

TIBBİ COĞRAFYA : KAPSAMI VE AMACI

*Ayşe Nur Timor**

Günümüzde uzmanlaşma devresinde bulunmakta olan ve olayları mekana bağlayan bir bakış açısına sahip olan coğrafyada özellikle son yıllarda hızla gelişen yeni bir inceleme konusu da «tıbbi coğrafya»dır. Tıbbi coğrafya çalışmaları ile sağlık hizmetleri ve sorunları buldukları mekânda incelenmekte, ilişkiler ve gerekli öneriler belirlenmekte, genel olarak da sağlık ve coğrafyayla ilişkisi ortaya çıkarılmaktadır.

Araştırma ve fikir açısından gelişmiş olan bir çalışma alanını oluşturan tıbbi coğrafya, en basit şekilde, «coğrafi metod ve teknikleri tıbbi sorunlara uygulamak» olarak tanımlanabilir. Prensiplerini, en iyi şekilde, çevre-sağlık ve hastalık ilişkisinin özetlediği bu çalışma alanı, «mekansal sebepli sağlıkla ilgili tüm olayları toplum, yer ve zaman boyutlarında inceleyen ve bu olayların nedenlerini araştıran, bu sayede de sağlık problemlerinin önlenmesinde optimal çözüm yollarını belirten bir yöntem» olarak da tanımlanabilmektedir.

TIBBİ COĞRAFYADAKİ YAKLAŞIMLAR

Bulunulan mekana bağlı olarak gelişen hastalıkları ayırtma ve hastalığa neden olan fenomenleri tanıyarak, sonunda sağlık sorunlarını en aza indirme ve bu surette halk sağlığına katkıda bulunmanın tıbbi coğrafya çalışmalarının ana amaçlarından olmasının yanısıra, şehirselleşmelerdeki fonksiyonel ünite olarak yerini alan sağlık kurum ve kuruluşlarından insanların yararlan-

* Yard. Doç. Dr. Ayşe Nur Timor, İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Coğrafya Bölümü Bölgesel Coğrafya Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

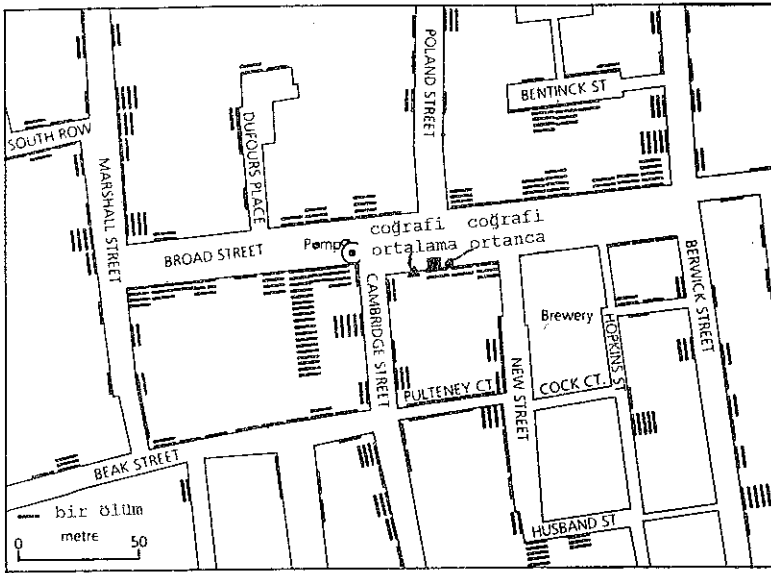
masını azamiye çıkarma için yapılan sağlık planlaması çalışmaları da varılmak istenen hedefleri oluşturmaktadır. Dolayısıyla tıbbi coğrafyadaki araştırmalar ve ileri sürülen fikirler iki ana konu etrafında birleşiyor görünmektedirler. Bunlardan *birincisi* ve daha önce gelişeni, geniş olarak «*coğrafi epidemiyoloji*», «*coğrafi patoloji*» ya da «*hastalık ekolojisi*» olarak adlandırılmaktadır. *İkincisi* ise, sağlık planlanmasında ve sağlık hizmetlerinin ayrılmasına mekansal bir bakış açısıyla bakmaktır.

Araştırmalarda «*ekolojik*» gelenek, Hippokrat'ın çalışmalarına kadar geri gitmekte ve 18. ile 19. yüzyıllardaki tıbbi araştırmaların çoğunda bu görüş açıkça belirmektedir. Özellikle 18. yüzyılın sonundan itibaren, araştırmaların, salgın hastalıkların dağılım kalıplarının ve buna bağlı olarak da ortaya çıkış nedenlerinin belirlenmesi amacı ile bu hastalıkların haritalanması şeklinde yoğunlaştığını görüyoruz. Gerçekleştirilen ilk haritalar arasında, 1788'de sarı humma'nın dağılımını göstermek amacı ile hazırlanan başarılı bir çalışma olarak kabul edilmektedir. Yine, 1820'lerde *koleranın* Hindistan'dan Avrupa ve Asya ile Kuzey Amerika'ya hızla yayılması nedeniyle bu hastalığın görüldüğü tarihleri gösteren birçok örnek haritanın yapıldığı da bilinmektedir.

Ancak bu tür haritaların epidemiyolojik araştırmalara merkez oluşturmaya başlamaları, özellikle 1830'lardan itibaren tıbbi hipotezlerin test edilmelerine yardımcı olmaları bakımından değerlerinin keşfedilmesi ve potansiyellerinin araştırılmaya başlanması ile olmuştur. 1832'de Dr. Robert Perry tarafından hazırlanan ve Glasgow'u etkileyen başlıca salgın hastalıkların konu alındığı harita ile yine 1830'larda J. F. Malgaigne'nin Fransa'da askerler arasında fıtığın dağılımını gösteren haritası örnek çalışmalar olarak nitelendirilmektedirler.

Tıbbi haritaların en çok bilinenlerinden biri de, 1844-1854 yılları arasında Londra'nın Soho kesiminde Golden Square'da görülen kolera salgını ile ilgili olamıdır. Tıbbi coğrafya konusunda klasik çalışmalar sunan John Snow, o tarihlerde bugün hepimizin bildiği bir gerçeğe -koleranın sudan bulaşan bir hastalık olduğu gerçeğine- dikkat çekti ve bu alandaki caddede yer alan su pompalarından su içenler ile ölümler arasındaki ilişkiyi göstermek amacı ile her kurbanın ikametgahını bir harita üzerinde işaretle-

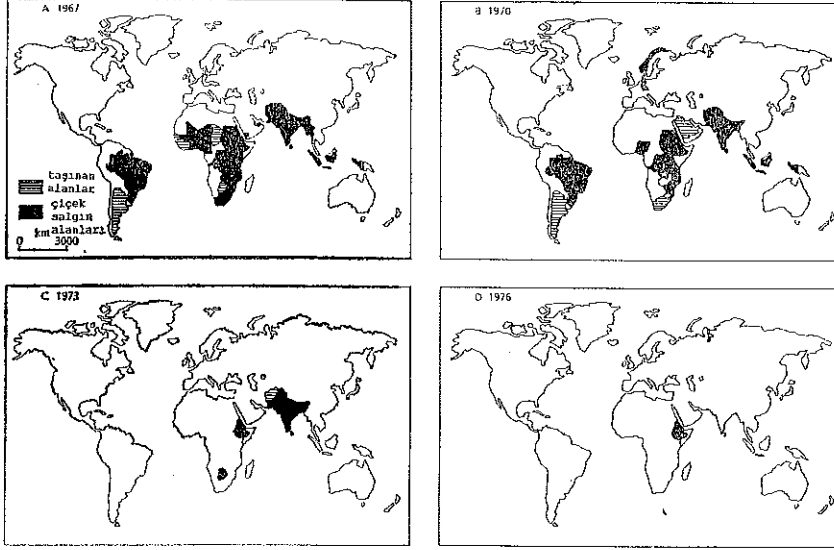
meyi düşündü. Sonuçta da, hazırladığı harita ile ölümlerin büyük çoğunluğunun Broad Street'teki bir su pompasının etrafında yoğunlaştığı gerçeğini ortaya koydu. Bu çalışmanın ışığı altında, hastalığı uzaklaştırmak için yerleştirilen yeni bir pompa kolera problemini halletti. Daha sonra, modern istatistiksel analizler, salgının coğrafi odağının gerçekten de Broad Street'teki pompanın etrafındaki yaklaşık 1 km. lik bir alana denk düştüğünü göstermişlerdir.



Harita 1 — 1854'de Londra'nın Soho kesiminde kolera'dan ölümlerin coğrafi dağılışı.

Tarihi bakımdan daha çok «doğal çevre ile salgın hastalıklar arasındaki ilişkiler»in incelenmesinin önem taşıdığı görülmekle birlikte, ekolojik ilişkiler ağı son derece karmaşık bir yapıya sahiptir. Eğer çevrenin geniş tanımı içine kültür ve kültür kalıpları da katılırsa, bu ilişkiler çok daha karmaşık bir hale gelmektedir. Böylece hastalık, organizma-kültür ve çevre arasındaki karşılıklı etkileşimle meydana gelen, zaman ve hastalığa yol açan neden ile hastalığa yakalanan kişinin ortamının da denk düşmesini gerektiren bir olgu olarak görülmektedir. Belki de 20. yüzyılın en tanın-

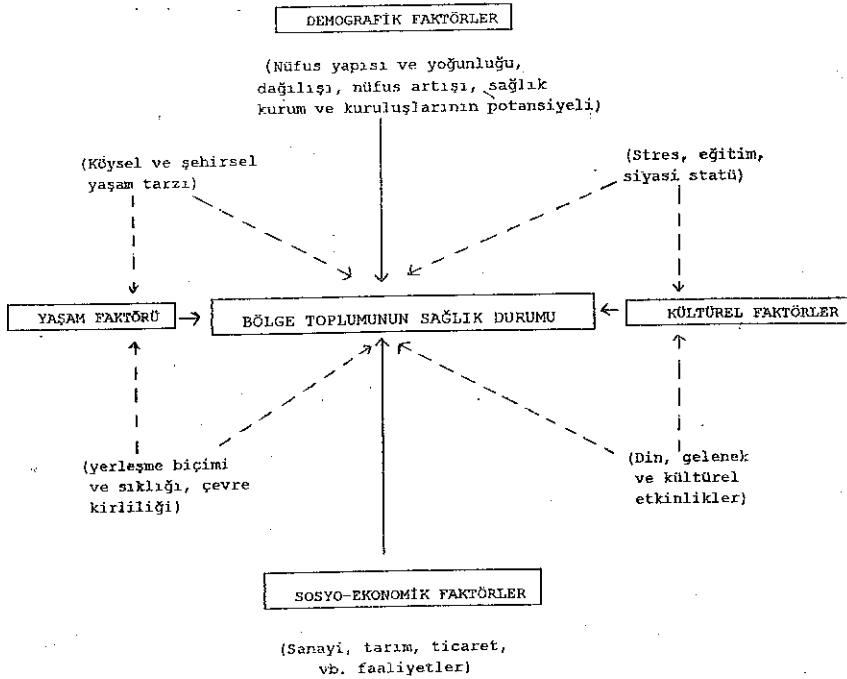
miş tıbbi coğrafyacısı olan Jacques May (1950) şu yorumu yapmaktadır : «Günümüzde hastalığı, belirli bazı faktörler zaman ve mekan içinde birbirleri ile karşılaştığında meydana gelebilecek çoklu bir olgu olarak tanımlayabiliriz. Bu hususta bakış açısı, çeşitli faktörler ve bunların herbirinin coğrafi çevresi arasındaki ilişkiyi içine alacak şekilde genişler. İşte buna 'tıbbi coğrafya' denir».



Harita 2 — 1967-1976 yılları arasında çiçek hastalığından etkilenen alanlar.

Hastalık ekolojisi ile ilgili geleneksel çalışmaların çoğu, coğrafi düşünce tarihinde «insan-çevre» görüşüne ya da genel ekolojik görüşe uygun düşecek şekilde, çevre- kültür ve hastalık arasındaki son derece karmaşık ilişkinin açıklanmasına yönelik holistik (bütünsel) bir yaklaşım izlemişlerdir. Araştırmacılar, çalışmalardan, ancak bir sistemin tek tek parçalarının birbirlerine ve bütünü ile sisteme (insan-çevre sistemine) ilişkileri açısından araştıran, bütünleştirici ve senteze varıcı bir ekolojik yaklaşım halinde olanların coğrafi «epidemioloji» olarak adlandırılabilceği üzerinde durmuşlardır. Hunter'ın (1973) yazdığı gibi, «sağlık sorunları biyofizik boyutlara sahip olduğu kadar, toplumsal-kültürel ve ekonomik boyutlara da sahiptir. Daha da önemlisi, bunlar

tüm çevrede meydana gelen çok büyük karşılıklı etkileşimlerin sonucudurlar». Bu bütünsel yaklaşım, René Dubois (1965) gibi birçok yazardan ilgi gördü. Çevresel ve toplumsal kaygıları biyolojik ve patolojik süreçlerle bütünleştirme çabasında olan Dubois, «tıp bilimi, vücut makinesinin tüm çevre ile ilişkilerini öğrenmedikçe, bir ilgisizlikler denizinde yüzecektir» demektedir. Dubois'ın yanısıra, J. M. Hunter da tıbbi coğrafya araştırmalarında beşeri çevre üzerinde durmuş ve bu açıdan hastalığa neden olan toplumsal, kültürel ve ekonomik boyutların hastalığa olan etkilerini araştırmıştır. Araştırmacılar fiziki çevre şartlarından etkilenmenin gözardı edilmemesi yanında, beşeri çevre unsurunu da hastalık sebeplerinin araştırılmasında ihmal etmenin hata olacağını vurgulamışlardır.



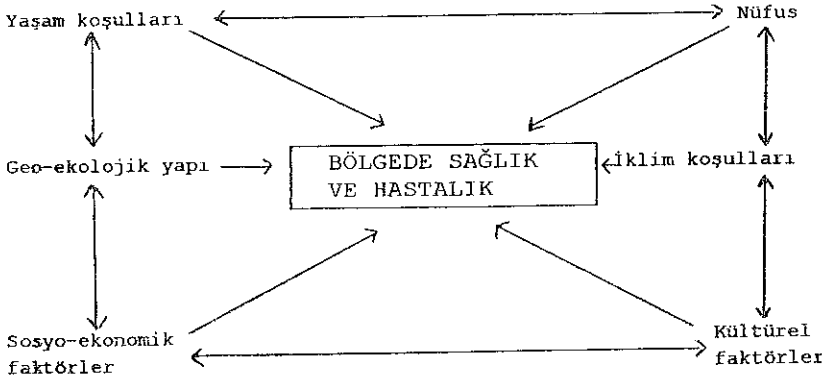
Tablo 1 — BÖLGE TOPLUMUNUN SAĞLIK DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER.

(Kaynak : *Organization Mondiale de la Santé; Bureau Regionale L'EUROPE, 1975*)

Bilindiği gibi, kendi sınırsız ihtiyaçları için çeşitli kaynakları kullanan insan, aynı zamanda bu faaliyetleri ile içinde bulunduğu ortamın da peyzajının değişmesine neden olmaktadır. Bu süreç içerisinde de çevre ile etkileşimin sebep olabileceği olumsuz sonuçlar, örnekleri ile sıkça karşılaştığımız gibi, çeşitli sağlık problemlerine yol açmaktadır. Bir bölgede belirgin olarak görülen hava kirliliğinin çeşitli kanser türlerine, yine bir başka bölgede de toprağa veya suya karışan türlü kimyasal artıkların çeşitli tifo-kolera vb. hastalıklara yol açması gibi örnekler bir bölgeden diğerine değişen ve her bölgenin kendine özgü sorunlarının yine kendine özgü sağlık etkenlerine ve sorunlarına zemin hazırladığı gerçeğini yansıtmaktadırlar. İşte tıbbi coğrafyanın araştırma alanlarından birini de insanın yaşadığı ortamda karşılaştığı türlü sorunlara neden olan etkenlerin insan hastalığına etkilerini belirleme ve çözüm önerilerinde bulunma oluşturmaktadır. Bu konudaki geleneksel bağlantıyı bir Alman tıp adamı olan Finke, 1972'de şu sözlerle dile getirmiştir : «.Bir kişi ülkelerle sürekli ilgilenirse -onların konumlarını, toprak çeşitlerini, hava ve suyunun özelliklerini, milletler tarafından kullanılan gıda maddelerinin durumunu, kültürel yapılarını, adetlerini, özellikle sağlık ve hastalık hakkındaki huylarını ülkelerin hastalıklarının neler olduğunu sebepleri ile açıklarsa, tıbbi konum hakkında kaydedeğer bilgiler biraraya getirilmiş olur.O halde bu durumda da kimse tarafından tıbbi coğrafyanın hizmeti inkâr edilemez.»

«*Ekolojik tıbbi coğrafya*»da, son 15-20 yıla kadar, deneysel çalışmaların çok güç yöntemlerle toplanan verilere dayandırıldığı görülmekteydi. Daha yakın zamanlarda ise, kantatif (istatistiksel) metodlarla işbirliği yapıldığını ve araştırmalara istatistiksel metodolojinin de katıldığını görüyoruz. Alan teknikleri (gözlem, mülakat, anket) ve veri analizleri gibi yöntemlerin kullanıldığı bu çalışmalar arasında Armstrong'un kanser olasılığı ve bu hastalığı hazırlayıcı davranış faktörleri arasındaki ilişkiyi analiz eden ayrıntılı çalışmaları (1976, 1978, 1980), Meade'nin kardiyovasküler ölümlerin güneydoğu A. B. D.'ndeki durumunu tartışan çalışmaları (1979, 1980), Barry Glick (1979 a, 1979 b, 1980) ve Forster'in (1987) kanserden ölümler ile ilgili analizleri ve A. B. D.'nde görülen farklı kanser türlerini ele aldıkları çalışmaları başarılı örnekler arasında yer almaktadırlar. Yine, Pyle'nin salgın hastalıklarla ilgili ça-

lışmaları (örneğin, 1978'de), Turley'in malaryadan ölümlerin bölgesel dağılışını ele alan analitik çalışması (1990) ve Epstein'in salgın hastalıkların insan yaşamını tehditlerini ele alan ayrıntılı çalışmaları (1991, 1993) bu konu ile ilgili mükemmel örneklerdir.



Tablo2 — BÖLGESEL YAPI VE HASTALIK İLİŐKİŐİ.
(Kaynak : *Organization Mondiale ...a.g.e.*)

İstatistiksel yöntemleri kullanarak hastalığın statik ve mekansal yapısını belirlemeye çalışan bu ve benzeri tüm çalışmaları, coğrafi düşünce bakımından «lokasyonel» ya da «mekansal» başlıkları altında belirtmek gerekir. Çalışmalardaki esas amacın, mekan ile hastalığın dağılışı arasındaki ilişkinin teşhis edilmesi ve açıklanmasına yönelik olması bunun başlıca nedenini oluşturmaktadır. Daha geniş bir ifade ile, lokasyonel çalışmalar, hastalık dağılışı kalıplarının yapısını bölgelerin yapısına dayandırarak açıklamaya çalışmaktadırlar. İlginç olan bir nokta da, hastalıkların dağılışı kalıplarının inceleyen çalışmaların, aynı zamanda bölgelerin yapısının da ortaya çıkarılmasını hızlandırmakta olmasıdır. Pyle, 1969'da bu konuda şu yorumu yapmıştır: «Eğer bölgesel yapı ve hastalığın dağılışı birbirine bağımlı olarak kabul edilirse, bu durumda bölgenin yapısı hastalığın dağılışı için bir gösterge olabilecektir. Aynı şekilde, hastalık dağılışı da, bölgesel yapı için bir ölçü sayılabilecektir».

Tıbbi coğrafya araştırmalarında, sağık planlanmasında ve sağık hizmetlerinin ayrılmasında mekansal bakış açıları olarak

ele alınan yaklaşım, hastalıkların dağılışının incelenmesine ekolojik yaklaşımdan sonra yavaş yavaş gelişmiştir. Bu gelişmenin genel olarak halkla ilgili hizmetlerin coğrafyacılar tarafından ele alınması ile birlikte yürüdüğünü ve bu yaklaşımın lokasyon teorisi, halk sağlığı hizmetlerinin ayrılmasıyla ilgili teoriler ve ulaşım coğrafyası (bu hizmetlere gidiş-gelişler vb. gibi) konularında kök saldığını görüyoruz. Özellikle 1960'lı yıllardan itibaren, sağlık hizmetleri sisteminin incelenmesi (örneğin, Morrill ve Earickson, 1968), hasta davranışlarının incelenmesi (örneğin, Shannon, 1977) ve doktorların incelenmesi gibi konularda erişebilme, eşitsizlik ya da yetersizlik üzerinde duran sayısız çalışma yapıldığı ve böylece, tıbbi coğrafyanın sağlık hizmetlerini ele alan yaklaşımının iyice yerleştiği görülmektedir.

Bilindiği gibi, en önemli sosyal haklarımızdan olan sağlık hizmetlerindeki eşitsizlik ve dengesizlik, ya da diğer bir ifade ile bu hizmetlerin mevcut olup olmaması ve kimin ne ölçüde nerelerde faydalanabileceği gibi konular tüm dünya genelinde olduğu gibi, farklı gelişme dereceleri gösteren ülkeler arasında, aynı zamanda bu ülkelerin farklı bölge ve şehirsal alanlarında da değişik ölçülerdedir. Günümüzde, tıbbi coğrafyacılar, halk sağlığı hizmetlerine erişimde ortaya çıkan mekansal ayrımları belirlemekte ve bu hizmetlere gerekli müdahaleler ile en iyi yaralanmaları ortaya çıkarmak için optimal lokasyonları belirleyen modelleri oluşturma çabası içindedirler. Bu tür hizmetlere müdahalelerden bazıları yalnızca mevcut kurumsal yapı içinde bazı lokasyonel değişiklikler üzerinde dururken, bazıları da daha radikal alternatiflerle kurumsal ve örgütsel yapının değişimini öne sürmektedirler. Örneğin, Mayer çalışmalarında (1979, 1980) acil tıbbi hizmetlerde müdahale zamanının en aza indirilebilmesi için, bazı istatistiksel yöntemleri kullanarak optimuma varıncaya değin acil müdahale ünitelerinin yerlerinin değiştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır.

Sağlık kurum ve kuruluşlarından insanların en iyi şekilde nasıl faydalanabileceklerinin belirlenmesinde potansiyelin araştırılması ve çözüm önerileri bulma çalışmalarında, ya da diğer bir ifade ile en iyi-optimal lokasyonlara varmaya çalışırken, eğer halk sağlığı kurumları içinde ya da arasındaki mevcut siyasal güce bir tehdit söz konusu ise, bu değişiklik daha temelden bazı kurumsal

değişimleri beraberinde getirecektir. Örneğin, A. B. D., İngiltere ve İsveç'in yanısıra başka ülkelerde de, temelde bölgesel planlama ve sağlık hizmetleri temininin koordinasyonu ile ilişkili olan bu tür hizmetlerin «bölgeselleştirilmesi» yaygın bir amaç haline gelmiştir. Sağlık kurumları arasında elde edilebilir hizmetler açısından fazla sayıda ve gereksiz üstüste binmelerin varolması ve hastaların da çoğu kez en uygun kurumda tedavi edilememeleri nedeniyle geliştirilen bölgeselleştirme kavramı, Ginzberg'in de belirttiği gibi (1977) iki amaca yöneliktir :

- 1 — Maliyetin en aza indirilmesi,
- 2 — Hasta sağlığının iyileştirilmesi.

Çok çeşitli örneklere sahip olan «bölgeselleştirme» kavramında, en iyi tanımlanmış hiyerarşik yapıya sahip olan İngiltere'deki *National Health Service* (Ulusal Sağlık Servisi)'nden, daha az katı sayılabilecek hiyerarşik yapıdaki İsveç sağlık hizmetlerine ve A. B. D.'ndeki acil tıbbi servislerin koordinasyonuna kadar değişik yapılar söz konusudur. Bu konuda verilebilecek en iyi örneklerden birini oluşturan halk sağlığı hizmetlerinin diğer birçok ülkeye göre genelde çok daha iyi durumda olduğu İngiltere'de, nüfusun büyük çoğunluğu için sağlık hizmetleri, *Ulusal Sağlık Servisi* (NHS) tarafından sağlanmaktadır. Hizmetlerini Regional Health Authority adı altında ayrılmış 90 sağlık bölgesinde sürdüren NHS, ücretsiz tedavi ve ilaç olanakları sağlamakla birlikte, kurumun eşit tedavi imkanları sağladığı ya da tam ihtiyaca göre dağıtım yaptığı söylenememektedir. Hastahaneler ve başka binalar şeklindeki sermaye yatırımlarının başlangıçta eşitsiz dağılmış olmasının yanısıra, yine sağlık personelinin de daha hareketli (mobil) olmasına rağmen gerek uzmanlık alanları gerekse bölgeler arasında dağılışı eşitsiz kılan kişisel, mesleki ve kurumsal faktörlerin varlığı ile fiziksel ve ekonomik mesafe de NHS gibi bir sistemin sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlamayı garanti edememesine yol açmaktadır. Coğrafyacıların yaptıkları birçok çalışmalarından (örneğin; Maddox, 1971, Haynes, 1978, Eyles, 1987, Haynes and Bentham, 1989) ortaya çıkan sonuca göre, NHS içindeki devlet kaynaklarının, hizmetlere daha yakın erişmeyi sağlamak üzere yeniden yerleştirilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin planlanmasında, sağlık kuruluşları ve personelinin gerek doku gerekse yapılarının mekansal kalıplarını belirleyen ve bu yol ile bu tür hizmetlerden insanların yararlanmasını azami seviyeye çıkarmaya çalışan çok sayıda coğrafi araştırma gerçekleştirilmiştir. F. G. Dickinson'un «Distribution of Physicians by Medical Service Areas» (1945) isimli çalışması ile yine Dickinson'un Morrill ile birlikte ilginç bir yol ortaya koydukları çalışmaları tıbbi coğrafyanın bu yaklaşımına ait güzel örnekleri oluşturmaktadırlar. Araştırmacılar «Chicago Regional Hospital Study» isini verdikleri çalışmalarında hastahanelerin yer seçimindeki faktörleri belirlemek, hastaların, doktorların ve hastahane yönetiminin tatmin olmasını sağlayacak kapasitenin (yatak ve doktor sayıları gibi) lokasyondaki değişimleri tahmin etmek amacıyla taşımaktaydılar. Metzner ve Bashshur'un (1967) sağlık hizmetlerinin planlanmasında etkili olan faktörleri ayrıntılı bir şekilde inceledikleri çalışmaları, Vise'in (1970) doktorların ve hastahanelerin lokasyonu ile ilgili olan analitik çalışması ile Shannon ve Dever'in (1974) sağlık kuruluşlarının bölgesel organizasyonu üzerinde durdukları ve sağlık kaynaklarına ilişkin bölgesel modeller geliştirdikleri çalışmaları bu yaklaşıma ait mükemmel örneklerdir. Yine Joseph ve Phillips'in (1985) sağlık hizmetlerinin kullanılmasını etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmaları ve Miles'in (1986) coğrafi bakış açısı altında halk sağlığının bölgesel gelişmesini ele aldığı çalışması başarılı örnekler arasındadır.

Tıbbi coğrafya araştırmalarında «hastalık ekolojisi» ya da geniş olarak «coğrafi epidemiyoloji» olarak adlandırılan yaklaşım ile lokasyonel yaklaşım arasında amaç veya hedef bakımından belirgin benzerlikler-birbirine geçmeler vardır. Yukarıda da belirtildiği gibi, birincisi çevre-kültür ve hastalığın karşılıklı ilişki halinde etkilerini araştırmaya çalışırken, ikincisi son derece yapısal bir yaklaşım izlemektedir ve giderek artan bir şekilde her iki yaklaşımı da uygulayan araştırmacıların yöntemleri birbirlerine yakınlaşmaktadır. Daha önce hastalık ekolojisi ile ilgilenenler büyük ölçüde beşeri coğrafya geleneğinde veya görüşünde eğitim görürlerken ve yapısal yaklaşımı kullananlar lokasyon yöntemleri ile yetişirken, günümüzde en iyi tıbbi coğrafyacılar yöntem bakımından son derece seçici davranmakta ve kendi özel sorunlarına aradıkları cevaplara hangi araç gerekli ise onu kullanmaktadırlar.

Araçtırmalarda, gelişmekte olan ülkelerde hastalık nedenlerinden başlayıp, gelişmiş ülkelerdeki en iyi-optimal lokasyonu belirleyen modellerin ve bölgeselleştirme şemalarının uygulanmasına kadar uzanan bir zincir söz konusudur. Tasvir niteliği taşıyan bazı çalışmaların yanısıra, büyük bir çoğunluğu buyurucu (normative) olurken aynı zamanda sağlık sistemlerine buyurucu mekansal ilkelerin uygulanmasını da istemektedirler (Mayer, 1982).

TIBBİ COĞRAFYA KONUSUNDA YAPILAN ÇALIŞMALAR

Birçok kaynak çalışmaya rastlayabilme olanağına sahip olunan tıbbi coğrafya konusunda, özellikle içinde bulunduğumuz yüzyılın ikinci yarısından itibaren çok sayıda araştırma gerçekleştirildiğini görüyoruz. 1960'lı yıllarda bu alanda önemli eserler veren L. D. Stamp'ın, iyi bir giriş niteliğini taşıyan iki eseri, kısa olmakla birlikte, dikkat çekicidir. Bunlardan biri, kapsamı *London School of Hygiene and Tropical Medicine*'de verilen derslerden oluşmuş bulunan *Some Aspects of Medical Geography* (1964) adını taşımaktadır. Diğeri ise, ilkinde oranla daha etraflı bir çalışma olan *The Geography of Life and Death* (1964)'dir. Stamp, aynı zamanda, her iki çalışmasında da mevcut kaynaklar hakkında kısa bilgiler sunmuştur.

ATA Learmonth'un 1950-1970 yılları arasında konu ile ilgili olarak büyük bir fayda sağlayan tıbbi coğrafya çalışmalarının yanısıra, N D McGlashan (Methuen, 1972) tarafından yayınlanmış olan ve genel malzeme ile örnek olay çalışmalarını içeren *Medical Geography: Techniques and Field Studies* isimli çalışması da orijinal makalelerin derlendiği bir yayın niteliğindedir. Konu ile ilgili olarak gerçekleştirilen ve özellikle uzmanlaşmış yazıların biraraya toplanması ile G M Howe ve J A Lorraine (Heinemann, 1972) tarafından hazırlanmış olan *Environmental Medicine* isimli kitap, bu niteliğine rağmen yeteri kadar bilgi vermemektedir. Yüzyılın en tanınmış tıbbi coğrafyacılarından J M May tarafından American Geographical Society'nin himayesi altında hazırlanan *Studies in Medical Geography* adlı seri, tıbbi coğrafya konusunda faydalı yazılar içermektedir. Yine 70'li yıllarda G M Howe tarafından yayınlanan *Man, Environment, and Disease: a Medical*

Geography of Britain through the Ages (1972) adlı kitap, bu alanda önce gelen başlıca olay çalışmalarından birisini oluşturmaktadır.

Bu eserlerde yazılmış konuların çoğu, ya belirli hastalıkların ekolojisi ile ya da örneğin, bazı ülkelerde ölümlerin nedenleri veya gıdasızlık gibi konularla ilgili olurken, tıbbi coğrafyanın diğer yönü (sağlık planlanmasında ve sağlık hizmetlerinin ayrılmasında mekansal bakış açıları olarak ele alınan yaklaşım) ilgili çalışmalara sayısız yayında rastlanabilme olanağı bulunmaktadır. J. Eyles ve K. Woods'un *The Social Geography of Medicine and Health* (1983) ismini taşıyan çalışmaları, sağlığın korunması çabalarında farklı toplumlarda çevresel birliklerin ve topluluklarla birlikte ekonomik unsurların da etkilerini veriler eşliğinde sundukları örnek eserlerden birini oluşturmaktadır. Kelyvn Jones ve Graham Moon'un birlikte hazırladıkları *Health, Disease and Society* (1990) ismini taşıyan ve *Critical Medical Geography* ikinci ismi ile yayınlanan kitap da, tıbbi coğrafyanın tanımı, gelişim süreci ve özellikle günümüzdeki durumunu açıklayan bilgileri içermesi nedeniyle bu yeni inceleme alanının tanınmasında son derece faydalı bilgilere sahiptir. 1980'li yıllarda belirgin bir şekilde hız kazanan tıbbi coğrafya konusundaki yayınlara güzel bir örneği de Wilber M. Gessler'in gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş dünya arasında görülen hastalık ve sağlıkla ilgili farklılıkların yanısıra, halk sağlığının korunması için yapılan ve ana kavramların açıklandığı *Health Care in Developing Countries* isimli eseri oluşturmaktadır.

Farklı toplumları farklı derecelerde etkileyen çeşitli hastalıkların ortaya çıkış nedenlerini ve bunlarla mücadele yollarını ele alan, tıp ile coğrafya arasındaki geleneksel bağlantıyı açıklamalı örneklerle ortaya koymaya çalışan, ayrıca sağlık kaynaklarının geliştirilmesi ve bölgesel modeller oluşturulmasına öneriler getiren çok sayıdaki tıbbi coğrafya eserinin yanısıra, Dünya Sağlık Organizasyonu'nun bölgelere yayılmış araştırma konuları arasında da bu tür çalışmaların önemli bir yer tuttuğunu görüyoruz. Özellikle tıbbi coğrafya konusunda yoğun bir araştırma içinde olan Avrupa Bölge Bürosu, bu konuda geniş uzman kadrosuyla, bölgeler üzerinde insan sağlığını etkileyen çeşitli coğrafi faktörlerin ortaya konulmasına çalışmaktadır. Hastalıkların belirlenmesin-

de, ortaya çıkış nedenlerinin incelenmesinde ve ortadan kaldırılmalarında tıbbi coğrafyanın öneminin belirlenmesini amaç edinen büro, bölgesel epidemiyoloji uzmanı olan ve aynı zamanda kurumun sekreterliği görevini de üstlenen Z. Brezinski ile A. Weber'in ortak bir çalışma olarak sundukları *Le Role des Facteurs Geographiques dans la Planification des Programmes de Santé* (1975) isimli eser ile bu çabalarını en iyi şekilde kanıtlamıştır.

Hastalıkların haritalanmasının uzun bir geçmişe sahip olduğu tıbbi coğrafyada, Andrew Cliff ve Peter Hagget'in hazırladıkları *The Atlas of Disease Distribution* özellikle epidemiyoloji konusunda önemli bir eseri oluşturmaktadır. WHO-World Health Organization'nun resmi listesinde yer alan ve dünyanın birçok yerinde insan sağlığını tehdit edici nitelikteki kolera ve malarya'dan, dünyanın yeni tanıştığı evrensel hastalıkların en tehlikelilerinden biri olan AIDS'e kadar kamuoyunun gündemini oluşturan pek çok hastalığın hüküm sürdüğü alanlar ile sağlık konusunda karşılabilecek tehlikeleri mekan ile bağlantılı olarak gösteren araştırmacılar, «insanların bu tür pek çok tehlikenin cevaplarını aramak için laboratuvarlara hücum ettikleri günümüzde, bu hastalıkların coğrafi dağılışı dikkatli bir şekilde yorumlandığında, dünyanın bu göçmen hastalıklarının dağılışı kalıplarının anlaşılmasında önemli ipuçlarının elde edilebileceği»ne de değinmişlerdir (Haggett and Cliff, 1989).

SONUÇ

İnsanlar, dünyanın hemen her yanında çeşitli ihtiyaçlarının karşılanması için sosyal hizmetlere başvurumaktadırlar. Sosyal hizmetlerden birisi olan sağlık hizmetleri de, aslında belki de tüm hizmetler içinde en «temel» hizmet olarak kabul edilebilir. Bu hizmetlere olan talep özellikle hastalık, kaza gibi durumlarda olanca belirginliğiyle ortaya çıkmakta, hatta yoksul ülkelerin yanısıra zengin ülkelerin yoksul kesimlerinde de insanların yaşama şansı temel sağlık hizmetlerinin elde edilebilirliğiyle sınırlı olmaktadır.

İnsanların diğer tüm sosyal hizmetlerinden olduğu gibi sağlık hizmetlerinden de aynı derecelerde faydalandıklarını söylemek pek mümkün olamamaktadır. Sağlık hizmetlerinin mevcut olup olma-

ması, mevcut olan hizmetlerden de kimlerin ne kadar faydalanabildiği ve kimlerin nerelerde, nasıl tedavi edildiği gibi konular dünya yüzeyinde değişik ölçeklerde karşımıza çıkmaktadır. Gelişmekte olan dünyada geçmişte olduğu gibi günümüzde de önemli ve umutsuz bir doktor, hastahane ve ilaç sıkıntısı varken, zengin ülkelerde bile sağlık hizmetlerine olan talebin arzı ya da elde edilebilir kaynakları sürekli aştığı gözlenmektedir.

Sağlık sorununun mekansal örgütlenme ile birlikte kaynakların da sınırlı olmasından ortaya çıktığı kalkınmakta olan dünyada, hizmetlerin eşitsiz dağılışı ve bunun sonucunda toplumun belirli kesimleri tarafından kullanılmaması ya da az kullanılması, bu ülkelerde kaynakların (sağlık kuruluşları ve personelinin) genel mekansal kutuplaşmaya uygun olarak başkentlerde ya da metropoliten çekirdeklerde toplanması ile ilgilidir. Farklı gurup ya da alanlar arasındaki halk sağlığı kaynaklarına ulaşmadaki eşitsizliğin gelişmiş ülkelere oranla çok daha fazla olduğu gelişmekte olan ülkeler, aynı zamanda temel koruyucu hizmetler yerine yüksek teknoloji tedavisi edeci uygulamalar üzerinde durmaktadır. Bu durum da, bu ülkelerdeki sağlık sorununun daha da belirgin bir şekilde ortaya çıkmasına yol açmaktadır. İleri ülkelerde ise, trafik kazaları ve strese bağlı hastalıklara ve daha önceki devrelerde ya da daha geri toplumlarda kendilerini öldürebilecek sakatlıklara rağmen hayatta kalanlara göre uyarlanmış özel beceri ve tekniklere sahip sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bunun yanısıra, tüm nüfus için sağlık hizmetleri kalite bakımından benzer oranlar vermekte, birçok doktor organ naklinde ya da kozmetik cerrahide uzmanlaşmış (hatta «lobi») hizmetler vermekte, bunlardan da halkın bir kısmı yararlanabilmektedir.

Farklı bölge ve ülkelerde geçerli olan sosyal ve ekonomik yapı, hizmetlerden faydalanma derecesini etkilediği gibi bazı bölgesel, yerel ve şahsi durumlar da avantajlı durumda bulunanlar ile bu tür hizmetlere ihtiyaç duyanların alansal kalıbını meydana getirmektedirler. Sağlık hizmetlerinin değişik yönleri olan sağlık kurumları ve sağlık personelinin miktar ve dağılışı ile hizmetlerin niteliğindeki bu farklı alansal kalıpları belirleyen unsurlar, ekonomik ve siyasal gelişme dereceleri, sağlık hizmetlerine olan talebin artmasını ve çeşitlenmesini etkileyen kültürel gelişme dere-

celeri ve sosyal seviye farklılıklarının yanısıra ulaşım imkanlarındaki kolaylıklar, kişisel tercih ve çekicilikler olarak karşımıza çıkmaktadırlar.

Sağlık olgusunu ve buna bağlı olarak da sağlık hizmetlerini bulunduğu mekan üzerinde inceleyen coğrafya, halk sağlığı hizmetlerinin mekansal durumunu incelerken de bu hizmetlere erişebilme, hizmetlerden faydalanabilme açısından yetersizlik ya da eşitsizlik gibi konuları ortaya çıkarabilmektedir. Bu konuda coğrafyacıların amacı da, halk sağlığı hizmetlerine gerekli müdahaleler ile en iyi yararlanmaları ortaya çıkarabilecek en uygun lokasyonları belirleyen modelleri oluşturmaktır. Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyanların sosyo-ekonomik yapılarının ortaya çıkarılarak dağılımların bunlara göre belirlenmesinde coğrafyacı önemli bir role sahip olacak ve dolayısı ile de halk sağlığı planlamalarına önemli ölçüde katkıda bulunacaktır.

KAYNAKLAR

- ARMSTRONG, R. W. 1976. «The geography of specific environments of patients in cancer studies, with a Malaysian example», *Economic Geography* 52, 161-70.
- ARMSRONG, R. W. 1980. «Geographical aspects of cancer incidence in Southeast Asia», *Social Science and Medicine* 140, 299-306.
- ARMSTRONG, R. W. - KUTTY, M. K. 1978. «Self-specific environments associated with nasopharyngeal carcinoma in Selangor, Malaysia», *Social Science and Medicine* 12 D, 149-56.
- BAŞLI, İ. A. 1991. «Ankara'da Sağlık Hizmetlerine Coğrafi Bir Yaklaşım», İ. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans tezi, İstanbul.
- DICKINSON, G. -MORRILL, R. 1969. *Chicago Regional Hospital Study*, Washington D. C.
- DICKINSON, G. 1954. «Distribution of Physicians by Medical Service Areas», *Bureau of Medical Economic Research*, A. M. A. Chicago.

- DUBOIS, R. 1965. *Man Adapting*. New Haven, Yale University Press.
- EPSTEIN, R. 1991. «A Persistent Pestilence : Bubonic Plague», *The Geographical Magazine*, April, s. 32-36.
- EPSTEIN, R. 1993. «Global village viruses», *The Geographical Magazine*, August, s. 23-25.
- EYLES, J. 1987. *The Geography of the National Health*.
- FORSTER, H. D. 1987. «Reducing Cancer Mortality : A Geographical Perspective» Western Geographical Series Vol. 23.
- GINZBERG, E. 1977. *Regionalization and Health Policy*, Washington, D. C. Government Printing Office.
- GLICK, B. J. 1979-a : «Distance relationships in theoretical models of carcinogenesis», *Social Science and Medicine* 13 D, 253-56.
- GLICK, B. J. 1979-b : «The spatial autocorrelation of cancer mortality», *Social Science and Medicine* 13 D, 123-30.
- GLICK, B. J. 1980 : «The geographic analysis of cancer occurrence : past progress and future directions», *Conceptual and Methodological Issues in Medical Geography*, (Ed. M. S. Mead) Chapel Hill, North Carolina : University of North Carolina, Department of Geography, Studies in Geography, no. 15, 170, 93.
- HAGGET, P. - CLIFF, A. 1989. «Plotting Disease», *The Geographical Magazine*, June, s. 26-29.
- HAYNES, R. - BENTHAM, G. 1989. «A Suitable Case for Treatment», *The Geographical Magazine*, December, s. 40-43.
- HAYNES, R. 1978. «Geography of Health Services in Britain», *The Geographical Magazine*, April, s. 24-28.
- HUNTER, J. M. 1973. «On the merits of holism in understanding societal health needs» *Geographical Review* 17, 1, 19.
- JOSEPH, A. E. - PHILLIPS, D. R. 1985. *Accessibility and Utilization : Geographical Perspectives on Health Care Delivery*.
- MADDOX, G. L. 1971. Muddling Through : Planning for Health Care in England», *Medical Care*, vol. IX no. 5, September-October. *Magazine*, February, s. 22-28.

- MAY, J. M. 1950. «Medical Geography : its methods and objectives» *The Geographical Review* 40, 9-41.
- MAYER, J. D. 1979. «Paramedic response time and survival from cardiac arrest», *Social Science and Medicine* 13 D, 267-72.
- MEADE, M. S. 1979. «Cardiovascular mortality in the southeastern United States : The coastal plain enigma», *Social Science and Medicine* 13 D, 257-66.
- MEADE, M. S. 1980. «An interactive framework for geochemistry and cardiovascular disease», (Ed. M. S. Meade), *Conceptual and methodological issues in medical geography*, Chapel Hill-North Carolina : University of North Carolina, Department of Geography, Studies in Geography no. 15, 194, 222.
- METZNER, C. A. - BASHSHUR, R. L. 1967. «Factors Associated with Choice of Health Care Plan», *Journal of Health and Human Behavior*, vol. 8 no. 4. December.
- MILES, J. A. R. 1986. *Public Health in the Pacific*.
- MORRILL, R. L. - EARICKSON, R. J. 1968. «An Evaluation of the Illinois Trauma System», *Medical Care*, 16, 140-51.
- PYLE, G. F. 1978. «Environmental Risk Factors of California Encephalitis in Man» *The Geographical Review* 68, 157-70.
- SHANNON, G. W. - DEVER, A. G. 1974. *Health Care Delivery Spatial Perspectives*.
- SHANNON, G. W. 1977. «Space, Time and Illness Behavior», *Social Science and Medicine* 11, 683-89.
- TURLEY, R. 1990. «World Wide Search for Solution» *The Geographical*.
- WISE, de P. 1973. «Misused and Misplaced Hospitals and Doctors a Locational Analysis of Urban Health Crisis», *Association of American Geographers*, Washington D. C.