

DERLEME**SITMA KONTROLÜNDE SORUNLAR:
ENTEGRASYON, TOPLUM KATILIMI,
SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİ***Günay SAKA*, Melikşah ERTEM*****Giriş**

Sıtma hastalığı çağlar boyunca Anadolu'da sorun olmuştur. Toplumda öncelikli sorun olması nedeniyle Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sıtma mücadelesine özel önem verilmiştir. Kısıtlı kaynakların önemli bir bölümü sıtma mücadelesi için ayrılmış, sıtma ile ilgili yasalar çıkarılmış ve mücadele için özel örgütlenmeye gidilmiştir (Aydın E, 1998). Önemli başarılar elde edilmesine karşın 1976 - 87 yıllarında Çukurova ve 1992 - 2002 yılları arasında Güneydoğu Anadolu Bölgesinde iki önemli salgın yaşanmıştır (Akdur R, 1997). Son yıllarda Güneydoğudaki olgu sayılarında önemli azalmalar olmasına karşın hastalığın kontrol altında olduğunu söyleyebilecek yeterli kanıt yoktur ve gelecekte de yeni salgın olasılığı vardır.

Sıtmada enfestasyon zinciri parazit-insan-sivrisinekten oluşan üç halkalı bir zincirden ibarettir. Hastalığın kontrol altına alınması bu üç halkadan bir veya birkaçının yok edilmesine bağlıdır. Parazite yönelik olarak aktif ve pasif sürveyans hizmetleriyle hasta veya taşıyıcı bireylerin bulunup radikal tedaviye alınmaları gerekir. Sivrisinek kontrolünde ise; üreme alanlarının (jit alanı) kontrolü, yapay jit oluşturmama, larva mücadelesi, kalıcı ev içi ilaç uygulamaları ve uçucu sinek popülasyonunu azaltmaya yönelik olarak soğuk-sıcak sisleme çalışmaları yanı sıra kişisel koruyucu önlemlerle insan - sivrisinek ilişkisinin önlenmesi etkili kontrol önlemleridir (Akdur R, 1997).

İnsan davranışlarıyla sıtma bulaşı arasında çok yönlü ve karmaşık bir ilişki söz konusudur. Yoksulluk, tarımsal ve endüstriyel gelişme, nüfus hareketleri, kentleşme sıtmanın yayılmasını etkiler. Ayrıca bölgesel inanışlar, tutum ve davranışlar hastalığın yayılımı ve kontrolünü etkiler (Kachur SP). Ülkemizde yaşanan sıtma salgınlarının nedenleri incelendiğinde bu faktörlerin etkili olduğu görülmektedir (Aydın E, 1998, SB, 2004, Sabatinelli G, 2001, Kroeger A, 2001).

Günümüze dek sıtma mücadelesi sadece sıtma savaş örgütü çabalarıyla yürütüle gelmiştir. Örgütün güçlü olduğu dönemlerde başarılı olduğu görülmüştür. Değişen ülke koşulları ve işletilmeyen yasalar ve önceki salgınlara yol açan etkenlerin bazılarının devam ediyor olması sıtma kontrolü yaklaşımında değişiklikleri zorunlu kılmaktadır. Sıtma kontrol hizmetlerinin rutin sağlık hizmetlerine entegrasyonu, sıtma kontrol hizmetlerine toplum katılımı ve sıtma konusunda sektörler arası işbirliği bu konuların başında gelmektedir. Bu makalede sıtma kontrolünde Temel Sağlık Hizmetlerinin temel bileşenlerinden toplum katılımı, sektörler arası işbirliği ve hizmetlerin entegrasyonu örneklerle tartışılacaktır.

Temel sağlık hizmetlerinin (TSH) bir parçası olarak sıtma kontrolü

1978 Alma-Ata konferansında yayınlanan TSH'nin iyi bilinen temel esasları sektörler arası işbirliği, toplum katılımı, sağlık ve diğer kaynakların hakkaniyetli dağıtımı, öncelikli hizmet vardır. Pek çok antimalaryal aktivitenin TSH bağlamında, onun destekleyici yapısının gelişiminin derecesine bağlı olarak yürütülebileceği ve TSH'de

* Yrd. Doç.Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

** Doç. Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

toplumun sağlık hizmetlerinin planlanmasına ve uygulanmasına katılmasının gerekliliği vurgulanmıştır (WHO 1984, Özbek Z, 1992). Sıtma kontrolü hastalığın sık görülmesi, iş gücüne mani olması ve toplum tarafından hizmeti talep edilmesi nedenleriyle öncelikli bir sağlık sorunudur. Sıtma kontrolü TSH ilkelerine uygun olarak yapılandırılmalı ve toplum katılımı, sektörler arası işbirliği ve hizmetlerde entegrasyon sağlanmalıdır.

Toplum katılımı

Toplum katılımı: toplumun karar verme, planlama, yönetim ve işletmede görev almayı benimsemesi; kaynak sağlanması ve kullanımında toplumun hizmet sunanlara yardımcı olması; bireylerin gönüllü olarak hizmetlere katılımı şeklinde tanımlanmaktadır (Gönül U, 1982).

1978 Alma-Ata konferansında kabul edilen temel sağlık hizmetleri stratejisinin en önemli elementi, geniş kapsamlı ve etkili toplum katılımıdır. Toplum sağlık durumunun değerlendirilmesi, sorunların saptanması ve önceliklerin belirlenmesi aşamalarına katılabilir. Daha sonra temel sağlık hizmetleri aktivitelerinin planlanması ve uygulanmasına yardım eder. Toplum katılımının içinde bireylerin kendi sağlıklarından sorumlu olmaları yanı sıra finansal ve diğer kaynaklar yönünden katkı vermeleri de söz konusudur. Toplum katılımı yoluyla sağlık çalışanları toplumun (sağlık konularına) bakış açılarını, düşüncelerini anlayabilir, toplum ise kendi sağlık gereksinimlerinin farkına varabilir ve bu amaçla sunulan hizmetleri destekler (WHO UNICEF, 1978).

Toplum katılımının bir yolu gönüllü kuruluşlar aracılığıyla oluşur. Toplumun içinden çıkmış ve toplumun kaynaklarını harekete geçirebilecek bir yol olan gönüllü kuruluşların sağlık hizmetlerine katkısının sağlanması etkili bir toplum katılımı yöntemidir. Nikaragua'da savaşa rağmen Roll Back Malaria programının etkili bir şekilde yürütülmesinde gönüllülerin büyük etkisi olmuştur (Garfield R, 1999).

Sağlık çalışanları ve sıtma program yöneticileri toplumun sıtma konusunda sosyal ve kültürel inançlarını bilmelidir (WHO, 1993 a). Sağlık çalışanlarına düşen toplumun kültürel yapısına uygun programlar geliştirmektir. Örneğin ülkemizde bireyler sıtma olduklarında bu hastalığı daha önce geçirmiş bireylere danışır ya da daha önceki deneyimlerine bağlı olarak ilaç kullanmaya başlarlar. Bir başkasının ilacını kullanarak, ya da evde olan ilaçları kullanarak tedaviyi tam doz alamaz sonuçta sıtmada direnç sorununa zemin hazırlarlar. Toplumun bu özelliğini bilen sağlık çalışanı eğitimlerine tedavinin eksik ya da yarım bırakılmasının doğuracağı sonuçları ilave etmesi gerekir. Toplumun tanıma aktiviteleri ve buna uygun metotların geliştirilmesi aktivitesi toplum katılımıyla olasıdır. Pestisitli cibinliklerin kullanımını yaygınlaştırmak amacıyla bireylerin görüşleri alınarak buna uygun yöntemler geliştirilmiştir (Okrah J, 2002) Endemik yörelerdeki insanlar sıtmayı genellikle tanırlar ve kendileri veya çocukları hastalandığında ne yapmaları gerektiği konusunda bazı görüşleri vardır. Herhangi bir hastalığın

etkili tedavi edilmesi gerektiğine belirleyen faktörlerden en kritik olanı toplumun sıtmayı algılayışıdır ((WHO, 1993 a). Kenya'da sıtma kontrolünde kırsal alanda ilaç satan ve toplum tarafından kabul gören ilaççıların sıtma tedavisinde etkili olabileceği görülmüş ve bunlar eğitilerek sıtmada direnç sorunuyla ilgili önemli mesafeler alınması sağlanmıştır (Marsh V. M. 2004) Buna benzer şekilde ilaç satan market çalışanları (Mutemi W. M.1999) ilkokul öğretmenleri (Magnussen P. 2001) gibi toplumun içinden bireylerin mücadeleye katılmalarının sağlandığı çalışmalar bulunmaktadır

Temel sağlık hizmetleri yaklaşımında sıtma kontrolünün uygulanabilmesi için toplum katılımı gereklidir. Toplum daha fazla sorumluluk almalı, program içinde bir partner olarak daha fazla rol oynamalıdır. Brezilya'da DDT kullanımının azaltılması hatta tamamen engellenmesi planlanmış, ancak DDT'nin ucuz olması, etkisinin uzun olması nedeniyle toplum tarafından tercih edildiği anlaşılmıştır. Bu nedenle DDT'nin kullanımının engellenmesi çalışmalarına toplum katılımı sağlanması planlanmıştır. Bunun için gönüllü kuruluşlar, önde gelen bireyler, akademik gruplar ve uzmanlar bir araya gelmiş ve DDT kullanımının azaltılmasında etkili olmuşlardır (Chanona KE, 2003) Kitlesele ilaç tedavisi stratejisinin uygulandığı Güneybatı Pasifik adalarında bireylerin ilacı kabul etmesi ve pestisitli cibinlikleri kullanmalarında önemli sorunlar olmuş, bu sorunlar güçlü eğitim çalışmalarıyla ve toplum katılımıyla aşılmıştır (Kaneko A, 2000) Dünyada pek çok ülkede sıtma tanı ve tedavi çalışmaları, sivrisinek mücadelesi, halkın sıtma konusunda eğitimi gibi konularda iyi toplum katılımı örnekleri vardır (WHO, 1984). Erken tanı amacıyla sıtma şüphelilerinin saptanmasında ve hastaların radikal tedavilerinin tamamlanmasında; sivrisinek üreme alanlarının kontrolü, yapay jit oluşturmama, kalıcı ilaçlama ve kişisel koruyucuların uygulanmaları gibi kontrol önlemleri uygulamalarında toplumun sağlık personeliyle iş birliği yapması ve bu yolla hizmetlere katılımı ön plana çıkmaktadır. Ancak bunun olabilmesi için toplumun eğitilmesi zorunluluğu vardır.

Sıtma kontrolünde toplum katılımını sağlayabilmek için sağlık eğitimi önemlidir, ancak yapıla gelen eğitimlerin etkinliği yetersiz kalmıştır. Bunun nedenleri (Gramicca G,1981);

1. Sıtmanın çoğunlukla düşük eğitim düzeyinin, kötü barınma koşulları, hijyen ve genel çevre durumunun kötü olduğu fakir yörelerdeki durgun, kırsal nüfusta görülmesi, böyle toplulukların içine girmenin zor olması,
2. Toplumun sıtmayı bir sorun olarak görmemesi
3. Hastalığın doğası ve epidemiolojisinin karışıklığı
4. Eğitimde uygun tekniklerin kullanılmaması olarak sıralanabilir.

Türkiye'de yapılan sıtma savaşı süresince toplumsal iş birliği en başta düşünülen konulardan biri olmuştur. Sıtma

ile ilgili çıkarılan yasalarla sağlık bakanlığı yanı sıra belediyeler, köy ihtiyar meclisleri, özel işyerleri ve kurum kuruluşlar ve bireylere düşen görevler belirlenmiş, il ve ilçe düzeyinde "sıtma savaş komisyonları" oluşturulmuştur (!) (Aydın E, 1998). Ancak uygulamada sıtma kontrol hizmetleri sadece sıtma savaş örgütü tarafından yürütülmeye çalışılmıştır.

Sektörler arası işbirliği

Sektörler arası işbirliği, herkes için sağlık küresel stratejilerin majör bileşenlerinden biri olarak tanımlanmıştır. Sağlık hedeflerine ulaşmak için sektörler arası işbirliğinin, farklı sektörlerin sağlıkla ilgili aktivitelerinin eşgüdümünün sağlık stratejilerinin ana noktalarından biri olduğu kabul edilmiştir (WHO, 1986).

Kolombiya'da sıtma hastalığının kontrolüne yönelik yeni stratejiler geliştirmek üzere bir çalışma başlatılmış ancak özellikle sıtma hastalığının kültürel, ekonomik, sosyal, ekolojik, bireysel bir çok bileşenin olduğu saptanmıştır (Carrasquilla G, 2001). Bu kompleks yapı nedeniyle sıtma kontrolünün disiplinler arası ve sektörler arası yaklaşımlarla sağlanabileceği sonucuna varılmıştır.

Sağlıkla ilgili resmi kuruluşlar, bakanlıklar, hükümet dışı organizasyonlar, özel sektör, üniversiteler, uluslar arası ve bölgesel kuruluşların eşgüdümünün sağlanması ve sürdürülmesi gereklidir. TSH'nin bir parçası olarak sıtma kontrolünde sektörler arası işbirliğinin özel bir önemi vardır. Çünkü sıtma sorununun ancak sektörler arası işbirliğinin üstesinden gelebileceği sosyoekonomik yönleri vardır (WHO, 1984).

Sıtma kontrolü sadece sağlık çalışanlarının bir sorunu olmadığı, toplum üyelerinin işbirliğini gerektirdiği ve herkesin katkıda bulunması gerektiği, toplum temelli sıtma kontrol aktivitelerinin, sektörler arası işbirliği tarafından desteklenmesi ve güçlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (WHO, 1993b).

Azerbaycan'da sıtmanın tarımsal, yapısal ve çevresel belirleyicilerinin incelendiği bir çalışmada tarımsal, çevresel ve sağlık organizasyonları arasındaki işbirliğinin sıtmanın yayılımını azaltmadaki önemi vurgulanmıştır. Azerbaycan'da 1930'larda alınmaya başlanan kontrol önlemleriyle 600 000 olan vaka sayısı azaltılmış, 1967'de hastalık pratik olarak eradike edilmişti. Ancak 1990 yılından sonra vaka sayılarında, ülkemizdeki gibi, artışlar olmuş, 1996'da 13 135'e ulaşmıştır. Yapılan değerlendirmede kötü tarımsal sulamanın, uygun olmayan drenaj sisteminin, su yönetiminin doğru yapılamamasının ve vektör gelişimini kolaylaştıran olumsuz çevre koşullarının devam etmesinin bu durumda etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Gelecekte de sorunun çözümü için tarım, çevre ve sağlık otoritelerinin işbirliğinin gerekli olduğu, sektörler arası işbirliği olmadan yapılacak sıtma mücadelesinin hem etkisiz, hem de maliyet etkin olmayacağı vurgulanmıştır (Tugrul T, 2004).

Ülkemizde seksenli yıllarda Çukurova, doksanlı yıllarda GAP bölgesinde ortaya çıkan sıtma salgınlarında yeni barajlar yapımı ve sulama ağının genişlemesi ve buna bağlı olarak tarım ve tarıma dayalı sanayinin gelişmesi sonucu gelişen nüfus hareketleri ve çarpık kentleşmenin önemli rolü olduğu ortaya konmuştur (Demirkasimoğlu M, 2004, Sabatinelli G, 2001, Kroeger A, 2001). Bu sorunlara karşı sadece sıtma ve sağlık örgütünün yeterli olamayacağı görülmektedir. Türkiye'de çıkarılan pek çok yasa ile getirilen düzenlemelere karşın sıtma savaşında bazı aksaklıklar görülmüştür (Aydın E, 1998):

- Belediyelerin bazıları sıtma savaşının önem ve içeriğini tam olarak anlayamamıştır. Sıtma savaşını kendilerinin dışında merkezi hükümetin sorunu olarak görmüşlerdir.

- Kamu kuruluşları arasında geniş işbirliği yeterince sağlanamamıştır.

- Halkın sıtma savaşına katılımı tam olarak sağlanamamıştır

Sektörler arası işbirliği eksikliğini gösteren kötü bir örnek Diyarbakır'da binası ve araç gereçleri ve yardımcı personeli tamamlanan "sıtma ve tropikal hastalıklar eğitim ve araştırma merkezi"nin henüz çalışmaya başlamadan bir yataklı tedavi kurumuna devredilebilmiş olmasıdır.

Sıtma kontrolüyle ilgili olarak sağlık sektörü yanı sıra çevre, tarım, köy hizmetleri, yerel yönetimler, eğitim gibi sektörlerinin iş birliği gereklidir. Sulama alanlarında suyun doğru kullanımı, jit alanlarının kontrolü, diğer vektör kontrolü çalışmaları, bireysel koruyucuların kullanımı, tanı ve tedavi hizmetlerinde sağlık personeline yardımcı olunması, toplumun bilinçlendirilmesi işbirliği yapılması gereken bazı konulardır.

Entegrasyonu

Sadece sıtma örgütünün gezici ve sabit ekiplerle vaka bulma ve tedavi etme çalışmaları, (aktif ve pasif sürveyans) günümüz koşullarında yeterli değildir. Sıtma örgütü personel, araç ve gereç yönünden bu hizmeti sürdürecektir durumda değildir. Kaldı ki 1983 yılında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamalarının tüm ülkeye yaygınlaştırılmasıyla da sıtma kontrol hizmetlerinin sağlık ocaklarıncı yürütülmesi zorunlu hale gelmiştir. Sıtma kontrol hizmetlerinin tüm birinci basamak çalışanlarının görevi olması gerekir. Bu nedenlerle sıtma kontrol çalışmalarının birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu gereklidir.

Vertikal sıtma kontrol programlarının genel sağlık servislerine entegrasyonu istenilir bir durumdur. Ancak entegrasyon ulusal politika olmalıdır ve dikkatlice uygulanmalıdır. Teknik, operasyonel, yönetsel ve özellikle politik faktörlerin kombinasyonu nedeniyle entegrasyon zor bir süreçtir. Bazı ülkelerde, sağlık alt yapısının uygun olmayışı ve sağlık servislerinin oryantasyon eksikliği nedeniyle entegrasyon sıtma vakalarının artışıyla sonuçlanmıştır (WHO 1984).

Ülkemizde Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sıtma mücadelesine özel önem verilmiştir, Başlangıçta Hıfzısıhha İşleri Dairesi'ne bağlı "sıtma savaş örgütü" kurulmuştur. Bu örgüt 1946 yılında genel müdürlük konumuna getirilmiştir. 1982 yılında ise bağımsız "Daire Başkanlığı" statüsüne dönüştürülmüştür. 1983 yılından itibaren sıtma savaş örgütünün taşra örgütü kaldırılmış, bakanlığın genel sağlık örgütü içindeki sağlık müdürlükleri içine alınmıştır (Aydın E, 1998). 1961 yılında kabul edilen ve 1963 yılında uygulanmaya başlayan ve 1984'ten itibaren tüm yurttan uygulanmaya başlayan 224 sayılı yasaya göre sıtma savaş sağlık ocaklarında verilen hizmetlerden sayılmış, hizmetin nasıl yürütüleceği yönetmeliklerle belirlenmiştir (Öztek Z, 1992, SB, 2001).

Türkiye'de sıtma sürveyans çalışmalarının tamamına yakınının sadece sıtma savaş örgütü personeline yapıyor olması, özellikle birinci basamakta diğer sağlık personelinin sıtma kontrol çalışmalarına katılmaması, sıtma kontrol hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonunun olmadığını göstermektedir (Saka G, 2000). Özellikle hastalık yönetimi ve vektör kontrol hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu yetersizdir (Trigg PI). Türkiye'de sıtma savaş örgütünün sağlık ocaklarına entegrasyonu yapılırken, işlev göreceği olan sağlık ocağı personeli gerekli eğitimden geçirilmemiştir. Sosyalleştirme programı çerçevesinde bir sıtma savaş planlaması yapılmamıştır, entegrasyon uygulamada yerini bulamamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2004). Türkiye'de sıtma kontrol çalışmalarında görev alan personelin diğer halk sağlığı çalışanlarından izole olması ve saha çalışanlarının sadece ilkokul mezunu olması da sıtma kontrol aktivitelerinin halk sağlığı servislerine entegrasyonunu güçleştirmiştir (Litsiosis S, 1993).

Dünya Sağlık Örgütü Roll Back Malaria stratejileri kapsamında Türkiye ulusal sıtma kontrol projesini 2000 yılında uygulamaya koydu. 2000 yılında Türkiye'de uygulamaya konulan projenin amaçları: daha etkili çalışmalar için sıtma servislerinin temel sağlık bakımı servislerine entegrasyonu; erken tanı ve tedavi sisteminin geliştirilmesi, gezici tanı birimleri oluşturulması, hastaların izlemi ve radikal tedavilerinin sağlanması, düzenli aktif sürveyans çalışmaları, düzenli vektör kontrol çalışmaları, vektörlerin insektisit duyarlılığının izlenmesi, bölge özelliklerine uygun kontrol çalışmaları düzenleme ve toplum katılımı için eğitim çalışmaları yapmaktır (Gockchinar T, 2001). Ancak entegrasyon, toplum katılımı ve vektör duyarlılığının izlenmesi konularında yeterli gelişme sağlanamamıştır.

Sıtmanın öncelikli sorun olduğu tüm ülkelerde, sıtma kontrol hizmetleri genel sağlık servislerine tam entegre olsa bile, anti malaryal aktivitelerin planlama, eğitim, izleme, değerlendirme ve koordinasyonu için ulusal düzeyde özel birimlere gereksinim vardır (WHO 1984).

Latin Amerika'da sıtmanın endemik olduğu pek çok ülkede servislerin desantralizasyonu bağlamındaki sıtma kontrolü için merkezi bütçeden ayrılan pay ve personel

sayısındaki önemli azalma sonucu vektör kontrol aktiviteleri zayıflamış ve olgu sayıları artmıştır. Kolombiya'da bu ülkelerdendir. Ancak Kolombiya'da 1990'larda sağlık reformu programları dahilinde, sıtma kontrol hizmetleri genel sağlık sistemi içine entegre edildi. Yapılan değerlendirmeler sonucu, desantralize sistemde sıtma kontrolünün yeniden düzenlenmesi gerektiği, yeni kontrol önlemleri ve sektörler arası işbirliğinin geliştirilmesinin mutlak gerekliliği ortaya konmuştur (Kroeger A, 2002).

Sıtma kontrol aktivitelerinin periferik sağlık servislerine uygulanması ve geliştirilmesinin büyük önemi vardır (Kager PA, 2002). Sıtmanın ülkemizde sorun olmaktan çıkarılabilmesi için politik kararlılık, toplumun duyarlılığının artırılması, personel ve malzeme sağlanması yanı sıra birinci basamak sağlık kuruluşları ile sıtma birimlerinin entegrasyonunun kısa sürede gerçekleştirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Tabuk TC, 1999).

Tüm dünyada sıtma kontrol stratejilerinin etkili şekilde uygulanabilmesi için hükümetin tüm sektörlerinde ve tüm düzeylerde politik kararlılık yanı sıra, sıtma kontrolü hizmetlerinin mevcut sağlık sistemi ile bütünleşmesi ve sağlık dışı sektörlerdeki konuyla ilgili gelişme programlarıyla koordine edilmesi gerektiği, toplumun kontrol aktivitelerine tam olarak katılması gerektiği, insan ve mali kaynakların harekete geçirilmesi gerektiği belirtilmektedir (WHO, 1993).

Sonuç

Toplum katılımı, sektörler arası işbirliği ve entegrasyon, temel sağlık hizmetleri yaklaşımı içinde, sıtma kontrolünün başarılı olabilmesi için vazgeçilmez öğelerdir. Bir asırlık sıtma deneyimlerinde ihmal edilmiş olan bu öğeler bundan sonra yeni salgınlar yaşanmaması için mutlaka göz önüne alınmalıdır.

KAYNAKLAR

- Akdur, R.,(1997), Sıtma Eğitim Notları. Ankara 1997.
- Aydın, E.(1998), Türkiye'de Sıtma Savaşı. Türk Tabipler Birliği yayını, Ankara.
- Carrasquilla, G.(2001), An Ecosystem Approach to Malaria Control in an Urban Setting. Cad. Saúde Pública, 17 suppl:171-179.
- Chanona, K.E., Mendez-Galvan, J.F., Galindo-Jaramillo, J.M., et al.,(2003), Cooperative Actions to Achieve Malaria Control Without Use DDT. Int. J. Hyg. Environ. Health,206: 387-94.
- Demirkasımoğlu, M., Ülger, S.,(2004),TC Sağlık Bakanlığı Sıtma Savaş Dairesi Başkanlığı DSÖ Avrupa Bölgesindeki Roll-Back Malarya İçin İlerlemeler ve Sorunlar.

www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul5gap.htm.
26,05,2004.

Garfield, R. (1999) Malaria Control in Nicaragua: Social and Political Influences on Disease Transmission and Control Activities. *The Lancet*. 354: 414-18.

Gockchinar, T., Kalipsi, S.(2001), Current Malaria Situation in Turkey. *Med Parazitol (Mosk.)* Jan-Mar (1):44-45.

Gönül, U.(1982), Temel Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı. Hacettepe Üniversitesi, Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma Merkezi yayını, no 1, Ankara.

Gramicca, G.(1981), Health Education in Malaria Control – Why Has It Failed? *World Health Forum*, 2(3):385-93.

Kager, P.A.(2002), Malaria Control:Constraints and Opportunities. *Tropical Medicine and International Health*, 7(12):1042-46.

Kaneko, A., Taleo, G., Kalkoa, M., et al.(2000), Malaria Eradication in Islands. *Lancet* 356: 1560-64.

Kroeger, A., Ordonez-Gonzales, J., Avina, A.I.(2002), Malaria Control Reinvented: Health Sector Reform and Strategy Development in Colombia. *Tropical Medicine and International Health*, 7(5):450-458.

Litsiosis, S. (1993), Which Way For Malaria Control and Epidemiological Service? *World Health Forum*, 14(1):43-52.

Magnussen, P., Ndawi, B., Sheshe, A. K., et al.(2001), Malaria Diagnosis and Treatment Administered by Teachers in Primary Schools in Tanzania. *Tropical Medicine & International Health*, 6(4): 273-75.

Marsh, V. M., Mutemi W. M., Willetts A., et al.(2004), Improving Malaria Home Treatment by Training Drug Retailers in Rural Kenya. *Tropical Medicine & International Health*, 9(4): 451-55.

Mutemi, W. M., Muturi, J., Haaland, A. et al., (1999), Changing Home Treatment of Childhood Fevers by Training Shop Keepers in Rural Kenya. *Tropical Medicine & International Health*, 4(5): 383-87.

Okrah, J., Traore, C., Augustin, P., Sommerfeld, J., Müller, O.(2002), Community Factors Associated With Malaria Prevention by Mosquito Nets: An Exploratory Study in Burkino Faso. *Trop Med Int Health*, 7(3):240-45.

Öztek, Z.(1992), Temel Sağlık Hizmetleri. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı yayın no 92/2, Ankara.

Öztek, Z., Eren, N. (1996), Sağlık Ocağı Yönetimi. Palme Yayınları, Ankara.

Sabatinelli G, Ejev M, Joergenesen P.(2001) Malaria in the WHO European Region (1971-1999). *Eurosurveillance*, 6(4): 61-65.

Sabatinelli, G.(2002) Determinants of Malaria in WHO European Region. In EA Casman, H Dowlatatabati (ed.by.), *The Contextual Determinants of Malaria (Resources for the Future, Washington DC, 67-69.*

Sağlık Bakanlığı (2001)Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Genelge. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2004), <http://www.saglik.gov.tr/sb>, 26,10,2004.

Saka, G., Ertem, M., İlçin, E.(2000), Diyarbakır'da Sıtma, *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 24(2): 115-119.

Tabuk, T. C., Yıldırım, C.(1999), Türkiye'de Sıtma ve Sıtmada Saha Çalışmaları. İçinde; Sıtma, Özcel MA (Edit). İzmir,Türkiye Parazitoloji Derneği yayın no 16.

Trigg, P. I. Türkiye'deki Sıtma Kontrolünde DSÖ'nün Yaklaşımı. (Yayınlanmamış Metin), Roll Back Malaria, DSÖ, Cenevre, İsviçre

Tuğrul, T.(2004), Malaria From the Gap : Need for Cross-Sector Co-operation in Azerbaijan. *Acta Tropica*, 89:249 – 259.

WHO,(1984), Malaria Control as Part of Primary Health Care, Report of a WHO Study Group, Technical Report Series 712, World Health Organization Geneva.

WHO UNICEF(1978), Alma-Ata 1978 Primary Health Care. World Health Organization, Geneva.

WHO, (1993)(a), Implementation of the Global Malaria Control Strategy. Report of a WHO Study Group on the Implementation of the Global Plan of Action for Malaria Control 1993-2000. WHO Technical Report Series, No 839. World Health Organization, Geneva.

WHO, (1986) Intersectoral Action For Health. World Health Organization Geneva.

WHO, (1993) (b), A Global strategy for malaria control. Geneva, World Health Organization.