

TTB RAPORU**GÜNEYDOĞU ANADOLU'NUN SORUNLARI:
HALK SAĞLIĞI
GEZİCİ SEMİNER RAPORU**

Dr. Melikşah ERTEM**, Dr. Ali CEYLAN***, Dr. Mansur ÖZCAN****

Sorunu ve kaynağını yerinde görmenin her zaman okumaktan daha öğretici ve kalıcı olacağı açıktır. Halk Sağlığı Gezici Asistan Eğitimi, Halk Sağlığı eğitimi alan sağlık çalışanlarına sağlık sorunlarını yerinde görme ve katılımcı eğitim fırsatını tanımaktadır. Bu bağlamda gezilen illerin sağlık sorunları tartışılmakta, tüm düzeydeki sağlık çalışanlarının uygulamaları ve karşılaştıkları güçlükler saptanmakta ve çözüm önerileri üretilmektedir. Bu eğitimin amaçlarından biri de toplumu tanıma, toplumla iletişim kurmadır. Güneydoğu Anadolu insanı izole yaşam şartları nedeniyle gelenek ve göreneklerine daha bağlıdır. Bu gelenek ve görenekler çoğu kez sağlıklarını etkilemekte ya da tam tersine olumsuz sağlık koşulları gelenek ve göreneklerini etkilemektedir. İnsanlar sert doğa koşullarına karşı kendilerini korumak için kendilerine özgü yöntemler geliştirmektedirler.

1989 yılında ilki düzenlenen gezici eğitimin 8.si olan Güneydoğu gezisi 1-7 Temmuz 1996 tarihleri arasında Diyarbakır, Batman, Mardin, Şanlıurfa ve Adıyaman illerini kapsamıştır. İllerde Sağlık Müdürlükleri, 1., 2., 3. basamak sağlık örgütleri, yerel yönetimler, işyerleri gezilmiş ve yerinde görerek öğrenilmeye çalışılmıştır. Gezi sırasında bölgeyi tam olarak yansıtabilecek verilere ulaşılacakla birlikte gezilen kurumlarda görüşülen yetkililerden alınan görüşler ve yapılan gözlemler sonucunda genel bir değerlendirme yapılmaya çalışılmıştır.

1- BÖLGENİN SOSYO-EKONOMİK DURUMU**1.1- Göç ve Gecekondulaşma:**

Bölgede ekonomik nedenlere bağlı olarak önceden

* Bu rapor, bütün katılanlar adına, Dicle Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan Dr. M. Ertem, Dr. A. Ceylan ve Dr. M. Özcan tarafından hazırlanmış ve gezinin eğitim sorumlusu Prof. Dr. Necati Dedeoğlu tarafından gözden geçirilmiştir.

** Halk Sağlığı Uzm., Dicle Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

*** Arş. Gör., Dicle Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

**** Doktora Öğr., Dicle Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

var olan köyden kente göç, son 5 yıl içerisinde yaşanan güvenlik sorunu nedeniyle artmıştır. Bu da gecekondulaşmayı artırmıştır. Şanlıurfa'da gecekondulaşma oranı % 65 olarak belirtilmiştir. Kırdan kente göçün bu kadar yoğun olması sonucu bölgenin önemli geçim kaynağı olan hayvancılık yok olmak üzeredir. İstek dışı ve yoğun göç kırsal alanda üretici olan insanları kentte tüketici durumuna düşürmüştür. Yoksulluk ve işsizlik artmıştır. Sonuçta seyyar satıcılık, çek-çek taşımacılığı, işportacılık gibi alternatif geçim yollarını zorunlu kılmıştır.

Çevreyi olumsuz etkileyen ahırlar, gübrelikler, tandır ekmeği fırınları gibi gecekondulaşmanın tipik özelliklerini kent merkezlerinde sıkça görmek olasıdır. Bu köy kültürü belirtileri kentin ana caddelerinin hemen arka sokaklarından başlayarak kendini göstermektedir. Batman il merkezinde 2000, Şanlıurfa'da 2500, Diyarbakır'da ise 1500 ahır bulunduğu belirtilmiştir.

Gecekonduların şehrin ulaşımı güç yerlerinde ve sokak aralarının dar olarak yapılması nedeniyle buralara altyapı hizmetlerinin götürülmesi olanaksız hale gelmektedir. Diyarbakır'da Suriçi semtinde sokak aralarının dar olması kanalizasyon ve su şebekesindeki arızaların onarımını güçleştirmektedir. Şanlıurfa'da Eyyübiye mahallesine su, elektrik pompaları ile güçlükle ulaştırılmakta, su boruları ise toprağın üstünde açıkta durmaktadır.

Göçe bağlı olarak sağlıksız konutlarda birden fazla aile bir arada yaşamaktadır. Diyarbakır'ın Ben-ü Sen semtinde 1-2 odalı evlerde 2-3 aile birarada yaşamaktadır. Ortalama hane halkı sayısı 7.1'dir.

1.2- Eğitim ve Dil Sorunu:

Bölge halkının çoğu okur yazar değildir (okuma yazma oranı erkeklerde % 65, kadınlarda % 34). 1990 Nüfus sayımı sonuçlarına göre Diyarbakır'da 6 yaş ve üzeri nüfusun % 43.7'si okuma yazma bilmemektedir. Dil sorunu sağlık personeli ile halkın iletişimini güçleştir-

mektedir. Özellikle bölge dışında olan sağlık personeli hasta ile iletişimde zorluk çektiğini ifade etmektedir. Hekimlerin yarısından fazlası hasta ile iletişim kurarken üçüncü bir kişiye ihtiyaç duymaktadır. Yine bu hekimlerin çoğu hastaya yeterli düzeyde yararlı olamadıklarını ifade etmektedir.

1.3- Geçim Kaynakları:

Bölgenin başlıca geçim kaynakları tarım ve hayvancılıktır. Ancak zorunlu göç bunu aksatmıştır. Sanayi kuruluşları çok az sayıdadır ve çoğunluğu devlet sektörüdür. Kent merkezine zorunlu göç nedeniyle gelenlerin çoğu daha önce hayvancılık ve tarımla uğraşırken şimdi gelirini marjinal işlerle sağlamaktadır. Diyarbakır'a göç edenlerin % 41'i daha önce hayvancılıkla uğraştıklarını belirtmişlerdir.

1.4- Gelenek ve Görenekler:

Bölgede aşiret yapısı hakimdir. Bu aşiret yapısı devlet kurumlarındaki yönetici kadrolara da yansımaktadır. Geleneksel geniş aile yapısı kent merkezinde de sürmektedir.

Belirli mahallelerde yine aynı köy ve ilçelerden gelen aileler oturmaktadır. Akrabalık ilişkileri ve köydeki yaşam biçimleri aynı şekilde devam etmektedir.

Kadınlarda evlenme yaşının düşük oluşu (ortalama 16), sık aralıklarla ve çok doğum, ana-çocuk sağlığını olumsuz etkilemektedir.

2- ALT YAPI VE ÇEVRE:

2.1- İçme ve Kullanma Suyu Durumu:

Gezilen illerin tümünde temiz içme ve kullanma suyu sorunu olduğu belirtilmiştir (bakınız Tablo 1).

Tablo 1: İllerin İçme Suyu Temini Durumu (1995)

İli	İçme Suyu Günlük İhtiyaç Lt/Sn	Verilen Miktar Lt/Sn
Ş.Urfa	1600	850
Diyarbakır	3000	1200
Mardin	300	108
Batman	700	500

Su şebekelerinin eski olması hem % 40-50 oranında su kaybına hem de kanalizasyon suyu karışmasına sebep olmaktadır. Diyarbakır'da Suriçi'nde sokakların dar olması yanısıra karmaşık ve eski olması nedeniyle arızanın yerini bile bulmak güç olmaktadır. Şanlıurfa'da 1936'da döşenmiş şebeke ile su verilen semtler vardır. Adıyaman'da

su borularının şehre yerüstünden geldiği ve zaman zaman sulama amacıyla ya da kaza ile kırıldığı ifade edilmiştir. Vatandaş su gereksinimini sondaj kuyuları açarak ya da tankerlerle su taşıyan ticari şirketlerden karşılamaktadır. Özellikle Diyarbakır'da bazı binalarda emici pompalarla su şebekeden çekilmekte ve oluşan negatif basınç nedeniyle atık sular da şebekeye karışmaktadır. Binaların su depoları yeterince temizlenmemektedir.

Suların dezenfeksiyonu tüm illerde gaz klor ile ve otomatik olarak yapılmaktadır. Diyarbakır'da hızlı su verilmesi nedeniyle bazı noktalarda (Anzela ve Alıpınar deposu) klorlamadan sonra su bekletilmeden şebekeye verilmektedir. Şanlıurfa'da su ana ve ara depoda olmak üzere iki kez klorlanmaktadır. Yağmur suyu drenaj sistemi olmadığından su kirlenmesi yağışlı mevsimlerde daha da artmaktadır.

İllerde klor ölçümleri Sağlık Müdürlükleri tarafından yapılmaktadır ve genellikle yeterli düzeyde bulunmuştur. Diyarbakır'da 1995 yılında yapılan ölçümlerin % 85'inde yeterli klor olduğu saptanmıştır. Çermik Başarı köyünde su, kuyulardan temin edilmekte ve temiz değildir. Sağlık ocağından ferdi klorlama için klor solüsyonu verilmektedir. Köyde ishal, tifo ve brusella sık görülen hastalıklar arasındadır. Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi su sorununu pilot sorun olarak belirlemiştir.

2.2- Atık Sular:

Gezilen illerin hiçbirinde atık su arıtma tesisi yoktur. Şanlıurfa'da ise arıtma tesisi çalışmamaktadır. Sıvı atıklar Diyarbakır'da Dicle Nehrine, Batman'da Batman Çayına, Adıyaman'da ise Atatürk Barajı gölüne akıtılmaktadır. İllerin çoğunda kollektör kanalları eski ve yetersizdir. Hızlı, çarpık kentleşme ve göç bu yetersizliği daha da artırmıştır. Diyarbakır'da sur içindeki eski taş kanallar önemli sorun yaratmaktadır. Bazı kaçak yapılar kanalizasyon şebekesinin altında kota sahiptir. Bu da atık suyun geriye tepmesine neden olmaktadır. Ben-ü Sen gibi bazı semtlerde ise kanalizasyon şebekesi yoktur ve atık sular, kaçak mezbahaların artıkları açıktan akmaktadır. Diyarbakır ve Şanlıurfa'da sebze bahçeleri kanalizasyon suları ile sulanmaktadır. Batman'da İluh deresi, Şanlıurfa'da Karakoyun deresi, şehrin ortasından akan atık suların boşaldığı yerlerdir ve kötü görünüm yanında bulaşıcı hastalıklar açısından önemli kaynak teşkil etmektedirler. Bu iki belediye bu derelerin ıslahını, ana sorun olarak saptamışlardır. Mardin Belediyesi kanalizasyon şebekesinin yapılmasını, Adıyaman Belediyesi ise konut sorununu pilot sorun olarak belirlemiştir. Bütün il belediyeleri gecekondu ve çarpık kentleşmeyi önlemeyi diğer bir çözümlenmesi gereken sorun olarak belirlemişlerdir.

2.3- Katı Atıklar:

Gezilen bütün illerde evsel katı atıkların zararsızlaştırması yapılmamaktadır ve geri kazanım yoktur.

Çöpler şehir içinde günlük aktarma yerinden Diyarbakır'da 37 km., Şanlıurfa'da 20 km., Mardin ve Adıyaman'da 10 km. uzaklıktaki ana toplama merkezine taşınmaktadır. Toplanan bu çöplerin zaman zaman üzeri örtülmemekte ya da yakılmamaktadır. Şanlıurfa'da dar sokaklarda başak motorlarla, Mardin'de ise eşeklerle çöp taşınmaktadır. Vatandaşlar çöp bidonlarını iyi kullanamamakta, çöpleri bidonların dışına bırakmakta, bidonların çalındığı bile görülmektedir. Hastane atıkları da yine önemli sorunlardır. Çoğu yerde evsel atıklarla birlikte karışmakta, ya da ayrı toplansa bile belediye tarafından aynı arabaya alınıp birlikte dökülmektedir.

2.4- Vektörlerle Mücadele:

Tüm illerde çöp biriktirme yerleri, kaçak et kesim yerleri, ahırlar, gübrelikler, bazı yerlerde açıkta akan dere-ler vektörler için üreme yerleri halindedir. Karasinek ve sivrisinekler her yerde yoğun olarak bulunmamaktadır. Şanlıurfa'da kenar mahallelerdeki ahırlar ve sıvasız briket duvarlar özellikle flebotomlar için üreme yerleridir.

2.5- Gıda Sağlığı:

Et kesimi Diyarbakır dışındaki illerde büyük ölçüde EBK kombinalarında yapılmamaktadır. Diyarbakır'da ise kaçak ve denetimsiz et kesimi çok yaygın. Kaçak et belirli bir kesim için geçim kaynağıdır. Ayrıca ucuz olduğundan kasaplar, lokantalar ve vatandaşlar tarafından ilgi görmektedir. Diyarbakır'da tüketilen sütlerin büyük çoğunluğu da pastörize edilmemiş sokak sütleridir. Ayrıca çiğ süttten yapılan ve taze tüketilen peynirler de brusella için önemli bir kaynaktır. Peynir satıcılarının dağınık olması denetimlerini güçleştirmektedir. Bakkallarda gıdaların çoğu açıkta, etler sokaklarda açıkta satılmaktadır. Gıda denetimleri belediyeler ve sağlık kuruluşları ile ortaklaşa yapılmakta ama denetimler yetersizdir. Halk Sağlığı laboratuvarlarına çok az sayıda numune gönderilmektedir. Diyarbakır'da işyeri denetimleri % 40 oranında sağlıklı bulunmuştur.

3- BÖLGENİN SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ:

3.1- Sağlık Müdürlükleri:

Gezilen illerin sağlık müdürleri sağlık yönetimi konusunda eğitim almamışlardır. 2 ilde pratisyen hekim, 2 ilde ise genel cerrahi uzmanı sağlık müdürü olarak görev yapmaktadır. Sağlık müdürlükleri politize kurumlardır.

Sağlık müdürleri yöneticiliği deneme-yanılma yoluyla öğrenmekte, bu nedenle yönetim konusunda aksaklıklar çıkmaktadır. Sağlık Müdürleri öncelikleri saptamada berrak bir tutum içinde olmamakta, denetim fonksiyonunu da yerine getirmediğinden hizmetlerde başıbozukluk olmaktadır. Bulaşıcı hastalıkların en önemli sağlık sorunu olduğu belirtilse de kullanım amacı henüz bilinmeyen bilgisayar ağı sistem içine alınmaya çalışılmaktadır.

Sağlık Müdürlüklerinin hizmet sunabilmesinde müdür yardımcıları ve şube müdürlerine büyük işler düşmektedir. Yetki devri yapılır ve kısa bir eğitim süreci de yaşatılırsa bu orta kademe yöneticiler sağlık sorunlarına büyük ölçüde çözüm yaratacaktır. Nitekim bunun canlı örnekleri gezi sırasında yaşanmıştır (Diyarbakır Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü Dr. Zülfikar Gördü ve Urfa Sağlık Müdür Yard. Dr. Esat Ertekin).

3.2- Sağlık Personeli:

Sağlık örgütünün en önemli sorunu personel açığıdır. Ebe ve hemşireler sayı olarak yetersizdir. Hekimlerin ve özellikle pratisyen hekimlerin sayıları yetersiz gibi görünse de asıl sorun hekimlerin çalıştırılmaması, dağılımındaki düzensizlik ve motivasyon eksikliğidir. Birçok ilçe ve köy sağlık ocakları hekimsizdir. Yöre halkından olan sağlık personeli ve özellikle hekimler periferden çok merkez sağlık ocaklarında çalışmayı istemekte ve bu amaçla politik baskılar kullanmaktadır.

3.3- Sağlık Ocakları:

Bölgede süregelen olağanüstü koşullar nedeniyle bir çok sağlık ocağı kapalı durumdadır. Diyarbakır'da varolan 67 sağlık ocağından 14'ü, 112 sağlık evinden 97'si personel, altyapı ve güvenlik sorunu nedeniyle kapalıdır. Batman'da aynı oranlar daha da yüksektir. Mardin'de ise 58 sağlık ocağının 18'i, 112 sağlık evinin 96'sı personel yetersizliğinden kapalıdır. Bazı sağlık ocaklarında personel eksiktir. 7200 nüfuslu Çermik Başarı Köyü Sağlık Ocağı'nda 2 hekim, 1 ebe ve 1 ücretli hizmetli vardır. 12 köy ve 17 mezraya hizmet vermektedir ve hizmet aracı yoktur.

Sağlık ocağı hekimleri yetersiz iş doyumu ve motivasyon eksikliği nedeniyle görevlerini ihmal edebilmektedirler. Sağlık ocaklarında hekimler ekip liderliğini yürütmekte, çoğunlukla sıra ile poliklinik yapıp diğer hizmetlerde görev almamaktadırlar.

Ebe ve hemşirelerin ev ziyaretleri yetersizdir. Güvenlik, iklim koşulları, uzak mesafeler bahane edilerek gebe ve çocuk takipleri yeterli sayıda yapılamamaktadır. Doğumların % 60'dan fazlası sağlık personeli yardımı olmadan yapılmakta, ikinci doz gebe tetanoz aşısı oranları % 5-8 arasında kalmaktadır.

Sağlık ocaklarında çevreye yönelik hizmetler de yetersizdir. Yapılan klor ölçümleri, mikrobiyolojik su numuneleri bildirilen ishal olgu sayısına göre çok yetersizdir. Esnaf denetimleri hem çevre sağlığı tarafından hem de sağlık ocakları tarafından yapılmakta bu da verilen hizmetin güvenilirliğini sarsmaktadır. Sonuçta sağlık ocağındaki çevre sağlığı teknisyenleri (ÇST) ya boş kalmakta, sadece klor ölçümü yapmakta, ya da Sağlık Müdürlüğü tarafından Şube Müdürlüğünde görevlendirilmektedir. Mardin'de 6 ÇST olup bunların hepsi Şube Müdürlüğünde toplanmışlardır. Asıl görevi planlama ve koordinasyon

olması gereken Çevre Sağlığı Şube Müdürlüğü uygulama yapmaktadır.

Gezilen illerin merkezlerindeki sağlık ocağı sayısı nüfusa oranla yetersizdir. Ayrıca bu nüfus çok hareketli olduğundan nüfus tespiti ve 1. basamak sağlık hizmeti sunma olanağı da yoktur. Ulusal Aşı Günleri nedeniyle Sağlık Bakanlığının göndermiş olduğu projeksiyon hedef nüfus ile sağlık ocağı bölgesinde ETF kayıtlarından saptanan nüfus arasında çelişkiler vardır. Sağlık Bakanlığı hedef nüfusu 45 000 olarak bildirilmiş ETF kayıtlarına göre ise 28 000 bulunmuştur. Bu nüfus fazlalığı sağlık ocaklarının poliklinik hizmeti içinde boğulmasına neden olmaktadır. Şehitlik Sağlık Ocağı nüfusu 65 000 olup günlük poliklinik sayısı 250 civarındadır.

3.4- Yataklı Tedavi Kurumları:

Diyarbakır hariç bölge hastanelerinin sayısı ve yatak başına düşen nüfus Türkiye ortalamasının üstündedir (bakınız Tablo 2). Buna karşın yatak işgal oranlarının düşük olduğu saptanmıştır. Diyarbakır Devlet Hastanesi bölge hastanesi niteliğinde olmasına rağmen yatak işgal oranı % 43'tür. Bununla beraber inşaatı tamamlanmış ancak uzman hekim olmadıktan çalıştırılmaz durumda olan hastaneler bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı uzman hekim açığını rotasyonla kapatmaya çalışmakta, bu süreç ise verimsiz geçmektedir. 50 yataklı Silvan Devlet Hastanesinde 5 pratisyen hekim olup uzman hekimler rotasyonla gelmektedir. Narkoz teknisyeni olmadığından rotasyonla gelen genel cerrah ameliyat yapamamaktadır. Ayrıca hastane başhekimleri politik atamalar sonucu işbaşına gelmekte ve idari deneyimleri olmadığından çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Yetki devri yapılmadıkları için diğer idarecilerle sürekli çatışma halindedirler.

Hastane müdürleri idari, mali ve teknik konularda yeterli eğitim almamış idareci olmalarına rağmen başhekimlerden gerekli desteği göremediklerini ve yetkisiz çalışmalarını belirtmişlerdir.

3.5- Halk Sağlığı Laboratuvarları:

Gezilen illerin tümünde Halk Sağlığı Laboratuvarı olmasına rağmen yetersiz sayıda materyal gönderilmektedir. Diyarbakır'daki Bölge Hıfzıssıhha Laboratuvarı referans laboratuvar olmaktan uzaklaşmıştır. Urfa Halk Sağlığı Laboratuvarı'nda yılda 7000 bakteriyel su analizi, 750-800 kimyasal gıda analizi, 100-150 kimyasal su analizi, 8000 gaita kültürü, 2000 gaitada parazit, 3000 serolojik tahlil gelmektedir.

3.6- Kurumlar Arası İşbirliği:

Sağlık örgütüyle diğer kurumlar arasında ilişkide büyük boşluklar olduğu saptanmıştır. İl Hıfzıssıhha Kurulları ya toplanamamakta, ya da toplantıları verimsiz geçmektedir. Bu kurullara katılmada belediyeler isteksiz davranmakta ya da alınan kararlara uymamaktadırlar. Mardin'de ise il içi personel atamalarında Valilik ile Milli Eğitim, Sağlık Müdürlüğü ve Jandarma Komutanlığı koordineli olarak çalışmaktadır.

3.7- Örgüt İçi Kurumlar Arası İşbirliği:

Sağlık Müdürlükleri genel koordinasyon görevini yapamamaktadırlar. Sağlık ocaklarından gelen verileri derleyip tekrar sağlık ocaklarına sunmamaktadırlar. Ayrıca Sıtma-Savaş, VSD, AÇS-AP merkezleri gibi vertikal örgütler sağlık ocaklarıyla iletişim kurmamaktadır. Sonuçta hizmetlerde duplekasyon, kaynak aktarımında yanlışlıklar yapılmaktadır.

3.8- Sağlık Eğitim:

I. ve II. Sağlık Projeleri nedeniyle sağlık personeli hizmet içi eğitime alınmıştır. Bu eğitim süreci devam etmektedir. Özellikle II. Sağlık Projesi eğitime önem vermektedir. Sağlık ocaklarında ise personelin hizmet içi eğitimi yapılmamaktadır.

Öte yandan halkın sağlık eğitimi de bölgedeki

Tablo 2: Yataklı Tedavi Kurumu, Yatak/Nüfus İlişkisi (Sağlık Bakanlığı 1993)

İl	Yataklı Ted. Kurumu Sayısı	Kadro Yatak Sayısı	Mevcut Yatak Sayısı	Nüfus/Yatak Oranı
Ş.Urfa	11	750	478	1454
Batman	3	100	100	2180
Adıyaman	5	500	537	1409
Diyarbakır	15	1225	876	445
Mardin	5	475	320	1259
Türkiye	952			454

* Diyarbakır'da SSK'ya ait 330, üniversiteye ait 819 mevcut yatak kapasitesi ek olarak vardır.

olumsuz koşullardan etkilenmektedir. Urfa Sağlık Müdürlüğü bakanlığın gönderdiği eğitim kasetlerini yerel televizyonlarda yayınlatarak; Adıyaman 2 Nolu Sağlık Ocağı poliklinik bekleme salonunda video ile, Diyarbakır Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu da 2 yıldır yerel televizyonda haftada bir canlı yayında halka sağlık eğitimi vermektedir. Özellikle Şanlıurfa'da Aile Planlaması eğitiminin diğer öncelikli sağlık sorunlarının önünde tutulmasının tepkiye neden olduğu ifade edilmiştir.

3.9- Ulusal Aşı Günleri:

Kampanyalar halinde düzenlenen aşılama çalışmalarının çeşitli dezavantajları olsa da bir çok kişiye hizmet götürmesi nedeniyle faydaları bulunmaktadır. Ulusal aşı günleri sayesinde aşılama hizmetlerine hareketlilik gelmiş ancak hizmetler süreklilik kazanamamıştır. Örneğin polio eradikasyon programı sırasında bir çok ilde kızamık aşısı da birlikte uygulanmıştır. Böylece kızamık bağışıklama eksiklikleri de giderilebilmiştir.

3.10- Sağlık Ocaklarında Laboratuvar Hizmetleri:

Genellikle merkez sağlık ocaklarında laboratuvar hizmetleri yürütülmektedir. Batman 1 No.lu ve Mardin 1 No.lu Sağlık Ocaklarında rutin tetkikler yanısıra gebelik testi, tifo, brusella agg., ASO, CRP ve sedimentasyon da yapılmaktadır. Diğer perifer sağlık ocaklarında laboratuvarlar çalışmamaktadır.

3.11- AÇS-AP Merkezleri:

Kuruluş amaçları planlama, koordinasyon ve eğitim olan bu kuruluşlar sağlık ocakları gibi çalışmaktadırlar. Kendi mahalleleri olan ve ev ziyaretleri yapan bu kurumlar sağlık ocakları ile işbirliği yapmadan çalışmaktadırlar. Bölgede en sık uygulanan modern kontraseptif RİA'dır. Ancak kondom ve hap da giderek yaygınlaşmaktadır. Bazı yanlış inançlar ve bilgi eksikliği modern kontraseptif kullanım oranını düşürmektedir. Başağrısı yapması, orucu bozması ve dinleme aleti olması gibi düşünceler RİA çıkarma nedenlerindedir. Bakanlık tarafından hazırlanan AÇS-AP ile ilgili video kasetler bu merkezlerde depolarda bulunmakta ancak çok sınırlı kullanılmaktadır. Ancak bazı illerde bu kasetler yerel televizyonlara sınırlı olarak verilmekte ve halkın kullanımına sunulmaktadır. Urfa'da Esnaf ve Sanatkarlar Odası, Doğum ve Çocuk Hastanesinin bir odasında gönüllü olarak Aile Planlaması hizmeti vermektedir.

4- BELEDİYELER:

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde büyük yeri olan belediyelerin sağlık konusundaki görüşleri gezi boyunca incelenmiştir.

4.1- Genel olarak belediyelerin en büyük sorunları

personel eksikliğidir. Bu açık hem sayısal, hem de nitelikselidir. Seçimle gelen her yönetim ekibi değiştirmekte, yeni ekibin ise adaptasyonu ve eğitimi zaman almaktadır. Eğitim çoğu zaman görev başında denemeyanılma ile olmaktadır.

4.2- Belediyeler İl Hıfzıssıhha Kurullarına katıldıklarını ve buradaki kararlara uydıklarını belirtmektedirler. Gerçek böyle değildir.

4.3- Diyarbakır'da yoğun olarak kaçak ve denetimsiz et kesimi yapılmaktadır. Yeterli mezbaha yoktur. Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi'nin EBK'nın kombinelerine talip olduğu belirtilmiş ancak bu girişimin başarısız olduğu belirtilmiştir. Diğer illerde ise yetkililer kaçak kesimlerin az olduğunu belirtmişlerdir.

4.4- DİSKİ'nin yeni projeleri başlatılmış. Yeni içme suyu ve kanalizasyon şebekesi inşaatı sürmektedir. Ayrıca yeni içme ve kullanma suyu kaynakları konusunda çalışmaları bulunmaktadır. Bununla beraber bölgedeki tüm illerin içme ve kullanma suyu temini sorunu bulunmaktadır.

4.5- Göç nedeniyle artan nüfus tüm belediyelerin ortak sorunudur. Zaten yetersiz olan alt yapı hizmetleri iflas etmiş durumdadır. Ayrıca devletten göç nedeniyle olan nüfus artışına paralel oranda para yardımı yapılmamaktadır. Adıyaman'da Atatürk Barajının su toplaması ile Samsat ilçesinin tümü ve 13 köyün su altında kaldığı ve buralarda yaşayan insanların il merkezine yerleştiği, şimdi kent nüfusunun 250 000 olduğu ama devletten 100 000 nüfusa göre yardım aldıklarını belirtmişlerdir.

5- BÖLGEDE SIK GÖRÜLEN HASTALIKLAR:

Bulaşıcı hastalıklar halkın sağlığını etkileyen en önemli sağlık sorunlarından biridir (Tablo 3).

Tablo 3: Bölgede Sık Görülen Hastalıklar

Birinci Sıklıkta Görülen Hastalıklar

İshal
Tifo
Solunum Solu Enfeksiyonları

İkinci Sıklıkta Görülen Hastalıklar

Hepatit-A
Kızamık
Brusellozis
Amebiasis

Üçüncü Sıklıkta Görülen Hastalıklar

Leishmaniasis
Trahom
Tüberkülozis

Sık görülen hastalıklar listesinde tüm illerde su ve besin kaynaklı hastalıklar 1. sırada gelmektedir. Başlıcaları çocuklarda görülen yaz ishalleri, tifo, sıtma, amipli dizanteri, bulaşıcı sarılık (hepatit A ve B) ile kızamık bruselloz, tüberküloz ve trahomdur. Bu hastalıklar gelişmiş ülkelerde hemen tamamen ortadan kalkmış durumdadır.

Bölgede bulaşıcı hastalıkların dağılımı Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tifo vakaları her yıl artmaktadır. Şanlıurfa'da resmi rakamlar 2 500 olduğu halde 15 000 civarında tifo olgusu tahmin edilmektedir. Genel cerrahi uzmanları haftada 1-2 tifoya bağlı organ perforasyonu vakası ameliyat ettiklerini belirtmişlerdir. Hekimler her ateşli hastada laboratuvar tanısı olmadan hemen kloramfenikol başlanmaktadır. Bu nedenle klinik olarak belirgin olgu bulmak zordur. Tifo ve Brusella tanısında kullanılan Lam Agglutinasyon metodunun % 75 dolayında yalancı pozitif

Tablo 4: Bulaşıcı Hastalıkların İllere Göre Dağılımı (1994 Yılı Verileri)

İl	Kızamık	İshal	Tifo	Amipli Dizanteri	Basilli Dizanteri	Hep-A
Diyarbakır	1162	18702	5105	3064	148	320
Mardin	1631	15411	5817	2615	58	-
Şanlıurfa	485	14258	2253	250	307	151
Batman	-	6638	606	80	26	36
Adıyaman	39	8463	93	37	8	151

Tablo 4'te görüldüğü gibi ishal olgusu Diyarbakır, Mardin, Şanlıurfa'da en yüksek düzeydedir. Tifo, amebiazis, kızamık sıklıkla görülmektedir.

ya da şüpheli sonuç verdiği oysa özellikle sağlık ocaklarında Lam Agglutinasyon sonucuna göre pozitif olgular da hemen tedaviye başlandığı bilinmektedir. Ayrıca bu

Tablo 5: Diyarbakır İli Bildirimi Zorunlu Hastalıkların Yıllara Göre Dağılımı

Hastalık Adı	1991	1992	1993	1994	1995 (İlk 5 Ay)
İshal	23.032	14.815	15.314	18.702	20.666
Tifo	3.367	2.641	5.843	5.105	8.789
P.Tifo	93	45	91	260	88
Basilli Dizanteri	75	135	79	148	1.345
Amipli Dizanteri	1.499	2.043	2.660	3.064	5.242
Hepatit A	205	549	135	320	229
Sıtma	1.879	3.301	16.379	32.074	26.916
Brusellozis	940	1.103	1.100	1.068	1.040

Diyarbakır'da 1995 yılında (ilk 5 ay) bildirim yapılan ishal olgu sayısı 20 666, A.dizanteri 5 242, tifo 8 789'dur. Mardin'de 1995 yılında 4 680 ishal, 1 186 tifo, 300 kızamık, 2 901 sıtma bildirim yapılmıştır. Batman'da 1995 yılında 995 tifo bildirim yapılmıştır (Tablo 5).

Gezilen illerin hiçbirinde atıksu arıtma tesisi yoktur. Diyarbakır'da Dicle nehrine, Batman'da Batman çayına, Adıyaman'da Atatürk Barajı gölüne verilmektedir. Özellikle Diyarbakır ve Şanlıurfa'da sebze bahçelerinin hemen tümü şehrin kanalizasyon suyu ile sulanmaktadır. Hatta Diyarbakır'da kanalizasyon suyu ile çalıştırılan ve hala faal olan bir un değirmeni bile vardır. Burada bazı kimseler bağday öğütüp un elde etmekte ve ekmeğe pişirmektedir. Tüm bu olumsuzluklar su ve besin kaynaklı paraziter hastalıklara adeta besiyeri oluşturmaktadır.

hastalıklarla ilgili sağlıklı veri toplanamamaktadır. O nedenle olgu sayılarını bildirilen rakamların çok üstünde beklemek gerekmektedir. Sağlık ocaklarından veriler eksik ve düzensiz alınmaktadır. Hastaneler ile Sağlık Müdürlükleri arasında hastalık bildirim ve bilgi akışı yoktur. Gerek hastaneler gerekse sağlık ocaklarından gelen bilgilerin geri iletimi yapılmamaktadır. Dolayısıyla gönderilen verilerin yararını kavramış değillerdir. Kayıtların daha düzenli tutulduğu Diyarbakır Şehitlik Sağlık Ocağı bölgesinde tifo olgularının arttığı tespit edilmiştir. Sağlık ocağına 1 ayda 351 şüpheli tifo vakası başvurmuş, Hıfzıssıhha laboratuvarında 1 ayda tespit edilen vaka sayısı ise 392'dir. Hıfzıssıhha laboratuvarı ile sağlık ocağının aynı bahçe içinde olması ve sağlık ocağının laboratuvar hizmetlerini karşılıyor olması bunda etkili olmuştur (sağlık ocağındaki tifo olgularının % 44'ü bölge içi, % 56'sı bölge dışıdır).

Bölgede sıtma, trahom, leishmanyozis ve Tbc. yeniden patlak vermeye başlamıştır (Tablo 6).

Mardin VSD'de birisi kurs görmüş 4 pratisyen hekim bulunmaktadır. Laboratuarda ARB ve mikroskopi yapıl-

Tablo 6: Bölgede 1994 Yılında Görülen Sıtma, TBC, Trahom ve Leishmanyozis Vakalarının Dağılımı

İli	Sıtma	TBC	Trahom	Leishmanyozis
Diyarbakır	32.074	292	40	1
Batman	17.862	419	102	-
Şanlıurfa	6.483	1.903	19.760	4.184
Adıyaman	248	157	1.723	-

Diyarbakır'da 1991'de 1 879 sıtma olgusu tespit edilmişken bu sayı 1992'de 3 301, 1993'de 16 379, 1994'de 32 074, 1995'de 26 916'lara ulaşmıştır. Batman'da ise aynı veriler sırasıyla; 412, 1 278, 8 135, 17 861 ve 22 216'dır (Batman'da 1995'de görülen 22 216 sıtma olgusunun 9 000'i bölge dışı ve özellikle Diyarbakır'dan geldiği bildirilmiştir). Şanlıurfa'da 6 000 civarında sıtma olgusu tespit edilmiştir. Köy hizmetleri hayvanların sulanması amacıyla "sulak" denilen 900 civarında gölet inşa etmiş. Dicle ve Fırat nehrindeki kum ocakları ve bu göletler jit alanı haline gelmiştir. Ayrıca Diyarbakır'da 14.000 dekar çeltik ekim alanı vardır. Şanlıurfa'da ve Mardin'de de geniş alanlarda çeltik ekimi yapılmaktadır. Gerek Diyarbakır'da gerekse diğer illerde Çeltik Komisyonları olmasına rağmen belirli isimdeki aile ya da aşiretlerin işlettikleri bu topraklardan sıtma mücadelesi ile ilgili herhangi bir ücret alınamamaktadır.

Sıtma mücadelesi hekim dışı personelle yürütülmektedir. Hekimlerin hatta bulaşıcı hastalıklar şube müdürlerinin bile sıtma konusunda bilgileri yetersizdir. Larva mücadelesi dışındaki mücadelenin gereksizliği bakanlıkça ancak 1995 yılında kabul edilmiş ve insektisit yerine larvasit kullanılmaya başlanmıştır. Ancak sisleme yöntemi bugün hala belediyelerin en çok başvurduğu mücadele yöntemidir.

Brusella özellikle Diyarbakır'da olmak üzere bölgede yaygındır. Peynirin çiğ süten yapılması ve taze peynir tüketimi gelenek halindedir. Mardin ve Şanlıurfa'da artık halkın bilinçlenmeye başladığı, Siverek'de peynirin 60 derece ısıda sıkılarak yapıldığı ve salamura peynir tüketimine önem verildiği ifade edilmiştir.

TBC yeniden artmaya başlamıştır. Diyarbakır'da yeni vaka sayısı 1993'de 222, 1994'de 331, 1995'de 498, 1996'nın ilk 3 ayında 232 olarak bildirilmiştir. Mardin'de özellikle Kızıltepe'de TBC'nin arttığı ifade edilmektedir. Göç nedeniyle artan yoksulluk, beslenme yetersizliği, sağlıklı konutlar ve kalabalık yaşamın bunda etkili olduğu ifade edilmiştir. Midyat ve Dargeçit ilçelerinde bulunan Verem Savaş Dispanserleri (VSD) 500 000 nüfusa hizmet vermektedir. Mardin VSD'de kayıtlı 600 hasta vardır. Bazı hastaların tedaviye gelmediği belirtilmiştir. Hasta takibi ise yapılamamaktadır. Bu görevi sağlık ocağının yapması ve tespit edilen vakaların hastanın bağlı olduğu sağlık ocağına bildirilmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Ancak kültür için Diyarbakır'a gönderilmektedir. Mardin'in ilçelerinde PPD taraması ve BCG, personel azlığı nedeniyle yapılamamaktadır.

Trahom ve şark çıbanı özellikle Şanlıurfa'da sık rastlanan hastalıklardandır. Gecekondu bölgesinde gezerken çocuklarda hem yeni hem skatris bırakmış vakaları görmek olası. Kayıtlarda 17 000 şark çıbanı var. Geçen yıl 4 000 vaka tespit edilmiş. Visseral formuna rastlanmamış. Tıp fakültesi ile işbirliği yapılıyor. Hastalık Mayıs-Haziran aylarında pik yapıyor. İlaçlar ithal ve pahalı. Bakanlık ilaçları 1995 yılında Temmuz ayında göndermiş. Bir sağlık ocağı şark çıbanı merkezi olarak çalışmaktadır. Son yıllarda tedavide kriyoterapi yöntemi kullanılmaya başlanmıştır.

Bölge genelinde aşılama hizmetleri yetersiz ve aksamış durumda. 1990'larda aşılama oranları % 90'lara ulaşmış iken bugün yer yer % 20'lere düşmüş durumda (Diyarbakır'da DBT-1 % 35, DBT-3 % 25, kızamık % 25, Mardin'de DBT-1 % 43, DBT-3 % 26, kızamık % 57, BCG % 40, TT % 4, Şanlıurfa'da DBT-1 % 90, DBT-3 % 80, BCG % 15-25). Şanlıurfa'da 14 merkezde BCG yapılıyor, ancak eğitilmiş personel yetersiz olup, uygulama hekimin konuya duyarlılığına bağlı. Kızamık aşısı oranı çok düşük olup salgın beklenmektedir.

Temmuz ayında bile kızamık vakalarına rastlanıyor. Çermik Başarı Sağlık Ocağı'nda soğuk zincire uyulmasına rağmen kızamık aşısı yapılanlarda bile kızamık görüldüğü ifade edilmiştir. Daha önce sağlık ocağı ekibi köylere aşılama yapmış. Bugün bu hizmetler çok aksamış durumda. Ulusal Aşı Günlerinde aşılama çıkan ekip Sason ilçesinde saldırıya uğramış. Periferdeki birçok sağlık ocağı kapalı, merkezde ise çoğunlukla sağlık ocağına başvuranlara aşı yapılıyor. Gebe takipleri de sağlık ocağına başvuranlarla sınırlı. Diyarbakır Kulp ilçesinde gebe takibi yapılmıyor. Gebelerde T. ve TT aşısı oranı % 4 civarında. Hizmetlerin aksamasında personel yetersizliği de önemli bir etkidir.

6- SONUÇLAR:

1. Bölgenin olağanüstü şartları nedeniyle, hekim ve yardımcı sağlık personelinin il içi ve il dışına yaptığı yer değişiklikleri sağlık hizmetini önemli derecede aksatmakta, sağlık personeli dağılımını bozmakta, genellikle merkezde

yiğilmalara yol açmaktadır. İl sağlık müdürleri çoğu zaman atamalar ve tayinlerle uğraşmakta, daha kötüsü bunlarla ilgili politik baskıları göğüslemek durumunda kalmaktadırlar.

2. Sağlık ocaklarında görevli pratisyen hekimlerin sürekli eğitim programlarına ihtiyaçları olduğu, desteklenmeleri gerektiği mutsuzluklarından, motivasyonsuzluklarından ve konumlarından hoşnut olmamalarından bellidir.

3. Sağlık ocaklarına yapılan malzeme akışı tasarruf tedbirleri (!) adı altında aksatılmakta, verilen hizmetlerin kalitesi iyice düşmektedir.

4. Çoğu sağlık ocağında laboratuvar imkanları değişik düzeylerde var olsa da bunlar etkin kullanılmamaktadır.

5. Kişisel sağlık fişleri, nüfusun hareketliliğinin fazla olması nedeniyle kullanılmamaktadır.

6. Sağlık ocağının en önemli kaydı olan Ev Halkı Tespit Fişleri güvenilir değil, ocaklar hizmet verdikleri nüfusu bilmemektedirler.

7. Ebe hizmetleri düzensiz verilmektedir. Pek çok yerde ebeler ev ziyaretleri yapmamaktadırlar. Bölgede belirgin bir ebe-hemşire açığı dikkati çekmektedir.

8. Personel açığı nedeniyle sağlık memurlarının görev alanları her yerde farklı olarak tanımlanmış, daha çok bir joker görünümündedir.

9. Çevre sağlığı teknisyenleri de az sayıda, genellikle merkezlerde görev yapmaktadırlar.

10. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Müdürlükleri ve Sağlık Ocakları arasında eşgüdüm yoktur. Sağlık Bakanlığı'nın öncelikleriyle sağlık ocaklarının öncelikleri örtüşmemektedir.

11. Çoğu sağlık müdürlüğünde hekimler vekaleten çalışmakta, bu konuda herhangi bir eğitimleri olmadığı için hata yapa yapa sağlık yönetimini öğrenmektedirler; bu da sorunlara yol açabilmektedir.

12. Sağlık müdürlüklerinde halk sağlığı uzmanları yoktur.

13. Basamaklı sağlık sisteminin işletilmesi devlet hastanelerinin yükünü iyice arttırmış ve daha fazla yatak ve bina yapımına yönelmesine neden olmuştur. Bu da yatırımların birinci basamak sağlık hizmetlerinden uzaklaşmasına ve atıl kalacak alanlara kalmasına neden olmuştur.

14. Devlet hastanelerinde döner sermaye işletmeleri kurulmuş ve bu hastaneler sağlık hizmetini satar hale gelmişlerdir. Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı politikaların bu sonucu doğurduğu ortadadır.

15. Sağlık ocaklarının kullanımının özendirilmemesi, yeterli yatırımların yapılmaması, eğitim desteğinin verilmemesi, halkın sağlık ocağına güvenini yok etmiş insanlar aile planlaması hizmetini bile devlet hastanesinde hem de ücreti karşılığı alır olmuşlardır.

16. Belediyeler, sağlık müdürlükleri, valilik, sağlık ocakları arasında sorunların çözümü konusunda ortak çalışma alışkanlığı, eşgüdüm ve iletişim yoktur. Sağlık kurulları çalıştırılmamaktadır.

17. Bölgede çok büyük bir kanalizasyon ve içme suyu problemi vardır. Alt yapı çalışmaları yetersizdir. Kanalizasyon suyuyla sebze sulaması çok yaygındır ve bunlar sürekli bir enfeksiyon kaynağıdır. Şehir içinde besicilik yapılması bulaşıcı hastalıkları arttıran önemli bir problemdir.

18. Gezdiğimiz iki işyerinde işçi sağlığı açısından büyük yol katedildiğini gözledik, ancak güvenlik ve koruyucu önlemler konusunda önlemler alınması eğitimler yapılması gerektiğini izledik.

19. Tıp fakültesi ve hastanesinin (Dicle Üniversitesi) bulunduğu şehrin ve bölgenin sorunlarıyla kopuk olduğunu önceliklerini bu sorunlara göre belirlemediğini gördük. Çok büyük teknolojik yatırımların uçurumları daha da arttırdığını ve sorunlara bir çözüm getirmediğini anladık.

20. Bölgede açılan, yeni tıp fakültelerinin de başlangıçtan itibaren sorunların bir parçası olacağı açıktır.

21. Bölgedeki savaş hali nedeniyle, gerçekçi olmak gerekirse, önce insan hayatının değeri geri kazanılmalı, barış özlenmeli ve yaşamalıdır. Ondan sonra eğitim, sağlık, adalet hizmetleri gerçekten verilebilir ve idealize edilebilir.

EK: I- KATILIMCILAR

Prof. Dr. Necati Dedeoğlu; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.,

Dr. Melikşah Ertem; Dicle Üniversitesi Halk Sağlığı AD. Uzman.

Dr. Mansur Özcan; Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Doktora öğrencisi.

Dr. Ali Ceylan; Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Araştırma Görevlisi.

Dr. Sadık Toprak; Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Araştırma Görevlisi.

Dr. Ümit Şahin; Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Doktora öğrencisi.

Dr. Gün Akı; İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Doktora öğrencisi.

Dr. Türkan Günay; Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı AD., Doktora öğrencisi.

Dr. Ahmet Topuzoğlu; Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Araştırma Görevlisi.

Dr. Mestan Emek; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Araştırma Görevlisi.

Dr. Kevser Vatansever; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Doktora öğrencisi.

Mustafa Ceylan; İskenderun Devlet Hastanesi Hastane Müdürü.

EK:II GEZİDE ZİYARET EDİLEN SAĞLIK KURULUŞLARI VE BELEDİYELER

Sağlık Müdürlükleri	Diyarbakır Batman Mardin Urfa
Merkez Sağlık Ocakları	Diyarbakır Şehitlik Batman 1 No'lu Mardin 1 No'lu Adıyaman 2 No'lu
Köy Sağlık Ocakları Kasaba Sağlık Ocakları	Başarı Köyü-Çermik-Diyarbakır Hasankeyf-Batman
Devlet Hastaneleri	Diyarbakır Devlet Hastanesi Urfa Çocuk Hastanesi
AÇS-AP	Batman Merkez
Verem Savaş Dispanseri	Mardin Merkez
Sıtma Savaş Dispanseri	Batman Merkez
Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi	Diyarbakır Sağlık Müdürlüğü
Sıtma Savaş Şubesi	Diyarbakır Sağlık Müdürlüğü
Çevre Sağlığı Şubesi	Batman Sağlık Müdürlüğü
Halk Sağlığı Laboratuvarı	Urfa Merkez
Fizik Tedavi Merkezi	Dicle Üniversitesi-Çermik-Diyarbakır
İşyeri Hekimliği Birimi	Batman Petrol Rafinerisi Adıyaman Teksco Tekstil Fabrikası
Hastane Müdürlüğü	Urfa Çocuk Hastanesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Dicle Üniversitesi
Tabip Odası	Diyarbakır Adıyaman
Belediye	Diyarbakır (Büyükşehir) Urfa Adıyaman

Ayrıca, Urfa ve Diyarbakır'da gecekondular mahalleri, Diyarbakır'da eski suriçi yerleşim yerleri, Diyarbakır'da Dicle Nehri yatağı ve atık sularla sulanan bahçeler, Batman'da İluh deresi, Urfa'da Karakoyun deresi, Batman Petrol Rafi-

nerisi, Atatürk Barajı, Adıyaman Teksco Tekstil Fabrikası, Çermik Kaplıcası ve Dicle Üniversitesi Rektörlüğü ziyaret edilmiştir.