

RAPOR

TTB 17. HALK SAĞLIĞI GEZİCİ EĞİTİM SEMİNERİ “GÜNEY DOĞU VE DOĞU İLLERİNDE ÇEVRE SAĞLIĞI VE BULAŞICI HASTALIKLAR”*

I. Giriş

Türk Tabipleri Birliği (TTB) Halk Sağlığı Kolu'nun, bu yıl on yedinci kez düzenlediği Halk Sağlığı Gezici Eğitim Semineri, 03-09 Temmuz 2005 tarihleri arasında Diyarbakır, Batman, Bitlis, Muş ve Bingöl illerini kapsayan bölgede gerçekleştirilmiştir. Seminer, 9 Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD'den (Uludağ Ü., Ege Ü., Dokuz Eylül Ü., Kocaeli Ü., Trakya Ü. Celal Bayar Ü., Dicle Ü., Gazi Ü., Başkent Ü.) 16 araştırma görevlisinin katılımı ile yürütülmüştür. Sorumlu öğretim üyesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi Prof. Dr. Necati Dedeoğlu ve Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Cavit Işık Yavuz tarafından üstlenilen faaliyet boyunca Dicle Ü.T.F. Halk Sağlığı AD'den iki öğretim üyesi de (Yrd. Doç. Dr. Ali Ceylan, Yrd. Doç. Dr. Günay Saka) seminere eşlik etmişlerdir.

II. Amaç

TTB Halk Sağlığı Gezici Eğitim seminerleri genel olarak belirlenen konular ve eğitim temaları çerçevesinde yerinde görme, kuramsal eğitimi alanda pekiştirme, sorun ve çözüm önerilerini tartışma ve ortaya koyma gibi amaçlar içermektedir. Bu kapsamda XVII. Gezici Eğitim Semineri'nin amaçları da; Halk sağlığı eğitimi almakta olan araştırma görevlilerin tanışması ve deneyim paylaşımında bulunması, ilgili illerdeki çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar konusunda yerinde değerlendirme yapılması, söz konusu illerde konu ile ilgili sorunların saptanması, bu sorunların sağlığa yansımaları, işbirliği yapan kuruluşların tanınması

ve değerlendirilmesi, bu sorunlara yönelik çözüm önerileri getirilmesi olarak belirlenmiştir.

III. Yöntem

Gezici Eğitim Semineri 3 Temmuz 2005 tarihinde Diyarbakır Tabip Odası'nda başlamış, 6 Temmuz'da Batman, 7 Temmuz'da Bitlis, 8 Temmuz'da Muş, 9 Temmuz'da Bingöl illeri gezilerek, 9 Temmuz akşamı Diyarbakır'da sona ermiştir. Ulaşım, konaklama ve genel finansman TTB tarafından sağlanmıştır. Günün değerlendirilmesi ve gün içerisinde yapılan gözlem ve elde edilen bilgilerin yorumlanması ve bilgi aktarımı etkinlikleri akşam yapılan toplantılar ile sağlanmıştır. Seminer süresince ziyaret edilen kurum /yer /kişi bilgileri Ek 1'de, gezi katılımcıları Ek 2'de sunulmaktadır.

IV. Bulgular, İzlenim ve Değerlendirmeler**1. Çevre sağlığı**

Gezilen tüm illerde çevre sağlığı ile ilgili sorunlar bulunmaktaydı.

- Temiz içme suyu

- Katı atık yönetimi

- Sıvı atık yönetimi

- Hava kirliliği ile ilgili tüm bölgelerde benzer sorunların olduğu gözlemlendi.

Diyarbakır'da 2000 yılında hizmete giren temiz su arıtım tesisi ile yenilenen su şebekesi, kentin temiz suya

*Bu rapor gezi rapörtörleri Recı Meseri ve Müjde İlgün tarafından kaleme alınmıştır

erişimini kolaylaştırmıştır. Buna karşın, kırsal bölgelerin %23'ünde su bulunmazken, %64'ünün temiz içme suyu yoktur. Muş'ta gereksinim 410 L/sn olmasına karşı, verilebilen su miktarı 260 L/sn'dir.

2004 yılı Diyarbakır merkezde 9706 noktadan yapılan serbest bakiye klor ölçümü sonuçlarından 8292'si (%85.4) 0.5 ppm'in üzerinde bulunurken, 1454'ünde (%14.6) yetersiz klor bulunduğu saptandı. Batman'da 2004 yılında 342 bakteriyolojik su analizinin 289'u (%84.5) "Uygun", 53'ü (%15.5) "Uygun Değil" olarak değerlendirilmiştir. Yapılan 67 kimyasal su analizinin 49'u (%73.1) "Uygun", 18'i (%26.9) "Uygun Değil" olarak değerlendirilmiştir. Muş Korkut Sağlık Ocağı'nda akan suya yapılan bakiye klor ölçümü sonucu sudaki klor miktarı 0.1 ppm'den düşük bulunmuştur.

Diyarbakır'da nüfusun %71.5'i kanalizasyon sistemine bağlıdır. Atık su arıtım tesisi, salt mekanik arıtım yapmakla birlikte görece temiz bir suyun Dicle nehrine akışını sağlamaktadır. Diğer illerde temiz su ve atık su arıtım tesisi bulunmamakta, su kuyulardan sağlanmakta, atık su doğrudan Dicle'ye verilmektedir. Katı atık yönetimi tüm illerde ciddi bir sorundur, tümünde hiçbir işlem uygulanmaksızın "vahşi depolama" yapılmaktadır. Hava kirliliği illere göre değişiklik göstermekte, en temel sıkıntının ise ölçüm yapılmaması olduğu görülmektedir. Çevre sağlığının korunması için işbirliği gereklidir. Gıda denetimlerinin Tarım Bakanlığı'na devri ile, Sağlık Bakanlığı elindeki çalışan ve donanımına karşın yetkisi olmadığı için, Tarım Bakanlığı da yetkisi olmasına karşın, çalışan ve donanım eksikliğinden dolayı denetimleri olması gerektiğince yapamamaktadır.

2. Bulaşıcı hastalıklar

a) Yeni bildirim sistemi

Yeni bildirim sistemi ile sağlık ocaklarından bildirilen hastalık (A grubu hastalıklar) sayısı 23'e indirilmiş, bildirim yapma yetkisi farklı kurumlara paylaştırılmıştır. Bu sistemin en olumlu özelliği, olası olgu ve kesin tanı kavramlarını netleştirmesidir. Buna karşın, sisteme geçilmesi ile birlikte, eski ile yeni veriyi karşılaştırma olanağı ortadan kalkmıştır. Ayrıca sağlık müdürlükleri tarafından yapılan eğitimlere karşın, hekimlerin bu yeni sisteme uyum sağlayamamış olması, bildirimlerde sıkıntı yaratmaktadır. Bildirimlerin standartlaştırılması, nitelikli veriye ulaşım açısından olumlu olmasına karşı, bu bildirim sisteminin uygulanabilirliği tartışmalıdır. Hastanelerden, özellikle Dicle Üniversitesi Hastanesinden hiç bildirim yapılmaması dikkat çekmektedir.

b) Sık görülen bulaşıcı hastalıklar

a. Vektörlerle bulaşan hastalıklar (sıtma, şark çibani)

Türkiye'de görülen sıtma olgularının yaklaşık yarısı (%47.7) Diyarbakır'da ortaya çıkmaktadır. 2004 yılında aktif, pasif süreyans, tarama ve kontrol amaçlı 117 685

kan örneği alınmış, bunların 2 364'ü (%o 20.09) olumlu olarak değerlendirilmiştir. Bu olguların %98.2'si yerli olgulardır. Batman'da geçen yıl ilk 6 ay sıtma olgu sayısı 312'si bölge içi ve 148'i bölge dışı olmak üzere 460 olgu iken, bu yılın ilk 6 ayında, 110'u bölge içi ve 89'u bölge dışı kaynaklı olmak üzere toplam 199 olgudur. Olgu sayısında her yıl ortalama %50'ye yakın bir azalma görülmektedir. Üzerine yeteri kadar düşülmediğinde hemen salgınlarla kendini gösteren sıtma ile savaş bu bölgelerde etkin olarak sürdürülmelidir. Şark çibani özellikle Dicle ve Hani bölgelerinde görülürken, 2004 yılında 850 yeni olgu yakalanmıştır.

b. Zoonozlar (şarbon)

Şarbon olguları özellikle Bingöl ve çevresinde görülmektedir. Yaşanan son salgında hasta hayvanların kesilip dağıtılması nedeniyle bulaş olduğu görülmüş, bu durum ciddi bir eğitim açığına gözler önüne sermiştir. İlde, 11 tanesi hastanede gözetim altında tutulan toplam 42 şarbon olgusu saptanmıştır. Bunun yanı sıra, gezilen illerde, belediye denetimi altında, veteriner gözetiminde sağlıklı hayvan kesim yerlerinin olmaması, bu hastalıkların ortaya çıkışı açısından önemli bir etkidir.

c. Su ve besinlerle bulaşan hastalıklar (tifo, brucella, dizanteri, akut ishaller)

Bu hastalıkların bildirimine ilgili yaşanan sıkıntılardan dolayı veri nitelikli ve sağlıklı değildir. Bu nedenle veriye burada yer verilmemiştir. Salt söylenenlerden yola çıkarak, temiz içme suyuna ve kanalizasyon şebekesine erişen toplumlarda su ve besinlerle bulaşan hastalıkların sıklığının azaldığı belirtilmiştir.

Diyarbakır'da temiz suya erişimin kolaylaşması ve atık suyun sağlıklı bir şekilde uzaklaştırılması ile suyla bulaşan hastalıklarda önceki yıllara göre belirgin bir azalma gözlenmiştir. Sağlıklı bir altyapı düzeni olmayan diğer illerde ise su ve besin ile bulaşan hastalıklar çok sık görülmektedir. Bölgede görülen diğer bir sorun ise özellikle tifo tanısındaki yalancı olumlulardır. Tifo tanısı için kanda antikor bakılmakta, bu durumda tifo ile daha önce karşılaşmış olan tüm bireyler tifo olumlu olarak görülmekte ve sağaltıma alınmaktadır. Bölgede peynir üretimi yapılmakta, kaynatılmamış süttten yapılmış ve yeteri kadar bekletilmemiş peynirler brucella bulaşına (özellikle Bitlis'te) neden olmaktadır.

d. Hepatit B

Beden sıvıları ile bulaşan Hepatit B özellikle Batman ilinde önceki yıllara göre bir artış göstermiştir.

e. Tüberküloz

Sosyo ekonomik düzeyde azalma ve sağlıksız koşullarda artış gösteren tüberküloz, bölgede giderek daha sık gözlenmeye başlamıştır. Özellikle ilaç devamsızlığı,

Tablo 1. İllerde sağlık örgütlenme yapısı

İller	SO sayısı	SO başına düşen nüfus	SO Hekim doluluk oranı (%)			Hekim başına düşen nüfus	Ebe başına düşen nüfus
			İl geneli	Kent	Kır		
Diyarbakır	82	17 726	36.0	41.0	26.0	8 030	8 451
Batman	26	19 101	19.0	23.0	8.0	14 607	6 286
Bitlis	27	15 112	25.0	29.0	19.0	10 462	12 001
Muş	44	10 897	25.0	33.0	18.0	8 562	10 202
Bingöl	26	9 814	19.0	22.0	15.0	8 505	6 715

dirençli suşların oluşmasına neden olmakta, bu durum da sağaltımı güçleştirmektedir. Bu soruna karşı yeni gündeme gelen Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) ancak ekip hizmeti ile başarıya ulaşabilecektir.

3. Birinci Basamak

a) Örgütlenme

Tüm illerde sağlık ocaklarında sağlık çalışanı eksikliği göze çarpmaktadır. Özellikle köy sağlık evlerindeki ebe eksikliği çok ciddi boyutlardadır. Tablo 1'de 2003 Temel Sağlık Hizmetleri Yılına göre ziyaret edilen illerdeki durum görülmektedir.

Tablo 1'de gösterildiği gibi, Diyarbakır, Batman ve Bitlis'te kişi başına düşen sağlık ocağı sayısı olması gerekenden fazladır. İller genelinde en yüksek hekim doluluğu Diyarbakır'da görülürken, buna bağlı olarak hekim başına düşen kişi sayısı en az olan il yine Diyarbakır'dır. Tüm illerde ebe başına olması gereken çok daha fazla sayıda kişi düşmekte, özellikle Bitlis ve Muş'ta 10 000 kişinin üzerine çıkmaktadır.

b) Çalışan hareketliliği

Bölgede birinci basamakta yaşanan temel sorunlardan biri sağlık çalışanlarının hareketliliğidir. Diyarbakır'da görev yapan 1600 sağlık çalışanının yaklaşık 400-500'i her yıl değişmekte, bu süreçte eğitilen personel, uygulama yapmadan bölgeden ayrılmakta ve bu değişim gelenlerin yeniden eğitime alınmasını zorunlu hale getirmektedir. Aynı sorun gezilen tüm illerde gözlenmiştir. Buna çözüm olarak Bitlis, Muş ve Bingöl'de bölgeye yeni gelen sağlık çalışanlarının eğitilmesi amacıyla "eğitim sağlık ocağı" kavramı gündeme gelmiştir. Ayrıca Bingöl'de deprem sonrasında yaklaşık %50'ye varan çalışan kaybı gözlenmiştir.

c) Sözleşmeli çalışma

4924 sayılı Yasa ile sözleşmeli çalışan alımına başlanmış ve çalışanlar bölgede görevlendirilmiştir. Batman'da 2004 yılında görev yapan 84 pratisyen hekimin 58'i 657 sayılı, 26'sı 4924 sayılı Yasa'ya bağlı olarak görev yapmaktadır.

Sözleşmeli çalışmanın bölgedeki hekim eksikliğine çözüm olduğunu söylemek olası değildir, ziyaretler sırasında görüşme yapılan sağlık yöneticilerinin bir kısmı bu yasa ile hekim dışı sağlık çalışanı sağlanmasını kolaylaştırdığı, ayrıca sözleşmeli gelenlerin işlerine daha çok sahip çıktıklarını ifade etmişlerdir. Örneğin Muş'ta 2002 yılında ilten 37 hemşire ayrılmış, yerine 21 hemşire gelmiş, 11 ebe ayrılmış, yerine sadece 4 ebe gelmiştir. 2004 yılında ise 64 ebe/hemşire ilden ayrılırken, 179 ebe/hemşire gelmiş, 31 diğer sağlık çalışanı giderken, 117 çalışan gelmiştir. Sözleşmeli çalışmanın özellikle ücretlendirmedeki farklılıklar çalışanlar arasında ikilem ve huzursuzluk yaratmıştır. Ayrıca, sözleşmeli çalışanlara birinci yılın sonunda tayin hakkı tanınması, çalışma düzenini bozmuş, eğitilmiş, bölgeyi tanımayla başlayan çalışanların ilden ayrılmasına neden olmuştur.

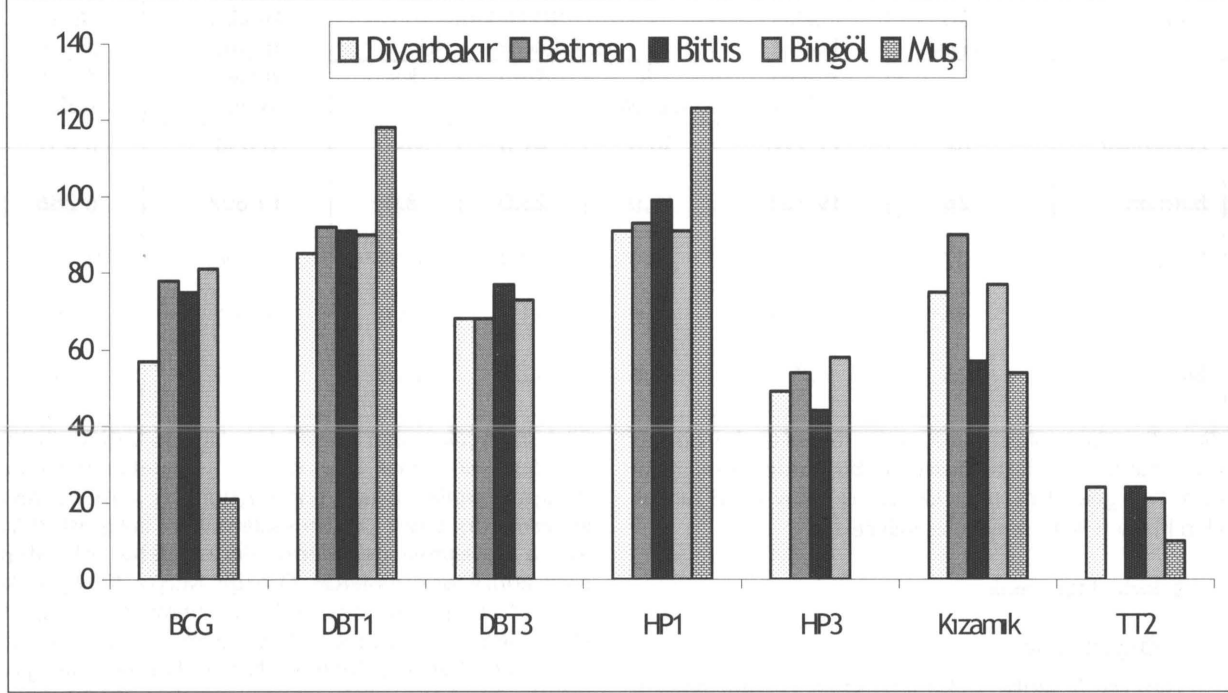
d) Döner sermaye

Sağlık ocaklarında 2001 yılında başlayan döner sermaye uygulaması ile sağlık ocakları ücretli duruma getirilmiş, bu durum halkın sağlık hizmetine erişimini zorlaştırmış, çalışanlar arasında huzursuzluk yaratmıştır. Ayrıca eskiden bölgeye yeni sağlık çalışanı gelmesini isteyen çalışanlar, döner sermaye paylarının azaldığı gerekçesiyle, gereksinim olmasına karşı, bu düşüncelerinden vazgeçmişlerdir. Döner sermaye ile özellikle hekim ve diğer sağlık çalışanları arasındaki gelir farkı iyice belirginleşmiştir. Performans kriterlerinin sağaltım yönelimli olması çalışanların koruyucu hizmetlerden çok sağaltım hizmetlerine yönelmesine neden olmuş, eşzamanlı olarak kriterler kapsamında belirtilen hizmetlerde olağan dışı bir yükselme görülmüştür. Döner sermaye kapsamında laboratuvar hizmetleri önem kazanmıştır. Batman halk sağlığı laboratuvarında kit karşılığında biyokimyasal tetkik aracı ve laboratuvar çalışanı özel bir firma ile anlaşmalı olarak sağlanmaktadır.

e) Alan hizmetleri

Sosyalleştirme yasasına karşı, son yıllarda geliştirilen sağlık politikaları ile sağlık ocakları işlevsizleştirilmiş, en temel aracı olan alan hizmeti yok sayılmıştır. Araç ve

Grafik 1. İllerde yapılan aşılama çalışmaları*



*DBT3 ve HP3 için Muş, TT2 için Batman verisine ulaşamamıştır.

çalışan eksikliği nedeniyle kesintiye uğrayan alan hizmeti, döner sermaye ile ebe-hemşirelerin polikliniklerde çalışması ile tamamen durmuştur. Ayrıca bazı bölgelerde terör olayları nedeniyle alan çalışmaları yapılamamaktadır. Gezilen sağlık ocaklarında da alan hizmetlerinin verilemiyor olması dikkat çekicidir. Diyarbakır Bağlar Sağlık Ocağı 85 000 nüfusa hizmet vermeye çalışmakta, çalışan yetersizliği nedeniyle ocakta Ev Halkı Tespit Fişi (ETF) dahil hiçbir alan çalışması yapılamamaktadır. Özellikle bebek, gebe, loğusa, çocuk izlemleri sadece ocağa gelenlere yapılabilmekte, bu nedenle tespitlerde sorunlar yaşanmaktadır. Bölgede doğumların yaklaşık olarak beşte biri evde yapılmakta, bu da evde verilecek olan hizmetin önemini artırmaktadır. Bağışıklamanın rutin hizmetten çıkıp, aşılama kampanyasına dönüşmesi ve aşı oranlarının, özellikle de izleyen aşılardan gezilen tüm bölgelerde düşük olması düşündürücüdür. Grafik 1'de illerde yapılan aşılama çalışmaları gösterilmektedir.

Grafik 1'de görüldüğü gibi, aşılardan ilk dozları yapılmakta, izleyen dozlarda belirgin düşüş gözlenmektedir. BCG aşılması konusunda az sayıda eğitimli çalışanı olan ve tüberküloz ile savaşın salt tek bir Verem Savaş Dispanseri aracılığı ile sağlanmaya çalışıldığı Muş ilinde BCG aşılanma oranları çok düşüktür. Tüm illerde gebelerin ancak dörtte birinin tetanosa karşı bağışık olması dikkat çekicidir.

Hizmetin sürdürülmesi "kişilere" bağlı olarak değişmekte, ancak hemen tüm çalışanlarda isteklendirme ve eğitim eksikliği gözlenmektedir.

f) Şartlı nakit transferi

Yeni yürürlüğe giren yasa ile belirli şartların karşılanması koşuluyla, yoksul ailelere, gebelik süresince ve her çocuk başına belirli bir nakit yardımı yapılması gündeme gelmiştir. Yasadan yararlanabilmek amacıyla yöre halkının Aile planlaması yöntemi kullanma oranlarında büyük düşüş gözlenmesi oldukça düşündürücüdür. Ayrıca sağlık ocaklarının kapılarında bu yardımdan yararlanabileceklerin listeleri halinde asılması durumunun önemini ortaya koymaktadır.

g) Zorunlu hizmet

Eşitsizlikler ve kente zorunlu göç nedeniyle ortaya çıkan yoksulluk ve eğitimsizlik bölgenin en önemli sorunudur. Bu sorunlar çözülmeden ve sağlık kurumlarında var olan yetersizlikler giderilmeden bölgeye zorunlu olarak sadece hekim gönderilmesinin sağlık düzeyi göstergelerini düzeltmeyeceği söylenebilir.

h) Dikey örgütler

Kurulduğu dönemde Türkiye'nin önemli sorunlarına çözüm olan dikey örgütler, Sosyalleştirme ile birlikte görevlerini sağlık ocaklarına bırakmaları gerekirken, bugüne kadar varlıklarını sürdürmüşlerdir. Ancak hastalıkların sıklığının azalmasıyla birlikte örgütler önemini yitirmiş, örgütlere yeni eleman alınmamış ve çalışanların çoğu emeklilik yaşına gelmiştir. Oysa hem sıtma, hem de tüberküloz üzerine gidilmediği durumlarda hızla artmaktadır. Bu nedenle bu hastalıklarla savaş sağlık ocaklarına devredilmelidir. Bölgede önemli bir sorun

olmasına karşı, sağlık ocaklarının bu görevleri benimsemediği görülmektedir. Diyarbakır'da sağlık ocaklarında pasif sürveyans için hiç kan alınmaması, bireylerin sıtma ile ilgili sıkıntıları için sağlık ocaklarını yeğlememesi, ya da sıtma savaş işçisi olan sağlık ocaklarına gelmeyi tercih etmesi bunu desteklemektedir. Yine tüberküloz savaşında yeni bir adım olan Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT), halkın içinde yer alan sağlık ocakları tarafından çok daha kolay yürütülebilir niteliktedir.

4. Belediye hizmetleri

Belediye hizmetleri çevre sağlığını ve buna bağlı olarak toplum sağlığını doğrudan etkilemektedir. Diyarbakır'da gözlemlendiği gibi özellikle temiz ve yeterli suya erişimin kolaylaşması ve sıvı atıkların sağlıklı biçimde uzaklaştırılması ile bölgedeki bulaşıcı ve salgın hastalık oranı önceki yıllara göre belirgin olarak azalmıştır. Diğer illerde temel altyapı sorunları halen çözümlenmemiş olup, bu durum sağlık göstergelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun yanı sıra, Diyarbakır Belediyesi'nin yoksul yerleşim bölgelerinde açmış olduğu çamaşır ve tandır evlerinde, haftalık 700-800 aileye ücretsiz çamaşır yıkama hizmeti sunulmakta, ayrıca bekleme süresince kadınlara okuma yazma, beslenme, aile planlaması, temizlik vb. konularda eğitim verilmektedir. Kamu yönetiminde yapılması planlanan yeni düzenleme ile yetkilerin tamamen devredilmesi düşünülen yerel yönetimler ile toplumun sağlık düzeyinin ne denli birbirine bağlı olduğu görülmektedir.

V. Sonuçlar ve Öneriler

a) Gezilen tüm illerde temiz suya erişim, katı ve sıvı atık yönetimi ve hava kirliliği ile ilgili benzer sıkıntılar gözlenmektedir. Bu sorunlara çözüm için disiplinler arası işbirliği sağlanmalıdır.

b) Bulaşıcı hastalıklar bölgede ciddi bir sorun olmayı sürdürmektedir. Temiz suya ve kanalizasyon şebekesine erişimle su ve besinlerle bulaşan hastalıkların sıklığında azalma görülmesine karşın, olgu sayısı hala yüksektir.

c) Sıtma ve şark çibani Diyarbakır'da, şarbon Bingöl'de hala görülmektedir.

d) Kurulduğu dönemde çok işlevsel olan dikey örgütler, bu hastalıkların sıklığının azalmasıyla önemini ve örgütlenme yapısını yitirmiştir. Dikey örgütlerin işlevleri hızla sağlık ocaklarına devredilmeli ve bu hastalıklarla savaş sağlık ocakları aracılığı ile sürdürülmelidir.

e) Sosyalleştirme yasasına karşı sürdürülen politikalar sonucu sağlık ocakları işlevsizleştirilmiş, özellikle alan hizmeti kesintiye uğramıştır. Sağlık ocakları salt gelene hizmet vermekte, döner sermaye nedeniyle ağırlıklı olarak sağaltım hizmeti sunmaktadır. Buna bağlı olarak aşılama hizmetleri, tespitler ve izlemlerde sıkıntı yaşanmaktadır.

f) Bölgenin en temel sorunlarından birisi çalışanların eğitim eksikliğidir. Çalışan hareketliliği hem eğitimli

çalışanların bölgeden ayrılmasına neden olmakta, hem de hizmet planlaması yapılmasına engel olmaktadır. Buna çözüm olarak sunulan sözleşmeli çalışma yasası hekimlerin bölgeye gelmesini sözleşmeli çalışma yasası bölgedeki sağlık çalışanı eksikliği sorununu çözememiştir. Ayrıca sözleşmeli çalışma sağlık çalışanları arasında ücret farklılıkları konusunda sorun yaratmış, çalışma ortamının huzurunu bozmuştur.

g) Yürütülen "Şartlı Nakit Transferi" programı ile bölgede aile planlaması hizmetlerinde belirgin bir azalma olduğu belirtilmektedir.

h) Kamu yönetiminde yapılması planlanan yeni düzenleme ile yetkilerin tamamen devredilmesi düşünülen yerel yönetimler ile toplumun sağlık düzeyinin ne denli birbirine bağlı olduğu görülmektedir.

VI. Ziyaret Edilen İllerden İzlenimler

04/07/2005 - Pazartesi Dicle Üniversitesi Halk Sağlığı AD.

Gezinen ikinci günü Dicle Ün. Halk Sağlığı AD ziyaret edilmiştir. Burada yapılan sunumlar ile GAP bölgesi çevre sağlığı sorunları, bulaşıcı hastalıklar, bölgede sıtma sorunu ve mücadelesi başlıkları tartışılmıştır. Elde edilen bilgilere göre;

- 2000'de yapılan sayıma göre bölge nüfusu 6 604 205 olarak belirlenmiştir ve bu nüfus Türkiye'nün nüfusunun %9.7'sidir. Bölge nüfusunun %63'ü kentte, %37'si ise kırsal bölgede yaşamaktadır. İl merkez nüfusu şu an için 750 000'dir.

- Zorunlu göç nedeniyle kentsel nüfusun artmasıyla kentte çeşitli altyapı sorunları ortaya çıkmıştır. Çevre ile ilgili en temel sorunlar; temiz içme suyunun sağlanması, atıkların uzaklaştırılması, kanalizasyon sistemleri, katı atık yönetimi ve atık suyun arıtılması hizmetlerindeki yetersizlikten kaynaklanmaktadır.

- GAP bölgesindeki 196 belediyenin salt 128'inde temiz içme suyu tesisi bulunmaktadır. Kırsal bölgelerin %23'ünde su bulunmazken, %64'ünün temiz içme suyu yoktur. %13'ünde ise temiz içme suyu yetersizdir. Özellikle bazı bölgelerin yer altı suları açısından çok zengin, bazılarının ise fakir olması temiz suya erişimi etkilemektedir. Özetle, bölge nüfusunun %9'unun suya erişimi yokken, %12'sinin yetersiz erişimi vardır.

- Su kirliliği temelde mekanik, biyolojik ve kimyasal kirlilik olmak üzere 3 yolla olmaktadır. Şu anda bölgedeki hiçbir su arıtma tesisinde kimyasal arıtma yapılmamaktadır.

- Diyarbakır'da 844 köy ve 1180 mezra bulunmaktadır. Toplam 2024 yerleşim biriminin 802'sinde (%39.6) su yoktur. Kırsal alanda salt %59 oranında şebeke suyu kullanılırken, kentte bu oran %93.3'e çıkmaktadır. Kent

yaşamı olmasına karşı, kentin %6.7'sinde şebeke suyu bulunmaması dikkat çekicidir. Kentte evin içinde (%85.3) su varlığı kırsala (%46.5) göre daha yüksektir, kırsalda su daha çok ortak kullanılan çeşmeler aracılığı ile sağlanmaktadır.

- Diyarbakır'da 2000 yılında Dicle Arıtma tesisinin kurulmasıyla, kentin büyük bölümüne temiz içme suyu sağlanmıştır. Bunun yanı sıra kanalizasyon yenilenmiş, atık su tesisi kullanıma açılmıştır. Bölgedeki 196 belediyenin 16'sında kanalizasyon sistemi varken, nüfusun %71.5'i sisteme bağlıdır.

- Şu anda hala sorun olarak devam eden en temel konu katı atık yönetimidir. Katı atıklar ya çalışan ve araç sıkıntısı nedeniyle sistemli bir şekilde toplanamamakta, ya da toplandıktan sonra sağlıklı bir şekilde depolanamamaktadır.

- Diyarbakır'da katı atıklar, kenti yakınındaki bir tesiste sıkıştırılıp, 50-60 km. uzaklıktaki Karaca Dağı, Şeytan deresi bölgesine atılmaktadır. Hiçbir işlem uygulanmaksızın çöplerin buraya atılması sonucu, yer altı sularına bulaşmakta, rüzgar ile çöpler çevreye yayılmaktadır. Yanı sıra, çevre köylerde yaşayan çocuklar çöplerden bazı maddeleri toplamakta ve sonuç, sağlıksız bir ortam olarak ortaya çıkmaktadır.

- Atık su arıtım tesisi, mekanik arıtma sağladıktan sonra Dicle'ye dökülmektedir. Biyolojik ve kimyasal arıtma olmaması ise çok büyük bir eksiklik olarak göze çarpmaktadır.

- Paraziter hastalıklardan şistozomiazis şu an görülmesi de, salyangozlarla her an bir salgın ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu nedenle, özellikle Suriye sınırına yakın bölgeler tehlike altındadır.

- İçme suyu arıtım tesisi sayesinde kentin büyük bölümüne temiz içme suyu sağlanabilmiş, bu şekilde son yıllarda ishal ve tifo gibi gastroenterit olgularında belirgin bir azalma görülmüştür.

- Diyarbakır'ın en temel sebze yetiştirme bölgesi olan Hevsel bahçeleri eskiden Benü-sen deresi tarafından sulanırken, 2000 yılından sonra bu dere ıslah edilmiş ve üstü kapatılmıştır. Ancak köylülerin sulama amacıyla kanalı kırmaları ve sulama için bu suyu kullanmayı sürdürmeleri halen önlenememektedir.

- Dicle ırmağının kıyı korumasının olmaması da yine bir sorun olarak göz çarpmaktadır. Kıyı koruması olmadığı için her türlü tesis ırmağın hemen yanında açılabilenkte, bu da suyun temizliğini etkilemektedir.

- Belediye ile en temel sıkıntılardan bir tanesi bu alanda yaşanmaktadır. Hayvan kesim yeri için daha önceden Dicle Nehri kıyısında yapıma başlayan belediye, koruma kanunu olmadığı için CED'i de almıştır. Üniversite kirlenmeye karşı bu yapıma karşı çıkmaktadır.

- Diyarbakır'da kaçak su kullanımı çok yüksek miktarlarda olmaktadır. Bu nedenle şebekeden temiz su aksa bile, halk sağlıksız su tehlikesi ile karşı karşıya kalabilmektedir.

- Bölgede yer alan bakır madeni halen Dicle Nehri'ni kirletmeyi sürdürmektedir.

- Diyarbakır'da biri eski SSK olmak üzere 2 devlet, bir üniversite hastanesi bulunmaktadır.

- Üniversite hastanesine gelen ishallerin azaldığı gözlenmektedir. Bunun temel nedenleri olarak, temiz içme suyuna erişim kolaylaşması, kanalizasyon sisteminin düzenlenmesi ve bölgede daha fazla hekim olması üzerinde durulan başlıklar olarak dikkati çekmektedir.

- Olgu sayıları azalmasına karşı, bölgede hala sıtma, tifo, brusella, menenjit, tüberküloz ve paratifo görülmektedir. Şistozomiazis olgusunun görülmediği, Şanlıurfa'da şark çıbanı olgularına rastlanabildiği belirtilmiştir.

- Bulaşıcı hastalıklar sık görülmesine karşı, hekimlerin ve hastaların yanlış antibiyotik kullanımı direnç oluşumuna neden olmaktadır.

- Bulaşıcı hastalıklar ile mücadelede en önemli sıkıntı "eğitim" olarak değerlendirilmektedir. Özellikle bölgeye gelen hekimlere düzenli olarak hizmet içi eğitim verilmesi gerekli olduğu belirtilmiştir. Sağlık personelindeki hızlı sirkülasyon nedeni ile kısa zaman sonra eğitim verilmiş olan personel tamamen değişebilmektedir.

- Bölgede kolera vakalarının görülmesi ile ilgili net bir veri olmamakla birlikte belli bölgelerden kolera düşündürülen şüpheli vakalar her yıl belli sayıda (15-20 olgu) görülebilmektedir ancak resmi olarak bildirilen kolera vakası bulunmamaktadır. Bu durumun bölgede 1974'ten beri sürdüğü öğrenilmiştir.

- Tüm Türkiye'de görülen sıtma olgularının %47.7'si Diyarbakır'dan çıkmaktadır.

06/07/2005 – Çarşamba (Batman) Batman Sağlık Müdürlüğü

Sağlık Müdür Yardımcısı Dr. Vechettin Özer'den Batman ili, sağlık durumu ve sorunları hakkında bilgi alındı. Özellikle Batman ziyaretinden bir gün önce basında yer alan "Batman'da Akut Gastroenterit Salgını" olduğu haberinin bir haber ajansının var olan sayıları abartılı göstermesi ile ortaya çıkmış olduğu öğrenildi.

Dr. Özer Batman İli'nin idari olarak Siirt'e bağlı iken var olan altyapı sorunlarının son 2 yıldır hızla çözümlenmeye başladığını, ilde halen en önemli sorunlardan birinin içme sularında "fenol" bulunması olduğunu, şehirde genel olarak su sıkıntısı yaşandığını belirtti. Halen suyun ulaşamamış olduğu "susuz köy" ler olması nedeniyle Köy

Hizmetleri'nin köylerde kuyu kazma işlemlerine başlamış olduğu ve Sağlık Müdürlüğü'nün açılan kuyulardan örnek alarak denetimler yaptığı belirlendi. Edinilen bilgilere göre özellikle köylerdeki tuvaletlerin çoğu sağlıklıydı. Ancak klorlama çalışmaları genel olarak yeterli düzeyde idi ve alınan su örneklerinin analizlerinde de genel olarak bakteriyolojik ve kimyasal sonuçların çoğu "uygun" olarak değerlendirilmekteydi. Ayrıca bölgede bulaşıcı hastalıklarda genel olarak önceki yıllara oranla belirgin bir azalma olduğu belirtildi. Geçen yıl ilk 6 ay sıtma olgu sayısı 312'si bölge içi ve 148'i bölge dışı olmak üzere 460 olgu iken, bu yılın ilk 6 ayında, 110'u bölge içi ve 89'u bölge dışı kaynaklı olmak üzere toplam 199 olgu belirlenmiştir. Sonuç olarak sıtma olgu sayısında her yıl ortalama %50'ye yakın bir azalma görüldüğü ifade edilmiştir.

İlde toplam 35 sıtma savaşı çalışanı bulunmaktadır. Sıtma laboratuvarına ek olarak gezici hizmet veren gezici laboratuvarlar da bulunmakta olup, bu şekilde her bölgeye hizmet verilebilmektedir. Bunun yanı sıra, 2004 yılı içinde Sason ilçesinde ortaya çıkan 20 şark çibani olgusu bulunduğu ve bölge Diyarbakır il sınırında yer aldığından, kaynağın Diyarbakır düşünüldüğü öğrenilmiştir. Bölgede tifo hastalığı tanısında da büyük sıkıntı yaşanmakta olduğu tanının lateks yöntemi ile titre bakılarak konması ve kültür, Ig ile doğrulama şansı bulunmaması nedeniyle daha önce etken ile karşılaşan tüm hastalara yanlışlıkla tifo tanısı konabildiği ifade edilmiştir. Alınan bilgilere göre bölgede kolera olgusu görülmemektedir ancak bu yıl içinde 2 adet meningokoksik menenjit tanılı olgu saptanmıştır.

Kent halkının %50'sinden fazlasının gecekonduda yaşamakta olduğu, il merkezi nüfusunun 280 000 olarak belirlendiği, merkezde toplam 13 sağlık ocağı bulunduğu ve geçen yıla kadar sağlık ocaklarında oldukça fazla hekim açığı olduğu, ancak bu yıl sözleşmeli gelen sağlık çalışanları ile açığın azaldığı belirlenmiştir. İl Sağlık Müdürlüğü yöneticileri, özellikle sözleşmeli personelin genelde maaşlarının da daha yüksek olmasından dolayı daha iyi ve istekli çalıştığı yorumunu yapmaktadırlar. Ayrıca toplam kalite çalışmaları için bir firma ile anlaşılması ve hizmet satın alınıyor olduğu, sistemi kurma işinin firma tarafından yapılacağı, bedelinin de döner sermayeden karşılanacağı belirtilmiştir. Yetkililerce, bölgede doğurganlığın yüksek olduğu ancak elde edilen verinin güvenilir olmadığı bu yıl ilk kez yapılacak olan ETF sonrasında daha güvenilir verilere ulaşılabileceği, bunun yanı sıra her ocakta en az bir RİA takma sertifikası olan personel bulunduğu ifade edilmiştir.

Dr. Özer'e göre bölgenin en önemli sağlık sorunu bağıışıklama oranlarının düşüklüğü ve özellikle Rafineri sebebi ile ortaya çıkan çevre kirliliğidir. Ancak hava kirliliği ölçümleri ile ilgili net bir bilgi alınamamıştır. TÜPRAŞ, Termik Santral ve halkın kış aylarında tükettiği kalitesiz kömür yüzünden kirlilik oranının giderek artmakta olduğu vurgulanmıştır. Hızlı kentleşmenin getirdiği sağlık sorunları ve yoksulluk da önemli sorunlar arasında yer almaktadır. Köy ve gecekonduda bölgelerinde malnütrisyondan dolayı

olduğu, buna karşın annelerin bebeklerini genel olarak uzun zaman kendi istekleri ile emzirdikleri, bölgede iyotlu tuz kullanım oranının gözlemlere göre az olduğu, özellikle kaya tuzu kullanımının yoğun olduğu bir bölgede guatr olgularına sıkça rastlandığı belirtilmiştir. Alınan bilgilere göre, halkın yaklaşık %50'sinin Yeşil Kart sağlık güvencesine sahip olduğu, %5 oranında da sağlık güvencesi olmayan bir kesim bulunduğu öğrenilmiştir. Batman Sağlık Müdürlüğü sunumundan notlar:

- 2002 yıl ortası nüfusu: 456 734 (Kent Nüfusu: 304 166, Kırsal Nüfusu: 152 568)

- İlde, Batman, Kozluk ve Sason Devlet Hastanelerinin yanı sıra bir Verem Savaş Dispanseri (VSD), iki Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi, bir Sıtma Savaş Birimi, bir Halk Sağlığı Laboratuvarı, 28 sağlık ocağı, 55 sağlık evi (8'i açık), dört 112 Acil Yardım ve Kurtarma istasyonu bulunmaktadır. İl genelindeki 3 hastanedeki toplam fiili yatak sayısı 210, toplam poliklinik sayısı 170 364, toplam uzman hekim sayısı 46'dır.

- Batman ilinde 2004'te 84 pratisyen hekim (58'i 657, 26'si 4924 sayılı kanuna bağlı olmak üzere) görev yapmakta olup bu hekimlerden 57'si birinci basamak hizmeti vermektedir.

- Yine 2004 yılında ilde yeşil kartı olan toplam 188 984 kişi bulunmaktadır.

- 2004 yılı Çevre Sağlığı Şube Müdürlüğü denetim çalışmaları içerisinde yapılan 5 684 denetimden 5 413'ü "Uygun", 271'i "Uygun Değil" olarak değerlendirilmiştir.

- Yapılan 342 bakteriyolojik su analizinin 289'u "uygun", 53'ü "uygun değil" olarak; 67 kimyasal su analizinin ise 49'u "uygun", 18'i "uygun değil" olarak değerlendirilmiştir.

- 2004 yılı Aile Planlaması yöntemi kullanımı, %37.63 "yöntem kullanmayan", %34.51 "etkili yöntem kullanan" ve %27.86 "geleneksel yöntem kullanan" olarak belirlenmiştir.

- 2004 yılında 3168 kişiye talasemi taşıyıcılık testi yapılmıştır. Yakalanan taşıyıcı sayısı 282'dir.

- 2004 yılı ilk 9 ayı içinde sıtma savaşı amacı ile alınan kan sayısı 37 994'si aktif, 14 912'si pasif olmak üzere toplam 52 906'dır. 100 aktif ve 1 241 pasif kan alma sırasında olmak üzere toplam 1 341 olgu yakalanmıştır. Olguların 715'i dışardan gelen ve 626'sı ise yerlidir.

07/07/2005 Perşembe-Bitlis Bitlis Sağlık Müdürlüğü

Sağlık Müdürlüğündeki yetkililer tarafından verilen bilgilere göre :

- 2004 DİE verisine göre Bitlis İli nüfusu, 388 000, yine 2004 ETF verisine göre Bitlis İli yıl ortası nüfusu 301 112

- Gözlemlere dayalı tahmini rakam ise, yaklaşık 340 000 kişi.

- İl merkez nüfusu ortalama 45.000 dolaylarında.

- İlde Van Gölü'ne kıyısı olan ilçelerde (Adilcevaz, Ahlat, Tatvan) personel sıkıntısı pek yok, ancak diğer bölgelerde yoğun bir personel sıkıntısı var.

- Hem sağlık ocaklarının yerleşimi hem de hekim ve diğer çalışanların dağılımı dengesiz.

- Şu anda mevcut sağlık evlerinin (80 tane) sayısı çok fazla. Yaklaşık 30 sağlık evine gereksinim var. Bu yıl 16 tanesi oturulacak durumda.

- Var olan 29 Sağlık Ocağı'ndan 13'ünde hekim yok. 4 ocakta da ortalama 1-2 personel var.

- İlde sadece 1 adet, merkezde çalışan Çevre Sağlığı Teknisyeni var.

- Adilcevaz ilçesinde açılmış olan Onkoloji Hastanesi bu yıl Devlet Hastanesine çevrildi.

- Çevre Sağlığı (çevre sağlığı değil, gıda kontrolü) ile ilgili tüm analizlerin Tarım Bakanlığı'na devri ile Müdürlükteki cihazlar işlevsiz kaldı. Tarım Bakanlığı tarafından da analiz yapımı henüz başlamadığından bu konuda bir boşluk doğuyor.

- İl genelinde brusella olgusu sık görülüyor. Kaynamamış ve yeteri kadar bekletilmemiş süttten yapılan peynir buna sebep olarak gösterilebilir.

- İlde toplam 75 adet tedavi alan tbc.'li olgu var.

- Bakanlıktan bu yıl istenen 140 milyar TL'lik ödenek ile 14 adet araç kiralanarak ilçe merkezlerinde hizmet vermeleri sağlandı.

- Eğitimler hızlandırılarak her sağlık ocağına en az 1 BCG aşısı yapabilecek eğitimli personel sağlandı.

- Bitlis'te 1100 sağlık personeli var. Bunların ortalama 350 tanesi sözleşmeli.

- İl Yüzölçümü: 6 707 km², İlde 7 ilçe, 16 Belediye, 340 Köy ve 304 Mezra bulunuyor.

- 2004 ETF Nüfusu 301 112, 15-49 Yaş Kadın Nüfusu 71 367.

- 0 Yaş Aylık Hedef Nüfus 828, 0 Yaş Yıllık Hedef Nüfus 9 936.

08/07/2005, Cuma – Muş

Muş, sosyalleştirmenin başladığı il olduğu için ayrı bir özellik taşımaktadır. Sosyalizasyon kapsamında ilk açılan Sağlık Ocağı Muş merkezde yer alan 1 No'lu Sağlık Ocağı'dır. Hemen yanında yer alan 2 No'lu sağlık ocağı da benzer tarihlerde açılmıştır. Bu iki sağlık ocağı, birkaç yıl önce yıkılıp, yerine eğitim sağlık ocağı yapılmıştır. Bu iki ocağa yakın tarihlerde açılan ve inşa edildiği halini korumakta olan Korkut ilçesi'ndeki sağlık ocağı ziyaret edilmiştir.

Muş Sağlık Göstergeleri:

- 2004 yıl ortası nüfusu, 453 654 kişidir, 232 642'si (51.3) erkek, 221 012'si (%48.7) kadındır. Bu kişilerin 255 428'i (%56.4) kentte, 198 226'sı (%43.6) kırdada yaşamaktadır.

- Bebek nüfusu 9303, 0-4 yaş nüfusu 52 307'dir. 15-49 yaş kadınlar 90 182 kişi iken, 65 yaş üstü birey sayısı 11 250'dir.

- 2003 yılında 2 041, 2004 yılında 3 063 canlı doğum gerçekleşmiştir.

- 2003 yılında olan 1 983 doğumun 892'si (%45.0) hastanede gerçekleşmiştir. Sağlık personeli olmadan yapılan doğumlara bakıldığında 1999'da doğumların %49.8'i, 2000'de %51.3'ü, 2001'de %54.5'i, 2002'de %48.4'ü, 2003'te %47.8'i sağlık çalışanı olmadan gerçekleştirilmiştir.

- 2004 yılında doğan 3 063 bebekten 58'i bir yaşına gelmeden ölmüştür. İlde bebek ölüm hızı (BÖH) %o18.94 olarak bulunmuştur. Erken neonatal BÖH %o10.77, geç neonatal BÖH %o2.29, post neonatal BÖH ise %o 5.88'dir.

Teşekkür

Gezinin gerçekleştirilmesinde emeği olan başta Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu'na, Türk Tabipleri Birliği çalışanlarına, Dicle Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na, Diyarbakır Tabip Odası'na, gezinin eğitimcileri Prof. Dr. Necati Dedeoğlu ve Yrd. Doç. Dr. Cavit Işık Yavuz'a çok teşekkür ederiz.

Ek 1. XVII. Gezici Eğitim Semineri kapsamında ziyaret edilen kurum /yer /kişi bilgileri

İl	Ziyaret edilen Kurum/yer/alan, görüşülen kişiler
Diyarbakır	Diyarbakır Tabip Odası Yönetim Kurulu Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Diyarbakır kent gezisi (Suriçi bölgesi, belediye çamaşırhane ve tandirevi, Ben-ü Sen Mahallesi) Bağlar 1 No'lu Sağlık Ocağı Diyarbakır BB Katı Atık Aktarma İstasyonu Dericiler sitesi İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi (Şube Müdürü) İl Sağlık Müdürlüğü Sıtma Savaş Birimi, Bölge Laboratuvarı, İl Laboratuvarı, İl Sağlık Müdürlüğü Çevre Sağlığı Şube Müdürlüğü (Şube Müdürü) Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal İşler Daire Başkanı Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi Çevre Daire Başkanı Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi İçme Suyu Arıtım Tesisi Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi Atık Su Arıtım Tesisi Çatakköprü Sağlık Ocağı
Batman	İl Sağlık Müdürlüğü (İl Sağlık Müdür Vekili, Müdür Yardımcısı) İl Halk Sağlığı Laboratuvarı Batman TÜPRAŞ Rafinerisi (rafineri müdür yardımcısı, teknik ve çevre emniyet müdürü) Batman Siirt Tabip Odası (Oda başkanı, Genel Sekreter, YK üyesi)
Bitlis	Bitlis Devlet Hastanesi İl Sağlık Müdürlüğü (Sağlık Müdür Yardımcısı) İl Halk Sağlığı Laboratuvarı AÇSAP Mrk. 1 No'lu Sağlık Ocağı
Muş	Korkut Sağlık Ocağı İl Sağlık Müdürlüğü (İl Sağlık Müdürü) Muş Belediyesi (Belediye Başkanı) Verem Savaş Dispanseri Belediye sağlık evi Muş çöplüğü Muş içme ve kullanma suyu depoları
Bingöl	İl Sağlık Müdürlüğü (İl Sağlık Müdürü, Müdür Yardımcısı, Çevre Sağlığı Şube Müdürü, Devlet Hastanesi Başhekimisi /Tabip Odası Temsilcisi) Bingöl Valiliği (Bingöl Valisi) Bingöl Devlet Hastanesi

Ek 2. XVII. Gezici Eğitim Semineri katılımcıları

Adı ve soyadı	Fakülte
Necati Dedeoğlu	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Cavit Işık Yavuz	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Ali Ceylan	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Günay Saka	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Nejat Ünlükal	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Rukiye Çetin Seçkin	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Nurcan Çakır	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
İlknur Taşçıoğlu	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Esra Çınar	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Sertaç Türkçüoğlu	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Evin Aras	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Reci Meseri	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Müjde İlgün	Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Gül Saatlı	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Ayşe Güler	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Guljan Dönmez	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Selim Yüksel	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Erce Sevin	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Özgür Erdem	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Ünal Öztürk	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD