



SAĞLIK EĞİTİM ARAŞTIRMA BÖLGELERİ

Dr. Nevzat Eren*

Tıp eğitiminin öğrencileri ülke gerçek ve gereksinimlerine uygun yetiştirmediği tüm ülkelerde üzerinde görüş birliği olan bir gerçektir (1) (2) (3). Eksikliklerin temelinde de iki önemli saptama yatmaktadır. Bunlardan birincisi fakülte kliniklerinde hasta başında yapılan eğitimin, öğrencileri mezuniyeti izleyen yıllarda hekimlik uygulamalarının yapılacağı ortamın gereklerine göre yetiştiremediği saptamasıdır. İkinci ise bu eğitimin öğrencilere yeterli pratik bilgi ve beceriyi kazandıramadığı yolundaki saptamadır. Klasik tıp eğitimi süreçlerine getirilen bu iki eleştiri neredeyse evrensel boyuttadır.

Tıp eğitimi süreçlerine, ülkelerin gelişmişlik durumlarına ve bazı başka yaklaşımlara göre pek çok eleştiri daha yapılmakta, bu eleştiriler araştırma sonuçları ile de desteklenmektedir. Bu konulara aşağıda değinilecektir. Eleştirilen konulara değişik çözümler de önerilmektedir. Ancak, önerilen bu çözümlerin tümü tıp fakültelerinin dışında uygulanacak özellikle çözümlerdir.

Türkiye'de de tıp eğitimine yoğun eleştiriler yapılmakta, çözümler önerilmektedir. Eleştirilerin 1960'lı yıllarda başladığı bilinmektedir. Bu eleştirilerin bir bölümü gözlemlere dayanmış, bir diğer bölümü de batı ülkelerindeki eleştirilerden kaynaklanmıştır. Doğal olarak çözüm önerileri de ya gözleme dayanmış, ya da batılı ülkelerden esinlenmiştir.

İşte, aşağıda derinlemesine işlenecek olan eleştirilere dayanarak, açıklanacak tıp eğitimi yetersizlikleri ve diğer sorunları karşılamak amacı ile üniversiteler ve tıp fakültelerine bağlı, çoğu kırsal alanda ya da gecekondü bölgelerinde olmak üzere, eğitim ve araştırma bölgeleri kurulmuştur. Tıp ve diğer sağlık okulları öğrencilerinin eğitimlerinin bir bölümü bu bölgelerde yapılmakta (idi), eğitim eksikliğinin önlenmesine çalışılmaktadır (idi). Okuyucunun bu bölgeleri tanımakta olduğu umulmaktadır. Örnek olarak Ankara'da Etimesgut, Çubuk, Abidinpaşa ve Gölbaşı Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgeleri, İstanbul'da Avcılar ve diğer üniversitelerin uygulama bölgeleri verilebilir.

TIP EĞİTİMİN AKSAKLIKLARI

Tıp eğitimi süreçlerine bazı aksaklık ve eksiklikler nedeni ile eleştiriler getirilmesi, hem batı ülkelerinde hem de Türkiye'de yeni değildir. Batıda bu tür araştırma ve eleştirilerin Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) kuruluşunu izlediği söylenebilir de, yarınlara 1960'lı yılların sonları ile 1970'li yıllarda ortaya çıktığı gözlenmektedir. Temel eleştiri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde aynı eğitim programlarının uygulanmasına yöneliktir. Eleştirilerin şöyle bir özeti yapılabilir:

1. Gelişmişlik düzeyleri farklı ülkelerde hekimlik eğitimi için ayrılacak eğitici, araç-gereç, para ve diğer kaynaklar eşit değildir. Farklı kaynak ayrılan eğitimlerde aynı eğitim programını uygulamak doğru değildir. Buna karşın, gene de aynı program uygulanıyor ise başarılı olmak beklenmemelidir.

2. Ulusların sağlık için birey başına harcayabilecekleri para ve diğer kaynakların azlık-çokluğu, kurulacak sağlık örgütünü doğrudan etkilemektedir. Sağlık örgütünün özelliği ise tıp eğitimi süreçlerini belirlemektedir. Bu durumda tıp eğitimi ülkelerin bu özellikleri göz önüne alınarak düzenlenmelidir. Oysa gelişmekte olan ülkelerde ve özde Türkiye'de böyle yapılmamaktadır (4) (5).

3. Bir diğer önemli neden toplumların yapısı ve yerleşme özelliklerinin farklı oluşudur. Gelişmekte olan ülkelerde ve bu arada Türkiye'de toplam nüfusun %30 kadarı 10 yaştan küçüklerden oluşmaktadır. Oysa bu oran gelişmiş ülkelerde %10-15 dolayındadır. Diğer yandan gelişmekte olan ülkelerde doğum ve nüfus artış hızlarının pek yüksek olduğu bilinmektedir. Bu durum gelişmekte olan ülkelerde uygulanacak hekimlik eğitiminin önemli bir bölümünü ana-çocuk sağlığı sorunlarının oluşturmasını gerekli kılar. Oysa gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus çoktur. O ülkelerin hekimlik eğitiminde yaşlanmaya bağlı hastalıklarla dejeneratif hastalıkların ağırlığı vardır.

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Prof. Dr.

4. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yerleşme örüntüsü (pattern) ayırıcıdır. Gelişmekte olan ülkelerde toplam nüfusun %60-90'ı kırsal alanlarda yaşamaktadır. Bu oran Türkiye'de %42, Amerika Birleşik Devletleri'nde %10, İngiltere'de %5 dolayındadır. Bu durumda gelişmekte olan ülkelerde tıp eğitimi programlarında kırsal bölgede yaşamaktan kaynaklanan hastalık ve sorunlara, gelişmiş ülkelere göre daha çok zaman ayırmak gerekecektir.

5. Gelişmekte olan ülkelerde her yıl kırsal nüfusun %6-8'i kentsel yörelerle göç etmektedir. Göçen insanlar kentlerin çevresindeki sağlıklı geçekondularda yaşamaktadırlar. Sonuçta ortaya büyük bir geçekonu ve fizik çevre sorunu çıkmaktadır. Bu sorunların tanınması, önlenmesi ve gereken tedavi ve esenlendirme çalışmalarının tıp eğitimi süreçlerinde öğrencilere öğretilmesi gerekmektedir. Oysa, gelişmiş ülkelere aktarılan eğitim programlarında bu konulara aşağı yukarı değinilmemektedir.

6. Üzerinde durulması gereken bir diğer önemli konu da, gelişmekte olan ülkelerde hekimlerle halk arasındaki kültür farklılığının gelişmiş ülkelerdekinden çok daha büyük oluşudur (6)(7). Bu farkın büyük oluşunun sonucu, gelişmekte olan ülkelerde hekimle hastası arasında önemli bir iletişim sorunun ortaya çıkması biçimindedir. Sorunun çözümü tıp eğitiminde "tıp için sosyal bilimler"e ağırlık vermenin yanı sıra öğrencilere halkın içinde çalışıp onlarla yeterli diyalog kurma şansının da tanınmasından geçmektedir.

Kuşkusuz bu eleştiriler hekimlik eğitiminin özellikle temel bilimlerle klinik bilimlerin pek önemli bir bölümünün dünyanın her ülkesinde aynı olduğu gerçeğini değiştirmemektedir. Ancak gelişmekte olan ülkelerde tıp eğitiminde gözlenen aksaklıkları giderebilmek için eğitim programı aktarımının da geçerli bir çözüm olamayacağı ortaya çıkmaktadır. Diğer yandan çağdaş hekimlik anlayışı ve sağlık kavramının kazandığı geniş içerik, sağlık hizmetinin halkın içinde uygulanan bir "ekip hizmeti" olması sonucunu doğurmuştur. Tüm ülkelerde sağlık ekibinin başkanı olarak da hekimler görevlendirilmektedir. Bu durumda, halkın içinde görev yapacak ekibin başkanının halkın içinde eğitilmesi kararı, tıp eğitiminde gözlenen sorunların çözümünde son derecede doğal ve etkili bir yöntem olarak düşünülmüştür.

Kanıımızca bu, bilimsel ve ülke gerçeklerine uygun bir karardır ve "sağlık eğitim ve araştırma bölümleri"nin kuruluşlarının en önemli nedeni de budur.

Gelişmiş ülkelere olduğu gibi, gelişmekte olan ülkelere de tıp eğitimindeki yetersizliklere değinen eleştiriler yeni değildir(7)(8)(9)(10).

Gelişmekte olan ülkeler için bir pratisyen hekimden beklenen ve üzerinde görüş birliğine varılan belli başlı bilgi ve beceriler şöyle sıralanmaktadır:

1. Sağlık hizmeti üreten ekibin halkla en çok karşı karşıya gelen üyelerini eğitmek.
2. Halka sağlık hizmeti veren ekibi yönetmek. Bu iki ana beceriye ek olarak, gene çok önemli görünen bilgi ve beceriler ise,
3. Halka koruyucu sağlık hizmeti vermek. Koruyucu hizmete karşın hastalananlara,
4. İlk yardım,
5. Acil tedavi,
6. Evde-ayaktan bakım, ve
7. Yataklı tedavi kurumlarına hasta gönderme yöntemlerini uygulamaktır. Diğer bilgi ve beceriler ülkelere göre değişmektedir.

Yukarıda sıralanan becerilerin, öğrencilere gelecekte klinik-hastabaşı eğitimi ile verilemeyeceği çok büyük yandaş kazanmış bir görüştür. Bu becerilerin alanda, halkın içinde ve sağlık ekibinin başında elde edilecek deneyimlerle kazanılabileceği de, üzerinde tam anlaşma olan bir diğer görüştür. Nitekim, Türkiye'de sağlık eğitim ve araştırma bölgelerinin kuruluşlarından çok sonra kabul edilen Alma-Ata Bildirgesi de, temel sağlık hizmetleri olarak benzer görevleri saymaktadır. Bu bildirgenin 8'inci maddesi temel sağlık hizmeti olarak aşağıdaki görevleri saymaktadır (11)(12)(13):

1. Halkın sağlık eğitimi.
2. Beslenme durumunun geliştirilmesi.
3. Temiz su sağlanması ve sanitasyon.
4. Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması.
5. Başlıca bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama.
6. Endemik hastalıkların denetimi.
7. Sık görülen hastalıklar ve yaralanmaların uygun tedavisi.
8. Temel ilaçların sağlanması.

Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin bu bildirgeyi onayladığı ve halkına sayılan hizmetleri vermeyi kararlaştırdığı bilinmektedir. Türkiye'de temel sağlık hizmetlerinin verileceği temel birim sağlık ocaklarıdır ve buralarda görevli kişilerin başkanı ve asıl sorumlusu ise pratisyen hekimlerdir. Bildirgenin (6) ve (7) inci maddeleri dışında kalan görevlerin ise, gelecekte hastane içi tıp eğitimi ile öğrenilemeyeceği ortadadır. Diğer görevler halkın içinde verilebilecek özellikler taşımaktadırlar.

Durumun doğal sonucu tıp öğrencilerine halkın içinde, mezuniyetlerini izleyen dönemde asıl çalışacakları koşullarda eğitim verme zorunluluğunun ortaya çıkmasıdır. Sağlık eğitim ve araştırma bölgelerinin kuruluşlarının bir diğer önemli nedeni de, budur.

Bir başka nokta da, bu bölgelerin adında "araştırma" sözcüğünün de bulunmasıdır. Bu bölgelerin kurulması 1960'lı yılların başlarında olmuştur. O yıllarda ülke içinde temsilci olabilecek sağlık durumu saptama araştırmaları yok denecek kadar az değil, kesinlikle yoktu. Bölgelerin bu eksikliği gidermede önemli görevleri başardıkları söylenebilir. Bu konuya aşağıda değinilecektir.

TÜRKİYE'DE DURUM

Türkiye'de hekimlik eğitimine yönelik araştırma ve eleştirilerin ilki 1973 tarihini taşımaktadır (14). Dirican'ın araştırmasında hekimliğin bir meslek olarak uygulanmasında ortaya çıkan sorunlar araştırılmış olmakla birlikte tıp eğitimi süreçlerindeki aksaklık ve yetersizliklere de değinilmektedir. Araştırmanın temel bulgusu ise hekimlerin yalnız hastaların iyileştirilmesi ve uğraşmalarının yetersizliğinin saptanmış olmasıdır. Ortaya çıkarılan görüş, insanı ana-babasının birleşmesinden ölümüne kadar çevresiyle ve çevresinde sağlığını etkileyen fizik, biyolojik ve toplumsal etkenlerle bir bütün olarak ele almak gereğini temel kavram olarak kabul etmektedir. Hasta bakımında tedavinin evde örgütlenmesi görüşü de, yine ortaya çıkarılan ilginç bir bulgudur. Bu ilk çalışmayı izleyerek bu konuda pek çok araştırma yapıldığı, elde edilen sonuçların karar vermeğe yetecek sayı ve temsilcilikte bulunduğu rahatlıkla söylenebilir (15)(16)(17)(18)(19)(20)(21)(22)(23)(24)(25)(26)(27)(28)(29). Bu araştırma ve değerlendirmelerin ortak noktasının aşağıdaki sorulara yanıtlar aramak olduğu belirtilebilir:

1. Tıp eğitiminin amaçları ülkenin sağlık sorunları ile çelişmekte midir?
2. Öğrenci seçiminde aksaklık(lar) var mıdır?
3. Ortaöğretim ve FKB öğretimi öğrencileri tıp eğitimine hazırlayacak nitelikte midir?
4. Tıp eğitim sisteminde bir bozukluk, uyumsuzluk söz konusu mudur?
5. Öğretim üyeleri yeterli midir?
6. Eğitim olanaklarıyla araç-gereç, gereksinime yanıt verebilmekte midir?

Bu sorulara alınan yanıtların ve saptanan aksaklıkların aşağıdaki gibi bir özeti yapılabilir:

a. En çok yapılan eleştirilerden biri tüm programların yeterli sayıda öğrenci temsilcisinin bulunmadığı kurullarda yapılmakta oluşudur. Bu eleştiriye eğitime, giderek yönetime katılmanın çağdaş eğitim ve yönetiminin vaz geçilmez öğelerinden olduğu gerçeğini anımsayarak haklı bulmamak olanaksız görünmektedir. Katılımın olmadığı bir yerde yabancılaşmayı, başarısızlığı ve ülke içinde büyük merkez-

lere ve ülke dışına göçleri beklemek gerekmektedir(30)(31)(32).

b. Türkiye'deki tıp fakültelerinin tümünde eğitim akademik ve kurumsal olarak klinikler içinde yapılmaktadır. Başka bir anlatıyla eğitim halkın içinde yapılmamaktadır. Oysa mezun olan hekimden öncelikle halkın içinde çalışmakla başarılacak işler ve görevler istenmektedir. Sağlık eğitim ve araştırma bölgelerinde yapılacak bir eğitim, ayrıca aşağıdaki konularda da, tıp ve diğer sağlık okulları öğrencilerinin eğitim açıklarını kapatabilecektir.

* Bu bölgelerdeki eğitim süreçleri içinde öğrenciler halkı tanımaya başlayacaklardır. Kliniklerde yapılan eğitimlerin halkı tanımak için kesinlikle yetersiz olacağı bir çok kez kanıtlanmıştır (33)(34)(35). Hasta eşittir halk düşüncesi doğru değildir. Halkı tanımadan hizmet vermeğe kalkmak ise kesin bir başarısızlığı getirmektedir.

* Türkiye'de pratisyen hekimden beklenen görevlerin başında koruyucu sağlık hizmetleri gelmektedir. Sağlık eğitim araştırma bölgelerindeki eğitimde koruyucu hizmetlerin eğitimi başta gelmektedir. Bu görüşün doğruluğunu Koruyucu hizmetlerin neler olduğuna bir göz atarak kolaylıkla gösterebiliriz. Bilindiği gibi bağışıklama, erken tanı, sağlık eğitimi, aile planlaması, seroprofilaksi ve kemoprofilaksi bireye yönelik koruyucu hizmetlerdir. Bu hizmetlerin tümü sağlıklı içme ve kullanma suyu sağlanması, hava ve çevrenin, suların kirletilmesinin önlenmesi gibi, çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin denetlenmesi hizmetlerini de, sağlık eğitim ve araştırma bölgelerinde öğrenmektedirler. Bu bölgelerin bir bölümünün kapatılıp bir diğer bölümünün de etkin çalıştırılmamakta oluşu ülke gerek ve gerçeklerine uygun hekim yetiştirilmesini önemli ölçüde engellemektedir.

* Bu bölgelerde yapılan eğitim öğrencilere yalnız halkı ve sağlık ocaklarında çalışmayı öğretmekle kalmamaktadır. Hekim adayları sağlık eğitim bölgelerindeki hastanelerde çalışarak, daha sonra çalışacakları ülke hastanelerinin de durumunu, olanaklarını öğrenmektedirler. Çünkü, tıp fakültelerinin tanı ve iyileştirme olanakları zengindir. Oysa, ülke genelindeki hastanelerin olanakları sınırlıdır. Düz anlatıyla bu bölgelerdeki eğitimle hekim adaylarına "mezun olduğunda ocakta ya da hastanede, nerede çalışırsan çalış, burada öğrendiklerini uygula" mesajı verilmektedir (36). Bu mesajın verilmesinde, yukarıda belirtildiği gibi önemli ölçüde aksamlar olmaktadır.

* Tıp fakültelerinde eğitim için yararlanılan hastaların halkın sık görülen hastalıkları olmadığı da

bilinen bir gerçektir. Bu hastanelere sıklıkla ağır klinik olgularla, kronik ve az görülen hastalıklar nedeniyle başvurulmaktadır. Eğitim ve araştırma bölgelerindeki sağlık ocaklarında birinci basamağa başvuran hastaların %90'ının istek ve gereksinmelerinin karşılanabilmesi, üniversite hastaneleri hastaları ile halkın yaygın hastalıklarının aynı olmadığını kesin kanıtıdır. Böylece, eğitim ve araştırma bölgeleri eğitilenlere halkın gerçek sağlık ve hastalık örüntüsünü öğretmekle kalmamakta, ikinci basamak sağlık kurumlarındaki yığılma ve kalabalıklığı da önlemektedir.

ÇÖZÜM YOLLARI

Yukarda özetlenen sorunlar dünyadaki hemen tüm tıp okullarında şu ya da bu ölçüde vardır. Genel pratisyen ve ülke gereklerine uygun hekim yetiştirmedeki aksaklıklara karşı değişik önlemler alınmaktadır. Alman önlemler ülkelerin ve eğitim kurumlarının özelliklerine ve geleneklerine uygun olmakla birlikte şöyle bir genelleme yapılabilmektedir:

1. Bazı tıp fakülteleri özel topluluklara sağlık hizmetini doğrudan ya da işbirliği içinde vermeyi üstlenmişlerdir. Türkiye'de benimsenen yöntem budur.

2. Belçika, Hollanda, İngiltere ve Norveç'de bazı tıp fakültelerinde genel pratisyenlik eğitimi doğrudan tıp fakültelerinin sorumluluğuna verilmiştir. Bu ülkelerdeki sözü edilen fakültelerde halk sağlığı bölümleri kurulmuş ise de, diğer bölümler gibi halk sağlığı bölümleri de bağımsız çalışmaktadır.

3. New Castle Tıp Fakültesi'nde genel pratisyenlik eğitiminin sorumluluğu doğrudan tıp fakültesi'nin Sosyal Tıp Bölümü'nde verilmiştir.

4. Almanya, İrlanda, İsviçre ve İngiltere'nin bazı tıp okullarında genel pratisyenlik eğitimi, tıp eğitimi boyunca zaman zaman sosyal tıp ya da halk sağlığı bölümlerine verilmiştir.

5. Edinburgh, Birmingham ve Nottingham tıp fakültelerinde bu eğitim yerel toplulukların kurdukları sağlık uygulama alanlarında yapılmaktadır.

6. Tıp okullarında yapılan kuramsal eğitimden sonra bu eğitimin alandaki uygulamasını tıp okulları eğitimcileri, sosyal çalışmacılar ve halk sağlığı hemşirelerinin denetiminde yapmak uygulanan bir diğer yöntemdir. İrlanda, İngiltere ve İsviçre'deki okulların bazılarında bu yöntem uygulanmaktadır.

7. Bazı tıp okulları ise öğrencilerini toplum içinde çalışan örgüt ve kuruluşlara gözlem için göndermektedirler.

8. Tıp öğrencilerine uygulamayı yürüten örgütlerin yöneticilerince konferanslar verdirmek bir diğer halk sağlığı eğitimi yöntemidir.

Görüldüğü gibi sorunun çözümüne yönelik önlemler bir örnek değildir. Bunun nedeni, sağlık sorunları birbirlerine hayli yakın olan ülkelerde bile, halk sağlığı uygulamalarında önemli ayrımlar bulunmasıdır. Türkiye'de sağlık eğitim ve araştırma bölgelerinin başlatıcıları da, bu gerçeği görmüşler ve bu bölgelere Türkiye koşullarına en uygun halk sağlığı eğitiminin nasıl yapılacağını saptamak üzere "araştırma" yapma görevini de vermişlerdir.

TÜRKİYE'DE SAĞLIK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGELERİNİN KURULUŞU

Türkiye'de sağlık eğitim ve araştırma bölgesi olarak değerlendirilebilecek ilk merkez Hıfzıssıhha Okulu'nun yönetimi altında 1961 yılında Ankara-Kazan'da kurulmuştur. 5 Ocak 1961 tarihinde 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un kabul edilmesinden sonra uygulama için gerekli bazı bilgilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Kurucusu ve düşünce babası Dr. Fişek'tir (37). Fişek, burada test edilen bazı bilgilerin Muş Pilot Bölge çalışmalarında çok yararlı olduğunu belirtmiştir. Bu tarihsel bilgiyi 1961 akdevriminin devrimci ve laik tutumu ile Dr. Fişek'in bilimsel yeterliliğinin etkileri altında değerlendirmek gereklidir. Ortam araştırmaya ve pozitivizme son derece uygundur. Halktan yana yönetim ve yöneticiler işbaşındadır.

Kazan'daki ilk kuruluş 1965 yılında Sağlık Bakanlığı ile Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğü arasında yapılan bir protokolle Etimesgut Eğitim ve Araştırma Sağlık Grubu Başkanlığı olarak genişletilmiş ve yönetilmesi H.Ü. Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Anabilim Dalı'na verilmiştir. Bu gelişme sırasında Hacettepe Tıp Fakültesi'nin kuruluşunun coşkusu içinde ve ülke gerçek ve gereksinmelerine uygun iyi pratisyen hekimler yetiştirmede iddialı ve Sağlık Bakanlığı müsteşarının da Dr. Fişek olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Bu bölge çok başarılı çalışmalar yapmıştır.

Sonraki yıllarda hemen tüm tıp fakülteleri kendi araştırma ve eğitim bölgelerini kurmuşlardır. Sonucunu ise, gene Hacettepe Tıp Fakültesi'ne bağlı olarak Ankara-Çubuk Eğitim ve Araştırma Bölgesi olarak kurmuştur.

Sağlık eğitim ve araştırma bölgelerinin başarı dereceleri irdelendiğinde, iyi yönetilen bölgelerde başarının daha yüksek olduğu belirgin olarak ortaya çıkmaktadır. Bu bölgelerde çalışan ocak hekimlerinin fakültelerin halk sağlığı asistanları olup olmamaları da başarıyı önemli ölçüde etkilemektedir. Başarı derecesini belirleyen bu iki başat etkiden birincisinin daha ağır bas-

tığı da, açık olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durumu, bilinçli sağlık yönetiminin sağlık hizmetlerine olan olumlu katkısı olarak değerlendirmek gereklidir.

Bu bölgelerin başarı durumları değerlendirilirken "amaçlara ulaşabilirlik" dereceleri akla gelebilir. Değerlendirmeye böyle yaklaşıldığında toplumsal hizmetlerin hemen tümünde, özelde sağlık hizmeti sunumunda değişmez ve duragan amaç saptanamayacağı akılda tutulmalıdır. Ölçülebilen sağlık hizmetleri konularında ise bazı sayılamalar verilebilmektedir (38). Bakınız Tablo 1 ve 2 :

ÇÖKÜŞ

Sağlık eğitim ve araştırma bölgelerinin çoğunda çalışmalar 1983 yılından başlayarak duraklamış, bir bölüm bölge de seksenli yılların sonlarında kapatılmıştır. Kapatılanlar arasında en iyi eğitim veren bölgelerden olan Etimesgut ve Çubuk Bölgeleri sayılabilir. Çöküşün nedenleri bu iki bölge özelinde tartışılacaktır. Çünkü böylece, diğer bölgelerin başarısını önemli ölçüde sınırlayan bazı olumsuz etkilerin de ortaya çıkacağı düşünülmektedir. Bu tartışma üniversite yöneticileri, Sağlık Bakanlığı

Tablo 1 : Etimesgut SEA Bölgesinde Ölümlülük Hızları

Yıllar	1 KÖH	2 BÖH	3 NÖH	4 PÖH	5 ÖDH	6 Ana Ölüm Sayısı	7 0-4 OÖO	8 50+ OÖO
1967	10.3	142.0	36.0	29.8	12.2	—	59,0	30.0
1968	9.6	121.0	39.3	31.3	17.3	3	51.5	35.3
1969	8.8	111.0	28.5	33.5	20.9	1	52.9	31.8
1970	8.2	103.2	25.7	24.3	12.4	1	42.3	37.3
1971	7.1	87.6	32.5	35.5	17.5	2	45.1	39.1
1972	8.2	112.0	30.2	34.9	24.8	—	46.8	36.6
1973	7.0	93.0	34.0	35.8	18.2	—	46.0	36.0
1974	6.5	95.0	32.0	35.9	19.0	3	42.0	38.0
1975	6.6	96.0	36.0	42.7	22.0	1	43.0	43.0
1976	6.3	82.5	30.0	30.6	13.8	2	43.6	40.3
1977	6.3	71.8	26.6	34.3	18.9	1	37.3	45.6
1978	6.0	74.5	28.6	36.5	19.2	—	39.6	42.9
1979	5.5	62.3	25.4	32.1	15.8	3	34.1	50.6
1980	6.4	70.7	30.3	36.0	20.3	1	32.6	51.3

1. Kaba Ölüm Hızı (Binde)

2. Bebek Ölüm Hızı (Binde)

3. Neonatal Ölüm Hızı (Binde)

4. Perinatal Ölüm Hızı (Binde)

5. Ölü Doğum Hızı (Binde)

6. Ana Ölüm Sayısı

7. 0-4 Yaş Orantılı Ölüm Oranı (Yüzde)

8. 50 Yaş Üstü Orantılı Ölüm Oranı (Yüzde).

Tablo 2 : Çubuk SEA Bölgesinde Ölümlülük Hızları

Yıllar	(1) KÖH	(2) BÖH	(3) NÖH	(4) PÖH	(5) ÖDH	(6) Ana Ölüm S.	(7) OÖH 0-4	(8) OÖH 50+
1976	10.9	159	26.7	—	19.4	4	50.1	32.6
1977	9.6	128	37.6	50.6	19.8	6	45.0	44.1
1978	9.4	125	41.1	61.5	19.8	1	41.8	41.6
1979	8.8	99	38.4	54.9	20.0	3	37.1	44.0
1980	8.3	100	28.6	49.3	19.4	2	36.6	49.9

(1) Kaba Ölüm hızı (Binde)

(2) Bebek Ölüm Hızı (Binde)

(3) Neonatal Ölüm Hızı (Binde)

(4) Perinatal Ölüm Hızı (Binde)

(5) Ölü Doğum Hızı (Binde)

(6) Ana Ölüm Sayısı

(7) 0-4 Yaş Orantılı Ölüm Hızı

(8) 50+ Yaş Orantılı Ölüm Hızı.

yöneticileri ve özelde Sağlık Bakanları, bu bölgelerin yöneticileri ile hizmetten yararlanan halk temelinde, 4 başlık altında yapılacaktır.

Bu çökme döneminde görev yapan üniversite yöneticilerinin tıp öğrencilerinin halk sağlığı eğitimi gibi bir sorunları olduğu söylenemez. Bu yöneticiler klasik tıp eğitim süreçleri içinde yetişmişler ve sonradan da halk sağlığı eğitimi görmemişlerdir. Eğitim bölgelerinin yalnız hastaneleri ile ilgilenmişler ve buraları, doğal olarak kendi hastaneleri ile karşılaştırarak, eğitim yapılamaz olarak değerlendirmişlerdir. O sıralarda ülkede geniş yandaş toplayan liberalleşme eğiliminin de, şaşırtıcı bir olumsuz etkisi gözlenmiştir. Liberal ekonomilerde, ya da ona eşit anlamda kullanılan pazar ekonomisinde "üstün nitelik" çok büyük önem taşır. Üniversite yöneticileri bölgelerdeki ikinci basamak sağlık kuruluşlarında bu üstün niteliği bulamayınca, doğal olarak bu eğitime karşı çıkmışlar, en azından sahip çıkmamışlardır. Oysa bu yaklaşım "perfectinist" bir yaklaşımdır ve ülke düzeyinde pek çok yataklı tedavi kurumu bu düzeyde bile değildir. Üniversite yöneticileri bu gerçeğe alımadıkları gibi, sağlık ocaklarının çalışmalarına bakmak gereğini bile duymamışlardır. Alma-Ata bildirgesinden 17 yıl önce Türkiye'de temel sağlık hizmetleri yasalaştırıp uygulanmaya başlamışken, üniversite ve tıp fakülteleri yöneticilerinin pek çoğu, bu gerçeği ancak Alman-Ata Bildirgesi'nden sonra görmeğe çalışmışlardır. Konuya eleştirel yaklaşıldığında sanki "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" sözcükleri Türkçe olduğu için anlaşılammış, Primary Health Care ya da Primaire Santé Publique sözcükleri ise İngilizce ve Fransızca olduğu için kolay anlaşılmmış düşüncesine kapılmaktadır ki, bu gerçekten şaşırtıcıdır. Diğer yandan, liberal uygulamaların "kuralsız uygulamalar" ve "kamunun sorumluluğunun hiç olmaması" biçiminde algılandığını gözlemek ise daha da şaşırtıcıdır. Ancak, görünen odur ki, tıp fakülteleri öğrencilerinin yeterli eğitimleri ile karşılaştıkları sorunlar, bu dönemde yöneticilerin gündeminde olmamıştır. İlk kez bu dönemde yöneticilerin kapılarına "öğrencilerle görüşülmez" yazısı asılmıştır. Hiç kimsenin aklına da, öğrencinin olmadığı yerde dekan ve rektörün olmayacağı gelmemiştir.

Bölgelerin bağlı oldukları Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlarının tutumu, büyük oranda daha üst düzeydeki üniversite yöneticilerinin tutumlarına paralel olmuştur. YÖK düzeninin üniversitelere getirdiği emir-komuta zinciri nedeniyle başka bir tutum beklemek yanlış ise de, bu anabilim dalı başkanlarının halk sağlığına inançlarının yeterli düzeyde olduğu da söylenemez.

Dönemin Sağlık Bakanlığı yetkililerinin halk sağlığı alanındaki bilgi ve becerileri ise şaşırtıcı düzeyde yetersiz olmuştur. Başarılı kardiyologlar, başarılı nefrologlar müsteşar yapılmıştır. Bu düşünce gemilerdeki iyi makine mühendislerinin iyi kaptan olacağı varsayımının aynısıdır ve çağ dışıdır. Sağlık bakanlarının üzerinde ise durulmayacaktır. Partizan ve kural tanımaz tutumları ile sağlık örgütünün tümünün, bu arada eğitim bölgelerinin altını üstüne getirmişlerdir.

Çöküş döneminin bölge başkanları, çöküşe karşı gelmek konusunda başarılı olamamışlar, başka bir anlatıyla bölgelerine sahip çıkmamışlar, bazı özel durumlarda ise çöküşün hızlanmasına neden olmuşlardır.

Eğitim ve araştırma bölgelerindeki halk ise, bu çöküşü reaksiyonsuz izlemiştir. Bunun nedeni sivil toplum örgütlerinin bu bölgelerde bulunmamasıdır. Buralarda resmi olmayan tek kuruluş siyasal partilerin kuruluşlarıdır ki, partizan etkiyi sürdüren asıl bunlar oldukları için, çöküş işlerine gelmiştir.

SONUÇ

Tıp fakültelerinin bazı eğitim eksikliklerini kapatmak amacı ile 1960'lı yılların başlarında kurulmaya başlanan "Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgeleri" eğitim eksikliklerini kapatmada son derecede başarılı olmuşlardır. Bunun dışında bu bölgeler,

* Ülke ve bölge sağlık düzeyini ölçme ve değerlendirmede, bu amaçla kullanılacak yöntemler geliştirmede,

* Tıp ve diğer sağlık meslekleri öğrencilerinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinde son derecede başarılı hizmetler vermişlerdir.

* Bu kuruluşlar kendi bölgelerindeki sağlık düzeyini yükseltmede de son derecede etkili olmuşlardır.

Bu bölgelerin anımsanması gereken en büyük başarıları ise bazılarının uluslararası örgütlerce (WHO ve UNICEF) gene uluslararası araştırma bölgeleri olarak görevlendirilmeleri olmuştur (Etimesgut ve Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgeleri).

Bu bölgelerden en başarılılarından birisinde uzun süre çalışmış, bir diğerinin de kurucu kadrosunda görev almış bir kişi olarak, bu satırların yazarı, bu görmezden gelme ya da olumsuz katkıları anlamakta gerçekten güçlük çekmektedir.

Başarılı hizmetlerin yıkılması bu ülkenin alın yazısı olmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. W.C. Mc Gagli, G.E. Miller, A.W. Sajid, T.V. Telder., Competency Based Curriculum Development In Medical Education. An Introduction. WHO Public Health Papers, No.60, Geneva, 1978, p.10-11.
2. The Development Of Studies In Health Manpower. WHO Technical Repport Series, No. 481, Geneva 1971, pp.8-10.
3. Personel Health Care and Social Security. WHO Technical Report Series, No. 480, Geneva 1971, pp.6-10.
4. Gish, O., Health Planining In Developing Countries. Unpublished Cours Document. School Of Hygiene and Tropical Medicine, London.
5. Soyer, A., Dünyada ve Türkiyede Sağlık Personelinin Temel Sorunları. Türk Tabipleri Birliği Yayını, Ankara, 1983, s.86.
6. G.M. Foster, B.G. Anderson., Medical Anthropology., John Wiley and Sons, New York, 1978, pp.14-36.
7. İ.A. Zamiri., A Personel View Of Recent Medical and Educational Development in Iran. British Journal Of Medical Education, 5:75 (1971).
8. D.P. Nayar., Undergraduate Medical Education In İndia., British Journal Of Medical Education, 5:172 (1971).
9. K.Hodgkin., Towards Earlier Diagnosis. Edinbourg, Livinstone, 1966.
10. J. Bryant., Health and Developing World. İthaka, NY, Cornell University Press, 1966.
11. Eren, N., Alma-Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, 2 nci Baskı, Ankara, 1985, s.1-58.
12. Öztekin, Z., Temel Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, No.86-33, Kısa Dizi,
13. Primary Health Care, A Joint Report By WHO-UNICEF, Geneva, New York 1978.
14. Dirican, M.R. Türk Hekimlerinin Düşünüş ve Davranışları ve Bunun Toplum Sağlığına Etkileri. Atatürk Üniversitesi Yayınları, No. 175, Sevinç Matbaası, Ankara, 1993 (yayının tümüne bakılması).
15. Akar, N., Yüksel, M., Kaynak, S., Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Uzmanlaşma Eğiliminin Saptanması İçin Anket Araştırma, TOB, Sayı 23-24, Eylül-Ekim 1977, s.104-109.
16. Dirican, M.R., Türkiyenin Gereksinimi ve İnsan Gücü Planlaması Yönünden Uzmanlık, T.T. Akademisi Mecmuası, X:4, 1976, s.31-35.
17. Kaynak, S., Türkiyede Tıp Eğitimi Sorunları. TOB, Sayı 22, Temmuz 1977, s.20-33.
18. Ankara Tabip Odası Eğitim Bürosu., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Eğitim Sorunları Üzerine Bir Araştırma, Toplum ve Hekim, Sayı 9, Eylül 1978, s.18-29.
19. Balkan, E., Duraker, N., Erkan, F., Gökçay. İ., İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Yapı Araştırması Anket Raporu. 1978 (Çoğaltılmış).
20. Aşkın, Ç., Dağ, R., Işık, T., Tıp Eğitiminin Bugünkü Kusurları ve Çözümleri, Ankara, 1978 (Yayınlanmamış araştırma raporu).
21. Akar, N., Kaynak, S., Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencisinin Pratik Becerisinin Saptanması İçin Yapılan Anket Denemesi. Toplum ve Hekim, Sayı 13, Ocak 1979, s.32.
22. Coşkun, Ö., Sencer, Y.I., Stajyer Öğrencilerin Tıp Eğitiminin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Bülteni, No. 10, Mart 1977, s.27-38.
23. Akar, N., Kaynak, S., Tıp Fakülteleri Son Sınıf Öğrencisinin Aldığı Eğitim Değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim, Sayı 20, Ağustos 1979, s.59-70.
24. Erdal, M.N., Saltık, A., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem V Öğrencilerinin Sağlık Sorunları Hakkında Bilgi ve Tutumlarını Saptama Amacına Yönelik Bir Araştırma, 1979 (Yayınlanmamış Araştırma Raporu).
25. İstanbul tıp Fakültesi 1978-1979 Yılı Mezuniyet Komitesi Adına Mezuniyet Töreninde Yapılan Konuşma "Bitirirken". Toplum ve Hekim, Sayı 25, Ocak 1989, s.54.
26. Balkan, E., Bildirici, M., Gökçay, İ., Sakcak, B., Hacettepe Öğrencilerinin Eğitim Amacı İle Gönderildikleri Sağlık Kurumlarındaki Uygulamaların Pratik Bilgi ve Beceri Kazandırmadaki Rollerini. Hacettepe Ü. Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Anabilim Dalı, 1980 (Yayınlanmamış araştırma raporu).
27. Yeni Bir Tıp Eğitimi İçin Alternatif Bir Tıp Eğitimi Modeli. ATO Halk Sağlığı Bürosu. Toplum ve Hekim, Mart 1992, Sayı 49, s.2-9.
29. Hayran, O., Aksayan, S., Pratisyen Hekimlerde İş Doyumunu. Toplum ve Hekim. Ekim 1991, Sayı 47(1), s.16-17.
30. Eren, N., Dışa Bağımlılık ve Beyin Göçü. Toplum ve Hekim, Sayı 30, Haziran 1990, s.27-34.
31. Mejia, A., Pizurki, M., World Migration Of Health Manpower. WHO Chronicle, 30:455-460 (1976).
32. Mejia, A., Pizurki, M., Physicians and Nurse Migration. WHO, Geneva 1979, pp.23-131.
33. Hanlon, J. J., Public Health., 6 th ed. The C.V. Mosby Company, Saint Louis, 1974, pp.1-32.
34. Sigerist, H.E., History Of Medecine, MD Publications, Inc. New York, 1960, (Yapıtın tümüne bakılması).
35. Sigerist, H.E., On The Seciology Of Medecine. M.D. Publications, Inc. New York, 1960 (Yapıtın tümüne bakılması),
36. Benli, D., Kişisel Konuşma.
37. Fişek, N.H., Kişisel Konuşma.
38. Fişek, N.H., Hacettepe Üniversitesinde Toplum Hekimliğinin İlk 15 Yılı, H.Ü. Toplum Hekimliği Enstitüsü, Yayın No. 16, Ankara, 1981, s.48, 73.