.
15- Organize sanayi ve küçük sanayi sitelerinin yaratacağı katı ve sıvı atık problemi ve çevre kirliliği sorunları.
16- Yer altı ve yer üstü sularının kirlenme sorunu.
17- Hava kirliliği sorunu.
18- Tarım ve tarıma dayalı sanayiye bağlı çevre değişimi ve sağlık sorunları.
19- konut ve altyapı yatırımları ihtiyacı ve bunlara bağlı çevre ve sağlık sorunları.
20- İçme ve kullanma suyu ihtiyacı ve hijyen sorunu.
21- Dengesiz beslenmeden doğan sorunlarda artış.
22- Halkın (özellikle kadının) eğitim seviyesinin düşüklüğünden ve toplumun sosyal ve kültürel yapısındaki değişikliklerden doğacak sağlık sorunları.
23- Sağlık güvence eksikliğinden doğacak sağlık sorunları.

KAYNAK İHTİYACI

GAP'ın entegre bir bölge kalkınma projesi olarak yürütülebilmesi ve istenilen hedeflere varılabilmesi önemli ölçüde kaynağın projeye tahsis edilmesine bağlı bulunmaktadır. Beş Yıllık Hareket Planı'nın yatırım ihtiyacı, 1992 sabit fiyatlarıyla 73.3 trilyon TL'dır. Bu ödenek ihtiyacının 1993-1997 arasında yıllar itibariyle dağılımı, sırasıyla 16.2, 15.6, 13.9, 15.1 ve 12.5 trilyon TL'dır. Bu durum da kamu yatırım ödeneklerinin en az %15'i ile %20'si arasında bir miktarın her yıl GAP Bölgesi'ne tahsis edilmesi gerekmektedir(5).

SONUÇ

GAP Master Planı'nda belirlenen ve insanı kalkınmanın odak noktası olarak kabul eden anlayış, son yıllarda kalkınmanın sürdürülebilirliği kavramı ile tamamlanmaktadır. Kalkınma; doğal ve insani kaynakların optimum kullanımı yoluyla, gelecek kuşakların olanakları tüketilmeden üretimde ve refahta artış sağlanması, sağlıklı, iş sahibi, kendini geliştirebilen, kısaca mutlu bireylerden oluşan bir toplum yaratılmasıdır(1).

GAP idaresinin sözedilen bu kalkınma felsefesini, çok sektörlü bölge kalkınma yaklaşımına entegre etme çabalarının başlangıcını, Mart 1995'te Şanlıurfa'da Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Örgütüyle birlikte düzenlediği "Sürdürülebilir Kalkınma ve GAP" semineri oluşturmuştur. Seminerde; bölgenin doğal kaynaklarını korumak, çevre, ekonomik gelişme ve toplumsal boyutun entegrasyonunu sağlayacak sürdürülebilir bir kalkınmanın genel çerçevesi belirlenmiştir(1).

Sosyal kalkınmanın başlıca araçlarının, eğitim ve sağlığa yapılan yatırımların artırılmasının yanısıra, kadının üretime dönük eğitilmesi ve geliştirilmesi olgusu oluşturmaktadır.

GAP Sosyal Eylem Planı, bu amaca yönelik eylem uygulamalarının belirlendiği ilk belgeyi oluşturmaktadır.

Tüm bu olumlu çalışmalara karşın, Türkiye genelinde sağlık hizmetleri sunumunda gördüğümüz sorunların, bu bölgede daha ileri düzeyde olduğunu görüyoruz. Bölgenin mevcut sağlık göstergeleri, gelişmekte olan bir toplumun varlığını ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

1- Akın A: *Sürdürülebilir Kalkınma için Sağlık Politika ve Stratejileri (Türkiye ve GAP Bölgeleri için)*, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, Mart (1995).

2- Devlet İstatistik Enstitüsü: *1997 Yılı Nüfus Sayımı Sonuçları*, Ankara (1998).

3- DPT: *İllerin Sosyo Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi*, Ankara (1997).

4- DPT: *Türk Aile Yapısı Araştırması*, Ankara (1992).

5- GAP Bölgesi Kalkınma İdaresi: *GAP Hareket Planı*, Ankara (1997).

6- GAP Bölgesi Kalkınma İdaresi: *GAP Master Planı*, Ankara (1990).

7- GAP Bölge Kalkınma İdaresi: *GAP Nedir?* Ankara (1996).

8- GAP Bölge Kalkınma İdaresi: *GAP Tarihçesi*, Ankara (1996).

9- Sağlık Bakanlığı: *GAP Sağlık Sektörü Master Planı*, Sağlık Bakanlığı APK Başkanlığı, Ankara (1995).

10- Sağlık Bakanlığı: *I.Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Grupları Raporları*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, Mayıs (1992).

11- Sağlık Bakanlığı: *II. Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Grupları Raporları*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü,Ankara, Mart (1994).

12- Sağlık Bakanlığı: *Sağlık İstatistik Yıllığı 1987-1994*, Ankara.

13- Sağlık Bakanlığı: *TBMM'ne Sunulmak Üzere Hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, Mayıs (1992).