

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**2000-2004 YILLARI ARASI MALATYA İLİ SAĞLIK
HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Gülfem ÜNAL
BİYOİSTATİSTİK ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. Saim YOLOĞLU**

MALATYA – 2007

TEŞEKKÜR

2000-2004 yılı Malatya ili sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi çalıőmasının tez konusu olarak seçilmesinde, planlanmasında ve tezin hazırlanması sırasında katkılarda bulunan ve yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Sayın Doç. Dr. Saim YOLOĞLU' na teőekkürlerimi sunarım.

Bu çalıőmayı hazırlayabilmem için verileri temin etmemde büyük katkıları olan Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Bilgi İşlem ve İstatistik Şube Müdürlüğü çalıőanlarına teşekkür ederim.

Çalıőmalarım sırasında yardımlarını ve desteğini esirgemeyen ablam Prof. Dr. Süheyla ÜNAL' a sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi.....	2
2.2. Mevcut Durum.....	7
2.3.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	8
2.4. Türkiye’nin Sağlık Sorunları.....	9
2.5. Doğu Anadolu Bölgesi ve Sağlık Sorunlar.....	10
2.6. Malatya.....	12
2.7. Malatya’da Sağlık Hizmetleri.....	13
3.AMAÇ	15
4.GEREÇ VE YÖNTEM	16
5.BULGULAR	18
5.1. Demografik Bulgular.....	18
5.2. Ana Çocuk Sağlığı Bulguları.....	22
5.3. Sık görülen bulaşıcı hastalıklar.....	29
5.4. Bildirimi zorunlu olmayan hastalıklar	30
5.5. Ölüm nedenleri	34

5.6. Sağlık hizmetleri.....	36
5.7. Sağlık Ocakları.....	37
5.8. Ağız ve Diş Sağlığı Şube Müdürlüğü Faaliyetleri.....	39
5.9. Akıl ve Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü Faaliyetleri.....	40
5.10. Sağlık güvencesi.....	41
5.11. Koruyucu sağlık hizmetleri	42
5.12. Su ve besinlerle bulaşan hastalıklara ait vaka ve ölümler..	43
5.13. Hava Kirliliği Ölçümleri.....	43
5.14. Sıtma Kontrol Çalışmaları.....	44
5.15. Verem Ölümleri.....	44
5.16. Bağışıklama Çalışmaları.....	45
6.TARTIŞMA.....	47
7.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
8.ÖZET.....	51
9.SUMMARY.....	52
10.KAYNAKLAR.....	53
11.ÖZGEÇMİŞ.....	56

TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1. 1923 yılında Türkiye'deki yataklı tedavi kuruluşlarının dağılımı.....	2
Tablo 2. Türkiye'nin sağlık düzeyinin gelişmişliğinin yıllara göre göstergeleri.....	9
Tablo 3. 2004 yılı itibariyle Malatya ilindeki Devlet Hastaneleri ve yatak sayıları....	13
Tablo 4. 2004 yılı itibariyle ildeki mevcut sağlık personelinin sayısı ve personel başına düşen nüfus sayısı.....	14
Tablo 5. Türkiye'de ve Malatya'da yatak sayısı ve nüfus oranları.....	14
Tablo 6. 2000–2004 yılları arasında nüfusun yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı.....	18
Tablo 7. Yıllara ve cinsiyete göre Malatya ili yıl ortası nüfuslarının dağılımı.....	19
Tablo 8. 2000-2004 yılı Malatya nüfus artış hızı.....	19
Tablo 9. Yıllara göre ortalama hane halkı büyüklüğünün dağılımı.....	20
Tablo 10. Yıllara göre kırsal-kentsel nüfus oranının dağılımı.....	21
Tablo 11. 2000-2004 Yılı Malatya ili bağımlı nüfus oranlarının dağılımı.....	21
Tablo 12. Gebe kadın izlemlerinin yıllara ve yaş gruplarına göre dağılımı.....	23
Tablo 13 . 15-49 Yaş kadın sayısı ve izlem sayısının yıllara göre dağılımı.....	24
Tablo 14 . Malatya'da bebek ve çocuk izlemlerinin yıllara göre dağılımı.....	24
Tablo 15. 2004 yılı kontrasepsiyon uygulama sayıları.....	25
Tablo 16 . Doğumların yapıldığı yerlere göre dağılımı.....	25
Tablo 17 . Premature ve düşük ağırlıklı doğumların dağılımı.....	26
Tablo 18 . Postnatal izlemlerinin yıllara göre dağılımı.....	26
Tablo 19. Bebek ölümlerinin yıllara göre dağılımı.....	26
Tablo 20. Düşük hızlarının yıllara göre dağılımı.....	27
Tablo 21. Anne ölümlerinin yıllara göre dağılımı.....	27
Tablo 22. Çocuk ölümlerinin yaş ve yıllara göre dağılımı.....	27
Tablo 23 . Hayati istatistik veri oran ve hızları.....	28

Tablo 24 . Aile planlaması yöntemlerinin yıllara göre dağılımı.....	28
Tablo 25.Yıllara göre bulaşıcı hastalıkların dağılımı.....	29
Tablo 26. İshalli hastalıkların yıllara ve yaşa göre dağılımı.....	30
Tablo 27. Akut üst solunum yolu hastalıkların yıllara göre dağılımı.....	30
Tablo 28. Kuduz vakalarının yıllara göre dağılımı.....	30
Tablo 29 . 2003 yılı hastalık istatistik formu.....	31
Tablo 30 . Kanser vakalarının cinsiyete ve yerleştiği organlara göre dağılımı.....	32
Tablo 31. Ölümlerin yıllara yaş ve cins gruplarına göre dağılımı.....	34
Tablo 32. 2000 yılında yataklı tedavi kurumlarında ölüme neden olan ilk on hastalık.....	34
Tablo 33. 2001 yılında yataklı tedavi kurumlarında ölüme neden olan ilk on hastalık.....	35
Tablo 34. 2002 yılında yataklı tedavi kurumlarında ölüme neden olan ilk on hastalık.....	35
Tablo 35. 2003 yılında yataklı tedavi kurumlarında ölüme neden olan ilk on hastalık.....	35
Tablo 36. 2004 yılında yataklı tedavi kurumlarında ölüme neden olan ilk on hastalık.....	36
Tablo 37.Hasta hareketlerinin dağılımı.....	36
Tablo 38. Sağlık ocağı çalışmaları.....	37
Tablo 39. 2003 Yılı Malatya ilinin sağlık ocakları ve sağlık evlerindeki personelin doluluk oranının (%) 2002 yılı Malatya, Doğu Anadolu ve Türkiye karşılaştırılması.....	37
Tablo 40. Yıllara göre sağlık ocağı çalışmaları (Form 023).....	38
Tablo 41. 2003 Yılı Malatya ilinin ilçelerindeki sağlık ocağı ve sağlık evlerinde çalışan hekim, ebe ve hemşire başına düşen ortalama nüfus dağılımı.....	39
Tablo 42. Yıllara göre topikal flor solüsyonu çalışmaları karşılaştırmaları.....	39

Tablo 43. Yıllara göre ruhsal sorunu olan bireylerden Elazığ Akıl ve Ruh Sağlığı Hastanesine sevk edilenlerin cinsiyetlerine göre dağılımı.....	40
Tablo 44. 2003 yılı yeşil kart dağılımı.....	41
Tablo 45. 2000–2004 yılı içme ve kullanma suyu bakteriyolojik ve kimyasal analizleri.....	42
Tablo 46. Halk sağlığı laboratuvarlarında yapılan gıda analiz sonuçları.....	43
Tablo 47. 2000–2004 yılları su ve besinlerle bulaşan hastalıklara ait vaka ve ölümler.....	43
Tablo 48. 2000–2004 yılları sıtma vaka sayıları.....	44
Tablo 49. 2000–2004 yılları verem ölüm sayıları.....	45
Tablo 50.2000–2004 yılı Malatya ili aşılarının dağılımı.....	45
Tablo 51. Malatya İli 2003 Yılı Bağışıklama Çalışmalarının; 2002 Yılı Malatya, Doğu Anadolu ve Türkiye ile karşılaştırılması.....	45

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Türkiye’de kamu sağlık sisteminin organizasyon şeması.....	7
Şekil 2. 2000–2004 yılları nüfusun yaş gruplarına göre dağılımı.....	19
Şekil 3. 2000–2004 yılı Malatya nüfus artış hızı (binde).....	20
Şekil 4.Yıllara göre kırsal-kentsel nüfus oranı.....	21
Şekil 5. 2000–2004 yılı Malatya ili bağımlı nüfus oranları.....	22
Şekil 6.Gebe kadın izlemi.....	23
Şekil 7. Malatya ili yıllara göre bebek ve çocuk izlemleri.....	24
Şekil 8. Evli ve gebe olmayan kadınlarda aile planlaması yöntem kullanımlarının yıllara göre dağılımı.....	29
Şekil 9. 2003 yılı hastalık istatistik formu (bildirimi zorunlu hastalıklar hariç).....	31
Şekil 10. 2003 yılı Malatya ilinde görülen bildirimi zorunlu olmayan hastalıklar.....	32
Şekil 11. Kanser vakalarının cinsiyete göre dağılımı.....	33
Şekil 12.Kanser vakalarının yerleştiği organlara göre dağılımı (kadın %)......	33
Şekil 13. Kanser vakalarının yerleştiği organlara göre dağılımı (erkek %)......	33
Şekil 14. 2003 Yılı Malatya ilinin sağlık ocakları ve sağlık evlerindeki personelin doluluk oranının, 2002 yılı Malatya, Doğu Anadolu ve Türkiye karşılaştırılması.....	38
Şekil 15.Yıllara göre sağlık ocağı çalışmaları.....	38
Şekil 16. Yıllara göre topikal flor solüsyonu çalışmaları.....	40
Şekil 17. 2003 yılı yeşil kart dağılımı.....	41
Şekil 18. Yıllara göre duman ve SO ₂ ölçümlerinin kış sezonu ortalamaları.....	41
Şekil 19. Malatya İli 2003 yılı bağışıklama çalışmalarının; 2002 yılı Malatya, Doğu Anadolu ve Türkiye ile karşılaştırılması.....	46

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

GSS :	Genel Sağlık Sigortası
TSH :	Temel Sağlık Hizmetleri
CYBH:	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DPT:	Devlet Planlama Teşkilatı
DİE:	Devlet İstatistik Enstitüsü
ÜSYE:	Üst Solunum Yolları Enfeksiyonu

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü kuruluş yasasında yer alan tanımıyla sağlık “yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali”dir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde ve anayasamızın 56. maddesinde yer alan sağlık hakkı ise, kişinin toplumdan ya da devletten sağlığının korunmasını, geliştirilmesini, hastalık durumunda tedavi edilmesini isteme ve toplumsal sağlık kuruluşlarından yararlanma hakkı olarak tanımlanmaktadır (1,2). Devletimiz anayasal bir yükümlülük gereği herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamak durumundadır. Devletin bu görevini yerine getirmekten sorumlu olan Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerini bu amaca uygun olarak koordine etmek, planlamak ve denetlemekle yükümlüdür. Bu hizmeti yerine getirirken aşağıdaki üç unsuru gerçekleştirmeye çalışır;

1. Çevre sağlığı, koruyucu hekimlik, ana-çocuk sağlığı, aile planlaması ve sağlık eğitimi gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve bunların uygulamada güvence altına alınması,
2. Gerekli tıbbi bakım ve tedavi olanaklarının sağlanması ve bunların ulaşılabilirliği, kalitesi ve adil bir biçimde sunumu,
3. Toplumun tamamını kapsayacak biçimde sağlık güvencesinin verilmesi (3).

Bunların gerçekleştirebilmesi için her ülke ve bölgedeki hastalıklar ve genel sağlık ölçütleri hakkında sayısal verilerin elde olması gerekir. Böylece öncelikli alanlar belirlenecek ve hizmetler uygun bir şekilde planlanabilecektir (4). Ulusal plan ve stratejilerin toplum bazında etkin faaliyetlere dönüştürülmesi için, sağlık çalışanlarının kendi bölgelerindeki sağlık ve hastalık örüntüsünün güncel durumu ile ilgili geçerli bilgileri ve bunların nedenlerini bilmesi gerekmektedir (5). Bu amaçla bu çalışma ile Malatya ilinde 2000–2004 yılları arasındaki sağlık bilgilerinin özetlenerek, sağlıklı ilgili değişikliklerin belirlenmesine çalışılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

1923 yılında, Cumhuriyet kurulduğunda Türkiye’deki yataklı tedavi kuruluşlarının sayısal durumu Tablo 1’de sunulmaktadır (6).

Tablo 1. 1923 yılında Türkiye’deki yataklı tedavi kuruluşlarının dağılımı

Kurumun Cinsi	Sayısı	Yatak Sayısı
Devlet Hastanesi	3	950
Belediye Hastanesi	6	635
Özel İdare Hastanesi	45	4520
Özel, Yabancı ve Azınlık	32	2402
Toplam	86	6437

1923’e kadar zamanın koşulları içerisinde yürütülen bakanlık çalışmaları; memleketin sağlık şartlarını düzeltmek, kişi ve toplum sağlığına zarar veren etkenlerle savaşmak, gelecek kuşakların sağlıklı yetiştirilmesini sağlamak amacıyla hızla ilerlemeye yönelmiş ve 1925 yılında hazırladığı ilk çalışma programında çözülmesi zorunlu sağlık sorunlarını şöyle sıralamıştır (6).

1. Devlet sağlık örgütünü genişletmek,
2. Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek,
3. Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak,
4. Sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek,
5. Sağlıkla ilgili kanunları yapmak,
6. Sağlık ve sosyal örgütünü köye kadar götürmektir.

Bu plan çerçevesinde il merkezlerinde bulunan mevcut devlet hastanelerinin sağlık koşulları ve yönetim yönünden düzeltilmesi için yol göstermiş, bütçesine

koyduğu yardım ödeneklerinden mali durumları kötü olanlara yardım etmiştir. Örnek olmak üzere 1924' de Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas Numune Hastanelerini, 1936' da Haydarpaşa, 1946' da Trabzon ve 1970' de Adana Numune Hastanelerini açmıştır. İlçe merkezlerinin sağlık sorunlarının giderilmesi için ise 1924' de 150 ve 1936' da 20 ilçe merkezinde Muayene ve Tedavi Evleri açılmıştır. Bunlar daha sonra sağlık merkezlerine ve sağlık ocaklarına dönüştürülmüştür (6).

Cumhuriyetin ilk yıllarında koruyucu hekimlik ön plana alınmış ve önemli çalışmalar yapılmıştır. Sıtma, çiçek, trahom ve sifiliz ile savaşmak bu dönemde ele alınarak bu hastalıklar önlenmeye çalışılmıştır. Sağlıkla ilgili tüm ana konuları kapsayan 24 Nisan 1930' da çıkan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu gereğince Yüksek Sağlık Şurası ve Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü kuruldu (7).

2. Dünya savaşından sonra dünyada değişen sosyal yaşantı ve ekonomik güçlüklerin getirdiği sağlık sorunlarını çözmek üzere bazı çalışmalar yapılmıştır. Kasım 1946' da Yüksek Sağlık Şurası'nın onayından geçen Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı bunların ilkidir.

1960 yılından itibaren planlı bir döneme girilmiş, ilke ve hedeflere ulaşmak için yeni bir sağlık organizasyonu ve uygulaması olarak sağlık hizmetleri 5.1.1961 tarih ve 224 tarih ve 224 sayılı Kanun ile sosyalleştirilmiştir. 1963 yılında da sağlık hizmetlerinin bu doğrultuda uygulanmaya başlamıştır.

Tedavi hizmetlerinde ise 1960 yılından itibaren 10.000 nüfusa 26 hasta yatağı hedef alınmış ve 1962 yılından itibaren her yıl 1900 hasta yatağının ilavesi öngörülmüştür. 2003 yıl sonunda ise; 180.797 hasta yatağına ulaşılmış, 10.000 nüfusa düşen hasta yatağı sayısı da 25,5 olarak gerçekleşmiştir.

Sağlık hizmetlerinin kesintisiz 24 saat devam ettirilmesi amacıyla 29.6.1978 tarih ve 2162 sayılı "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun" yürürlüğe konmuş, bu kanun 31.12. 1980 tarih ve 17207 sayılı "Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun" ile yürürlükten kaldırılmıştır.

Sağlık hizmet ve yönetiminde 1961 Anayasasına paralel düzenlemeler içeren 1982 Anayasamız, Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler başlığı altında, sağlık alanındaki düzenlemeleri ele almıştır. 41. maddesi ile aile, Türk toplumunun temeli olarak kabul edilmiş ve devlet, ana ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulamasını sağlamak için gerekli tedbirleri almakla yükümlü kılınmıştır. 56. maddesi ile ise, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamak hak olarak kabul edilmiştir. Bu hakkın kullanılması için çevrenin geliştirilmesi ve korunması devlete ve

vatandaşlara ödev olarak yüklenmiştir. 60. maddesi herkesin “ sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiğini” içerir. 58. maddesinde yer alan “ Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulabilir” ifadesiyle sağlıkta finans yönetimini gündeme getirmiştir.

Türkiye'nin 1978 yılında imza attığı Alma-Ata Bildirgesi Temel Sağlık Hizmetlerini (TSH) önceleyerek “2000 Yılına Kadar Herkese Sağlık Amacı”nı hedef almaktadır. Bildirgede TSH şöyle tanımlanmaktadır: “TSH bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. TSH, ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. TSH, ulusal sağlık hizmetinin, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur. Alma- Ata Bildirgesine göre “Tüm hükümetler temel sağlığı başlatmak ve yürütmek ve bu konuda ulusal politika, strateji ve çalışma planları oluşturmakla yükümlüdürler.” Bildirgede yer alan hükümler doğrultusunda devlet en azından halkın sağlık eğitimini, beslenme durumunun geliştirilmesini, temiz su sağlanması ve arıtılmasını, ana- çocuk sağlığı ve aile plânlamasını, başlıca bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklamayı, endemik hastalıkların kontrolünü, sık görülen hastalıklar ve travmaların uygun tedavisini, temel ilaçların teminini sağlamak durumundadır. Bunu gerçekleştirirken şu 6 öğeyi temel alır (8).

1. Sağlık, ekonomik ve sosyal kalkınmanın temel ögesidir.
2. Toplum, sağlık hizmetlerinin planlama ve uygulamasına katılmalıdır.
3. Sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliği temeldir.
4. Sağlık hizmetleri toplumdaki herkese onların kabul edebilecekleri biçimde ve bütünleştirilmiş olarak verilmelidir.
5. Ekip anlayışı içinde hekim dışı personel kullanımına önem, gerekirse öncelik verilmelidir.
6. Hizmetlerin her kademesinde o ülkeye uygun teknoloji kullanılmalıdır.

Bildirgenin imzalanmasından sonra Türkiye’de TSH'nin iyileştirilmesine yansıyan birkaç düzenleme gerçekleştirilmiştir. 1965 yılından itibaren uygulamaya konulan 557 sayılı nüfus planlaması hakkındaki kanun, 1983 yılında yeniden ele alınmış, nüfus planlaması esasları gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon

ameliyatları, acil müdahale durumları ile gebeliği önleyici ilaç ve araçların temin, imal ve saptanmasına ilişkin hususlar yeniden düzenlenmiştir. Yasa ile eğitim görmüş ebe, ebe-hemşire ve hemşirelerin rahim içi araç uygulamasına izin verilmiştir (9). 1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır.

Aşılama konusunda 1985 yılında başlatılan “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” ile çocukluk çağı içinde BCG, DBT, DT, Çocuk Felci, Kızamık, Tetanos aşıları, gebe kadınlara da Tetanoz aşısı uygulanması yaygınlaştırılmıştır. Bağışıklama hizmetleri merkezi düzeyde TSH Genel Müdürlüğü, illerde ise Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. 1995 yılından itibaren “Ulusal Aşı Günleri” adı altında çocuk felcine karşı bir aşılama aktivitesi uygulanmaktadır (10).

Türkiye sosyal devlet anlayışı ve TSH’ni öncelikle benimsemesine rağmen, bu yöndeki görüş ve politika belirleme çalışmalarını ancak 1990 yılında başlatabilmiştir. Bu amaçla oluşturulan çalışma grubunun hazırladığı “2000 Yılında Herkese Sağlık Türk Milli Sağlık Politikası” dökümanında (11), Türkiye’nin TSH’ne olan bağlılığı bir kez daha açık bir şekilde vurgulanmıştır. Sağlık alanında eşitsizliklerin azaltılması, toplum katılımı ve sağlık eğitimi, TSH’ne dayalı bir sistem ve sektörler arası iş birliği amacına yönelik olarak stratejiler olarak belirlenmiştir. 2 yıl sonra ise bu belge çerçevesinde “Ulusal Sağlık Politikası” oluşturulmuş, Türkiye’nin 2000 yılı ve ötesindeki sağlık politikaları ile önerilen sağlık sisteminin ana hatları ortaya konmuştur (12).

1990–1994 dönemini kapsayan 6. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda temel hedef “insan sağlığını ve doğal dengeyi koruyarak doğal kaynakların sürekli bir ekonomik kalkınmaya imkân verecek şekilde yönetimini sağlamak” olarak belirlenmiş ve bu strateji doğrultusunda temel ilke, gelecek nesillere sağlıklı bir doğal, fiziki ve sosyal çere bırakmak olarak ifade edilmiştir (13).

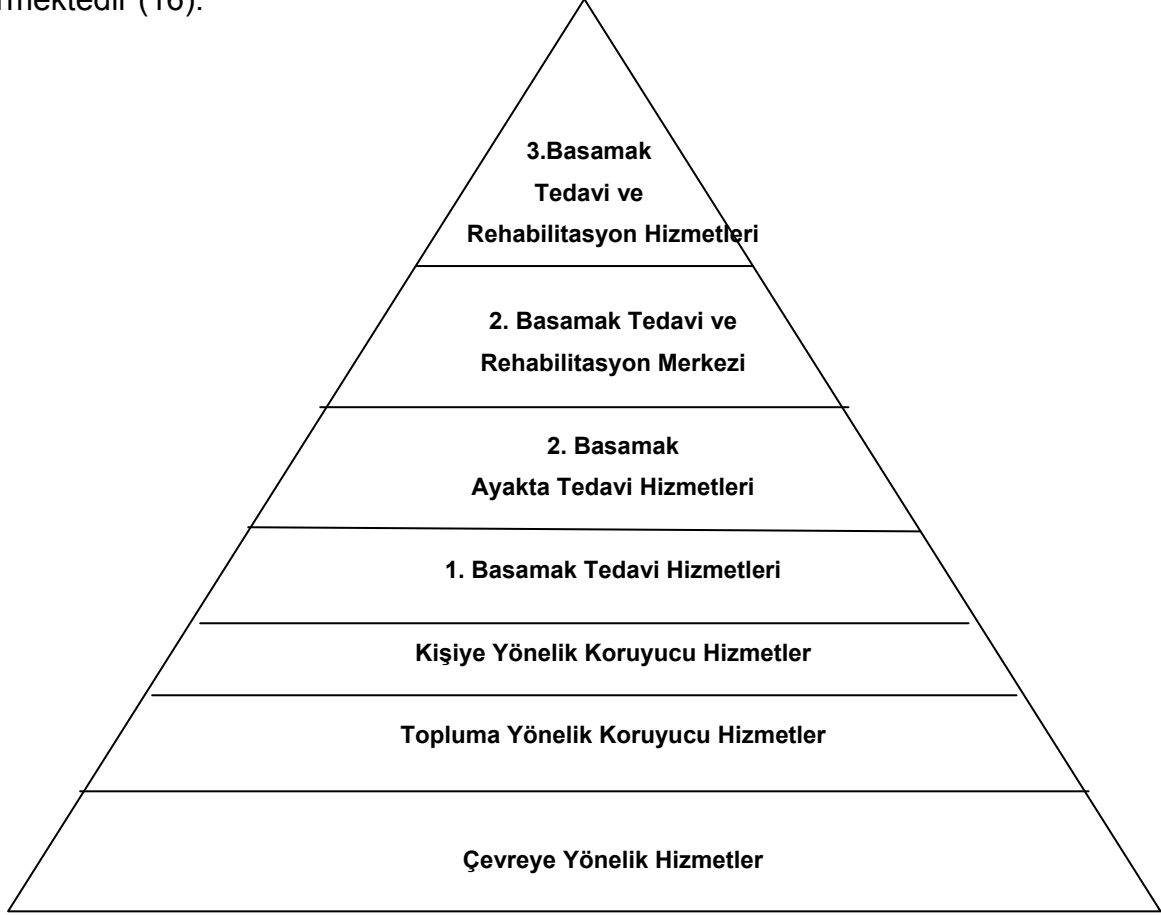
Görüldüğü üzere, Türkiye sağlık hizmetleri açısından çok çeşitli değişikliklerden geçmiştir. Genellikle dönemin ihtiyaçları çerçevesinde gerçekleştirilen düzenlemelerin parçalı olarak uygulanması sonucu ortaya karmaşık bir sistem çıkmıştır. Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü’nün 1990’lı yıllardan itibaren Türkiye’de sosyal güvenlik ve sağlık sektörünü yeniden yapılandıracak bir reform programını dayatması ile de Türkiye’nin sosyal güvenlik ve sağlık sorunları daha da görünür hale gelmiştir. Sağlık sektöründe 1990’ların başından bu yana köklü bir

reform sürecinin uygulanması yönünde yapılan çalışmalar, son hükümet dönemi ile büyük bir hız kazanmıştır.

Reformlar ile birlikte, sağlık hizmetleri hakkındaki tartışmalar da artmıştır. Türk Tabipler Birliği, reformlar ile devletin sağlık alanındaki toplumsal sorumluluğunun planlama ve standart belirlemeye indirgenmek istendiği, bunun da köylülere, yoksullara, emekçilere sağlık hizmeti sunma ödevinden kaçınması anlamına geldiğini ileri sürmektedir. Ayrıca, Hükümet'in reform paketiyle, sağlık hizmeti finansmanında genel bütçenin kullanımının azaltılacağı ve çok sayıda insanın sosyal güvenlik kapsamının dışında kalacağı gözlemi yapılmaktadır (14). Devletin daha etkin bir sağlık hizmeti vermesi gereken bir alan olan koruyucu sağlık hizmetlerine sağlık bütçesinden ayrılan payın giderek azalması, hizmeti verecek personel ve kuruluşların zayıflaması ve getirilmeye çalışılan reform paketi içerisinde de halk sağlığı uygulamalarını arttıracak uygulamaların yer almaması da "toplumsal sağlık bakış açısından" endişe verici olarak değerlendirilmektedir. 2002 yılı itibariyle Türkiye'de sağlık sektörünün durumunu inceleyen "Health Care Systems in Transition" adlı raporda koruyucu hizmetlerin önem sırasını düşüren ve tedavi edici hizmetlere yönelen bir sağlık politikasının Türkiye'nin sağlık sorunlarını çözemediği ve aksine TSH'ndeki insan gücünde ciddi bir düşüşe yol açtığı vurgulanmaktadır (15).

2.2. Mevcut Durum

Türkiye’de sağlık sektörü son derece karmaşıktır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ve sağlanmasında çok sayıda kamu, yarı-kamu ve özel kurum işlev görmektedir (16).



Şekil 1. Türkiye’de kamu sağlık sisteminin organizasyon şeması (Sağlık Bakanlığı 1992)

Kamu sağlık sistemi TSH ve tedavi hizmetleri olarak yapılandırılmıştır. **Koruyucu Temel Sağlık Hizmetleri** çevreye, topluma ve kişiye yönelik olmak üzere 3 grupta düzenlenmiştir;

1. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; Atıkların zararsız hale getirilmesi, yeterli ve temiz su sağlanması, gıdaların kontrolü, çevre kirliliğinin önlenmesi gibi etkinliklerle, çevredeki olumsuz biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörlerin yok edilmesi, düzeltilmesi amacını taşır (Çevre ve Turizm Sağlığı).
2. Topluma yönelik koruyucu hizmetler bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı, iyi beslenme, ağız ve diş sağlığı, aile planlaması, ruh sağlığı ve sağlık eğitimi gibi etkinlikleri kapsar.

3. Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetler ise doğrudan bireyleri ilgilendirir. İlk Yardım ve Acil Sağlık Hizmetlerinde olduğu gibi.

2.3.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak: Sağlık Ocağı, Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri, Kurum Hekimlikleri birinci basamak tedavi edici hizmetlerin verildiği yerlerdir.

İkinci basamak: Hastaların yatırılarak tanı ve tedavi hizmetlerinin verildiği hastanelerdir.

Üçüncü basamak: Özel dal hastaneleridir. En yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir. Kanseri hastaneleri, ruh sağlığı hastaneleri, sanatoryumlar, kalp-damar hastaneleri gibi.

Tedavi edici hizmetlerin basamaklar halinde ele alınmasının nedeni, bu basamaklar arasında bir hasta sevk sistemini sağlamak içindir.

İl düzeyinde sağlık hizmetleri Valiliklerin gözetimi altında Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütülmektedir. İl Sağlık Müdürü tüm TSH'nin sunumundan sorumludur. Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri ağı, hizmetlerin ve olanakların köy seviyesine kadar ulaştırabilmesini amaçlar. Sağlık hizmetinin en temel birimi, 2500–3000 kişilik bir nüfusa hizmet veren ve bir ebenin bulunduğu Sağlık Ocağıdır. Sağlık Merkezi ise 5000–10.000 kişilik bir nüfusa hizmet verir ve personel olarak bir doktor, bir hemşire, bir sağlık memuru, ebeler, çevre sağlığın teknisyeni ve bir şoför bulunur. Sağlık merkezleri tam teşekküllü ve çok yönlü temel sağlık hizmeti sunarlar. Bunlara ek olarak yine koruyucu sağlık hizmeti sunan Anne ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri ve Verem Dispanserleri vardır. Bu sağlık sistemi ağı, TSH, anne ve çocuk sağlığı ve halk eğitimi hizmetleri sunmakla yükümlüdür (17).

Ülkemizde yaklaşık 12500 sağlık evi, 5500 sağlık ocağı, 165000 hasta yatağı ile, 73000 hekim, 75000 ebe, hemşire, sağlık memuru ve sağlık teknisyeni hizmet vermektedir. Hizmetlerin planlanması ve verilmesinde, kuruluşlar ve basamaklar arasında bağlantıların kopuk oluşu sorun yaratmaktadır (18).

2.4. Türkiye'nin Sağlık Sorunları

Türkiye 2002 yılında yaklaşık 70.318 bin olan nüfusa sahiptir. Nüfusu yerleşim yerlerine göre dağılımı 2000 yılında %72.86'sı şehirde %27.14'ü köyde iken, 2004 yılında şehirlerde %71.91, köylerde %28.09 olarak belirlenmiştir.

2000 istatistiklerine göre nüfus artış hızı % 1.66, kaba doğum hızı binde 23,4'dür. 2001 yılında çocuk ölüm hızı binde 43, yetişkin ölüm hızı erkekte binde 177, kadında 112'dir (19). Türkiye'de kadınların ortalama ömrü 1980'de 64 yaştan 1995'te 70'e, erkeklerde ise aynı süre zarfında 59' dan 66'ya yükselmiştir, bu oran 1995'te kadın ortalama ömrünün 70, erkek ortalama ömrünün 64 olduğu tüm alt orta gelirli ülkelerin oranlarından biraz daha iyidir (20).

Toplumların sağlık düzeylerinin gelişmişliği ise değişik göstergelerle ölçülebilmektedir. Tablo 2'de Türkiye'nin Sağlık Düzeyinin Gelişmişliğine İlişkin Göstergelerin Yıllara Göre Dağılımı verilmektedir. Bu göstergelerden en önemlisi "Bebek Ölüm Hızı"dır.

Tablo 2. Türkiye'nin sağlık düzeyinin gelişmişliğinin yıllara göre göstergeleri

	1995	2000(1)	2005(2)
Yatak Sayısı (Adet)	150 565	170 000	200 000
Yatak Başına Düşen Nüfus	402	384	351
Yatak Kullanım Oranı (Yüzde)	58	60	75
Sağlık Ocağı Sayısı	4927	5700	6300
Hekim Sayısı	69 349	80 900	89 000
Hekim Başına Düşen Nüfus	872	807	789
Diş Hekimi Sayısı	11 717	14 200	16 000
Diş Hekimi Başına Düşen Nüfus	5163	4599	4389
Hemşire Sayısı	64 243	71 000	77 100
Hemşire Başına Düşen Nüfus	942	919	910
Doğuşta Hayatta Kalma Ümidi (Yıl)	68,0	69,1	70,3
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	43,1	35,3	28,8

(1)Tahmin, (2) Hedef

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, DPT

Çocuklarda 5 yaşın altındakilerde ölüm oranı Türkiye'de 1995'te %0 52 (21) ile alt orta-gelirli ülkelerin %0 56 oranından daha iyidir. Sağlık risk faktörleri arasında çocuklarda kötü beslenme ciddi bir sorundur ve ülkedeki çocukların beşte birinde gelişme geriliği bulunmaktadır. Tütün tüketimi yetişkin başına yılda 2.0 kg'dan (1984–86 dönemi için ortalama) 1995'te 2.2. kg'a çıkmıştır (20).

Aşı ile korunulabilir hastalık bildirimlerinin beklenenin altında olduğu gözlenmektedir. 2000 yılı içinde 528 (1 ölüm) Boğmaca vakası bildirilmiş olup, morbidite hızı 100.000'de 0,79, mortalite hızı ise 1.000.000'da 0,01 olarak tespit edilmiştir. Aynı yıl içinde 16 010 (1 ölüm) Kızamık vakası bildirilmiş, morbidite hızı 100.000'de 23,95, mortalite hızı 1.000.000'da 0,01; 11 (3 ölüm) Tetanos vakası bildirilmiş, morbidite hızı 100.000'de 0,02, mortalite hızı 1.000.000'da 0,04; 10 (4

ölüm) Neonatal Tetanos vakası bildirilmiş morbidite hızı 0,74, mortalite hızı 1.000.000'da 2,95; 2 (1 ölüm) Difteri vakası bildirilmiş, morbidite hızı 100.000'de 0,005, mortalite hızı 1.000.000'da 0,01; 4177 (10 ölüm) Hepatit-B vakası bildirilmiş morbidite hızı 100.000'de 6,25, mortalite hızı 1.000.000'da 0,15 olarak saptanmıştır.

Bildirimi zorunlu cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) Sifiliz ve AIDS/HIV enfeksiyonudur. 2000 yılında Bakanlığımıza toplam 395 yeni sifiliz vakası bildirilmiştir. Önceki yıllara göre bir artış saptanmamıştır. Bildirimlerin önemli kısmı esasen beklenenin çok altında bildirim yapmış olan İstanbul ili ve diğer büyük illerimizden yapılmıştır. Artvin, Trabzon, Samsun, Ordu, Rize gibi Karadeniz illeri görülme sıklığı açısından dikkat çeken ikinci grup illerimizdir. 2001 yılına devreden Sifiliz vakası 3313 olarak saptanmıştır.

2000 yılında toplam 158 yeni AIDS/HIV enfeksiyon vakası bildirilmiştir. 31 Aralık 2000 tarihine kadar ülkemizde tespit edilen enfekte kişi sayısı 1141'dir.

2.5. Doğu Anadolu Bölgesi ve Sağlık Sorunları

Doğu Anadolu Bölgesi Türkiye'nin en büyük coğrafi bölgesidir. Yaklaşık 163.000 km² lik yüzölçümüyle ülkenin %21'ini kaplar. Ortalama yüksekliği 2000 m olan Doğu Anadolu Bölgesinin yüksek ve dağlık oluşu, dağ sıraları ile denizden ayrılmış bulunması, Doğu Anadolu'da yıllık ortalama sıcaklığın düşük olmasına ve kışların sert geçmesine yol açar. Bölgedeki ekonomik etkinliklerin başında hayvancılık ve tarım gelmekle birlikte tarıma elverişli alanlar sınırlıdır. İllerin sosyo-ekonomik gelişme sıralamasında Doğu Anadolu Bölgesi en düşük indeks değerine sahiptir. 1994 yılında DİE tarafından yapılan hane halkı gelir ve tüketim harcamaları anket sonuçlarına göre, hane halkı başına düşen aylık sağlık harcaması; Türkiye genelinde 240.304 TL (6.24 \$) iken, Doğu Anadolu Bölgesi'nde 127.843 TL (3.33 \$)'dir.

Yöredeki en büyük problem işsizlik olup, işsizliğin ana nedeni hızlı nüfus artışıdır. 2000 yılı nüfus sayımlarına göre Doğu Anadolu bölgesinde 6.147.603 kişi yaşamakta, bunların 3.267.692 si şehirlerde, 2.879.911 i ise köylerde yaşamaktadır. Son 10 yılda şehirlerde % 35.74 nüfus artışı olurken köylerde % 6.15 nüfus azalmıştır. Bu bölgemiz en yüksek göç verme oranına sahiptir. 1985–1990 döneminde bu bölge 238.865 göç alırken, 671.255 göç verip % 82.22'lik bir oranla ülke genelinde ilk sıraya yerleşmiştir.

Doğu Anadolu Bölgesindeki sağlık kuruluşlarında yapılan bir çalışmada bölgedeki sağlık kuruluşlarının en önemli problemlerinden birisinin personel ve donanım yetersizliği olduğu tespit edilmiştir (22). 2000 yılı itibariyle Türkiye genelinde hekim sayısı en az (4.626), hekim başına düşen nüfus (1329 kişi) ve diğer sağlık personeli başına düşen nüfus (460 kişi) ile dış hekimi başına düşen nüfus (16394 kişi) açısından ikinci en kötü bölge konumundadır. Eczacı sayısı en az (774), eczacı başına nüfus en çok (7.943) olan bölgedir. Sağlık memuru ve ebe oranlarında da ülke genelinde en azlar sıralamasında ikinci sırada yer almaktadır (23).

Bölgedeki sağlık kuruluşlarında uzman hekimlerin büyük kentlerde (Erzurum, Elazığ, Van ve Malatya gibi) biriktiği, küçük kentlerde ise pratisyen hekimlerin çoğunlukta olduğu (Ardahan, Tunceli, Hakkâri ve Bitlis gibi) görülmektedir (24).

Sağlık Bakanlığı TSH Genel Müdürlüğünün 2000 yılı çalışmaları geribildirimi raporunda güneydoğu ve doğu bölgeleri için tanımladığı sorun alanları şöyledir (25).

- Demografik gelişmelerin yarattığı sorunlar (hızlı nüfus artışı, yaş yapısı ve yaşa özel morbidite hızları),
- Sağlık hizmetlerinin sunumundaki sorunlar (yönetim sorunu, sağlık personelinin nitelik ve sayı olarak yetersizliği ve dengesiz dağılımı, tıbbi malzeme ve araç gereç yetersizliği, sağlık evlerinin kendi binalarının tamamlanmamış olması, kırsal yerleşim birimlerinin dağınıklığı ve sağlık ocağı ile sağlık evlerinin yer seçimindeki uygunsuzluğu, bölgeye özgü doğa koşulları, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması hizmet sunumunun yetersizliği),
- Çevre sağlığı sorunları (sağlıklı ve yeterli içme ve kullanma suyu olmaması, atıkların sağlıklı bir şekilde yok edilememesi, hayvan dışkısının yakıt olarak kullanılması konut hijyeninin yetersizliği),
- Kişiyeye ait sorunlar (eğitim yetersizliği, Bölge'ye özgü örf ve adetler, aile yapısı, ekonomik düzey yetersizliği),
- Bölge'de bazı hastalıklara özgü morbidite ve mortalitenin yüksek oluşu (sıtma, şark çıbanı, gastro enteritler, beslenme bozuklukları vb.).

2.6. Malatya

Doğu Anadolu bölgesinin güney batısında Fırat havzası üzerinde yer alan Malatya doğuda Elazığ, kuzeydoğuda Erzincan, kuzeybatıda Sivas, batıda Kahramanmaraş, güneyde Adıyaman ve güneydoğuda Diyarbakır illeriyle çevrilidir. İl topraklarının yüzölçümü 12.313 km² olup, 35 54' ve 39 03' kuzey enlemleri ile 38 45'

ve 39 08' doğu boylamları arasında kalmaktadır. Malatya, Sultansuyu ve Sürgü çayı vadileri ile Akdeniz'e, Tohma vadisi ile İç Anadolu'ya, Fırat vadisi ile Doğu Anadolu'ya açılarak bu bölgeler arasında bir geçiş alanı oluşturur (26). Malatya, eski çağlardan bu yana Orta Asya ve Orta Doğu-Mezopotamya'dan gelen ticari yolların kesişmesi ve batıya geçit veren bir konumda bulunması nedeniyle; tarihin her döneminde stratejik bir önem taşımıştır. İlk kuruluş yeri, bugünkü Malatya'nın 7 km kuzeydoğusundaki Orduzu beldesinde bulunan Aslantepe Höyüğü'dür. Burada yapılan kazılarda günümüzden yaklaşık 6 bin yıl önce Malatya'da bir şehir devletinin kurulduğu anlaşılmıştır. Sırasıyla, Asur, Pers ve Makedonya devletlerinin eline geçtikten sonra; M.Ö 1. asırdan itibaren Romaların egemenliğinde kalmıştır. Romalılar kent merkezini M.S 2. asırda Battalgazi bölgesine taşımışlardır. Romalılar ve Bizanslılar devrinde önemli bir doğu şehri olarak gelişen Malatya Hz. Ömer devrinde Müslümanların eline geçmiştir. Emeviler ve Abbasiler devrinde İslam-Bizans savaşlarının odak noktası olmuştur. 12. yy başında bir Türkmen beyliği olan Danişmentogulları'nın eline geçmiş ve bu yüzyıl içinde Anadolu Selçuklularına bağlanmıştır. 1517 yılında Osmanlı hükümranlığına geçmiştir. 1838'de Hafız Paşa'nın Ordu karargâhını Malatya'da kurmasıyla; halk Aspuzu'daki yazlık evlerinde yaşamak zorunda kalmış ve Malatya'nın yerleşim merkezi bir kez daha değişmiştir. Osmanlı döneminde, Maraş Eyaletine bağlı bir sancak olan Malatya, 1847 yılındaki idari bölünmede Harput Eyaletine bağlanmış, 1924 Anayasası ile il olmuştur (26).

Ekonomisinin önemli bir kısmını hala tarım ile karşılayan Malatya'da diğer birçok ilde olduğu gibi 12 ve daha yukarı yaşlarda çalışan nüfusun % 64'ü tarım kesiminde görev yapmaktadır. İl arazisinin %34'ü tarım arazisi, %11'i ormanlık ve fundalık, %30'u çayır ve mera, %25'i tarım dışı araziden oluşmaktadır. İl merkezi ve ilçelere bağlı köylerde, kayısı başta olmak üzere geniş meyvelikler yer alır. Dünya yaş kayısı üretiminin önemli bir bölümü Malatya'da gerçekleştirilir (26). 1970'li yıllardan itibaren atılım yapan sanayi sektörü ağırlıklı olarak gıda, tekstil, plastik ve metal eşya alanlarında gelişme göstermektedir. 2000 yılında bildirilen rakamlara göre kentte 176 işyeri, 8 küçük sanayi sitesi, 9294 işçi bulunmaktadır. Kişi başına düşen 1972 dolarlık milli gelire iller arasında 52. sıradadır.

2.7. Malatya’da Sağlık Hizmetleri

Malatya’daki sağlık hizmetleri, Türkiye ortalamasına yakın düzeyde gerçekleştirilmektedir. Malatya ilindeki Devlet Hastaneleri ve yatak sayıları Tablo 3’de verilmektedir.

Tablo 3. 2004 yılı itibariyle Malatya ilindeki Devlet Hastaneleri ve yatak sayıları

HASTAHANE ADI	Kadro	Mevcut Yatak
Malatya Devlet Hastanesi	455	452
Akçadağ “ “	30	30
Arapgir “ “	50	42
Hekimhan “ “	30	30
Darende “	25	25
Pütürge “ “	30	15
Yeşilyurt “ “	50	50
TOPLAM “ “	650	644

Diğer Sağlık Kuruluşları:

1. Milli Eğitim Müdürlüğü Sağlık Eğitim Merkezi
2. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi
3. S.S.K.Dispanseri, Diş Protez ve Tedavi Merkezi
4. S.S.K.Hekimhan Dispanseri
5. S.S.K. Doğanşehir Dispanseri
6. D.D.Y. 5. İşletme Baş Müdürlüğü Sağlık Müdürlüğü kısım hekimlikleri

Ayrıca ilde 5 ecza deposu ile 99’u il merkezinde toplam 133 eczane, 6 röntgen lab., 6 tıbbi tahlil lab., 2 patoloji lab., 1 nükleer tıp merkezi, 22 sağlık kabini bulunmaktadır. Hizmet veren özel hastane sayısı giderek artış göstermektedir.

Tablo 4’de 2004 yılı itibariyle ildeki mevcut sağlık personelinin sayısı ve personel başına düşen nüfus sayısı, Tablo 5’de ise Türkiye ve Malatya’da yatak sayısı ve nüfus oranları verilmektedir.

Tablo 4. 2004 yılı itibariyle ildeki mevcut sağlık personelinin sayısı ve personel başına düşen nüfus sayısı

Görev Ünvanı	Toplam personel sayısı	Personel başına düşen nüfus
Uzman ve Pratisyen	739	940
Uzm.hek.	263	2649
Prt.hek.	476	1464
Diş hek.	98	7109
Eczacı	146	4707
Sağ.tek.	587	1169
Hemşire	1 113	626
Ebe	763	913

Tablo 5. Türkiye’de ve Malatya’da yatak sayısı ve nüfus oranları

Malatya’da yatak başına düşen nüfus	402
Türkiye’de yatak başına düşen nüfus	402
Malatya’da 10 bin nüfusa düşen yatak sayısı	24.9
Türkiye’de 10 bin nüfusa düşen yatak sayısı	24.8

3. AMAÇ

Sağlık hizmetlerinin etkili ve yararlı bir biçimde yürütülebilmesi, sektörün tüm kademelerinin birbirinden ve toplumdaki haberdar olmasına bağlıdır (27). Bu araştırma ile 2000–2004 yılları arasındaki 5 yıllık dönem içinde Malatya ilindeki sağlık çalışmalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın amaçları şunları içermektedir;

1. İl ile ilgili sağlıklı bir değerlendirme yapabilmek için bölgenin demografik bulgularını saptamak,
2. 2000–2004 yılındaki sağlık düzeyini gösteren ölçütlerin zaman içinde nasıl bir değişim gösterdiğini ortaya çıkarmak,
3. Sağlık sorunlarını belirleyerek, zaman içinde sorunların azalıp azalmadığını belirlemek,
4. Öncelikli sağlık sorunlarını belirlemek,
5. Malatya ilinin, Türkiye'nin sağlık düzeyini gösteren ölçütlerle kıyaslanmasına olanak tanımak,
6. Yapılan bu araştırmayla sağlık değerlendirmelerden sonuçlar çıkararak İl Sağlık Müdürlüğü'ne önerilerde bulunmak.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

2005–2006 yılları arasında yapılan bu kesitsel ve tanımlayıcı araştırmada Malatya İl Sağlık Müdürlüğü verilerinden yararlanarak Malatya ilinin 2000–2004 yılları arasındaki sağlık hizmetleri hem kendi içinde değerlendirilmiş, hem de Türkiye rakamlarıyla karşılaştırılmıştır.

Malatya Sağlık Müdürlüğü kayıtları tüm Malatya’da bulunan sağlık ocakları, sağlık evleri ve hastanelerin verilerinden oluşmaktadır. Çalışmada anket formu kullanılmamıştır, fakat il sağlık müdürlüğünde çalışanların görüşlerinden yararlanılmıştır. Bilgiler ağırlıklı olarak Malatya İl Sağlık Müdürlüğü İstatistik Şube Müdürlüğünden temin edilmiştir. İstatistik biriminde çalışan memur ve işletmenleri verilere ulaşmak bakımından yardımcı olmuşlardır. Çalışmada aşağıdaki veriler, formlar ve raporlar kullanılmıştır. Verilerin güvenilirliği Sağlık Müdürlüğü kayıtları ile sınırlıdır.

1. Kurum bilgileri dökümü
2. Nüfusun eğitim durumu ve cinsiyete göre dağılımı
3. Bağımlı nüfus oranı
4. Nüfusun yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı
5. Yıl ortası nüfusun yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı
6. Ortalama hane halkı büyüklüğü
7. Kırsal-kentsel nüfus oranı
8. Gebe kadın izlem raporu
9. 15–49 yaş kadın izlem raporu
10. Prematüre ve düşük ağırlıklı doğumları
11. Gebe-bebek durumu
12. Postnatal izlem raporu
13. Bebek ölümleri
14. Düşük hızları
15. Anne ölümleri
16. Çocuk ölümleri
17. Doğumların yapıldığı yerlere göre dağılımı
18. Hayati istatistik veri oran ve hızları

19. Aile planlaması yöntemleri
20. Yataklı tedavi kurumları hastalık istatistik raporu
21. Hane bilgisi raporu
22. Bütün ölenlerin yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı
23. Özel ölüm hızları ve kaba ölüm hızı
24. İçme ve kullanma suyu analizleri
25. Hizmet içi eğitimler
26. Kuduz izleme raporu
27. Halk sağlığı laboratuvarlarında yapılan analiz sonuçları
28. Halk sağlığı laboratuvarlarında yapılan gıda analizleri
29. İçme ve kullanma suyu analizleri
30. Hane bilgisi raporu
31. Su ve besinlerle bulaşan hastalıklara ait vaka ve ölümler
32. Sıtma kontrol çalışmaları
33. Verem ölümleri
34. Yeşil kart bilgi formu

5.BULGULAR

5.1. Demografik Bulgular

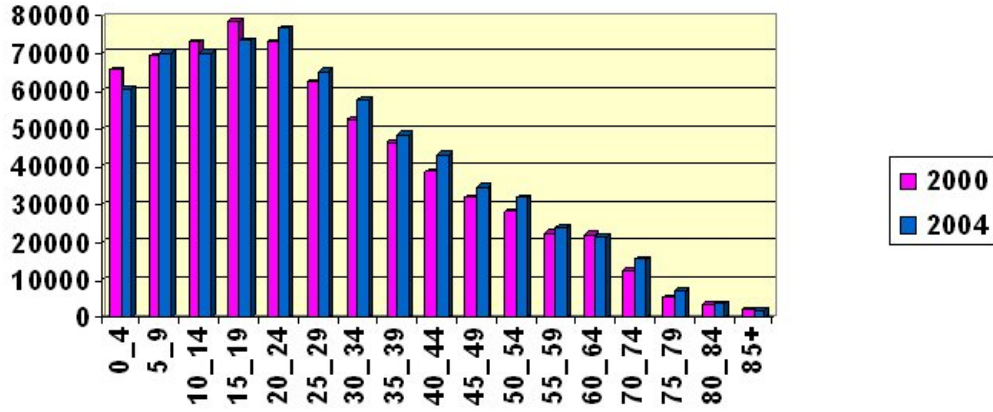
Malatya nüfusu ile Türkiye'nin 14. büyük kenti, Doğunun ise en kalabalık iki ilinden birisidir. İlçe sayısı 13, belde sayısı 54, köy sayısı 494' tür. Malatya'nın nüfusu 1997 yılı genel nüfus sayımına göre; 823.521'dir. İl merkezinin nüfusu 400.2482'dir. İl genelinde nüfus yoğunluğu 65 kişi/km²'dir. Türkiye genelinde bu rakam 73 kişi/km²'dir. Nüfusun yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında ilin genç bir nüfusa sahip olduğu görülmektedir. Ortalama yaş 25.41'dir.

2000 yılında Malatya'nın toplam nüfusu 853 658, şehir nüfusu 499 713, köy nüfusu 353 945, toplam yıllık nüfus artış hızı 19,22, kent nüfusu artış hızı 30,25 köy nüfusu artış hızı 5,46 olarak saptanmıştır (28).

Tablo 6'da görüldüğü gibi 2000–2004 yıllarında Malatya'nın yaş gruplarına ve cinsiyete göre değişimi izlenmektedir. Kadın ve erkek nüfusunda önemli bir farklılık yoktur ve yıllar içinde kadın-erkek oranında önemli bir değişiklik görülmemektedir.

Tablo 6. 2000–2004 yılları arasında nüfusun yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı

YAŞ GRUPLARI	2000		2001		2002		2003		2004	
	ERKEK	KADIN	ERKEK	KADIN	ERKEK	KADIN	ERKEK	KADIN	ERKEK	KADIN
0-4	33.351	32.112	33.319	31.931	32.358	31.163	31.932	30.455	31.127	29.539
5-9	35.259	34.162	35.140	33.932	35.368	34.167	35.457	34.154	35.914	34.200
10-14	37.129	35.781	36.753	35.701	36.514	34.944	35.951	34.551	35.846	34.268
15-19	39.333	39.214	39.595	39.148	39.099	38.179	38.599	37.487	37.574	36.072
20-24	36.585	36.468	37.144	37.017	38.686	38.088	38.064	38.057	38.113	38.659
25-29	30.963	31.405	31.784	32.420	32.161	32.632	32.777	32.932	32.687	32.612
30-34	26.411	25.941	26.212	25.938	27.653	27.667	27.754	27.910	28.678	29.092
35-39	23.451	22.818	24.046	23.845	23.837	23.660	24.448	24.335	24.352	24.283
40-44	19.844	18.711	19.762	18.687	20.666	19.702	21.346	20.438	22.070	21.199
45-49	16.311	15.520	17.410	16.596	17.624	16.612	18.022	17.217	17.801	16.982
50-54	13.899	14.359	14.658	14.744	15.150	15.397	15.403	15.530	15.791	16.071
55-59	10.941	11.620	11.082	11.799	10.992	11.757	11.723	12.423	11.710	12.282
60-64	10.436	11.627	10.474	11.557	10.870	11.842	10.678	11.449	10.261	11.221
65-69	8848	9027	8637	9239	8381	9025	8485	9509	8062	9344
70-74	6303	6356	6696	6620	7110	7028	7387	7385	7823	7699
75-79	2694	2847	2785	2845	3049	3164	3506	3553	3688	3675
80-84	1680	1899	1738	1875	1818	1911	1786	2005	1734	1977
85	1020	1109	982	1061	1011	1095	949	1074	866	1019
TOPLAM	354.458	350.976	358.217	354.955	362.347	358.033	364.258	360.464	364.097	360.194



Şekil 2. 2000–2004 yılları nüfusun yaş gruplarına göre dağılımı

Şekil 2’de görüldüğü gibi Malatya’nın nüfusu Türkiye’nin nüfusuna paralel olarak genç nüfusu fazla bir piramidi oluşturmaktadır. Yaş grupları arasındaki kadın-erkek değişiminde önemli bir farklılık görülmemektedir.

Tablo 7. Yıllara ve cinsiyete göre Malatya ili yıl ortası nüfuslarının dağılımı

YILLAR	ERKEK		KADIN		TOPLAM
	SAYI	%	SAYI	%	
2000	354458	50.24	350976	49.75	705434
2001	358217	50.22	354955	49.77	713172
2002	362347	50.29	358033	49.70	720380
2003	364258	50.26	360464	49.73	724722
2004	364097	50.26	360194	49.73	724291

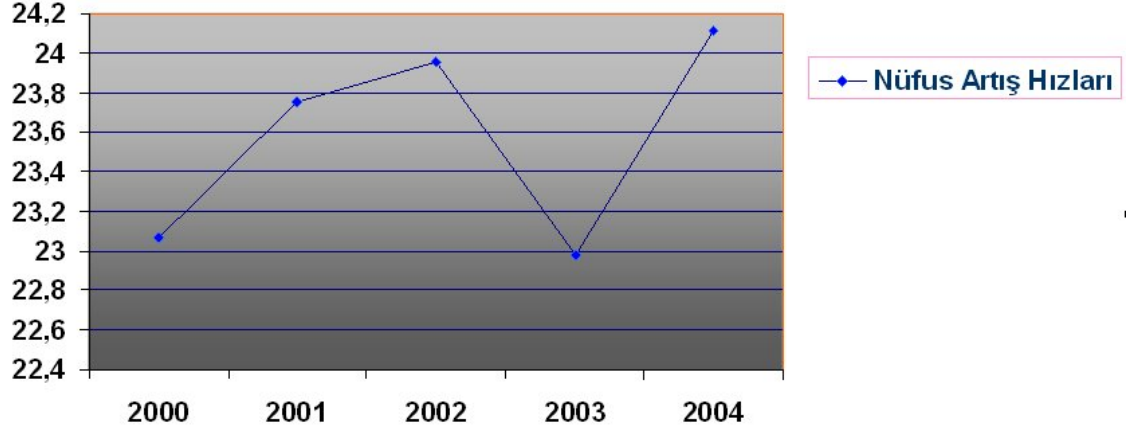
Tablo 7’den de görüldüğü gibi erkek yıllara göre erkek oranının kadın oranına göre fazlalığı görülmektedir. Fakat bu değişiklik minimal bir değişiklik olup, önemli bir farklılık yaratmamaktadır.

İl genelinde nüfus artış hızı 2000 yılında 23,07 iken 2004 yılında 24,11’e çıkmıştır. Nüfus artış hızı il merkezinde 44.26, köy ve bucaklarda 10.87’dir. Tablo 8’de görüldüğü gibi nüfus hızında 2003 yılı hariç bir artış görülmektedir.

Tablo 8. 2000–2004 yılı Malatya nüfus artış hızı

	NÜFUS	DOĞUM	ÖLÜM	HIZ(BİNDE)
2000	705434	17980	1703	23.07
2001	713172	18533	1593	23.75
2002	720380	18839	1587	23.95
2003	724722	18038	1386	22.98
2004	724291	18889	1428	24.11

2000 yılı hane sayısı 144386 iken, ortalama hane halkı büyüklüğü 4,89 dur. 2004 yılında ise hane sayısı 159809'e yükselmişken, ortalama hane halkı büyüklüğü ise 4,53'e düşmüştür. 2003 yılında şebeke suyu olan ev halkı sayısı kırsal kesimde 24.102 iken kentsel kesimde 117.720' dir. 2003 yılı kanalizasyona bağlı kırsal mesken sayısı 11.404, kentsel mesken 109.965 tir.



Şekil 3. 2000–2004 yılı Malatya nüfus artış hızı (binde)

Tablo 9. Yıllara göre ortalama hane halkı büyüklüğünün dağılımı

YILLAR	NÜFUS	HANE SAYISI	ORT. HANE HALKI BÜYÜKLÜĞÜ
2000	705434	144386	4,89
2001	713172	148263	4,81
2002	720380	153112	4,70
2003	724722	156262	4,64
2004	724291	159809	4,53

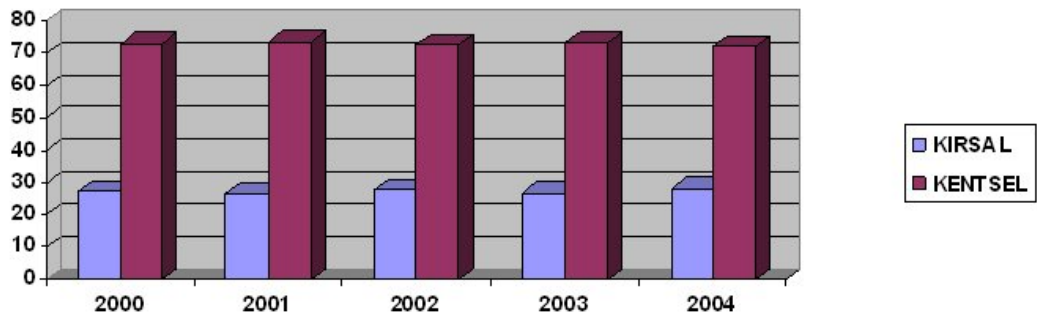
Tablo 9'da görüldüğü gibi yıllara göre hane sayısında minimal bir azalma görülmektedir.

Nüfusun 509.772'si (% 61.9) il ve ilçe merkezlerinde, 313.749'u (%38.1) köylerde yaşamaktadır. 2000 yılı il toplam nüfusunun yaklaşık %50.24'ü (354458 kişi) erkek, % 49.75'i (350976 kişi) kadındır.

Tablo 10. Yıllara göre kırsal-kentsel nüfus oranının dağılımı

YILLAR	KIRSAL NÜFUS		KENTSEL NÜFUS		KIR/KENT NÜFUS ORANI
	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	
2000	191452	27.14	513982	72.86	0.37
2001	189259	26.54	523913	73.46	0.36
2002	198197	27.51	522183	72.49	0.38
2003	194436	26.83	530286	73.17	0.37
2004	203421	28.09	520870	71.91	0.39

Şekil 4' den de görüldüğü gibi kentsel nüfus oranı, kırsal nüfus oranına göre fazladır.



Şekil 4. Yıllara göre kırsal-kentsel nüfus oranı

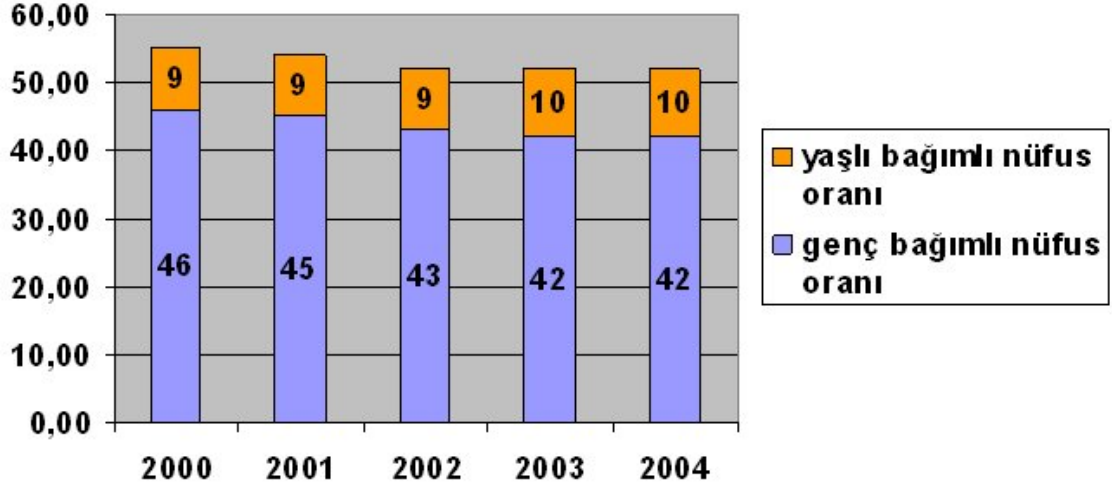
Tablo 11. den de görüldüğü gibi genç bağımlı nüfus, yaşlı bağımlı nüfustan oldukça fazladır. Bu da Malatya ilinin Türkiye ye paralel olarak genç nüfuslu bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 11. 2000–2004 Yılı Malatya ili bağımlı nüfus oranlarının dağılımı

YILLAR	YAŞ GRUPLARI		
	0-14	15-64	65+
2000	207794	455857	41783
2001	206776	463918	42478
2002	204514	472274	43592
2003	202500	476592	45630
2004	200894	477510	45887

Türkiye nüfusunun % 80'i 1990 nüfus sayımına göre okur-yazardır. Okur-yazar nüfus içinde, % 20'sinin resmi bir eğitimi olmamış, % 57'si ilkokul bitirmiş, % 9'u orta dereceli bir okulu bitirmiş, % 10'u lise veya dengi bir okulu bitirmiş ve % 4'ü yüksek okul veya üniversiteden mezun olmuştur.

Malatya’da 2000 yılında nüfusun % 13’ü okur-yazar değilken, % 3,6’ sı yüksekokul mezunudur. 2003 yılında okur-yazar olmayan kişi sayısı % 12,4’ e gerilemiş olup, yüksekokul mezunu 4.9’ a yükselmiştir.



Şekil 5. 2000–2004 Yılı Malatya ili bağımlı nüfus oranları

5.2. Ana Çocuk Sağlığı Bulguları

Türkiye’de çocukların ve doğurgan çağıdaki kadınların nüfus içinde büyük yer tutması, bebek, çocuk ve anne ölümlülük hızlarının yüksek olması, aile planlaması hizmetlerine olan talebin yaygınlığı, doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinin yetersizliği gibi nedenlerle, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri önem taşımaktadır. 1985 yılından bu yana aşılama, çocuk ishali, akut solunum yolu hastalıkları, emzirmenin teşvik edilmesi, büyümenin izlenmesi, beslenme, üreme sağlığı, doğum öncesi ve doğum sırasında bakım, güvenli annelik gibi konularda yurt çapında programlar uygulanmaktadır

Sağlık ocaklarında sunulan koruyucu ve geliştirici TSH arasında riskli grupları izleme çalışmaları yer almaktadır. 0-11 ay (0 yaş) grubu bebeklerin en az 8 kez izlemleri hedeflenmektedir. Bebek başına düşen ortalama izlem sayısı hesaplanırken, beklenen bebek sayısı olarak DİE nüfus projeksiyonları kullanıldığında, bu değer ülke geneli için 3,23, iller tarafından tespit edilen ve bildirilen bebek nüfusları esas alınarak hesaplandığında ise, 3,9 olarak tespit edilmiştir (25).

1–3 yaş çocukların 6 ayda bir, 4–6 yaş çocukların yılda bir kez izlenmesi hedeflenmektedir. Çocuk başına düşen ortalama izlem sayısı, bebek izlemlerine göre

daha düşük düzeydedir ve ülke geneli için, DİE projeksiyon nüfusu esas alındığında 1.0, iller tarafından tespit edilen çocuk nüfusu esas alındığında ise 1.2 dir.

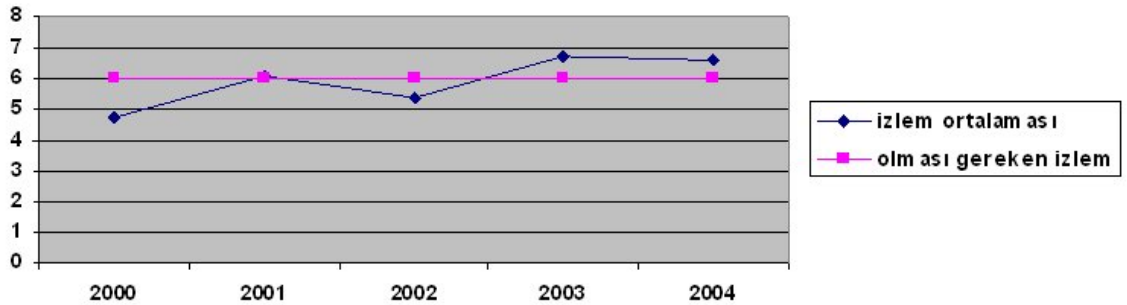
Ana sağlığı yönünden, tespit edilen gebelerin gebelik süresince en az 6 kez izlenmesi hedeflenmektedir. Gebe başına düşen ortalama izlem sayısı, DİE projeksiyon nüfusları esas alındığında ülke genelinde 1.7 dir (25).

2000 yılı içinde tespit edilen gebe sayısı 578 412, doğum sayısı 557 315, lohusa sayısı 557260 ve 0-11 ay bebek sayısı 1 125 142 dir. Bu sayıların birbirine yakın olması gerektiği ve beklenen doğum sayısının 1 353 997 olduğu göz önüne alınırsa, özellikle gebelerin, doğumların ve lohusaların tespitinde önemli ölçüde yetersizlikler vardır (25).

Tablo 12. Gebe kadın izlemlerinin yıllara ve yaş gruplarına göre dağılımı

YILLAR	YAŞ GRUPLARI			TOPLAM
	0-14	15-64	65+	
2000	207794	455857	41783	705434
2001	206776	463918	42478	713172
2002	204514	472274	43592	720380
2003	202500	476592	45630	724722
2004	200894	477510	45887	724291

Tablo 12 ve şekil 6'da izlendiği üzere 2000-2001 yılı ve 2003-2004 yıllarına geçişte gebe sayısındaki artış dikkati çekmekte olup, sadece 2002 yılında bir azalma görülmektedir. Şekildeki pembe çizgi Sağlık Bakanlığınca bir gebeye uygulanması gereken izlem sıklığını göstermektedir. Şekilde de görüldüğü gibi izlem sayısı sadece 2000 yılı ve 2002 yılında olması gereken izlem sayısının altında olup, diğer yıllarda ortalamanın üstündedir.



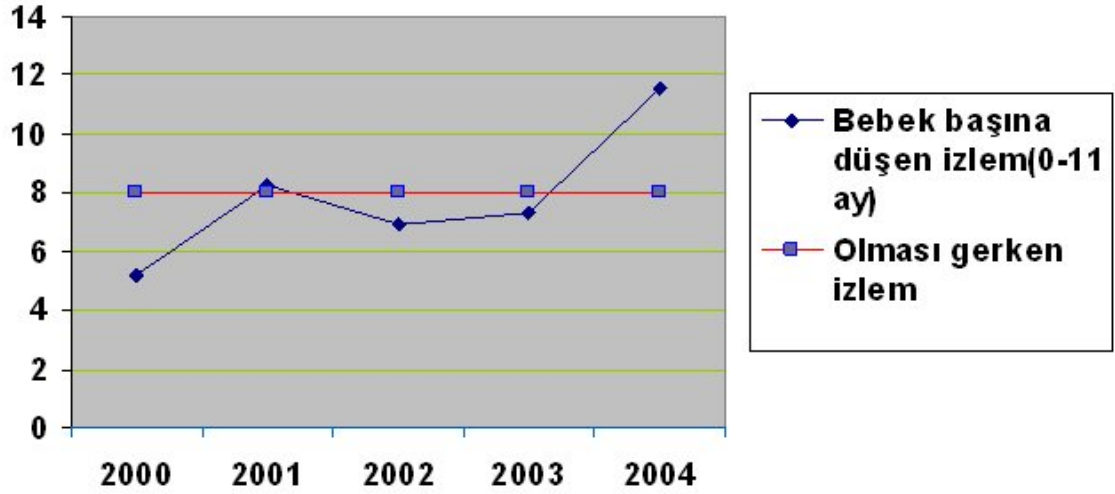
Şekil 6. Gebe Kadın İzlemi

Tablo 13. 15-49 Yaş kadın sayısı ve izlem sayısının yıllara göre dağılımı

YILLAR	15-49 YAŞ KADIN SAYISI	İZLEM SAYISI	ORTALAMA İZLEM SAYISI
2000	190077	27675	0,15
2001	193651	29525	0,15
2002	196540	29718	0,15
2003	198376	37508	0,19
2004	198899	63043	0,32

Tablo 14 . Malatya’da bebek ve çocuk izlemlerinin yıllara göre dağılımı

YILLAR	Bebek (0-11 Ay)			1-4 Yaş		
	Bebek Sayısı	İzlem Sayısı	Ortalama İzlem Sayısı	Çocuk Sayısı	İzlem Sayısı	Ortalama İzlem Sayısı
2000	14141	73578	5,20	58953	125087	2,12
2001	12562	103707	8,26	52813	208585	3,95
2002	13477	93721	6,95	59334	122134	2,06
2003	12351	90533	7,33	56516	121785	2,15
2004	12247	141226	11,53	54990	228020	4,15



Şekil 7. Malatya ili yıllara göre bebek ve çocuk izlemleri

Şekil 7’de görüldüğü gibi bebek başına düşen izlem sayısı 2000, 2002 ve 2003 yıllarında ortalamanın altında olup, özellikle 2004 yılında ortalamanın üstüne çıkmıştır.

Fenilketonürlü Çocukları Tarama Programı çerçevesinde 2002 yılında 8634 bebekten kan alınmış olup bir bebekte fenilalanin artışı tespit edilmesi sonucu tedaviye alınmıştır. Canlı doğum sayısına göre kan alma oranı % 100 dür.

2004 yılında, aile planlaması hizmetleri çerçevesinde 46 sağlık ocağı, 2 AÇSAP merkezi ve devlet hastanesi aile planlaması ünitesinde aile planlaması danışmanlığı ve rahim içi araç uygulamaları yapılmış, sağlık ocaklarında hap ve kondom dağıtılmıştır.

Tablo 15. 2004 yılı kontrasepsiyon uygulama sayıları

HAP	KONDOM	RAHİM İÇİ ARAÇ	ENJEKSİYON	TÜP LİGASYONU	GEBELİK SONLANDIRMA
5430	24063	3582	1623	109	123

Tablo 16. Doğumların yapıldığı yerlere göre dağılımı

YILLAR	Yataklı Tedavi Kurumlarında Yapılan Doğumlar		Sağlık Personeli (Ebe/Hekim/Hemşire) Yardımı İle Yapılan Doğumlar		Sağlık Personeli Olmadan Yapılan Doğumlar		TOPLAM
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
2000	6652	82,22	970	11,99	468	5,78	8090
2001	7207	83,78	881	10,24	514	5,98	8602
2002	7647	86,39	728	8,42	448	5,18	8643
2003	7504	90,78	409	4,95	353	4,27	8266
2004	8200	91,93	324	3,63	396	4,44	8920

Ülke genelinde doğumların % 5.8'i sağlık personeli yardımı olmaksızın yapılmaktadır. Ülke genelinde tespit edilen doğum sayısı sadece 557315 dir. Tespit edilen doğum sayısının düşük olması, sağlık personeli yardımı olmaksızın yapılan doğumların yüzdesinin daha da yüksek olabileceği ihtimalini güçlendirmektedir. Bu gösterge, iller ve bölgeler arasında önemli ölçüde farklılık göstermekte, % 0.2 ile % 46.8 gibi çok geniş bir aralıkta seyretmektedir.

Malatya'da doğumların yapıldığı yerlere göre dağılımı incelendiğinde yataklı tedavi kurumlarında yapılan doğumlarda yıllara göre bir artış görülmektedir. Sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumlarda ise azalma göze çarpmaktadır (29).

Yıllar içinde toplam canlı doğum sayısında artış görülmekteyken, düşük ağırlıklı doğum ve prematür doğumda da artış söz konusudur.

Tablo 17 . Prematür ve düşük ağırlıklı doğumların dağılımı

YILLAR	Toplam Canlı Doğum Sayısı	Düşük Ağırlıklı Doğum		Prematüre Doğum	
		Sayı	Hız(1000)	Sayı	Hız(1000)
2000	8083	17	2,10	14	1,73
2001	8587	30	3,49	62	7,22
2002	8642	45	5,21	41	4,74
2003	8268	49	5,93	28	3,39
2004	8947	63	7,04	50	5,59

Malatya'da yıllar içinde toplam canlı doğum sayısındaki artışa paralel olarak lohusa sayısında da artış görülmektedir. Lohusa izlem sayısında özellikle 2004 yılında kayda değer bir artış söz konusudur. Tablo 18 incelendiğinde lohusalık döneminde, en az 3 kez izlem yapılması hedeflenirken, ülke geneli için bu sayı 0.6 olarak belirlenmiştir (25).

Tablo 18 . Postnatal izlemlerin yıllara göre dağılımı

YILLAR	LOHUSA SAYISI	İZLEM SAYISI	ORTALAMA İZLEM SAYISI
2000	8089	13423	1,66
2001	8601	19491	2,27
2002	8643	20186	2,34
2003	8266	20490	2,48
2004	8920	86553	9,70

Tablo 19. Bebek ölümlerinin yıllara göre dağılımı

YILLAR	ÖLÜ DOĞUM HIZI*	PERİNATAL ÖLÜM HIZI*	ERKEN NEONATAL ÖLÜM HIZI*	GEÇ NEONATAL ÖLÜM HIZI*	NEONATAL ÖLÜM HIZI*	POST NEONATAL ÖLÜM HIZI*	BEBEK ÖLÜM HIZI*
2000	9,16	14,72	5,57	3,34	8,91	11,01	19,92
2001	8,97	15,60	6,64	1,75	8,38	9,43	17,82
2002	9,60	15,04	5,44	2,66	8,10	8,45	16,55
2003	7,74	11,01	3,27	1,81	5,08	7,01	12,09
2004	6,59	10,95	4,36	2,57	6,93	4,25	11,18

*binde olarak verilmiştir

Tablo 19'a baktığımızda, yıllar içinde bebek ölümleri incelendiğinde en fazla ölüm hızının perinatal dönemde gerçekleştiği gözükmekte olsa da perinatal ölüm hızında yıllara göre bir azalış söz konusudur. Genel olarak bütün dönemlerdeki ölüm hızlarına bakıldığında da bebek ölümlerinde bir azalma göze çarpmaktadır.

Tablo 20. Düşük hızlarının yıllara göre dağılımı

YILLAR	TOPLAM DÜŞÜK SAYISI	CANLI DOĞUM SAYISI	TOPLAM GEBELİK SAYISI	DÜŞÜK HIZI(1000 CANLI DOĞUMDA)	DÜŞÜK HIZI(1000 GEBELİKTE)
2000	238	8083	8090	29,44	29,42
2001	294	8587	8602	34,24	34,18
2002	309	8642	8643	35,76	35,75
2003	271	8268	8266	32,78	32,78
2004	316	8947	8920	35,32	35,43

Tablo 20 incelendiğinde yıllar içinde toplam gebelik sayısında (2003 yılı hariç) ve buna paralel olarak canlı doğum sayısı ve düşük sayısında da artış görülmektedir.

Tablo 21. Anne ölümlerinin yıllara göre dağılımı

YILLAR	CANLI DOĞUM	GEBELİK DÖNEMİNDE		DOĞUM ANINDA		PUERPERAL DÖNEM		TOPLAM	
		SAYI	HIZ*	SAYI	HIZ*	SAYI	HIZ*	SAYI	HIZ*
2000	8083	12	148,46	1	12,37	6	74,23	19	253,06
2001	8587	6	69,87	1	11,65	1	11,65	8	93,16
2002	8642	2	23,14	0	0	2	23,14	4	46,29
2003	8268	6	72,57	0	0	1	12,09	7	84,66
2004	8947	5	55,88	0	0	1	11,18	6	67,06

* Hızlar yüz binde olarak verilmiştir

Tablo 21’de yıllar içinde anne ölümlerine bakıldığında en fazla ölümlerin gebelik döneminde, en az ölümlerin de doğum anında olduğu görülmektedir. Genel olarak bakıldığında anne ölüm hızında azalma göze çarpmaktadır.

Tablo 22. Çocuk ölümlerinin yaş ve yıllara göre dağılımı

YILLAR	YAŞ GRUPLARI					
	0-4 YAŞ			1-4 YAŞ		
	NÜFUS	ÖLÜM SAYISI	ÖLÜM HIZI*	NÜFUS	ÖLÜM SAYISI	ÖLÜM HIZI*
2000	65463	197	3,01	51049	36	0,71
2001	65250	190	2,91	50893	37	0,73
2002	63251	180	2,83	50421	37	0,73
2003	62387	126	2,02	49707	26	0,52
2004	60666	119	1,96	48381	19	0,39

* Hızlar binde olarak verilmiştir

Tablo 22’de yıllar içinde çocuk ölümleri gözlemlendiğinde, özellikle 0–4 yaş arası çocuk ölümlerinde azalma olduğu görülmektedir. Çocuk ölüm hızının yıllara göre düşmesi sevindiricidir. Türkiye’de ilkokula gitmeyen veya ilkokulu

tamamlamayan annelerin çocukları arasındaki bebek ve 5 yaş altı ölüm hızları, en az ilkokul öğrenimini tamamlamış annelerin çocuklarına göre 1,6 kat daha fazladır. Anneler eğitildikçe bebek ve çocuk ölümlerinde azalma olacaktır.

Tablo 23. Hayati istatistik veri oran ve hızları

YILLAR	Düşük	Ölen Anne	Canlı Doğum	Ölü Doğum	Bebek Ölüm	Bütün Ölümler	Bebek Ölüm Hızı*	Anne Ölüm Hızı*	Ölü Doğum Hızı*	Kaba Doğum Hızı*	Kaba Ölüm Hızı*	Düşük Hızı*
2000	238	19	8083	74	161	1418	19,92	2,35	9,16	11,46	2,01	29,44
2001	294	8	8587	77	153	1324	17,82	0,93	8,97	12,04	1,86	34,24
2002	309	4	8642	83	143	1322	16,55	0,46	9,60	12	1,84	35,76
2003	271	7	8268	64	100	1193	12,09	0,85	7,74	11,41	1,65	32,78
2004	316	6	8947	59	100	1248	11,18	0,67	6,59	12,35	1,72	35,32

* Hızlar binde olarak verilmiştir

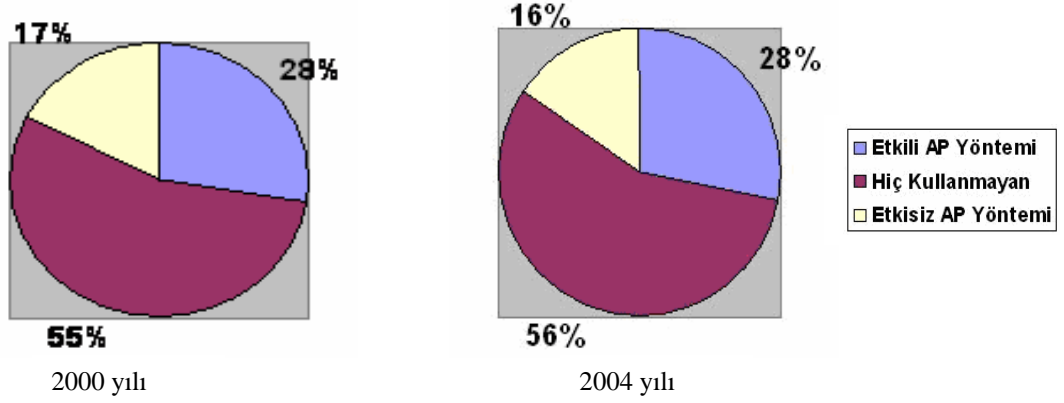
Tablo 23'de ana çocuk sağlığı bulguları ile ilgili genel bir değerlendirme görülmektedir. Yıllara göre ana-çocuk sağlığı verileri incelendiğinde anne ve bebek ölümlerinde azalma olması kayda değer bir gelişmedir.

Tablo 24 . Aile planlaması yöntemlerinin yıllara göre dağılımı

YILLAR	HAP		ETKİSİZ YÖNTEM KULLANAN		KONDOM		ENJEKSİYON		RİA		DİĞER ETKİLİ YÖNTEM		TÜP LİGASYONU		VAZEKTOMİ		TOPLAM
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
2000	9600	11,53	29634	35,60	17125	20,57	1540	1,85	23409	28,12	0	0	1833	2,20	92	0,11	83233
2001	11041	13,4	26863	32,56	17208	20,85	1744	2,11	23346	28,29	0	0	2265	2,74	47	0,06	82514
2002	7472	8,92	31565	37,69	17668	21,09	1459	1,74	22879	27,32	65	0,08	2608	3,11	39	0,05	83755
2003	7739	8,86	31824	36,45	19365	22,18	1202	1,38	23505	26,92	487	0,56	2979	3,41	208	0,24	87309
2004	6814	7,56	34787	38,57	19572	21,70	1189	1,32	23881	26,48	502	0,56	3388	3,76	52	0,06	90185

Tablo 24 incelendiğinde 2000–2004 yılı aile planlaması yöntemlerinde kayda değer bir değişim olmamıştır.

2004 yılında 46 sağlık ocağı, 2 AÇSAP merkezi ve 5 devlet hastanesi aile planlaması ünitesinde Rahim İçi Araç Uygulaması yapılmıştır. Personel yetersizliği nedeniyle 37 sağlık ocağında kurslu personel olmadığından bu kuruluşlarda sadece hap, kondom ve danışmanlık hizmeti verilmektedir (29).



Şekil 8. Evli ve gebe olmayan kadınlarda aile planlaması yöntem kullanımının yıllara göre dağılımı (%)

5.3. Sık görülen bulaşıcı hastalıklar

Tablo 25'de görüldüğü üzere sık görülen bulaşıcı hastalıklar arasında ishal ve üst solunum yolları enfeksiyonları gelmektedir. Bu konularda koruyucu önlemlerin alınması önem taşımaktadır. Özellikle yaz aylarında ve bebek ölümlerinde ilk sırayı alan ishal hastalığında ağızdan sıvı tedavisinin önemi ile ilgili halk eğitimleri devam etmektedir.

Tablo 25. Yıllara göre bulaşıcı hastalıkların dağılımı

HASTALIKLAR	2000		2001		2002		2003		2004	
	Vaka	Ölüm	Vaka	Ölüm	Vaka	Ölüm	Vaka	Ölüm	Vaka	Ölüm
BOĞMACA	0		1		1		4		3	
KIZAMIK	411		250		67		71		72	
HEPATİT A	82		224		89		54		66	
HEPATİT B	20		31		47		49		44	
TÜBERKÜLOZ	272	2	225	1	211	2	227	6	231	
SITMA	39		6		1		68		14	
TİFO(Salmonellazis)	4		20		13		40		35	
BRUSELLOZİS	16		73		67		73		87	
MENENGOKOKSİK MEN.	3		10		8		9	1	9	
A.DİZANTERİ (Ambiazis)	32		73		34		52		38	
B.DİZANTERİ(Shigellozis)	1		3		2		4		5	
KIZIL	86		60		39		39		55	
STREPTOKOK ANJİNİ	411		55		70		42		40	
SİFİLİZ	0		0		0		0		0	
DİFTERİ	0		0		0		0		0	
N.TETANOZ	0		0		0		0		0	
LEJYONELLA	0		0		0		0		1	
PARATİFO	0		1		0		0		4	
AİDS	0		1		0		1		0	
KALA AZAR	0		0		1		0		0	
TRAHOM	0		0		0		0		0	
LEPRA	0		1		0		0		0	
ŞARBON	1		0		3		2		18	
GUİLLAİN BARRE SENDROMU	2		5		5		3		1	
K.ŞÜPHELİ İSİRİK	616		555		429		461		547	

Tablo 26. İshalli hastalıkların yıllara ve yaşa göre dağılımı

YILLAR	0 - YAŞ	1 - 4 YAŞ	5 + YAŞ	TOPLAM	Dağıtılan O R S
2000	1576	2482	5791	9849	994
2001	1869	3027	6809	11705	177
2002	1022	1832	4698	7552	319
2003	943	1882	5498	8323	135

Tablo 26’da 2000–2004 yılında sıfır yaş grubunda ve ileriki yaş gruplarında ishalden ölüme rastlanmamıştır. 2002 yılında ishal olan çocuklarda artış görülmektedir.

Tablo 27. Akut üst solunum yolu hastalıklarının yıllara göre dağılımı

YILLAR	Toplam Vaka Sayısı	P.P.İle Tedavi Edilen Vaka Sayısı	Kullanılan P.P.Sayısı	Toplam Zatürre Sayısı
2000	68651	554	963	1207
2001	71190	377	264	1081
2002	60064	527	249	1145
2003	37077	538	1615	1372

Tablo 28. Kuduz vakalarının yıllara göre dağılımı

	2000	2001	2002	2003	2004
Isırılan Kişi Sayısı	616	555	429	461	549
İthal Kuduz Aşısı Uygulanan Doz Sayısı	1690	1835	1376	1595	1880
Serum Uygulanan Kişi Sayısı	17	44	7	9	34

Tablo 28’de 2004 yılında kuduz şüpheli ısırık tespit edilen vaka sayısı 549 olup (2 kişi il dışı) 1880 doz aşı ve 34 kuduz serumu uygulanmıştır.

2004 yılında Trahom hastalığı ile ilgili olarak sağlık ocaklarından gönderilen sonuçlara göre herhangi bir vakaya rastlanmamıştır.

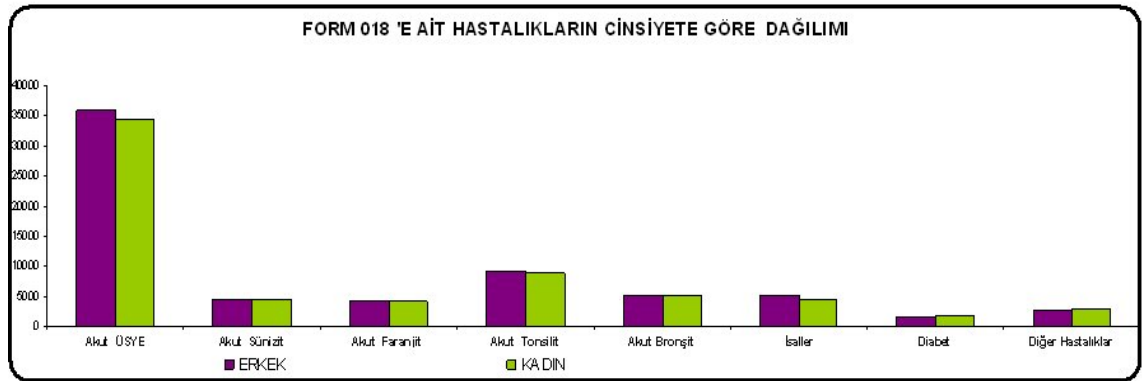
2004 yılında Malatya iline bağlı hastanelerde yapılan tahlil sonuçlarına göre 10718 kişiden HIV testi için kan alınmış ve bu kanlardan 5 kişide Elisa HIV+ (pozitif) olup doğrulanan test sayısı (WB) yoktur.

5.4. Bildirimi zorunlu olmayan hastalıklar

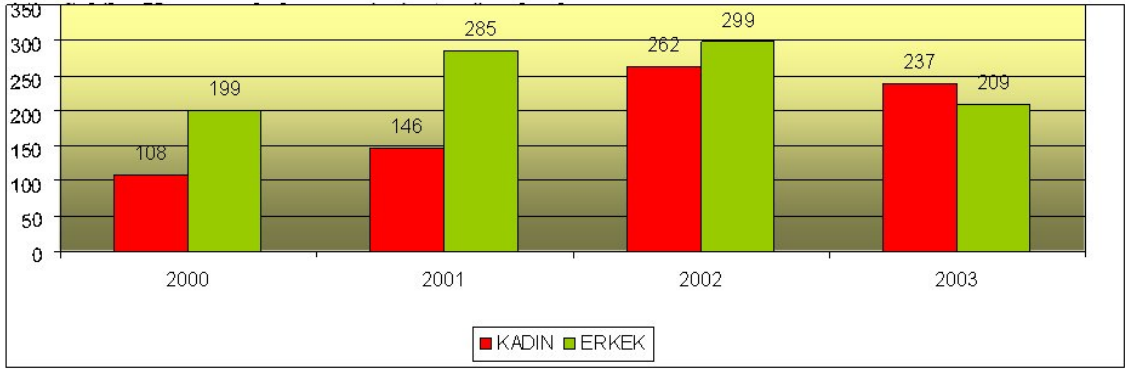
Bildirimi zorunlu olmayan hastalıkların 2003 yılındaki görülme sıklığı Tablo 29 ‘da gösterilmiştir.

Tablo 29. 2003 yılı hastalık istatistik formu

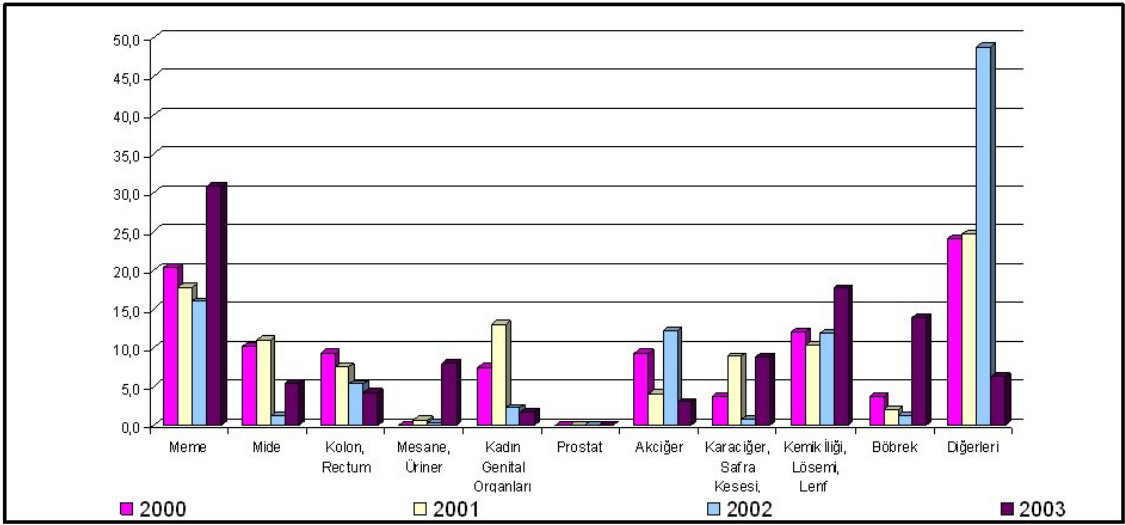
HASTALIKLAR	ERKEK	KADIN	TOPLAM
Akut ÜSVE	35750	34386	70136
Akut Sünizit	4327	4528	8855
Akut Faranjit	4183	4280	8463
Akut Tonsilit	9172	8883	18055
Akut Bronşit	5241	5070	10311
Akut Larenjit	122	106	228
Pinomoni	415	429	844
İsaller	5067	4339	9406
Guatr	6	3	9
Gıda Zehirlenmesi	11	8	19
Zehirlenmeler	2	1	3
Diabet	1583	1775	3358
Fenilketonüri			
Ancylostomiosis	19	20	39
Ascariosis	334	302	636
Trichuriasis	1	1	2
Taeniosis	14	20	34
Enterobiosis	68	53	121
Trichomoniosis		2	2
Uyuz	78	125	203
Bit	1	2	3
Diğer Hastalıklar	2	1	3



Şekil 9. 2003 yılı hastalık istatistik formu (bildirimi zorunlu hastalıklar hariç)

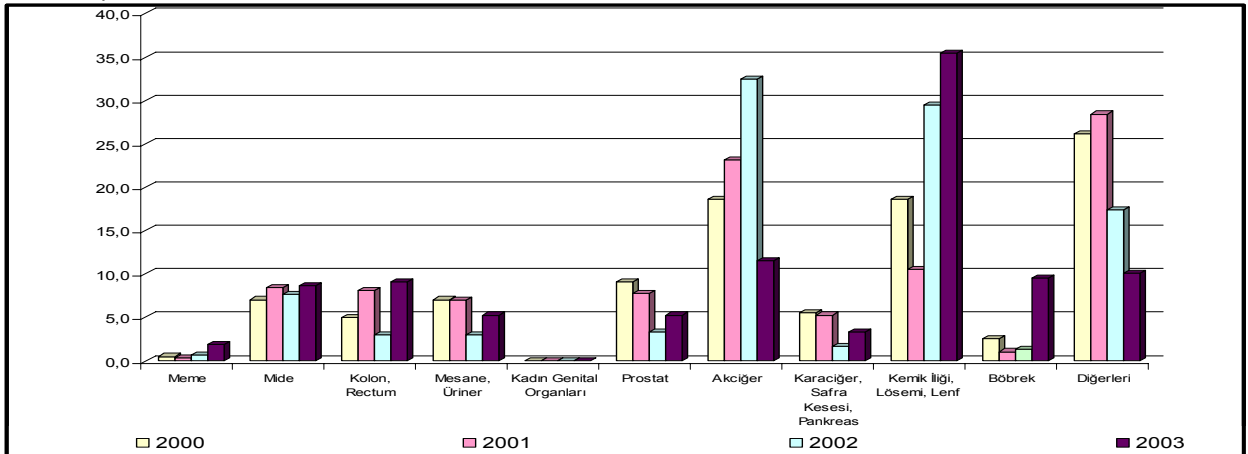


Şekil 11. Kanser vakalarının cinsiyete göre dağılımı



Şekil 12. Kanser vakalarının yerleştiği organlara göre dağılımı (kadın %)

Şekil 12'de görüldüğü gibi 2000–2003 yıllarında kadınlarda en çok meme kanseri görülmekte, kolon-rektum kanseri yıllara göre azalma göstermektedir. Aynı yıllarda erkeklerde en çok akciğer ve kemik iliği kanseri olarak görülmektedir (Şekil 13).



Şekil 13. Kanser vakalarının yerleştiği organlara göre dağılımı (erkek %)

5.5. Ölüm nedenleri

Tablo 31’de 2000–2003 yılı ölümlerin yaş ve cins gruplarına göre dağılımı incelendiğinde ölüm sayılarında azalma olduğu, en fazla ölümlerin ise 65 yaş üstünde olduğu görülmektedir.

Tablo 31. Ölümlerin yıllara yaş ve cins gruplarına göre dağılımı

YILLAR	Cins	0-7	8-28	29-364	1-4	5-9	10-	15-24	25-	45-	50-	65 +	TOPLAM	
		Gün	Gün	Gün	Yaş	Yaş	14	Yaş	44	49	64	Yaş		
2000	E	21	12	43	18	5	1	13	43	42	128	418	744	1418
	K	24	15	46	18	3	4	6	19	14	99	426	674	
2001	E	34	9	46	23	5	6	18	44	38	118	428	769	1414
	K	31	6	39	18	4	3	4	18	21	97	404	645	
2002	E	31	15	39	25	6	6	9	34	28	92	421	706	1322
	K	16	8	34	12	4	2	2	20	15	87	416	616	
2003	E	21	7	31	14	4	3	9	12	20	118	432	671	1193
	K	6	8	27	12	3	2	4	22	10	61	367	522	

Tablo 32, 33, 34, 35 incelendiğinde 2000–2004 yılı ölüme neden olan ilk 10 hastalık arasında 1. ve 2. sırayı beyin damarlarının kanama, tıkanma vs... hastalıkları ve kalp hastalıklarının aldığı görülmektedir. Ölüme neden olan ilk on hastalık genelde aynı olup, bazı yıllarda değişmektedir. Malatya’daki yataklı tedavi kurumlarında ölüme neden olan ilk on hastalık bildirimini yıllara göre aşağıdaki tablolarda bildirildiği gibidir.

Tablo 32. 2000 yılında yataklı tedavi kurumlarında ölüme neden olan ilk on hastalık

HASTALIKLAR	ÖLEN		
	E	K	T
Beyin Damarlarının -Serebro Vasküler- Kanama, Tıkanma vs... Hastalıkları	69	61	130
Kalbin Diğer Hastalıkları	68	50	118
Doğum Öncesi Perinatal Hastalık ve Ölümlerin Diğer Nedenleri	53	36	89
Yeni Doğanın Hemolitik Hastalığı	47	37	84
İskemik Kalp Hastalığı	39	36	75
Kronik romatizma kalp hastalığı	27	38	65
Solunum Sisteminin Diğer Hastalıkları	37	17	54
Arter, Arteryol ve Kapillerin Hastalıkları	22	18	40
Böbrek Enfeksiyonları	16	13	29
Karaciğer Sirozu	18	9	27

Tablo 33. 2001 yılında yataklı tedavi kurumlarında ölüme neden olan ilk on hastalık

HASTALIKLAR	ÖLEN		
	E	K	T
Beyin Damarlarının -Serebro Vasküler- Kanama, Tıkanma vs... Hastalıkları	78	72	150
Kalbin Diğer Hastalıkları	57	57	114
Doğum Öncesi Perinatal Hastalık ve Ölümlerin Diğer Nedenleri	42	39	81
Kronik romatizma kalp hastalığı	36	38	74
Başka yerlere girmeyen anoksi(oksijensizlik) ve hipoksi (oksijen azlığı) halleri	36	34	70
İskemik Kalp Hastalığı	32	34	66
Arter, Arteryol ve Kapillerin Hastalıkları	25	24	49
Yeni Doğanın Hemolitik Hastalığı	29	16	45
Diğer pnömoni şekilleri	22	12	34
Karaciğer Sirozu	23	1	33
Solunum Sisteminin Diğer Hastalıkları	22	11	33

Tablo 34. 2002 yılında yataklı tedavi kurumlarında ölüme neden olan ilk on hastalık

HASTALIKLAR	ÖLEN		
	E	K	T
Beyin Damarlarının -Serebro Vasküler- Kanama, Tıkanma vs... Hastalıkları	80	59	139
İskemik Kalp Hastalığı	62	52	114
Kalbin Diğer Hastalıkları	51	50	101
Arter, Arteryol ve Kapillerin Hastalıkları	52	46	98
Kronik romatizma kalp hastalığı	39	37	76
Solunum Sisteminin Diğer Hastalıkları	51	21	72
Doğum Öncesi Perinatal Hastalık ve Ölümlerin Diğer Nedenleri	35	37	72
Başka yerlere girmeyen anoksi(oksijensizlik) ve hipoksi halleri	40	31	71
Yeni Doğanın Hemolitik Hastalığı	29	23	52
Böbrek Enfeksiyonları	31	15	46
Şekerli diyabet	15	15	30

Tablo 35. 2003 yılında yataklı tedavi kurumlarında ölüme neden olan ilk on hastalık

HASTALIKLAR	ÖLEN		
	E	K	T
Beyin Damarlarının -Serebro Vasküler- Kanama, Tıkanma vs... Hastalıkları	81	82	163
Kalbin Diğer Hastalıkları	66	57	123
İskemik Kalp Hastalığı	66	41	107
Arter, Arteryol ve Kapillerin Hastalıkları	49	41	90
Solunum Sisteminin Diğer Hastalıkları	44	29	73
Böbrek Enfeksiyonları	33	40	73
Başka yerlere girmeyen anoksi(oksijensizlik) ve hipoksi(oksijen azlığı) halleri	33	24	57
Yeni Doğanın Hemolitik Hastalığı	32	23	55
Doğum Öncesi Perinatal Hastalık ve Ölümlerin Diğer Nedenleri	24	31	55
Bütün Diğer Bilinmeyen Yerdeki Habis Uurlar	32	21	53

Tablo 36. 2004 yılında yataklı tedavi kurumlarında ölüme neden olan ilk on hastalık

HASTALIKLAR	ÖLEN		
Beyin Damarlarının -Serebro Vasküler- Kanama, Tıkanma vs... Hastalıkları	71	82	153
Kalbin Diğer Hastalıkları	73	53	126
İskemik Kalp Hastalığı	64	57	121
Arter, Arteryol ve Kapillerin Hastalıkları	42	41	83
Kronik romatizma kalp hastalığı	32	42	74
Doğum Öncesi Perinatal Hastalık ve Ölümünün Diğer Nedenleri	40	44	74
Solunum Sisteminin Diğer Hastalıkları	41	32	73
Başka yerlere girmeyen anoksi(oksijensizlik) ve hipoksi(oksijen azlığı) halleri	28	27	55
Bütün Diğer Belirtilmeyen Yerdeki Habis Uurlar	25	18	43
Dolaşım sisteminin diğer hastalıkları	21	15	36
Şekerli diyabet	17	18	35

5.6. Sağlık hizmetleri

Malatya'daki hastanelerinin yatak sayısı, poliklinik sayısı, yatan hasta sayısı, taburcu olan ve ölen hasta sayısı, yatılan gün sayısı, yapılan ameliyatlar, yatak işgal oranı, ortalama kalış gün sayılarına göre hastanelerin genel durumu tablo 37'de gösterilmiştir.

Tablo 37. Hasta hareketlerinin dağılımı

		Malatya Devlet Hst	Akçadağ	Arapgir	Darende	Doğanşehir	Hekimhan	Pütürge	Yeşilyurt	Toplam Devlet Hastaneleri	i. Ü. Turgut Özal TIP Fak.	SSK Hst.	Özel Doğu	Müjde Hastanesi	GENEL TOPLAM
Yatak	Kadro	455	30	50	25	50	30	30	75	745	576	516	25	18	1880
Sayı	Mevcut	455	30	13	25	50	30	15	50	668	569	466	25	18	1746
Poliklinik Sayısı		503.479	36.701	26.865	46.205	18.86	23.616	13.49	59.359	728566	154.007	368.29	6.328		1257190
Yatan Hasta Sayısı		26.914		478	240	83	181		1.798	29694	22.906	19.79	948		73338
Taburcu Olan		26.268		487	304	83	181		1.788	29111	23.022	19.709	948		72790
Ölen		164		3	14			8	1	190	926	78			1194
Yatılan Gün Sayısı		101.551		3.081	504	197	248		6.956	112537	193.351	103.92	2.604		412410
Yapılan	Büyük	2.191		2					480	2673	7.808	2.301	18		12800
Ameliyatlar	Orta	2.236		23		1			319	2579	3.207	1.684	344		7814
	Küçük	1.053		1			3		132	1189	3.836	255	60		5340
	Normal	5.094		26	176	33	122	51	100	5602	215	1.799	66		7682
Doğumlar	Müdahaleli	5		3		11			30	49	314	697	21		1081
Yatak İşgal Oranı %		61,15		64,93	5,52	1,08	2,26		38,12	46,16	93,10	61,10	28,54		64,71
Ortalama Kalış Gün sayısı		3,84		6,29	1,58		1,37		3,89	3,84	8,07	5,25	2,75		5,57

5.7. Sağlık Ocakları

Birinci basamak TSH'nin temel birimi olan sağlık ocaklarının 2000–2003 yılları arasında verdikleri hizmetler tablo 38 'de sunulmuştur.

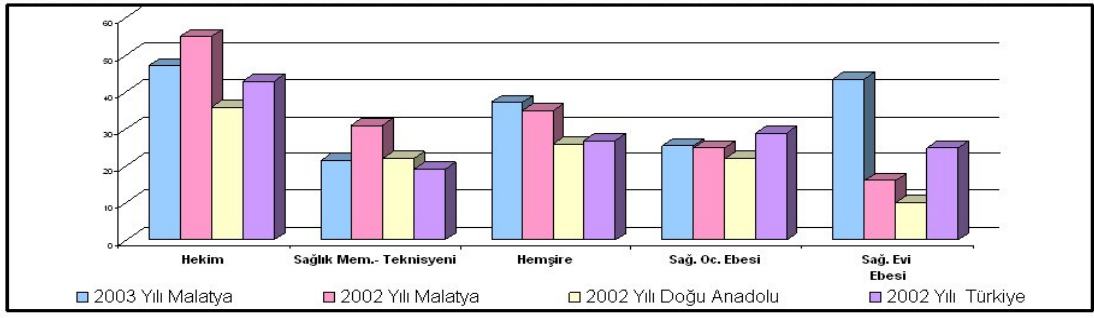
Tablo 38. Sağlık ocağı çalışmaları

DİŞ SAĞLIĞI BİLGİLERİ	2000	2001	2002	2003
Muayene Sayısı	4998	3169	4803	1279
Okul Taramaları: Taranan Öğrenci Sayısı	5258	2408	3266	348
12–45 Yaşta Tespit Edilen Çürük Diş Sayısı	2015	442	1736	4
Tespit Edilen Dişeti Hastalıkları Sayısı	95	166	381	63
Tedavi Sayısı	146	345	174	133
Çekim Sayısı	188	566	296	263
Sevk Sayısı	332	730	2078	348
Flor Uygulaması	4768	675	982	98

Tablo 39. 2003 yılı Malatya ilinin sağlık ocakları ve sağlık evlerindeki personelin doluluk oranının (%) 2002 yılı Malatya, Doğu Anadolu ve Türkiye karşılaştırılması

	Sağlık Ocağı Sayısı	Hekim	Sağlık Memuru/ Teknisyeni	Hemşire	Ebe	Sağlık Evi Sayısı	Sağlık Evi Ebesi
2003 Yılı Malatya	84	47	21	37	25	470	44
2002 Yılı Malatya	83	55	31	35	25	470	16
2002 Yılı Doğu Anadolu	573	36	22	26	22	1846	10
2002 Yılı Türkiye	5840	43	19	27	29	11735	25

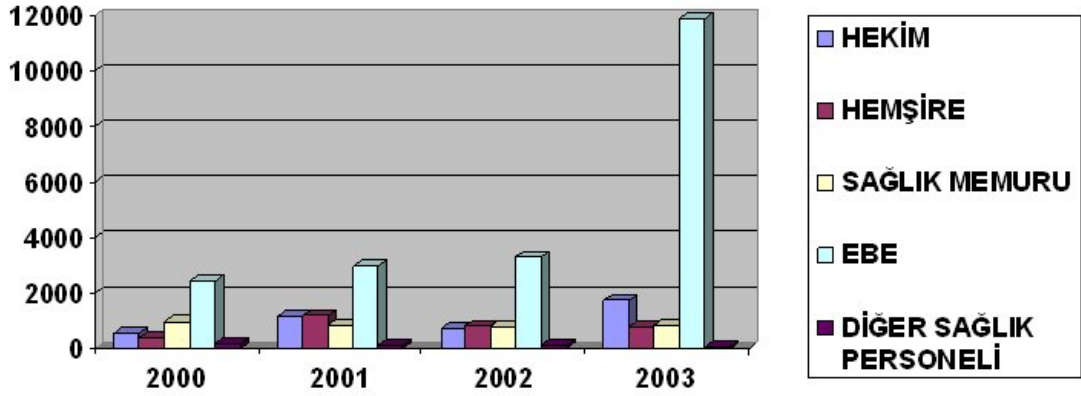
Tablo 39'da görüldüğü gibi 2002–2003 yılı Malatya ilinin sağlık ocakları ve sağlık evlerindeki personelin doluluk oranı Doğu Anadolu ve Türkiye ile karşılaştırıldığında hekim ve hemşire bakımından Doğu Anadolu ve Türkiye ortalamasının üstündedir. Sadece Doğu Anadolu ile karşılaştırıldığında, personel bakımından Doğu Anadolu ortalamasının üstünde olduğu görülmektedir.



Şekil 14. 2003 yılı Malatya ilinin sağlık ocakları ve sağlık evlerindeki personelin doluluk oranının (%) 2002 yılı Malatya, Doğu Anadolu ve Türkiye karşılaştırılması

Tablo 40. Yıllara göre sağlık ocağı çalışmaları (Form 023)

YILLAR		2000	2001	2002	2003
HALK EĞİTİMİ		26318	24760	20869	47820
HİZMETİÇİ EĞİTİM	Hekim	504	1123	680	1708
	Hemşire	371	1165	795	755
	Sağlık Memuru	923	845	745	807
	Ebe	2411	2965	3292	11894
	Diğer Personel	140	94	99	35



Şekil 15. Yıllara göre sağlık ocağı çalışmaları

Tablo 40 ve şekil 15'te sunulan yıllara göre sağlık çalışmaları incelendiğinde 2003 yılında yapılan eğitimlerin fazlaştığı, bu artışın yüksek olmasının nedeninin de ebeler verilen eğitimdeki artıştan kaynaklandığı görülmektedir.

Tablo 41. 2003 Yılı Malatya ilinin ilçelerindeki sağlık ocağı ve sağlık evlerinde çalışan hekim, ebe ve hemşire başına düşen ortalama nüfus dağılımı

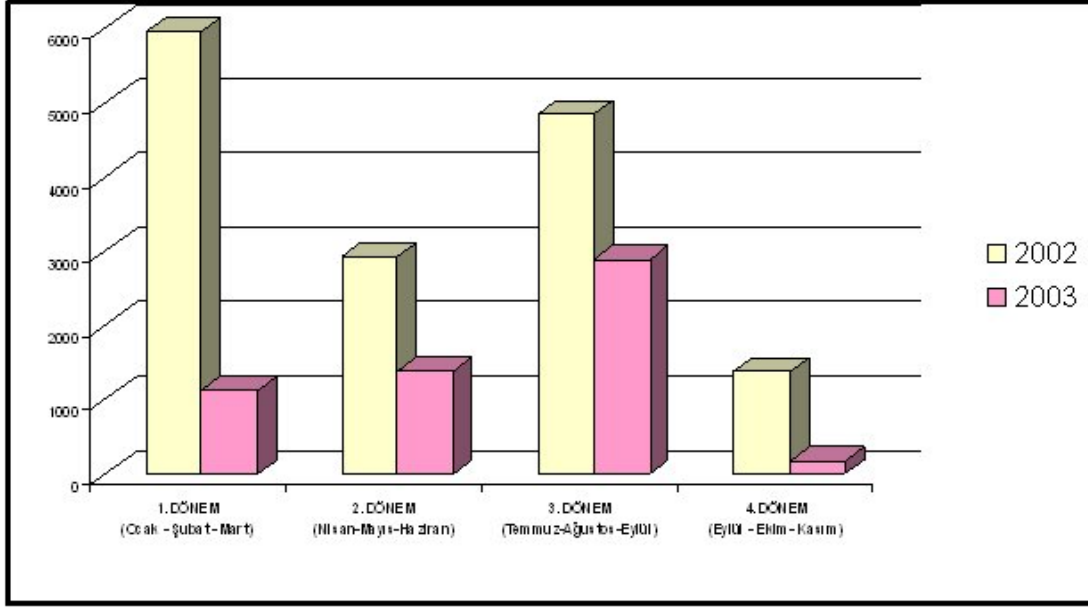
İLÇE	Nüfus	Hekim	Hekim Başına Düşen Ort. Nüfus	Ebe	Ebe Başına Düşen Ortalama Nüfus	Hemşire	Hemşire Başına Düşen Ortalama Nüfus	Sağlık Memuru	Sağlık Memuru Başına Düşen Ortalama Nüfus
Malatya Merkez	448583	133	3373	270	1661	133	3373	51	66
Akçadağ	39172	12	3264	27	1451	5	7834	9	363
Arapgir	9789	2	4895	4	2447	1	9789	2	2447
Arguvan	9707	5	1941	4	2427	4	2427	2	971
Battalgazi	27262	11	2478	19	1435	10	2726	5	496
Darende	38462	12	3205	11	3497	7	5495	10	321
Doğanşehir	40261	15	2684	16	2516	15	2684	13	206
Doğanyol	5351	8	669	1	5351	3	1784	2	334
Hekimhan	26880	9	2987	10	2688	12	2240	7	427
Kale	5269	3	1756	5	1054	3	1756	2	878
Kuluncak	7660	6	1277	3	2553	1	7660	4	319
Pütürge	25851	11	2350	6	4309	7	3693	8	294
Yazihan	14325	12	1194	8	1791	9	1592	1	1194
Yeşilyurt	26150	15	1743	37	707	21	1245	9	194
TOPLAM	724722	254	2853	421	1721	231	3137	125	23

5.8. Ağız ve Diş Sağlığı Şube Müdürlüğü Faaliyetleri

Ağız ve Diş Şube Müdürlüğünce ağız ve diş sağlığını iyileştirme ve diş çürümelerinin önlenmesi amacıyla 5 yaş çocuklara Topikal Florür Solüsyonu uygulanmış ve ağız ve diş sağlığını iyileştirmeye yönelik eğitim verilmiştir.

Tablo 42. Yıllara göre topikal flor solüsyonu çalışmaları karşılaştırmaları

DOZU	1.DÖNEM (Ocak - Şubat - Mart)		2.DÖNEM (Nisan- Mayıs-Haziran)		3.DÖNEM (Temmuz- Ağustos-Eylül)		4.DÖNEM (Eylül - Ekim- Kasım)	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
1 . DOZ	1620	386	836	469	1272	932	407	48
2 . DOZ	1480	269	798	379	1219	751	353	39
3 . DOZ	1461	282	732	311	1195	695	327	49
4 . DOZ	1412	200	566	234	1159	521	288	41
TOPLAM	5973	1137	2932	1393	4845	2899	1375	177



Şekil 16. Yıllara göre topikal flor solüsyonu çalışmaları

Tablo 42 ve şekil 16’da yer alan 2002–2003 yılı topikal flor solüsyonu çalışmaları incelendiğinde 2002’ye göre 2003 yılında çalışmaların azaldığı görülmektedir.

5.9. Akıl ve Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü Faaliyetleri

Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından 9 ilde yürütülen “Çocuğun Psikososyal Gelişiminin Desteklenmesi Projesi” kapsamında iki yıllık çocuk izlemleri yapılmıştır. Proje Bakanlık tarafından yaygınlaştırılma kapsamına alınmıştır. Konu ile ilgili yeni çalışma programı beklenmektedir. Bazı sağlık ocaklarında Çocuk Tuvalet Eğitimi ve Enürezis konularında bilgilendirme eğitimi gerçekleştirilmiştir. Bölgede görevli pratisyenlere Ruh Sağlığı eğitimi uygulanmıştır. Madde bağımlılarının Sağlık Ocaklarında kontrolsüz ve zorla ilaç yazdırma talepleri denetim altına alınmıştır.

Tablo 43. Yıllara göre ruhsal sorunu olan bireylerden Elazığ Akıl Ve Ruh Sağlığı Hastanesine sevk edilenlerin cinsiyetlerine göre dağılımı

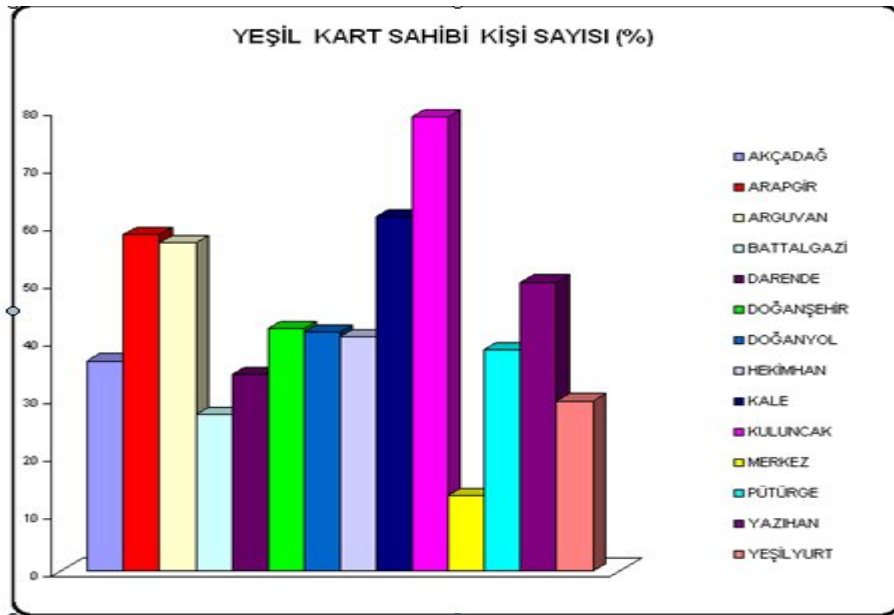
Sevk Edilen Kurum	2000		2001		2002		2003	
	K	E	K	E	K	E	K	E
Elazığ Akıl ve Ruh Hastalıkları Hastanesi	1	36	2	50	6	33	3	30

5.10.Sağlık güvencesi

Sigorta kapsamında olmayan hastaların sağlık hizmetlerine ulaşma ve yararlanma açısından sosyal güvence sağlayan yeşil kart sisteminden yararlanma oranları Tablo 44 ve şekil 17’de verilmektedir.

Tablo 44. 2003 yılı yeşil kart dağılımı

İLÇELER	YEŞİL KART SAHİBİ KİŞİ SAYISI	YEŞİL KART İÇİN BAŞVURAN KİŞİ SAYISI	YEŞİL KART ALAN KİŞİ SAYISI	YEŞİL KART SAHİBİ OLUP ÖLEN KİŞİ SAYISI	YEŞİL KARTI İPTAL EDİLEN KİŞİ SAYISI	TOPLAM YEŞİL KART SAHİBİ KİŞİ SAYISI	YEŞİL KART SAHİBİ KİŞİ SAYISI (%)
MERKEZ	51505	21410	8185	99	732	58859	13
AKÇADAĞ	12269	4991	3098	9	1086	14272	36
ARAPGİR	5006	725	725	1	11	5719	58
ARGUVAN	4530	1160	1358	5	352	5531	57
BATTALGAZİ	6388	381	1055	6	39	7398	27
DARENDE	11455	1782	1643		1	13097	34
DOĞANŞEHİR	15070	7168	2174	12	293	16939	42
DOĞANYOL	2183	189	188	5	148	2218	41
HEKİMHAN	10530	606	1752	2	1371	10909	41
KALE	2822	445	445	2	28	3237	61
KULUNCAK	5493	449	1080	5	531	6037	79
PÜTÜRGE	8754	418	1292	7	103	9936	38
YAZIHAN	6386	972	890	8	93	7175	50
YEŞİLYURT	8769	1065	930		1986	7713	29
TOPLAM	99655	20351	16630	62	6042	110181	15



Şekil 17. 2003 yılı yeşil kart dağılımı

5.11.Koruyucu sağlık hizmetleri

Özellikle kentlerde kırsal kesimden göç ile gelen hızlı nüfus artışı, altyapının yetersiz kalmasına ve çarpık kentleşmeye yol açarak kanalizasyon, içme suyu temini, çöp gibi yeni çevre sorunları meydana getirmektedir (19). İçme ve kullanma suyu kirlenmiş ve mikroplu bir bölgede mide-barsak sistemi bulaşıcı hastalıklarını önlemek imkânsızdır (örneğin bulaşıcı sarılık, tifo, yaz ishalleri vb). Bu nedenle su sağlığı çalışmaları TSH'nin önemli bir adımını oluşturmaktadır.

Malatya ilinde 2003 yılı içerisinde 4285 adet bakteriyolojik ve 133 adet kimyasal olmak üzere toplam 4418 adet içme ve kullanma suyu numunesi alınmıştır. Tablo 45'de yer alan 2000–2004 yılı içme ve kullanma sularının bakteriyolojik ve kimyasal tahlili incelendiğinde içme ve kullanma sularının temiz olduğu 2003–2004 yıllarında daha da hijyenleştii görülmektedir.

Tablo 45. 2000–2004 yılı içme ve kullanma suyu bakteriyolojik ve kimyasal analizleri

YILLAR	BAKTERİYOLOJİK TAHLİL			KİMYASAL TAHLİL		
	SAĞLIĞA UYGUN OLAN SAYISI	TOPLAM	SAĞLIĞA UYGUN OLAN ORANI	SAĞLIĞA UYGUN OLAN SAYISI	TOPLAM	SAĞLIĞA UYGUN OLAN ORANI
2000	1286	1417	90,76	126	138	91,30
2001	1754	1854	94,61	135	144	93,75
2002	2174	2346	92,67	164	170	96,47
2003	2370	2435	97,33	103	104	99,04
2004	1646	1719	95,75	383	384	99,74

Tablo 46. Halk Sağlığı Laboratuvarlarında yapılan gıda analiz sonuçları

YILLAR	BAKTERİYOLOJİK			KİMYASAL		
	GTM Uyg.	Sağ. Zar.	Sağ Uyg. %	GTM Uyg.	Sağ. Zar.	Sağ Uyg. %
2000	595	57	91,26	1612	118	93,18
2001	322	57	84,96	1448	114	92,70
2002	168	18	90,32	1264	33	97,46
2003	195	21	90,28	1248	58	95,56
2004	140	17	89,17	569	27	95,47

Tablo 46 incelendiğinde 2000–2004 yılı bakteriyolojik ve kimyasal gıda analiz sonuçlarının sağlığa uygun olduğu görülmektedir.

5.12. Su ve Besinlerle Bulaşan Hastalıklara ait Vaka ve Ölümler

Tablo 47’de 2000-2004 yılları su ve besinlerle bulaşan hastalıklar sunulmuş olup, bu vakalardan ölüme rastlanmamıştır. Ancak, 2004 yılı vaka sayılarında diğer yıllara göre büyük bir artış olmuştur.

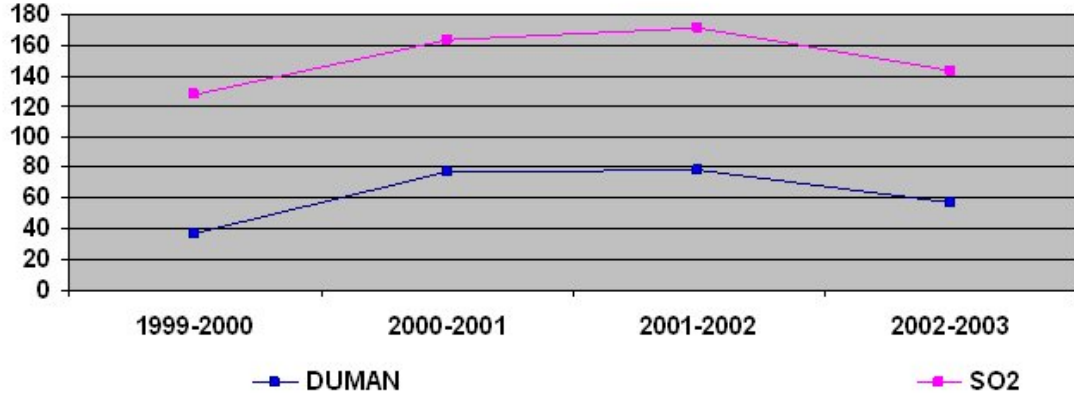
Tablo 47. 2000–2004 yılları su ve besinlerle bulaşan hastalıklara ait vaka ve ölümler

YILLAR	SERUM HEPATİT B		TİFO		BASİLİ DİZANTERİ		BULAŞICI SARILIK (HEPATİT B)		PARATİFO		AMİPLİ DİZANTERİ		TOPLAM	
	Vaka	Ölüm	Vaka	Ölüm	Vaka	Ölüm	Vaka	Ölüm	Vaka	Ölüm	Vaka	Ölüm	Vaka	Ölüm
2000	20	0	4	0	1	0	82	0	0	0	32	0	139	0
2001	31	0	20	0	3	0	224	0	1	0	73	0	352	0
2002	47	0	13	0	2	0	89	0	0	0	34	0	185	0
2003	49	0	40	0	4	0	54	0	0	0	52	0	199	0
2004	44	0	35	0	5	0	66	0	4	0	38	0	192	0

5.13. Hava Kirliliği Ölçümleri

Kalitesiz yakıtların ısıtmada kullanılması, çeşitli endüstriyel tesislerden, motorlu araçlardan ve atmosferik şartlardan kaynaklanan hava kirliliği de sağlığı tehdit edecek boyutlardadır. Hava kirliliğinin saptanması ve alınacak önlemleri saptamak için Sağlık Müdürlüklerince bazı ölçümler yapılmaktadır (Şekil 19).

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
DUMAN	37	77	78	57
SO2	90	86	93	86



Şekil 18. Yıllara göre duman ve SO₂ ölçümlerinin kış sezonu ortalamaları

KIŞ SEZONU SINIR DEĞERİ 250 mikrogram/m³ KIŞ SEZONU SINIR DEĞERİ 200 Mikrogram/m³'dir.

5.14. Sıtma Kontrol Çalışmaları

2000-2004 yılları arasında sadece 2003 yılında sıtma vaka sayısına rastlanmış olup, diğer yıllarda sıtma vaka sayısına rastlanmamıştır (Tablo 48).

Tablo 48. 2000–2004 yılları sıtma vaka sayıları

YILLAR	NÜFUS	VAKA SAYISI	PARAZİT İNSİDANSI (1000'DE)
2000	705434	0	0
2001	713172	0	0
2002	720380	0	0
2003	724722	68	0,09
2004	724291	0	0

5.15. Verem Ölümleri

2000-2004 yılları verem ölümleri incelendiğinde 2003 yılında bir artış olduğu görülmektedir (Tablo 49).

Tablo 49. 2000–2004 yılları verem ölüm sayıları

YILLAR	YIL ORTASI NÜFUS	ÖLÜM SAYISI	MORTALİTE (YÜZBİNDE)
2000	705434	2	0,28
2001	713172	1	0,14
2002	720380	2	0,28
2003	724722	6	0,83
2004	724291	0	0,00

5.16. Bağışıklama Çalışmaları

Aşıyla önlenabilir hastalıklar halen Türkiye’ de önemli sorun olmaya devam etmektedir. Çocuk felci, kızamık, difteri, tetanos gibi hastalıkların önlenmesi, bu hastalıklardan ölümlerin azaltılmasına katkıda bulunacağı için önemlidir. Malatya iline ilişkin bilgiler Tablo 50’de verilmektedir.

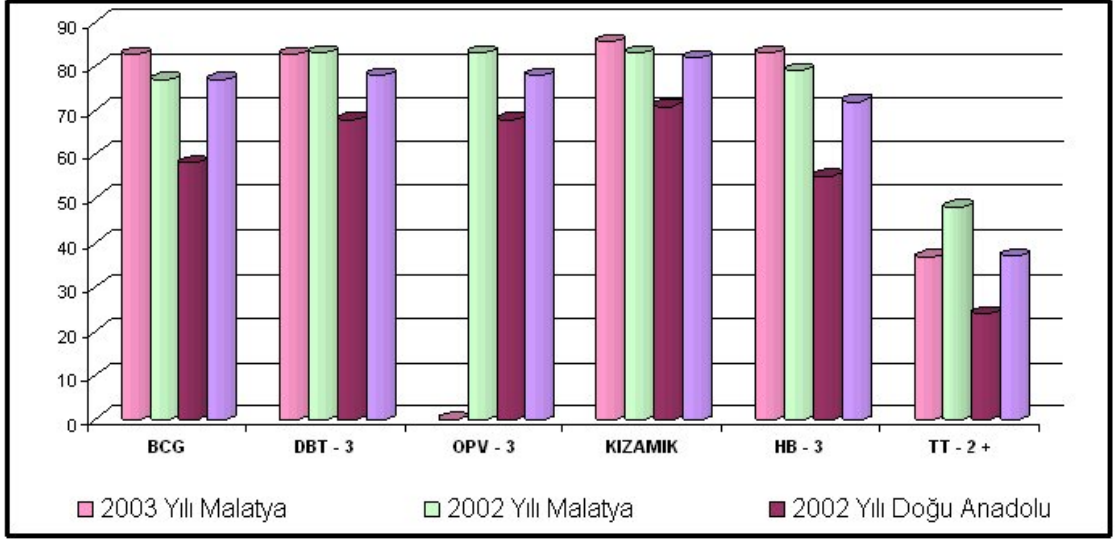
Tablo 50. 2000-2004 yılı Malatya ili aşılarının dağılımı

YILLAR	DBT-POLİO			KIZAMIK	BCG	HEPATİT			TT	
	1	2	3			1	2	3	1	2
2000	13918	13847	13527	13512	12205	12219	11678	10066	7009	4986
2001	14318	14309	14047	13830	12811	15138	15117	13870	7472	5560
2002	12998	13168	13043	13014	12040	12770	12863	12451	7228	5802
2003	12647	12521	12267	12704	12094	13487	13127	12314	7012	5455
2004	13108	13316	13467	12859	11019	15079	14102	13600	6932	5879

Tablo 51. Malatya ili 2003 yılı bağışıklama çalışmalarının; 2002 yılı Malatya, Doğu Anadolu ve Türkiye ile karşılaştırılması

	BCG	DBT – 3	OPV – 3	KIZAMIK	HB – 3	TT – 2 +
2003 Yılı Malatya	76	83	83	86	83	37
2002 Yılı Malatya	77	83	83	83	79	48
2002 Yılı Doğu Anadolu	58	68	68	71	55	24
2002 Yılı Türkiye	77	78	78	82	72	37

2003 yılı Malatya ili bağışıklama çalışmaları Doğu Anadolu ile karşılaştırıldığında Malatya’nın bağışıklama çalışmalarında Doğu Anadolu’ dan çok daha iyi olduğu görülmekte olup, Türkiye ortalaması düzeyindedir (Tablo 51, Şekil 20).



Şekil19. Malatya İli 2003 yılı bağışıklama çalışmalarının; 2002 yılı Malatya, Doğu Anadolu ve Türkiye ile karşılaştırılması

6. TARTIŞMA

2000 yılında Malatya'nın toplam nüfusu 853 658, şehir nüfusu 499 713, köy nüfusu 353 945'dir. Nüfusun 509.772'si (% 61,9) il ve ilçe merkezlerinde, 313.749'u (%38,1) köylerde yaşamaktadır. Malatya'nın genç bağımlı nüfusu, yaşlı bağımlı nüfustan oldukça fazladır. 2000 yılı il toplam nüfusunun yaklaşık %50.24'ü (354458 kişi) erkek, % 49.75'i (350976 kişi) kadındır. Kadın ve erkek nüfusunda önemli bir farklılık yoktur. Yıllara göre erkek oranının kadın oranına göre minimal düzeyde fazla olduğu, ancak bunun önemli bir farklılık yaratmadığı gözlenmektedir.

Nüfus artış hızı 2000 yılında 23,07 iken 2004 yılında 24,11'e çıkmıştır. Nüfus artış hızı il merkezinde 44.26, köy ve bucaklarda 10.87'dir.

2000 yılı hane sayısı 144386 iken, ortalama hane halkı büyüklüğü 4,89 dur. 2004 yılında ise hane sayısı 159809'e yükselmişken, ortalama hane halkı büyüklüğü ise 4,53'e düşmüştür.

Malatya'da 2000 yılında nüfusun % 13'ü okur-yazar değilken, % 3,6' sı yüksekokul mezunudur. 2003 yılında okur-yazar olmayan kişi sayısı % 12,4' e gerilemiş olup, yüksekokul mezunu 4,9' a yükselmiştir.

Yıllar içinde 2000–2001 yılı ve 2003–2004 yıllarına geçişte gebe sayısındaki artış, 2003 yılında bir azalma görülmektedir. Gebe izlem sayısı 2000 yılı ve 2002 yılında olması gereken izlem sayısının altında olup, diğer yıllarda ortalamanın üstündedir. Yataklı tedavi kurumlarında yapılan doğumlarda yıllara göre bir artış görülmektedir. Yıllar içinde toplam canlı doğum sayısında artış görülmekteyken, düşük ağırlıklı doğum ve prematüre doğumda da artış söz konusudur.

Yıllara göre ana-çocuk sağlığı verileri incelendiğinde anne ve bebek ölümlerinde azalma olması kayda değer bir gelişmedir. Bebek ölümleri arasında en fazla ölüm hızının perinatal dönemde gerçekleştiği, ancak perinatal ölüm hızında yıllara göre bir azalma olduğu gözlenmektedir. Bütün dönemlerdeki ölüm hızlarına bakıldığında da bebek ölümlerinde bir azalma göze çarpmaktadır. Bebek başına düşen izlem sayısı 2000, 2002 ve 2003 yıllarında ortalamanın altında olup, özellikle 2004 yılında ortalamanın üstüne çıkmıştır.

Anne ölüm hızında da azalma göze çarpmaktadır. Yıllar içinde anne ölümlerine bakıldığında en fazla ölümlerin gebelik döneminde, en az ölümlerin de

doğum anında olduğu gözükmetedir. Lohusa izlem sayısında artış dikkati çekmekte olup, özellikle 2004 yılında kayda değer bir artış söz konusudur.

Yıllar içinde çocuk ölümleri gözlemlendiğinde, özellikle 0-4 yaş arası çocuk ölümlerinde azalma olduğu görülmektedir. Çocuk ölüm hızının yıllara göre düşmesi sevindiricidir.

2000–2004 yılı aile planlaması yöntemleri uygulamalarında kayda değer bir değişme olmamıştır.

Çalışmamızın verileri, Malatya'nın sağlık sorunlarının Türkiye'nin genel sağlık sorunlarıyla paralellik gösterdiğine işaret etmektedir. Birçok kentte olduğu gibi hızlı kentleşme ve alt yapı yetersizliği nedeniyle temiz ve yeterli su sağlanamamakta, kanalizasyon, atık arıtma gibi hizmetler yeterince gerçekleştirilememektedir. Bu duruma bağışıklama oranlarının istenilen düzeye ulaşamaması da eklenince bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı yüksek seyretmektedir. Hava kirliliğinin artış göstermesiyle solunum yolları hastalıkları önemli düzeylere ulaşmaktadır. Sık görülen bulaşıcı hastalıklar arasında ishal ve üst solunum yolları enfeksiyonları gelmektedir. Bu konularda koruyucu önlemlerin alınması önem taşımaktadır.

2000–2003 yılı ölümlerin yaş ve cins gruplarına göre dağılımı incelendiğinde ölüm sayılarında azalma olduğu, en fazla ölümlerin ise 65 yaş üstünde olduğu görülmektedir. 2000–2004 yılı ölüme neden olan ilk 10 hastalık incelendiğinde 1. ve 2. sırayı Beyin Damarlarının -Serebro Vasküler- Kanama, Tıkanma vs... Hastalıkları ve Kalp Hastalıklarının aldığı görülmektedir.

2002–2003 yılı Malatya ilinin sağlık ocakları ve sağlık evlerindeki personelin doluluk oranı Doğu Anadolu ve Türkiye ile karşılaştırıldığında hekim ve hemşire bakımından Doğu Anadolu ve Türkiye ortalamasının üstünde olduğu, sadece Doğu Anadolu ile karşılaştırıldığında ise personel bakımından Doğu Anadolu ortalamasının üstünde olduğu izlenmektedir.

Yıllara göre sağlık çalışmaları incelendiğinde 2003 yılında yapılan eğitimlerin fazlaştığı, bu artışın yüksek olmasının nedeninin de ebelere verilen eğitimdeki artıştan kaynaklandığı anlaşılmaktadır.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de sağlık statüsü göstergelerinde önemli iyileşmeler sağlanmasına karşın, ülkenin temel göstergeleri incelendiğinde, içinde bulunulan ekonomik düzey ile uyumlu bir noktaya ulaşamadığı, bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı, doğuşta beklenen yaşam süresi gibi göstergelerde Avrupa Birliği ülkelerinin çok gerisinde bulunduğu görülmektedir (18).

Bir toplum için en önemli sağlık sorunları, en çok görülen, en çok öldüren, en çok sakat bırakan hastalıklardır. Nüfusun büyük bir kısmının çocuk ve gençlerden oluşması, bu kitlenin sağlık sorunlarını ön plana çıkarmaktadır (13). Çocuk felci, kızamık, difteri, tetanos gibi hastalıklardan ölümler hala yüksek düzeydedir. Alkol, uyuşturucu kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Yaşlanan nüfus ve yaşam tarzındaki bozukluklar nedeniyle kronik hastalıklar artmaktadır. Yetersiz ve dengesiz beslenme ile ilgili olarak önemli sorunlar yaşanmaktadır. 0-5 yaş grubu çocuklarda büyüme ve gelişme geriliği, kansızlık, raşitizm, okul çağı çocuk ve gençlerde zayıflık ya da şişmanlık, kansızlık, vitamin yetersizlikleri, iyot yetersizliğine bağlı hastalıklar, diş çürükleri; yetişkin kadınlarda zayıflık ya da şişmanlık, kansızlık, iyot yetersizliğine bağlı hastalıklar, vitamin yetersizlikleri; yaşlılarda beslenmeye bağlı kronik hastalıklar sıklıkla görülmektedir (30) .

Genç yaş gruplarındaki nüfus artış hızı son yıllarda azalırken, ileri yaş gruplarının nüfusu Türkiye ortalamasından daha hızlı artmaktadır. Genç nüfusun büyüklüğü neredeyse aynı kalırken, 15–64 ve 65+ yaş gruplarındaki nüfus büyüklüğündeki artışın gelecek yıllarda da devam edeceği beklenmektedir (Devlet İstatistik Enstitüsü 2003). Nüfusun giderek yaşlanmasıyla kalp hastalıkları, kanser, diyabet gibi sorunlar da artmaktadır (6) .

Toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik yapısındaki değişimlerin de yeni sağlık sorunlarına neden olacağı düşünülmektedir. Bazı bulaşıcı hastalıklarda, bazı sosyal hastalıklarda, kazalarda, zararlı alışkanlıklarda artma beklenmektedir.

Sağlık alanında gözlenen sorunlar, sağlığa ayrılan devlet harcamalarının azlığı nedeniyle çözüme kavuşturulmaktan uzak görünmektedir. Gelişmiş ülkelerde kişi başına yaklaşık 1000–3000 dolar arasında değişen bir sağlık harcaması yapılırken,

bu rakam Türkiye’de 2001 yılında 294 dolardır. Ulusal gelir içindeki toplam sağlık harcamalarının oranı % 5 olarak bildirilmektedir (19). Oysa OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki oranı ortalama % 8,5’dir. (31). Ülkemizin kalkınma hızının düşüklüğü, liberalleşme sürecine girmiş olması ve Adalet ve Kalkınma Partisinin sağlık politikaları nedeniyle bu oranın artış göstermesi olası görünmemektedir. Sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki yükün azaltılması ve sosyal devlet yapılanmasının dünyadaki eğilimler yönünde dönüştürülmesi amacıyla yapılan reformlar, “sosyal devlet”in sağlıkla ilgili işlevleri açısından sorun yaratma potansiyeli taşımaktadır.

Gerek günümüzdeki, gerekse gelecekteki sağlık sorunlarının çözümü, koruyucu hekimlik uygulamalarına ağırlık verilmesinde görünmektedir. Beslenmeden, sağlığı geliştirme, bilgi ve eğitime kadar sağlıkla ilgili bütün faaliyetleri kapsayan koruyucu sağlık hizmetleriyle hem sağlık kazancı hem de maliyet tasarrufu sağlanmış olacaktır. Bu yolla, oluşabilecek hastalıklar için harcanacak olan kaynaklar, teknoloji ve personel eksiklikleri için kullanılarak daha kaliteli sağlık hizmeti elde edilmiş olabilecektir. Koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmek, kaynakları daha etkin kullanmak için halkın gelir düzeyini, birikmiş yapı ve sosyal sorunları gibi koşulları dikkate alan yeni bir yapılanmaya ihtiyaç vardır (32). Çevresel risk faktörlerinin azaltılması için çeşitli sektörler arasında işbirliği programları geliştirilmeli ve çevre sağlığı hizmetleri güçlendirilmelidir. Bağışıklama hizmetlerine ağırlık verilmeli, risk grubundaki bireylere yönelik eğitimler artırılmalıdır. Örneğin, anne ve bebeklerin sağlıklarını korumak, daha kaliteli bir yaşam sunmak, çocuk hastalık ve ölümlerini önlemede, anneye yönelik eğitim ve okuryazarlık durumunun iyileştirilmesinin daha etkili olduğu bildirilmektedir (33).

Daha yüksek bir gelir yanı sıra daha nitelikli eğitim, daha yüksek standartlarla sağlık ve beslenme, daha düşük oranda yoksulluk, daha temiz bir çevre, daha yaygın fırsat eşitliği, daha geniş bireysel özgürlük ve daha zengin kültürel yaşamla tanımlanan yaşam kalitesi, her insanın sahip olmak istediği bir durumdur. Yaşam kalitesinin artışında önemli bir yeri olan TSH, devletin bir başka kurum ya da kuruluşa aktaramayacağı yükümlülükleridir.

8. ÖZET

2000–2004 YILLARI ARASI MALATYA İLİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırma ile 2000 -2004 yılları arasındaki 5 yıllık dönem içinde Malatya ilindeki sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın bulgularına göre Malatya nüfusunun bu yıllar arasında artış gösterdiği, genç bağımlı nüfusun yaşlılara göre, nüfus artış hızının il merkezinde, köylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yıllar içinde toplam canlı doğum sayısında ve sağlık personeli eşliğinde yapılan doğumlarda artış bulunmaktadır. Bebek ve 0 – 4 yaş arası çocuk ölümlerinde azalma gözlenmektedir. Bebek ölümleri arasında en fazla ölüm hızı perinatal dönemdedir. Kentte bulaşıcı hastalıklar ve solunum yolları hastalıkları sık görülmektedir. Ölüme neden olan hastalıklar arasında ilk sıraları Beyin Damarları ve Kalp Hastalıkları almaktadır. 2002–2003 yılı Malatya ilinin sağlık ocakları ve sağlık evlerindeki personelin doluluk oranı Türkiye ortalamasının üstündedir. Sağlık kayıtları düzenli tutulmuştur. Bağışıklama ve doğum kontrolü uygulamaları yeterli düzeydedir. Genel sağlık göstergeleri Türkiye göstergelerine paralel seyretmektedir.

Malatya'da koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde niceliksel açıdan belirgin bir sorun görülmemektedir. Sık görülen hastalıklar ve ölüm nedenleri dikkate alındığında kentte çevre sağlığı ile ilgili önlemlere ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları konusundaki sağlık eğitimine öncelik verilmesinin uygun olacağı söylenebilir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Malatya, sağlık göstergeleri, sağlık hizmetleri

9. SUMMARY

EVALUATION OF HEALTH SERVICES IN MALATYA BETWEEN 2000–2004 YEARS

In this study, it has been aimed to evaluate of health services in Malatya between 2000-2004 years. The data was obtained from Deputy Provincial Health Officer. According to results of this survey, population of Malatya increased in this years. In urban area, population growth rate was higher than rural areas. Dependent young population was higher than older dependent population. In these years, there was a increasing in total alive births and births attended by trained personel. Infant and 0-4 ages mortality rate have been decreased. The most mortality rate was in perinatal stage. It has been seen that infectious and respiratory disease frequently. The most mortal diseases were serebrovascular and cardiovascular diseases. Fullness rate of health staff was higher than rate of Turkey. Health records were kept regularly. Vaccination and birth control services were satisfactory. Overall health indicators have shown parallelism with Turkey. There was no prominent problem in preventive and curative health care services quantitatively. It has been considered that environmental health measurements and health education for healthy life styles would be realized primarily in regard to frequent morbidity and mortality reasons.

Key words: Malatya, health indicators, health services

10. KAYNAKLAR

1. İnsan Hakları El Kitabı (2006) Sağlık ve Hasta Hakkı. İnsan Hakları içinde Ankara http://www.basbakanlik.gov.tr/docs/ihb/insan_haklari_elkitabi_HIGH.pdf
2. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982) Resmî Gazete, 9 Kasım 1982, Sayı 17863, Mükerrer
3. Ekici E, Köksal Ş (2001) Sağlık Çalışma Grubu Dönem Raporu, www.antalyakentkonseyi.org.tr/saglik_calisma_grubu_donem_raporu.doc
4. Tezcan S (1992) Epidemiyoloji. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No : 92-1
5. Bertan M, Enünlü T (1990) Bölge Sağlık Yönetiminde Epidemiyoloji El Kitabı. HÜTF Halk Sağlığı AD, Ankara
6. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2004) 80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923 – 2003) Ankara www.sabem.saglik.gov.tr
7. Erdemir A (1996) Tıbbi Deontoloji ve Genel Tıp Tarihi, Güneş, Nobel Yayınları, Bursa s:294-295
8. Öztekin Z (1992) Temel Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 2. Baskı, s:5-6-19-51-66
9. Sağlık Bakanlığı (2001) Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2000, Ankara
10. Sağlık Bakanlığı (1995) Temel Sağlık Hizmetleri: Polio Eradikasyon Programı, Saha Rehberi
11. Sağlık Bakanlığı (1990) 2000 Yılında Herkese Sağlık, Türk Milli Eğitim Politikası, Ankara
12. Sağlık Bakanlığı (1993) Ulusal Sağlık Politikası, Ankara: Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü Yayınları
13. T.C. Hükümeti – Unicef (1996) Türkiye’de Anne ve Çocukların Durum Analizi, Ankara, Pelin Ofset
14. Soyer A (2003) Dünya Sağlık Sistemi “Tabipler Odası Değerlendirme Raporu” www.ttb.org.tr

- 15.** Keyder Ç, Üstündağ N, Yoltar Ç (2004) Dünya Sağlık Sistemleri Dönüşümü Perspektifinden, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Sorunları, Tercihleri ve Alternatif Sağlık Modelleri Projesi
- 16.** Hancıoğlu A, Koç İ, Dayıoğlu M (2000) Türkiye’de Çocukların Ve Kadınların Durumu ÇHS Ve CEDAW Bağlamında Perspektifler, Unicef, Türkiye
- 17.** Toros A (1999) Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 1998, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara
- 18.** Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001) Yayın No. Dpt:2561-Öik:577-Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara
- 19.** Health Care System in transition, Turkey (2002)
<http://ngo.epha.org/country/turkey>
- 20.** Çevre Envanteri Dairesi Başkanlığı (2004) Türkiye Çevre Atlası TC Çevre ve Orman Bakanlığı Ankara s.449-451, www.cedgm.gov.tr/cevreatlasi/saglik.pdf
- 21.** TC Sağlık Bakanlığı (1997) 1996 Sağlık İstatistikleri, Sağlık Bakanlığı Yayını Ankara
- 22.** Gerni M (2000); “Doğu Anadolu Bölgesindeki Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Yönetim Sorunları”, Atatürk Ün. İİBF Dergisi, Cilt14, Sayı:1.
- 23.** Devlet Planlama Teşkilatı (2002) İller ve bölgeler itibarıyla çeşitli göstergeler
- 24.** TC. Sağlık Bakanlığı(1999) Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1998, Ankara
- 25.** Sağlık Bakanlığı (2000) TSH Genel Müdürlüğü 2000 Yılı Çalışmaları Geribildirimi
http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ger_bil_2000/onsoz_degerlendirme.htm
- 26.** Malatya Valiliği- Turizm Ve Kültür Şubesi
- 27.** Akdur R (1996) Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Tez Yapma Rehberi. Ankara s.6
- 28.** Devlet İstatistik Enstitüsü (2002) Nüfus İstatistikleri 2000- 2002
- 29.** Malatya- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şubesinin Çalışma Raporu
- 30.** Koçoğlu G, Sağlıklı Yaşam İçin Yararlı ve Dengeli Beslenme, C.Ü.T.F Halk Sağlığı A.B.D Yayınları no:1
- 31.** Türk Tabipleri Birliği (2002) Yeni Bin Yılın Başında Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu

32. Karabulut K, Emsen ÖS (2003) Doğu Anadolu Bölgesinde Sağlık Sektörü ve Bir Model Önerisi, C.Ü. İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi, 4; 1:19–30

33. Getzen T E (1997) Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds, John Wiley And Sons Inc., New York.

11. ÖZGEÇMİŞ

1976 yılında Ankara' da doğdum. İlkokulu 120. yıl ilkokulu, orta ve lise öğrenimimi Yahya Kemal Beyatlı Lisesinde tamamladım.1998 yılında Ankara Üniversitesi Fen Fakültesi İstatistik bölümünden mezun oldum. 2004 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Biyoistatistik Anabilim dalında yüksek lisansa başladım. Şu an Türkiye İş Kurumu Gaziantep İl Müdürlüğünde İstatistikçi olarak görev yapmaktayım.