

- 1.Giriş ve Genel Bilgiler
2. Cumhuriyet Öncesi Dönem
3. Kuruluş Yılları (1920-1940)
4. İkinci Dünya Savaşı ve Sonrası (1939-1975)
- 5.Son Salgınlardan (1977-2021) Günümüze
6. Sonuç ve Öneriler
7. Kaynaklar

1.GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

Sıtma, tarih boyunca insanlığı tehdit eden halk sağlığı sorunlarından olan bulaşıcı bir hastalıktır (CDC, 2018). Başka bir ifade ile Antik çağlardan beri insanlığın belası olmuştur ve hâlâ da öyledir (WHO,2021). İçinde bulunduğumuz 21.Yüzyılın ilk çeyreği boyunca, yaklaşık 87 ülke ve bölgede, 4 milyar insan sıtmanın tehdidi altında olup, hemen her yıl resmi kayıtlarda 800 bin ile bir milyon arasında değişen olgu ve bunlardan da bir milyona yakın ölüm bildirilmektedir. Dünyanın bazı bölgelerinde beş yaş altı ölümlerin %75'i sıtmadan meydana gelmektedir (WHO, 2022).

Tarih ve siyaset bilim profesörü Timothy C. Winegard'a göre; ilk insandan günümüze dek küremizden 108 milyar insan gelmiş geçmiştir. Bunlardan 52 milyarının ölümü sivrisinek ile bulaşan hastalıklardan meydana gelmiştir (Winegard, 2021).

Küremizdeki 8,07 milyar insan, saldırgan ve 15 ölümcül biyolojik silahı olan 110 trilyonluk sivrisinek ordusu ile savaş halindedir. Geçmişteki ve günümüzdeki erken ölümlerin en önemli nedeni başta sıtma parazitleri olmak üzere sivrisinek ile iş birliği yapan tek hücrelilerdir. Başka bir anlatımla, insanlığın var oluşundan beri kaderine yön veren en önemli etmenlerin başında sivrisineklerle sıtma parazitinin iş birliği gelmektedir (Winegard, 2021).

Buna karşılık ne sivrisineğe ne sıtmaya önem verilmiş ne de yeterince farkında olunmuştur. Bunun doğal bir sonucu olarak, genelde toplumsal yaşamda özelde de sağlık politikalarında gereği kadar dikkate alınmamıştır. Çünkü sıtma tarih boyunca üç örtücünün (kamufleajın) etkisi altında kalmış adeta saklanmıştır:

1) Sıtmanın, büyük salgınlar/pandemiler yaptığı resmi sayılarla bile 4-5 milyon olgunun bildirildiği aynı yıllarda veba, kolera, verem, çiçek, tifo, frengi, enflüanza gibi diğer bulaşıcı hastalıklar da yaygın olmuştur. Bu hastalıklar, özellikle de Vivaks sıtmasına göre, kliniği daha ağır, yayılması daha hızlı ve ölümcüllüğü(fatalitesi) daha yüksek olan hastalıklardır. Bu nedenle de sıtma o hastalıkların/salgınların gölgesinde kalmış onların yanında daha az önemli olarak algılanmıştır. Örneğin II. Dünya Savaşı sırasında, sıtma gerek askerlerde ve gerekse halkta diğer bulaşıcı hastalıklardan çok daha fazla ve yaygındır. Buna karşılık, sivil kayıtlara göre daha düzenli olan askeri kayıtlarda bile sıtmaya yer verilmemiş (Başustaoğlu, 2016). Bu durum sıtmanın gölgede kalışının açık bir göstergesidir.

2) Sıtma, Hipokrat (MÖ:460-370) zamanından beri, kliniği tüm ayrıntıları ile tanımlanmış ve bu nedenle de "iyi bilinen" bir hastalık olarak algılanmıştır. Oysaki hastalığın etkeni, vektörü ve tedavisi konusundaki yanlış ve eksik bilgiler o zamandan 19. Yüzyılın son yarısına kadar sürmüştür. Her şeyi ile bilinen kronik, sinsi ve basit bir hastalık olarak algılanmış olması/ kabulü onu üzerinde fazla durulmayan bir hastalık haline getirmiştir. Hakkındaki yanlış bilgiler nedeniyle mücadelesinde de çok etkili olmayan uygulamalardan çare aranmıştır (Gachelin et all. 2018).

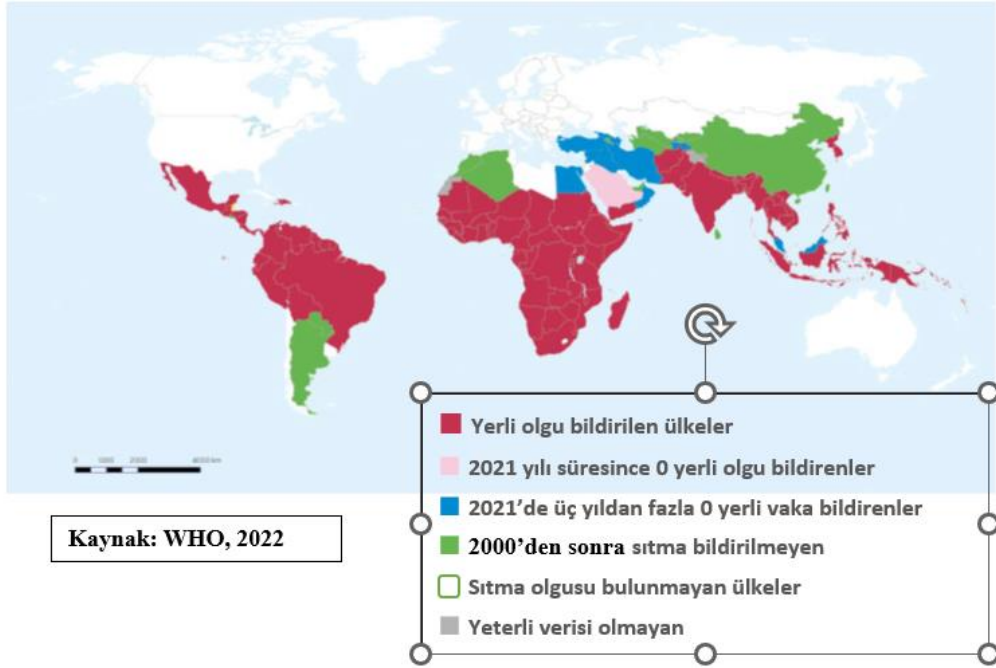
Sıtmanın enfeksiyon zinciri ve bileşenlerinin bilimsel anlamda bulunması/bilinmesi 19. Yüzyıl sonu ile 20. Yüzyıl başıdır yani çok yenidir (Camille et all 2022): Marchiafava 1883'de etkeni/paraziti göstermiş, Ronald Ross 1897'de sivrisineklerle taşındığını ya da bulaştığını/ vektörünü bulmuştur. Klorokin 1934'de, diğer etkili ilaçlar ise daha sonra bulunabilmiş, DDT'nin insektisit olduğunun anlaşılması 1939'da Paul Hermann Müller iledir. Sivrisinek kontrolünde kullanılmaya başlanması ve yeterince üretilmesi ise daha sonraki yıllardadır. Ancak bu buluşlar ile sıtma hakkındaki temel bilgiler tamamlandığında yani 20. Yüzyılın ilk yarısında enfeksiyon zincirinin tüm bileşenleri (parazit ve vektör) dolayısı ile de hastalık ile mücadele yolları bilinir hale gelmiştir (Bruce-Chawat, 1985; WHO,1979; Akdur, 2004; Talapko et all, 2019).

Bu durum başka bir yanılgıya hastalığın kolayca eradike edilebileceği düşüncesine neden olmuştur. Bu yanılgının bir sonucu olarak, DSÖ tarafından 1955 yılında, dünyanın ilk eradikasyon programı olan, Dünya Sıtma Eradikasyon Programı (Global Malaria Eradication Program) başlatılmıştır. Ancak başarısızlıkla sonuçlanması ve sıtmanın eradike edilemeyeceğinin kabulü ile 1969 yılında sonlandırılmıştır (Erdem, 1998; Mendis et all. 2009; Achan et all, 2011; Martin, 2014; WHO, 2021; Danis, 2023). Zaten yeterli ilgi görmeyen bir hastalık iken, bu

başarısızlıktan sonra hem hükümetlerin kontrol çalışmalarındaki hem de bilim çevrelerinde üzerinde çalışma ve yeni bilgi üretme motivasyonu daha da azalmıştır.

3) Bu gelişmelerle eş zamanlı olarak hastalık, başta Batı Avrupa ve Kuzey Amerika olmak üzere gelişmiş ülkelerde kontrol altına alınırken, Afrika ve Uzak Doğu Asya gibi yoksul kesimlere iyice yerleşmiştir. Diğer pandemik hastalıklar, 20 ve 21. Yüzyılda da toplumların tüm kesimlerini tehdit etmeye devam etmiş. Buna karşılık sıtma, özellikle savaş dönemleri olmak üzere zaman zaman gelişmiş bölgeleri ve toplumların üst gelir gruplarını da tehdit etse de, daha çok yoksul /gelişmemiş bölgelerin hastalığı haline gelmiştir. O bölgelerin de ekonomik olarak güçsüz, çevre hijyeni bozuk yerleşimlerinde yaşayan gruplarını tutan bir hastalık niteliği kazanmıştır (Gwatkin et al, 1999; Teklehaimanot et al, 2008; Ricci, 2012). Bu nedenle de ilaç/aşı üretimi anlamında özel şirketlerin ilgisinin tamamen dışına çıkmıştır. Çevre düzenlemeleri ise hem çok pahalı hem de çok yavaş ilerleyen hizmetlerdir (Gwatkin et al,1999; MMV, 2004; Tekeli 2020; Gavi 2023).

Şekil 1: DÜNYADA 2021 YILI İTİBARI İLE SITMA DURUMU



Sıtma, yukarıda özetlenen nedenlerle, ancak diğer “önemli salgın” hastalıklar kontrol altına alındığında ya da onların toplumu tehdit etmediği zamanlarda ele alınan bir hastalıktır. Bunun bir sonucu olarak da gerek uluslararası veri kaynaklarında ve gerekse ulusal veri kaynaklarında yeterince kayıtlanmamıştır. Başka bir anlatımla, hiçbir zaman yeterli ve güvenilir verilere sahip olunmamıştır. Bu durum kısır bir döngü yaratmış toplumları ve sağlık politikasını etkilemek açısından sıtma hep ikinci üçüncü planda kalmıştır. Her şeye rağmen DSÖ verilerine göre; günümüzde yıllık 500 bin ile bir milyon klinik sıtma olgusu bildiriliyor. Bunlardan beş yüz binden fazlası ölümlü sonuçlanıyor. DSÖ'ye göre sıtma, tüberküloz ve AIDS ile birlikte günümüzün en önemli üç bulaşıcı hastalığından biridir. Günlük söylem ve yazında Afrika, Asya ve Latin Amerika'nın yoksul tropik bölgelerinde görülüyor diye geçse de aslında büyük çoğunluğu Afrika'da özellikle de Sahra'nın güneyinde görülüyor. Bu durum sosyal politikalarda etkili olan kesimlerin, sıtmayı hem kendileri için bir tehdit olarak algılamamasına hem de bu amaçla üretecekleri ilaç, aşı ve kimyasallardan kar beklememelerine neden olmaktadır. Dolayısı ile etkili bir biçimde üzerinde durulmamakta, sıtma ilaç ve aşı çalışmaları yalnızca DSÖ ve diğer bazı kuruluşların desteği ile yürütülebilmektedir.

2. CUMHURİYET ÖNCESİ DÖNEM

Sıtma, tüm dünyada olduğu gibi Anadolu'da da tarih boyunca salgınlar yapmış, Ege ve Akdeniz kıyılarında yer alan antik medeniyetlerin birçoğunun yok olmasında önemli bir rol oynamıştır (Aydm, 1998; Akdur, 2006; Meydan, 2022). Başka bir anlatımla, Anadolu'nun geçmişinde, salt yaygın olmakla kalmamış, medeniyetleri çöktürecek ağırlıkta seyretmiştir. Yaygın sağlık örgütü/hizmeti ya da verileri kayıtlama uygulaması olmadığı için de bu durum resmi kayıtlara yansımamıştır. Yalnızca “kara bela”, “azgın canavar” adları altında roman ve

hikayelerde yer bulmuştur. Birinci Dünya ve Kurtuluş Savaşı sırasındaki bazı askeri rapor ya da yazışmalarda rastlanan sıtma verileri durumun romanlara yansısından çok daha ağır olduğunu göstermektedir (Erdem, 1998; Başer ve Tekiner, 2014).

On dokuzuncu yüzyıl Osmanlı'nın en zayıf ve bunalımda olduğu yıllardır. Uzun süren ve çoğunlukla yenilgiyle sonuçlanan savaşlar sonunda, kitleler halinde içe göçler nedeniyle, başta tifo, hummai racia, kolera, tifüs olmak üzere hemen tüm bulaşıcı hastalıklar bu arada da sıtma çok yaygındır ve kıyımlar yapmaktadır. Bazı yazılı kaynaklarda sıtmanın Anadolu'da 1830'dan itibaren yayıldığı, özellikle kıyı kentler olmak üzere birçok kentte salgın yaptığı ve halkın dörtte üçünden fazlasını tuttuğu bildirilmektedir (Yıldız, 2014; Söhrap, 2019; Işık 2021). Buna karşılık aynı dönemdeki sağlık hizmetleri halkın gereksinimi karşılamaktan çok uzaktır. Devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri daha çok saraya ve orduya yöneliktir. Sağlık işlerini düzenleyen, tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin atama işlerini yürüten Hekim Başı (Reisul Etibba) kurumundan başka merkezi bir örgüt yoktur. Büyük merkezlerde yaşayanlar, genellikle çok az sayıda olan ve serbest çalışan tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında hizmet alabilmektedir. Merkezlerden uzakta yaşayan yaygın halk kitleleri ise mistik uygulamalardan medet ummaktadır (Akyay, 1982; Fişek 1983; Akdur, 2008).

Osmanlı idaresi sağlık hizmetlerini geliştirmek ve bulaşıcı hastalıkları kontrol altına almak gayretleri içindedir. Bu bağlamda hekim ihtiyacını karşılamak üzere 14 Mart 1827 Tıphane beş yıl sonra da Cerrahane açılmıştır. Bu iki okul 1836'da birleştirilerek "Mektebi Tıbbiye" daha sonra da 1839'da Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye-i Şahane" adını almıştır. Sultan II. Mahmut, 14 Marttaki açılış konuşmasında; "acil hekim ihtiyacını karşılamak için eğitime hemen başlamak ereğiyle eğitim dilinin Fransızca olacağını, ancak hedefin Türkçe eğitim olduğunu bildirmiştir". Fransızca eğitim 40 yıl kadar sürmüş ve Türkçe eğitime 1867 yılında başlanabilmektedir. Türkçe eğitime başlanmasının tıp ortamına olan olumlu etkisi hemen görülmüş izleyen 10-15 yıl içinde 62'yi aşkın Türkçe tıp kitabı yayımlanmıştır (Başustaoğlu, 2023).

Bu yıllarda, 1849'da Vekaye-i Tıp ve Gazete Medicale de Costantinople, 1857'de Gazete Medicale d'Orient, 1871'de Ceride-i Tıbbiye-i Askeriye' adlı gazeteler yayımlanmaya başlamıştır. Bu gazeteler sık sık kolera ve veba salgını haberleri vermektedir (Başustaoğlu, 2023). Aynı dönemde sıtma da çok yaygın olmasına karşın kolera ve vebanın gölgesinde kalması nedeniyle haberlere çok sık yansımamıştır. Ancak 1910'da Pirinç Ziraatı Kanunnamesi, 1913'de Halka Ücretsiz Kinin Dağıtılmasına Dair Nizamname gibi yasal düzenlemelerin yapılmış olması sıtmanın da yaygın, idarenin çare arama gayreti içinde olduğunu göstermektedir (Söhrap, 2019).

Tüm savaşlar, kitlesel nüfus hareketleri (askeri birlikler, zorunlu göçler, sürgünler), insanların konut, elbise, gıda gibi temel gereksinimlerinden yoksun kalması, ailelerin parçalanarak duyarlı grupların (çocuklar yaşlılar engelliler kadınlar) bakım ve korumadan yoksunlaşması, çevrenin olumsuzlaşması, sağlık hizmetlerinin kesintiye uğraması, araç gereç ve malzeme teminindeki zorluk gibi nedenlerle her türden bulaşıcı hastalığın bu arada da sıtmanın alev tarzında yükselerek, yerel ve ülkeler arası salgın yapmasına neden olur. Nitekim hem birinci hem de ikinci dünya savaşı sırasında hem de izleyen yıllarda sıtma pandemileri yaşanmıştır (Piyal et al., 2013).

Başustaoğlu, Tefik Sağlam'ın Yaşamı adlı kitabının 241. sayfasında, Hikmet Özdemir'in Salgın Hastalıklardan Ölümler (Türk Tarih Kurumu Yayınları, 2005, Ankara) adlı kitabından bir aktarma yapmış, buna göre; "Birinci Dünya Savaşı'nda, hastalıklardan ölenlerin sayısının savaşarak ölenlerden daha fazla olduğu tek ülke Osmanlı'dır". "Bu savaşa asker ve görevli olarak katılanların 1/3 bulaşıcı hastalıklardan ölmüştür" ve "silah altına alınan gençlerin yalnızca %10 ile 20 kadarı evlerine dönebilmiştir" (Başustaoğlu, 2016). Yine Başustaoğlu'nun aynı kitabının 245-324 sayfaları arasında "Üçüncü Ordu Bölgesinde Salgın Hastalıklarla Mücadele ve Sonuçları" yer almaktadır. Bu bölümde, lekeli tifo (tifüs), hummai racia, kolera, dizanteri, tifo (kara humma), çiçek, tetanos hastalıklarının kayıtları /sayıları verilmiş ancak sıtmadan hiç söz edilmemiştir (Başustaoğlu, 2016). Oysaki o dönemde (1914-1918) hem halkta hem de orduda sıtma çok yaygındır (Işık, 2021; Babacan ve Temurçin, 2013).

Dört yıl üç ay iki hafta süren (28.07.1914-11.11.1918) I. Dünya Savaşı, insanlık tarihinin en büyük yapay afetidir. Bu savaş sırasında, Osmanlı ordularındaki 451.803 asker sıtmaya yakalanmış, bunlardan 23.459 ölmüştür (Tekir, 2017; Işık 2021). Orduda kayıtlanan toplam hastalıklar içinde sıtmanın oranı %13,1 sıtmadan ölümlerin toplam hastalık ölümleri içindeki oranı ise %5'dir (Meydan, 2020). Böylesine yaygın ve ölümcül olmasına karşın sivil kayıtlar bir yana birçok ordu kayıtlarında bile sıtma kayıtlarına rastlanmaması, hastalığın yeterince önemsenmediğinin ikincil kaldığının en açık göstergesidir.

3- KURULUŞ YILLARI (1920- 1940)

Kurtuluş Savaşı'nda Türk Ulusunun birçok zorlukları olmuştur. Yalnızca emperyalist ordularla savaşmamış aynı zamanda, geri kalmışlık ve cehalet yanında yoklukla, yoksunlukla, salgın hastalıklarla da savaşmıştır (Akdur, 2004; Meydan, 2022). Bu zorlukların bir listesi çıkarıldığında; "topraklarının büyük çoğunluğu işgal edilmiş bir ülke", "dağıtılmış ve silahları elinden alınmış bir ordu", "eğitimsiz ve yoksul bırakılmış bir halk", "geri kalmış bir ekonomi" bu listenin başlarında yer alır. Birçok tarihçi bu listeye sıtma ve veremi de ekliyor. Sıtma öylesine yaygındır ki, ülkede sıtma hastalığının adını bilmeyen ve hatta bu hastalığı geçirmeyen kimse yoktur. Bu

nedenle köylüler tarladaki ekinlerini toplayamamış cephedeki askere un ya da ekmek gönderilememiştir. Savaş sırasındaki kıtlıkta savaş koşulları kadar sıtmanın da önemli bir rolü vardır (Ünsal ve ark, 1982; Erdem, 1998). Savaştan sonra da, toplumunun içinde bulunduğu zorlu yaşam koşulları, sağlık alt yapısındaki yetersizlikler nedeniyle diğer hastalıklarla birlikte sıtma salgını da yıllarca devam etmiştir. Nitekim 1920'li yıllarda üç milyon trahomlu bulunduğu, nüfusun yarısının sıtmalı olduğu bildirilmektedir (Işık, 2021).

Türkiye Cumhuriyeti, onlarca yıl süren savaşların bittiği bir dönemde kuruldu. Balkan, Birinci Dünya ve ardından Kurtuluş Savaşları ülkede üretken ve eğitilmiş nüfusun tamamen kaybına neden oldu. Cephe yaralanarak, hastalanarak iş göremeyecek hale gelenlerin yanı sıra kaybedilen topraklardan kitle halinde Anadolu'ya göçenler nedeniyle ülke nüfusunda ciddi bir değişim yaşandı. Çevre ve ailesel hijyen koşullarının olumsuzluğu yanında ihmal edilen sağlık hizmetleri, halkın sağlık düzeyini ve üretkenliğini son derece aşağılara düşürdü (Tuğluoğlu, 2008).

3.1. Atatürk'ün Sağlık Politikaları ve Sıtma Mücadelesinde Etkileri

Atatürk, yalnızca Kurtuluş Savaşı'na komutanlık etmemiş aynı zamanda kurtuluş, kuruluş ve gelişme sürecinin tamamında toplumsal yaşamın ilkeleri ve felsefesinin de temel belirleyicisi olmuştur. Bu anlamda doğrudan belirlediği, biçimlendirdiği alanlardan birisi de sağlık hizmetleri alanıdır. Sağlık anlayış ve politikasındaki temel düşüncesini; 1 Mart 1920'de Meclis Kürsüsünden şöyle dile getirmiştir; *"milletimizi tam güvenlik ve asayiş içinde yaşatmak en büyük amacımız olduğu gibi, onun sağlığına özen göstermek ve toplumsal acularına olanaklarımız oranında çare olmak hükümetimizin genel ödevlerinden biridir"* (Aydın 2021).

Her fırsatta, çeşitli vesilelerle ve değişik cümlelerle yinelediği bu düşüncesi, devletin sağlığa yaklaşımında önemli bir etki ve değişim yaratmış, ileriki yıllarda halka sağlık hizmeti sunulmasını devletin birinci dereceden sorumluluğu ve temel görevlerinden biri haline gelmesini sağlamıştır (Aydın, 2021).

Atatürk'ün, sağlık ile ilgili söylevlerinde öne çıkardığı konulardan biri koruyucu sağlık hizmetlerine verdiği önemdir. Bu düşüncesini *"toplumun sağlığı için öngörülen köklü önlemler sürekli geliştirilmeli ve genişletilmelidir. Milletimizin sağlığını korumak ve desteklemek, ölümü azaltmak, nüfusu çoğaltmak, bulaşıcı ve salgın hastalıkların yıkımına karşı koymak sureti ile, millet fertlerinin dinç ve çalışmaya kabiliyetli sağlıklı vücutlar halinde yetişmesini temin etmeliyiz"* şeklinde ifade etmiştir. Bu düşüncesi, Cumhuriyet ile başlayan sağlık hamlesinin koruyucu sağlık hizmetine dayalı bir halk sağlığı hizmeti niteliği kazanmasına neden olmuştur (Aydın, 2021).

Cumhuriyetin ilan edildiği günlerde Anadolu'daki nüfusun yarısından çoğu sıtmalıdır. Bu nedenle Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın kurulması ile birlikte ilk ele aldığı konulardan birisi sıtma ile mücadele olmuştur. Mustafa Kemal Atatürk 1 Mart 1923 Tarihli meclis konuşmasında, genelde sağlık sorunlarına değinirken özelde sıtma konusunda da açıklamalarda bulunmuştur. Özellikle kinin dağıtımı, bataklik kurutma, arazi ıslahı, şehir ve köylerin çevre koşullarının düzeltilmesi çalışmalarına ilişkin bilgiler vermiştir (Meydan, 2022)

Atatürk, sağlıkla ilgili söylevlerinin hemen çoğunda özellikle sıtmanın önemine ve bu bağlamda Cumhuriyet Hükümetlerinin çalışmalarına da yer veriyordu. Örneğin 1 Kasım 1924'te TBMM açılış konuşmasında sıtma salgını ile mücadelenin bir devlet politikası olacağını ve bu konudaki kararlılığı şu sözlerle ifade etmiştir: *"Sıtma karşı, başlı başına bir mücadele devresine girilmesi Meclisi Ali'nin önde gelen büyük ve ağır işi addolunsa yeri vardır. Muhakkaktır ki bizim için nüfusu koruma, çoğaltma ve çalışanların kuvvet ve zindeliğini temin eden tedbirlerin başında sıtma mücadelesi bulunmalıdır"* (Işık, 2021; Çakırçoban, 2010).

Cumhuriyet ilan edildikten sonra başlayan yeniden yapılanma sürecinde, kapsamlı bir ulusal kalkınma seferberliği başlatılarak, ulusun her alanda ve en kısa sürede çağı yakalaması hedeflemiştir. Bu sırada o görülmüş ve anlaşılmıştır ki; kalkınma seferberliğinin önündeki önemli iki engelden birisi eğitimsizlik iken diğeri de halkın sağlık düzeyindeki düşüklüktür. Atatürk, her vesile ile Osmanlı'nın son dönemindeki sağlık durumunun beklediğinden/ umduğundan çok daha kötü olduğunu ifade ederek bu açığın bir an önce kapatılmasını istemiştir. Ona göre Ulusun çağı yakalayabilmesinin yolu eğitilmiş ve sağlıklı bir toplum yaratmaktan geçmektedir. Bu düşüncenin bir sonucu olarak, dönemin hükümetleri halkın sağlık düzeyini yükseltecek olan plan ve programlara büyük bir önem ve öncelik vermiştir. Başta Atatürk olmak üzere, Cumhuriyetin tüm kurucuları "sağlık hizmetlerinde çağdaş anlayış ve hizmetleri yakalamayı" çağdaş devletin temel özelliği olduğuna inanmışlardır (Aydın, 2021).

3.2. Refik Saydam Dönemi

Sağlık hizmetlerinin birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınmasının ilk adımı TBMM'nin, 2 Mayıs 1920'de kabul ettiği 3 Sayılı, Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Sureti İntihabına Dair Kanun'dur. Bu kanun ile, diğer bakanlıklarla birlikte Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâlet'i de kurulmuştur. Kurtuluş Savaşı'nın ağır koşulları ve o yıllarda yalnızca gelişmiş birkaç ülkede ayrı bir sağlık bakanlığı örneği olmasına karşın, sağlık bakanlığının hemen kurularak, sağlık hizmetlerinin bu düzey ve bu öncelikte ele alınması, zamanın yönetiminin konuya verdiği önemi ve ileri görüşlülüğünü göstermektedir (Dirican, 1970; Fişek 1983; Metintaş ve Elçioğlu, 2007; Aydın, 2021; Meydan, 2022).

TBMM’nde ilk sağlık bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar seçilmiştir. Dr. Adıvar göreve başladığında, ne yerleşmiş bir örgüt ve alt yapı ne de gereksinimlere yanıt verecek bir mevzuat birikimi vardı. Her Őeyin yeniden ya da yoktan kurulması gerekiyordu. Bu nedenle de günümüze miras kalan ve tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının temellerinin Cumhuriyet’le birlikte atıldığını söylemek yanlış olmaz (Aydın 2021; Meydan, 2022).

Seçimleri yapılarak oluşumu tamamlanan TBMM hkmeti, derhal çalışmaya başlayarak ‘‘Birinci İcra Vekilleri Heyeti Programı’’ diye adlandırılan programı hazırlanmıştır. Bu programın Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekleti bölümü/bileşeni de Dr. Adnan Adıvar önderliğinde hazırlandı. Bölüm Bakanlığın öncelikle ele aldığı/gerçekleştirmek istediği konuları içeriyordu. Büyük çoğunluğu sağlık örgütünü ülke düzeyine yaymak, hizmet birimlerinin sayılarını arttırmak ve buralarda çalışmak üzere doktor, ebe, kk sıhhat memuru gibi personel yetiştirmekle ilgili konulardı. Doğrudan sağlık programı niteliğinde olan konu ise ‘‘sıtma, frengi, trahom ve diğer sosyal hastalıklarla mücadele etmek’’ şeklinde ifade edilen konu idi (Tuğluoğlu, 2008). Ayrıca Işık’ın zkaya’dan aktardığı bilgiye göre; sıtma ile mücadele bildirisi/ programı 9 Mayıs 1920’de yapılan I. İcra Vekilleri Heyetinde ele alınarak tartışılmış ve özellikle kinin tedariki ve dağıtımı üzerinde durulmuştur (Işık 2021). Buradan da anlaşılıyor ki, Cumhuriyetin kurucularının sıtmaya karşı olan ilgisi Cumhuriyet’in ilanından çok önceye; hatta Kurtuluş Savaşı’nın da öncesine kadar uzanıyordu (Aydın, 1998).

Kurtuluş savaşı sırasında Atatürk’ün en yakın arkadaşı ve değişmez bakanı olan Dr. Refik Saydam, Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren bazı kısa aralıklarla yaklaşık 16 yıl Sağlık Bakanlığı yapmıştır. Kurtuluş yıllarındaki birlikteliği ve kuruluş yıllarındaki bakanlık görevleri süresince, Atatürk’ün dile getirdiği siyasal düşünce ve ideallerinin bu arada da sağlık hizmetleri konusundaki düşüncelerinin en yakın takipçisi, uygulayıcısı olmuş ve sırası geldikçe, fırsat buldukça bunları hayata geçirmiştir (zata, 2015; ADD, 2022).

Cumhuriyetin ilk yıllarında TBMM’nin ana mesailerinden birisi sağlık hizmetlerinin yapılandırılması olmuştur. Bu amaçla 1923’ izleyen on üç yıl içinde sağlık sektörünün kuruluşu ve örgütlenmesini düzenleyen 50’yi aşkın kanun çıkarılmış ve yrrle konulmuştur (Eren ve Tanrıtanır, 1998). Bunların hepsinin ilk, kurucu ve kapsamlı kanunlar olduğu göz önüne alındığında işin/emeğin büyüklüğü daha da iyi anlaşılır.

Çeşitli sağlık kurumlarından hekimlerin katıldığı ve bizzat Refik Saydam’ın başkanlık ettiği sıtma mücadelesi konulu komisyon toplantısı (15 Eylül-5.Ekim 1924) yapılır. Toplantı sonunda bir rapor hazırlanır. Kaynaklarda ‘‘Esbabı Mucibe Layihası’’ (kanun tasarısı gerekçesi) olarak adlandırılan bu rapor, daha sonra ‘‘Sıtma Kk Sıhhat Memurları Hakkında Esbabı Mucibe’’ başlığı ile TBMM’nde görüşülecek olan sıtma savaş kanununun gerekçesi olarak kullanılmıştır (Aydın, 1998).

Vilayet Sıhhiye Müdürlükleri’nden 1924’de raporlar istenmiş. Genel adı ‘‘Türkiye’nin Sıhhi ve İçtimai Coğrafyası’’ olan ve hazırlayan il ya da il sağlık müdürünün adı ile anılan bu raporlardan hareketle bir ‘‘Türkiye Sıtma Haritasın’’ hazırlanmış (Babacan ve Temurçin, 2013).

Sıtma savaşının bilimsel temellerine ilişkin diğer bir alışma 1-3.Eyll1925 tarihinde Ankara’da toplanan Birinci Milli Türk Tıp Kongresi’dir. Bu kongrede sıtma, bütün boyutları ve çok geniş bir kapsamda ele alınmış, tartışılmış ve ayrıntılı bir öneriler paketi hazırlanmıştır (Aydın, 1998).

Bu alışmalar sonunda ulaşılan bilgi ve oluşturulan düşüncelerin işiğında sıtmanın kontrolü amaçlı ve çeşitli boyutlarını düzenleyen bir seri kanun tasarısı hazırlandı. Bunlar 26 Ekim 1924 tarihinde Bakanlar Kuruluna sunuldu. Bakanlar kurulunda görüşüldükten sonra son şekli verilen bu tasarıardan yedi tanesi 30.10.1924 tarihinde TBMM’ne verilmiştir. Bunlardan yalnızca ‘‘Etibbanın Sıtma Enstitülerinde Staj Mecburiyeti Hakkındaki Kanun’’ ile ‘‘Sıtma Mücadelesi Kanunu’’ adlı ikisi yasalaşmıştır (Meydan, 2022, Aydın 1998).

Atatürk, 18 Ocak 1925’te Adana ve Osmaniye’ye bir ziyaret yapar. Bu bölge o yıllarda sıtmanın en yoğun görüldüğü yerlerdendir. Bölge halkının %80’e yakınının sıtma olduğunu öğrenince; Bakan ve diğer yetkililerden bilgi alır ve çalışmaların hızlandırması direktifini verir.

Bunun zerine TBMM’ye sunulmuş olan tasarılarından biri olan 826 Sayılı ‘‘Etibbanın Sıtma Enstitülerinde Staj Mecburiyetleri Hakkında Kanun’’ 5 Mayıs 1926 tarih ve sayı 364 Sayılı Resmi Ceridede yayımlanarak yrrle girer. Kanun ile; 1927 ve sonrasında mezun olacak doktorların, Adana Sıtma Enstitüsünde üç ay süre ile sıtma mücadele kursu görmeleri zorunlu hale getirilmifitir. Bu kanun sıtma savaşındaki en önemli, cesur ve etkili olanlardan biridir (Meydan, 2022, Aydın 1998). Bu kanunun gereklerini yerine getirmek üzere Adana Sıtma Enstitüsü kurulmuş ve 1928’de hizmete başlamıştır.

Asker ve sivil tüm doktorlar, öncelikle de sıtma hizmetlerinde görevlendirilenler bir senelik stajını tamamladıktan sonra üç ay müddetle sıtma enstitülerinde eğitim görüyordu. Enstitülerde diğer sağlık çalışanlarına da özellikle köylerde çalışacaklara eğitim veriliyordu. Bu bağlamda atanacak sıhhiye memurları altı ay sıtma eğitimine tabi tutuluyordu.

Adana Sıtma Enstitüsü, kısa sürede sıtma ile mücadelenin merkezi haline geldi. İlerleyen yıllarda bu merkezlerin sayısı arttırılarak Adana’dakinin dışında; Eskişehir, Konya, Bursa, Manisa, Kocaeli, Samsun, Antalya ve İstanbul’da da merkezler açılarak, sayısı 11’e yükseltildi. Bu merkezlere staj yapmak üzere çok sayıda hekim gnderilmifitir. Bu hekimlerin ücret ve masrafları Umum Muvazene Kanununun beşinci maddesine dayanılarak Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanıyordu.

Sıtma Savaş adı ile kabul edilenlerin ilki olan, 839 Sayılı ‘‘Sıtma Mücadelesi Kanunu’’ TBMM’de 13 Mayıs 1926’da kabul edildi, 29 Mayıs 1926 da 384 sayılı Resmi Ceride de yayımlanarak yrrle girdi (Aydın 1998;

Meydan, 2022). On dokuz maddeden oluşan Kanun, çok geniş bir perspektifle hazırlanmıştı. En önemli getirilerinden birisi sıtma savaşıyla ilgili tüm hizmetlerden Sağlık Bakanlığının sorumlu ve yetkili kılması, diğer bakanlıkları ve devlet kurumlarını da Sağlık Bakanlığının bu amaçla vereceği emir ve görevleri yapmakla yükümlü kılmasıydı. Böylece tüm bakanlık ve devlet kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı öncülüğünde iş birliği yapmalarını ve hizmetlerin entegrasyonu amaçlanmıştı.

Kanun, sıtma savaş hizmetlerini yürütmek amacıyla örgüt, enstitü, laboratuvar, dispanser, hastane gibi hizmet birimlerini kurma, buralarda görev alacak personeli temin etme ve eğitimlerini sağlama gibi konularda Sağlık Bakanlığını görevlendiriyor ve yetkilendiriyordu. Aynı şekilde sıtmalının tedavisi, sivrisinek kontrolü amacıyla çevrede düzenlemeler yapılması yetkisi ve bu bağlamda bataklıkların kurutulması, halka, tarım ve sanayi işletmelerine yükümlülükler getirilmesi gibi düzenlemeler de içermektedir (Söhrap, 2019).

Kanunun diğer önemli bir getirisi sıtma salgını baş gösteren yerlerde hemen şubeler açılmasına, buralara ve ihtiyacı artan yerlere yeni kadrolar tahsis edilerek, personel görevlendirilmesine, buna yerel olanaklar imkân vermediğinde ise diğer bölgelerden takviyeler yapılmasına olanak sağlaması idi (Işık, 2021).

Bu ilk kanunun çıkarıldığı tarih olan 13 Mayıs 1926 tarihinden bu yana “sıtma savaşı” adlı ve sıtma ile mücadelenin temel esaslarını düzenleyen dört kanun çıkarılmıştır. Bunların adları, kabul yılları ve kanun numaraları şöyledir: Sıtma Mücadelesi Kanunu (29.5.1926, 839), Sıtma ile Olağanüstü Savaş Yapılmasına Dair Kanun (28.3.1945, 4707), Sıtma Savaşı Kanunu (21.2.1946, 4871), Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun (11.1.1960, 7402). İçerik açısından birbirine çok benzeyen bu kanunların birbirinden farkı ya da hazırlanma nedeni zaman içinde ortaya çıkan gereksinimlere göre yeni maddelerin eklemek veya var olan maddelerde bazı değişiklikler yapmaktır.

Sıtma ile Olağanüstü Savaş Yapılmasına Dair Kanun (28.3.1945, 4707) diğer yasalarla benzer nitelik ve kapsamda olmasına karşın, geçici ve acil bir önlem olarak çıkarılmıştır. Bu nedenle de dokuz ay gibi kısa süre yürürlükte kalmıştır. Bu yasadaki içeriklerin sürdürülmesi ve kalıcı hale getirilmesi ise Sıtma Savaşı Kanunu (21.2.1946, 4871)" ileidir. Bu iki yasanın en önemli getirisi; bütün bakanlıklara, bütün daire ve kurumlara sıtma savaşı için gerekli tedbirleri alma ve tesisler kurma yükümlülüğü getirmiş olmasıdır. Diğer bir getirisi de sıtma savaşında görevli memurların özlük haklarında iyileşme yapmasıdır.

Doğrudan sıtma savaş ile ilgili kanunların yanında, Refik Saydam ve ekibi tarafından hazırlanan, 24.Nisan.1930 Tarihinde kabul edilen 6.5.1930 Tarihli ve 1489 Sayılı RG yayımlanan “1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” özelde sıtma mücadelesi genelde ise halk sağlığı için cumhuriyet süresince çıkarılmış en önemli kanundur. Bu kanunun ilk, kurucu ve çok kapsamlı olduğu göz önüne alındığında işin/emeğin büyüklüğü daha da iyi anlaşılır. Bu durum Kanunun gerekçesinde şöyle açıklanmıştır: “*Aslında ekte sunduğumuz tasarıya benzer genel koruyucu sağlık yasaları pek az devlette vardır. Onlarda sağlık yasaları, gereksinim doğrultusunda ve zaman zaman hazırlanmıştır. Buna karşılık, yeni devletlerde önemli bütün konuları kapsayan genel nitelikteki yasalar düzenlenmesi daha yararlı olacağı düşünülmüştür*”. Yine Dr. Refik Saydam’a göre UHK Türkiye’deki sağlık hizmetleri için bir tür anayasa niteliğindedir (Özata, 2015; Aydın, 2021; ADD, 2022).

UHK’nun birinci maddesi “*memleketin sıhhi şartlarını islah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amellerle mücadele etmek ve bu müstakbel neslin sıhhati olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi içtimai muavenete mazhar eylemek umumi devlet hizmetlerindedir*” şeklinde olup hemen tamamıyla Atatürk’ün görüşünü tekrarlar niteliktedir (Aydın, 2021).

Bu düşüncelerle hazırlanan UHK gerçekten de dünyadaki en ileri ve kapsamlı sağlık kanunlarından biridir. O yıllarda Sovyetler Birliği hariç ne Türkiye’ye komşu ülkelerde ne de Yakın Asya, Orta Doğu ve birçok Avrupa ülkesinde 1593’e benzer genel bir sağlık kanunu yoktur. O denli toplumsal/koruyucu bir içeriğe sahipti ki, bakanlığın görevlerini belirleyen 18 maddesinden 15’i "koruyucu sağlık hizmetleri" ile ilgilidir (Metintaş ve Elçioğlu, 2007).

Kanun’un, sıtma için de geçerli olan genel maddeleri yanında, ikinci kısmının üçüncü faslı tamamen sıtmaya ayrılmıştı. Bu faslın ilk maddesi olan 97. Madde ile sıtmanın ihbarı mecburi kılınmıştır. Madde 98 ise şöyle düzenlenmiştir; “*Sıtma mücadelesi, hususi kanununa ve talimatnamelerine tevfiқан icra olunur. Askeri makamlar Sıhhat Vekaletince kabul edilen esaslar dahilinde askeri kıtaat ve teşkilatta sıtma mücadelesi yaparlar ve yapılan tedbirleri sıtma mücadele reislerine veya sıhhat müdürlüklerine bildirirler*”.

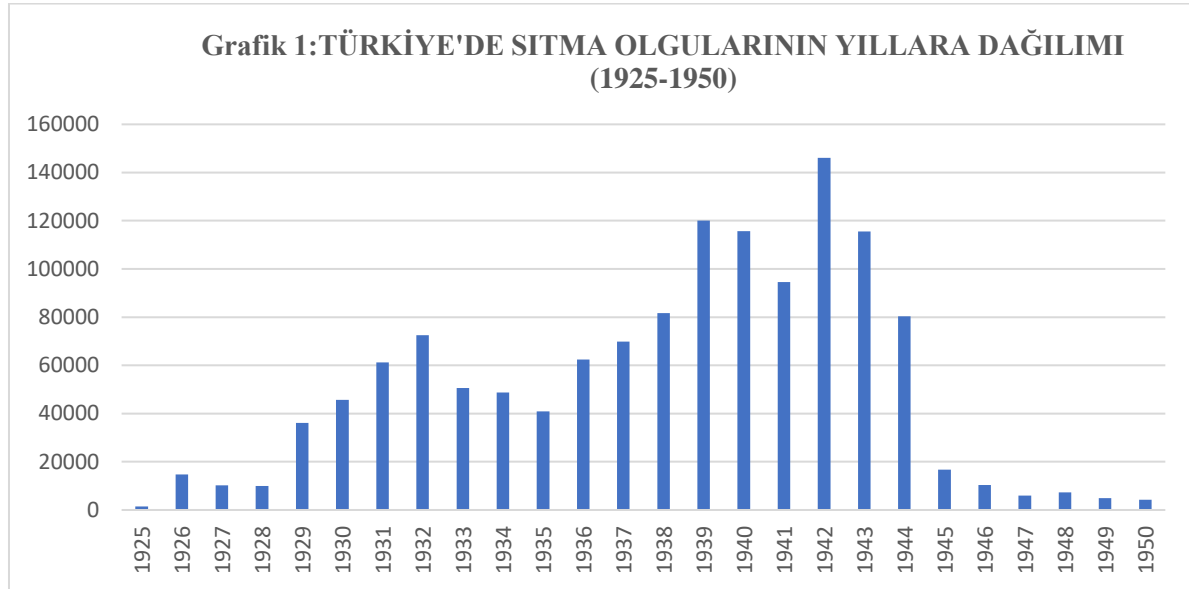
Yukarıda özetlenen temel kanunlara ek olarak, sıtma savaşı ile ilgili ve üzerinde durulması gereken diğer başlıca kanunlar şunlardır: 6 Haziran 1935’te kabul edilen 2767 Sayılı Sıtma ve Frengi İlaçları Hakkında Kanun; 11 Haziran 1936’da kabul edilen 3030 sayılı Çeltik Ekimi Kanunu; 1946 da kabul edilen ve Sıtma Savaşı Genel Müdürlüğü kurulmasını sağlayan 4862 sayılı kanun ile 18 Ocak 1950 kabul edilen 5516 sayılı Bataklıkların Kurutulması ve Bunlardan Elde Edilecek Topraklar Hakkında Kanun.

Bunlardan 11 Haziran 1936’da kabul edilen beş bölüm ve 38 maddeden oluşan “Çeltik Ekim Kanunu”, bir yandan çeltik ekimini disipline ederek sivrisinek üretilmesini önlemeyi öte yandan da bir tarım ülkesi olan Türkiye’nin yeni ekim alanları kazanılmasını amaçlamıştır. Aynı zamanda bataklıklar kurutulmasına ilişkin maddeler de içeren bu Kanunun ikincil bir getirisi de çeltik tarımından yerel sıtma yöneticilerine acil ve günlük gereksinimlerinde kolayca kullanabilecekleri finans yaratmış olmasıdır.

Bu kanundan hareketle, batakılık ve su birikintilerini kurutmak amacı ile, uygulamasına 1937'de başlanılan Okaliptüs Ağaçlandırma Projesi, sıtma savaşı çalışmalarında üzerinde durulması gereken diğer bir çalışmadır. Bu proje olumlu ve doğru bir çevre müdahalesine dayalı proje olmak yanında, bataklıkların kurutulmasında özel sektörün de devreye sokulması açısından da önemlidir.

Cumhuriyet'in kurucuları, Cumhuriyetin ilanı ile birlikte hatta ondan da önce sıtma savaş programları hazırlanmış ve bu programların etkili bir biçimde yürütülmesi için gerekli olan tüm yasal, örgütsel ve parasal destekleri verilmişlerdir. Programa öylesine önem ve öncelik verilmiştir ki; zamanın Sağlık Bakanlığı'nın bütçesinin %35'lere varan kısmı bu programa ayrılmıştır. Başka bir ifade ile Cumhuriyet hükümetleri sıtma mücadelesinde büyük bir siyasal ilgi ve kararlılık göstermiştir. Bu emekler hemen semeresini vermiş bir yandan sıtma sayıları öte yandan da sıtma ölümleri hızla azalmıştır (Gökberk,1948; Tuğluoğlu, 2008; Tekir, 2017)).

Bu programların en önemli sonuçlarından birisi; sıtma savaş kapsamına alınan bölgelerdeki nüfusun sürekli ve aktif olarak taranarak vakaların yakalanması ve tedavisi için büyük özen gösterilmesi ve gayret sarf edilmesidir. Bunun bir sonucu olarak 1925- 36 yılları arasında dört milyona yakın vaka bulunarak ve tedavi edilmiştir (Meydan, 2022). Aşağıda verilen Grafik 1'de de görüleceği üzere; olgu sayılarda 1925-32 arasında sürekli bir artış vardır. Bu durum hastalık yoğunluğunun daha kötüye gitmesinden değil, aktif ve pasif sürveyans nedeniyle olguların yakalanması ve kayıtlanmasına bağlıdır. Hizmetlerin özellikle olguların yakalayıp tedavi edilmesinin sayılar üzerindeki olumlu sonucu ancak 1932'den sonra görülmeye başlamıştır. İzleyen yıllarda II. Dünya savaşının başlaması ile olgu sayılandaki bu azalma eğilimi bozulmuş ve sayılar tekrar çok büyük bir hızla artarak 1940'lı yıllarda tepe yapmıştır.



Kaynak: Sağlık Bakanlığı verilerine dayanarak Dr. Akdur tarafından hazırlanmıştır.

3.2. Sıtma Savaşı Örgütü

Sıtma Mücadele Kanunu (1926) gereği kurulan Sıtma Savaş Merkez Örgütü'nün ilk çekirdeği "Hıfzıssıhha İşleri Umum Müdürlüğü"ne bağlı bir birim/şube şeklindedir.

Sihhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu 1936 yılında, yürürlüğe girdiğinde merkez örgütü, yine aynı genel müdürlüğe bağlı olarak görevini sürdürmüştür.

Bu birim bürokratik yapı ve görünüm olarak bir şube müdürlüğü statüsünde olmasına karşın, diğer merkez örgütlerine göre çok daha üzerinde yetkiler, öncelikler ve olanaklarla donatılmıştır. Bu özellik taşradaki sıtma birimleri için de geçerli idi. Ağırbaş ve arkadaşlarının, Sağlık Bakanlığı'nın kuruluşunun 10. Yılı nedeniyle yayımlanmış olan "Vekaletin 10 Yıllık Mesaisi" adlı kitaptan aktardığına göre, Sıtma Savaş Örgütü şöyle tanımlanmaktadır: "Sıtma mücadele teşkilatı mevcut sıhhat teşkilatından tamamıyla ayrı ve müstakil bir halde olup, heyetler doğrudan doğruya Sihhat ve İçtimai Muavenet Vekaletine merbuturlar (bağlıdırlar). Bu teşkilatın masrafları mali kanunlarımıza tevfiik edilmek (uygun olmak) şartı ile ihdas olunan (oluşturulan) hususi bir teşekkül vasıtası ile ve merkezden doğrudan doğruya tediyeye edilmekte (ödenmekte) olup bu hususta da diğer teşkilatlardan farklıdır (Ağırbaş ve ark, 2011).

Sıtma Savaş Merkez Örgütü için kuruluşundan sonraki ikinci önemli gelişim/değişim 1946 yılında kabul edilen Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanununa Bazı Hükümler Eklenmesi ve 4258 Sayılı Kanun'a Bağlı Kadro Cetvellerinin Değiştirilmesine Dair Kanun ile. Bu kanun ile merkez örgütü Genel

Müdürlük" statüsüne yükseltilmiştir. Böylece Sıtma Savaş merkez ve taşra örgütünün hareket alanı ve işlevsel yetkileri daha çok genişletilmiştir.

Genel Müdürlük statüsü, 7402 Sayılı Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun ile 1960'da başlayan Sıtma Eradikasyonu programı döneminde de sürmüştür. Ancak bu dönem ile birlikte dünyada ve Türkiye'de yeni bir düşünce/kural kabul edilmiştir. Bu düşünceye göre "eradikasyon programı sonunda, sıtma sorunu kökten çözülmüş olacağından" varlığına gerek kalmayacaktır. Sıtma savaş örgütleri kaldırılacak tüm mal ve personeli diğer/ genel sağlık birimlerine devredilecektir". Bu nedenle de beş yıl sürecek olan sıtma eradikasyonu programı sonunda Sıtma Savaş Örgütü'nün kaldırılması planlanmıştır.

Eradike edilmiş olmasa da, sıtma sayıları ve yaygınlığı konusundaki olumlu gelişmeler görülmesi üzerine 1969 yılında kabul edilen, 1183 Sayılı Sıtma Eradikasyonu Merkez ve Taşra Teşkilat ve Müesseselerinde Çalışan Bilumum Memur ve Hizmetlilerle Trahom Savaş Teşkilatında çalışan Hasta İlaçlayıcıların İntibakları Hakkında Kanunun yarattığı ortam nedeniyle, Sıtma Savaş Örgütünün kaldırılmamış olması ve yapısal varlığının korunmuş olmasına karşın, bir yandan yeni personel alımı durdurulmuş öte yandan da kadrosundaki sıtma savaş memuru, laboratuvar teknisyeni vb. diğer çalışanlar değişik sağlık hizmetleri alanlarına kaydırılmıştır. Bu durum, merkez ve taşra birimlerinin hızla personel kaybetmesi yanında, işlev ve yetkilerinin de daraltılması sonucunu doğurmuştur (Aydın, 1998).

Bu kanunun kabulünden on üç yıl kadar sonra ve 1982 yılında yayımlanan, 8/4337 Karar Sayılı Kararname ile, Sıtma Savaş Genel Müdürlüğü, genel müdürlük statüsünden "Bağımsız Daire Başkanlığı" statüsüne indirilmiştir (Aydın, 1998). Böylece 1946 yılından 1982 yılına kadar 36 yıl süren Genel Müdürlük uygulaması sona ermiştir. Bunu takiben ve 1983 yılında 14.12.1983 tarih ve 18251 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile taşra örgütü de kaldırılmıştır.

4-İKİNCİ DÜNYA SAVAŞI VE SONRASI (1939-1975)

İkinci Dünya Savaşı (1939–1945) tüm hizmetlerde bu arada da sıtma savaş hizmetlerinde büyük aksamalara neden olmuştur. Bu durum hemen olgu sayılarına yansımış, 1935 yılından itibaren hızla artmaya başlayan sayılar, 1940'lı yıllarda tepe yaparak, 1942 yılında 146077'ye ulaşan olgu sayısı ve yüz binde 80,514'1 sıklık ile Cumhuriyet döneminin resmi kayıtlardaki en yüksek sayı ve sıklığına ulaşmıştır (Piyal et all. 2013). Bu tarihten sonra sayılar kısmen azalsa da yükseklik savaşın sonlarına kadar devam etmiştir (Bakınız Grafik 1).

Sıtma Epidemiyolojisi kitabına ön söz yazan Dr. Nusret Fişek, bu önsözde şöyle demektedir: "İkinci Dünya Savaşı öncesinde oldukça denetim altına alınmış bulunan sıtma, savaş ve sonrasında yeniden büyük salgınlar yapmıştır (Ünsal ve ark., 1982).

Ünsal ve arkadaşları aynı kitapta, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının 1945 yılı kayıtlarına geçen sıtmalı sayısının 2,5 milyon olduğunu ve bunun Türkiye'deki her on kişiden birinin sıtmalı olduğu anlamına geldiğini yazmıştır (Ünsal ve ark. 1982).

O tarihlerde Bakanlık Özel Kalem Müdürlüğü yapan, Dr. Ata Ünal 1945 yılında yazmış olduğu Sıtma adlı kitapta; "İkinci Dünya Savaşı ile tüm dünyada sıtma büyük salgınlar yapmıştır. Durum Türkiye'de de etkisini göstermiş ve hızla yayılarak sayısı çok artmıştır. Bunun üzerine Sıtma ile Olağanüstü Savaş Yapılmasına Dair Kanun (28.3.1945, 4707) çıkarılmış ve bu kanunun verdiği yetkiyle Bakanlar Kurulu 53 ilimizi sıtma ile olağanüstü savaş bölgesi ilan etmiştir. Ayrıca olağanüstü savaş bölgesi kapsamına alınmamakla birlikte; Ağrı, Bingöl, Bitlis, Erzincan, Erzurum, Gümüşhane, Hakkâri, Muş, Tunceli ve Van illerinin mahalli idareleri kendi olanakları ile sıtma savaşını yapmakla görevlendirilmiştir" diye yazmaktadır (Ünal 1945). Buradan anlaşıldığına göre o yıllarda 63 ilde neredeyse tüm yurttan sıtma salgını vardır.

Erdem'in, Unat'tan (Unat, E.K., Türkiye Cumhuriyeti'nde Atatürk Döneminde Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş; Cerrahpaşa Tıp Fak. Dergisi-Ek Sayı (12), s.304, 1981) aktardığına göre; sıtmanın yoğunluğu açısından iller üç kümede toplanmıştır. A, B, C bölgesi olarak adlandırılan bu gruplamaya göre; sıtmanın en yoğun olduğu C bölgesinde İçel, Adana, Hatay, Maraş, Gaziantep, Malatya, Adıyaman, Urfa, Mardin Diyarbakır, Siirt, Elâzığ, Tunceli, Bingöl, Van, Hakkari, Ağrı illeri yer alıyordu (Erdem 1998).

Bu yaygınlığa savaş koşulları yanında, en önemli etken Bakanlığın sıtmaya gerekli kaynağı ayıramaması neden olmuştur. Nitekim, 1940 verilerine göre Sağlık Bakanlığı bütçesinde bir önceki yıla göre yaklaşık %25'lik bir artış olmuştur. Buna karşılık, artış sıtma savaş bütçesine yansımamış, aksine bir önceki yıla göre çok büyük bir düşüş olmuştur. Para olmadığı için başta tedavi ilacı olmak üzere sıtma savaşta kullanılan tüm kimyasalların temin edilmesinde büyük sıkıntılar yaşanmıştır.

Bu gelişmede savaş nedeniyle birçok sıtma çalışanın askere alınmış olmasının da önemli bir katkısı olduğunu bildiren kaynaklar vardır (WHO,2013).

Tüm dünyada bu arada da Türkiye'de 1940'tan itibaren sıtma ilacı kıtlığı yaşanmaya başlamıştır. Eldeki ilaçların hızla tükenmesi ve yerine yenilerinin alınmaması üzerine, hükümet soruna çeşitli çareler üretmiştir. Bunlardan biri sıtma ilaçlarının tüketimini azaltmak amacı ile ve tedavi süreci kısaltılmak zorunda kalınmasıdır. Bu uygulamayı düzenlemek ve duyurmak üzere, 1381 Sayılı Tamim yayınlamıştır. Bu tamimin getirdiği diğer bir

uygulama, sıtma ve frengi ilaçlarının temini (ithali, yapılması veya yaptırılması) ve dağıtım yetkisinin tamamen Türkiye Kızılay Cemiyeti'ne verilmesidir.

Sorunları tartışmak ve çözüm önerileri üretmek üzere 1945 yılında bir Sıtma Savaş Kongresi düzenlenmiş ve sonunda sıtma savaş hizmetlerinin daha da genişletilmesi kararı alınmıştır. Bunun üzerine Sıtma ile Olağanüstü Savaş Yapılmasına Dair Kanun (28.3.1945, 4707) çıkarılmıştır. Bu kanunla gerektiğinde serbest çalışanlar da dahil tüm doktor ve eczacılara sıtma Savaşı'nda zorunlu görevlendirilme hükmü getirilmiştir.

Bir yandan savaşın bitmesi öte yandan da DDT'nin(dichlorodiphenyltrichloroethane) kullanılmaya başlaması ile, Türkiye 1946 ve izleyen yıllarda sıtma açısından biraz rahatlamıştır. DSÖ'nün Global Malaria Eradication Program'ına 1947 yılında Türkiye'de katılmıştır. Bu programın en önemli uygulamalarından biri olan, kalıcı ev içi püskürtme denemelerine 1949'da başlanmış ve 1950'den sonra kampanya halinde tüm sıtma bölgelerinde kalıcı ev içi püskürtmesi yapılmıştır. Püskürtme uygulaması 1952'de 5,6 milyon, 1954'de ise 6,6 milyon nüfusu kapsayacak şekilde genişletildi. Kalıcı ev içi püskürtmesine ek olarak, yaygın bir şekilde yüzeysel sularda/jitlede paris yeşili (bakır asetoarsenit) ve Gambusia balığı ile larva savaşı yapılması önemli bir katkı vermiştir. Bunlara ek olarak bataklik kurutma çalışmalarına daha büyük bir hız verilmiştir.

Bu olumlu sonuçların alınmasında, bir yandan etkili bir sivrisinek/vektör kontrol uygulamaları yürütülürken öte yandan da yoğun bir aktif ve pasif süveyansa hizmeti ile olgular (parazit kaynakları) bulunuyor ve tedavi ediliyordu. Özellikle kırsal kesimdeki aileler sıtma sezonu boyunca iki, üç defa evinde ziyaret edilerek, ateşli veya ateş geçirmiş olanların parmağından kan alınarak kalın damla yapıldı. Kentlerdeki hastane ve sağlık birimlerinde pasif süveyansa büyük önem verildi. Tanı için, kendi içinde kontrol sistemi de olan, çok iyi bir laboratuvar zinciri kurulmuştu Böylece 1946 ve 47 yıllarında yıllık ve yaklaşık ikişer milyon, 1948'de ise 1.672.021 olgu yakalanarak tedavi edildi (WHO,2013).

Meydan'ın Tekeli ve İlkin'den (Tekeli İ., İlkin S.: Cumhuriyetin Harcı, İstanbul, 2004 s:153) aktardığına göre;1946'da ülke nüfusunun %46,7'si sıtma mücadele kapsamına alındı. Köylerde genel muayeneye alınan nüfus, ülke nüfusunun 1944'de %52,7 iken, 1945'de %73,5, 1951 de de %90,9'una ulaştı. Hastaların yakalaması ve tedavisi nedeniyle "büyük dalak endeksi" çok hızlı bir biçimde düştü: 1944 yılında %41,5 olan büyük dalaklı oranı, 1946'da 25,9'a, 1948'de 14'7'ye, 1950'de %7,1'e, 1952'de %2,4'e, 1954'de %1'e ve 1956'da % 0,4'e geriledi (Meydan, 2022). Ülkenin büyük bir kısmında ve 1956 yılı sonunda yerli bulaş kesilmişti (WHO,2013).

İkinci Dünya Savaşında sıtmanın tüm savaşan devletler için önemli bir sağlık sorunu haline gelmesi, onları sıtma savaşı konusunda yeni araştırmalara yöneltti. Bu çalışmalar sonuç verdi ve erişkin sivrisinekler üzerinde çok etkili olan DDT'nin bolca üretilerek kullanıma sokulmasını sağladı.

DSÖ'nün 1955'de, eradikasyon programı başlatma kararını almasından sonra, sıtmanın yaygın olduğu birçok ülkede "Eradikasyon Programı" başlatıldı. Türkiye bu programa 1957'de başladı ve programın 1966 yılında hedefine ulaşılması planlanıyordu. Bu amaçla 1960'da Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun (11.1.1960, 7402) kabul edildi. Bu kanunun sağladığı imkanlarla Sağlık Bakanlığı eradikasyon programının uygulama ve çalışmalarını kolaylaştırmak amacıyla ülke düzeyinde 21 grup başkanlığı ve 56 bölge kuruldu (Erdem, 1998). Bunlar destekleyen ve iyi yetişmiş personel ve araç gereç ile donatılmış olan laboratuvarlar ile desteklendi.

Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun beş yıllık bir dönem için çıkartılmış idi. Ancak, programın eradikasyon hedefi anlamında başarısız olması ve sıtmanın kökten yok edilemeyeceğinin anlaşılması üzerine ilerleyen yıllarda yasanın yürürlük süresi sürekli uzatıldı.

Savaş koşullarının son bulması ve Bakanlığın yukarıda özetlenen yoğun çalışmaları sonucu 1970'li yılların başlarında hastalığın kökü hemen hemen kazınmış oldu (Ünsal ve ark. 1982). Böylece sıtma hastalığı açısından, Türkiye'de, 1960'dan 1974 yılına dek oldukça statik ve hastalığın görece kontrol altında olduğu yıllar yaşandı. Ülkenin %93'ünde yerli bulaş kesilmişti (WHO,2013). Olgu sayısı 1263'lere kadar düşmüştü üstelik bunların büyük çoğunluğu impote vakalar idi.

5. SON SALGININLARDAN (1977-2021) GÜNÜMÜZE

Sıtma, 1974 yılından itibaren adeta kontrolden çıkmış ve olgu sayıları hızla yükselerek 1978 yılında 115512'ye ulaşmıştır. Bu tepe yılından /sayısından sonra kısmi azalmalarla devam ederek 1990 yılında o yılların en düşük sayısı olan 8680 olgu kaydedildi. Sayılar tekrar yükselişe geçerek 1994 yılında 84345 olgu ile ikinci bir tepe yaptı. Özet bir anlatımla Türkiye 1970'ten sonra biri 1977'de ikincisi de 1993-96'da yaşanan iki sıtma salgını/epidemisi yaşamıştır. Bunlardan birincisi Çukurova merkezli/yoğunluklu ikincisi ise Güney doğu Anadolu yoğunlukludur.

Bu yeni salgınlar ya da sıtmanın kontrolden çıkmasına neden olabilecek/olarak bilinen, açık ve somut etmenler şöyle sıralanabilir: Bu etmenlerden biri, 1969'dan itibaren sıtma savaş örgütüne siyasi ve idari desteğin kaldırılarak, önce personel kaybetmeye başlaması, sonra da 1982 yılında genel müdürlük statüsünün kaldırılması, hemen peşinden de 1983'de il örgütlerinin/ taşra teşkilatının kapatılmasıdır.

Düzensiz ve bilinçsiz kullanılmaları nedeniyle başta DDT olmak üzere kimyasallara sivrisineğin direnç kazanması önemli faktörlerden bir diğeridir. Benzer şekilde püskürtmede kullanılan Malation vb. insektisitlerin çok ağır kokusu nedeniyle, ailelerin ev içi püskürtmeyi reddetmesi uygulamanın kapsayıcılığını çok düşürmüştür.

Üçüncü bir etmen olarak, büyük sulama projelerinin gerçekleşmesi nedeniyle, sulu tarımın geçmişe göre çok çok yaygınlaşmış olmasıdır.

Dördüncü bir etken, iç ve dış nüfus hareketlerinin ve uluslararası seyahatlerin çok artmasıdır. Bu bağlamda Çukurova’da sulu tarımın özellikle pamuk ekiminin yaygınlaşması ile, bölgeye kitlesel göçer işçi çekmesidir. Her yıl periyodik olarak kitlelerin/göçer işçilerin hasat bölgesine (Çukurova’ya) gelmesi ve tekrar memleketlerine dönmesi, sıtma terminolojisinde “masa tenisi ilişkisi” diye adlandırılan ilişkinin oluşmasıdır. Masa topu ilişkisi birinci salgında Hatay-İskenderun ve Adana arasında kurulmuşken ikinci salgında iç Anadolu ile GAP illeri arasında yaşanmıştır. Yine bu bağlamda uluslararası ticaretin artması nedeni ile Avrupa ve orta doğu ülkeleri arasında, Türkiye üzerinden geçen TIR trafiği çok artmış ve çok büyük sayılara ulaşmıştır. İkinci salgın sırasında(1993-96), komşu ülkelerde çıkan körfez savaşlarını ve buralardan yoğun dış göç alınmasını da bir faktör olarak saymak gerekir. Aynı şekilde uluslararası turizm nedeniyle yıllık yüz binleri aşan içe ve dışa sınır geçişleri yaşanmaktadır.

Bu dönemde sıtma savaş bağlamında ve üzerinde durulması gereken en olumlu ve önemli çalışma 1977 yılında yapılan “Türkiye’deki sıtmanın bölgesel dağılım ve özelliklerini saptayan (epidemiological stratification)” çalışmasıdır. Yabancı uzmanların ve mali destekleri ile yapılan bu çalışmada sonunda Türkiye’de "strata" adı verilen dört ayrı bölge tanımlanmıştır.

Bölgeler, sıtmanın yoğunluğu, yerli bulaş durumu ve olguların diğer epidemiyolojik özelliklerine göre, yoğunundan az yoğununa doğru; Strata I, Strata II, Strata III ve Strata IV olarak adlandırılmıştır (Ünsal ve ark., 1982; Akdur, 2006; WHO, 2013; Piyal et al., 2013,).

Strata I, kendi içinde Strata IA ve Strata IB olarak iki alt bölgeye ayrılmaktadır. Strata IA, sıtmanın en yoğun (endemik) ve yerli bulaşın sürekli olduğu bölge olup; Adana, İçel, Hatay (Çukurova) illerinden oluşmaktadır. Strata IB, Çukurova’ya ya da Strata IA’ya göre olguların daha az yoğun olduğu ancak sürekli yerli bulaşın bulunduğu; Maraş, Adıyaman, Elâzığ, Bingöl, Muş, Van, Hakkâri, Siirt, Bitlis, Diyarbakır, Mardin, Urfa, Gaziantep illerini kapsamaktadır.

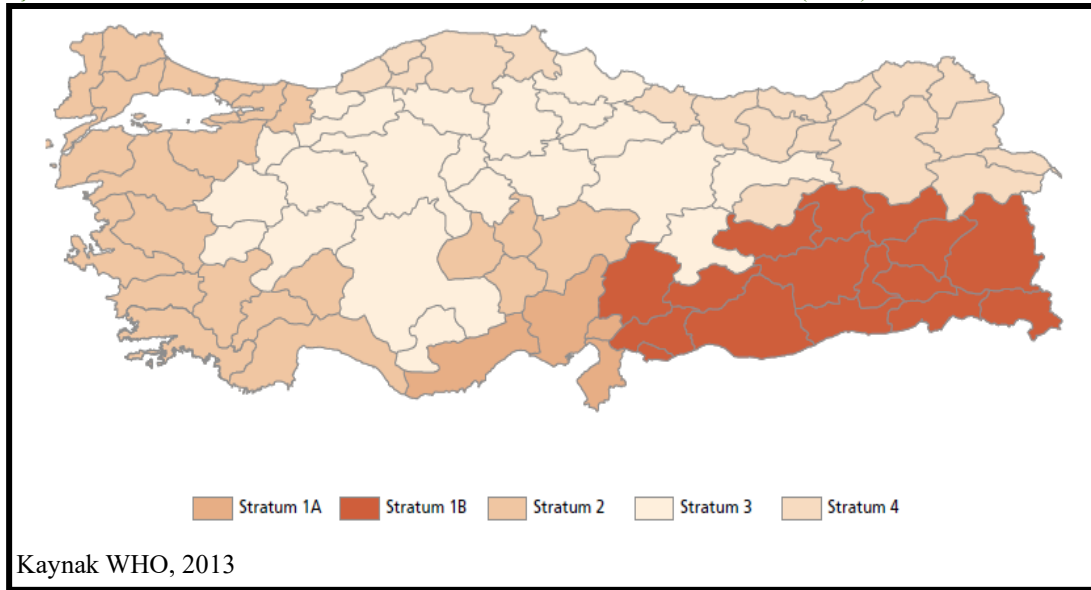
Strata II, sık sık salgınlar ve yerli bulaşlar görülen, genellikle de Akdeniz, Ege ve Trakya’daki illeri kapsayan bölgedir.

Strata III, zaman zaman küçük yerel salgınların ve bu sırada da hariçten gelen olgulardan türeyen yerli bulaşın ve olguların görüldüğü, ancak olguların büyük çoğunluğunun importe olduğu, genellikle de İç Anadolu’da olan illeri kapsayan bölgedir.

Strata IV, yerli bulaşın olmadığı yalnızca az sayıda (sporadik) importe olguların görüldüğü genellikle Karadeniz ve Kuzey Doğu Anadolu bölgelerinde bulunan illeri kapsamaktadır(Bakınız, Şekil 1)

Hizmetler, bu bölgelendirmelerden yani sıtmanın yoğunluğu ve epidemiyolojik/ toplumsal özelliklerinden hareketle planlanmış ve yürütülmüştür (Aydın, 1998, Akdur 2006, WHO, 2013).

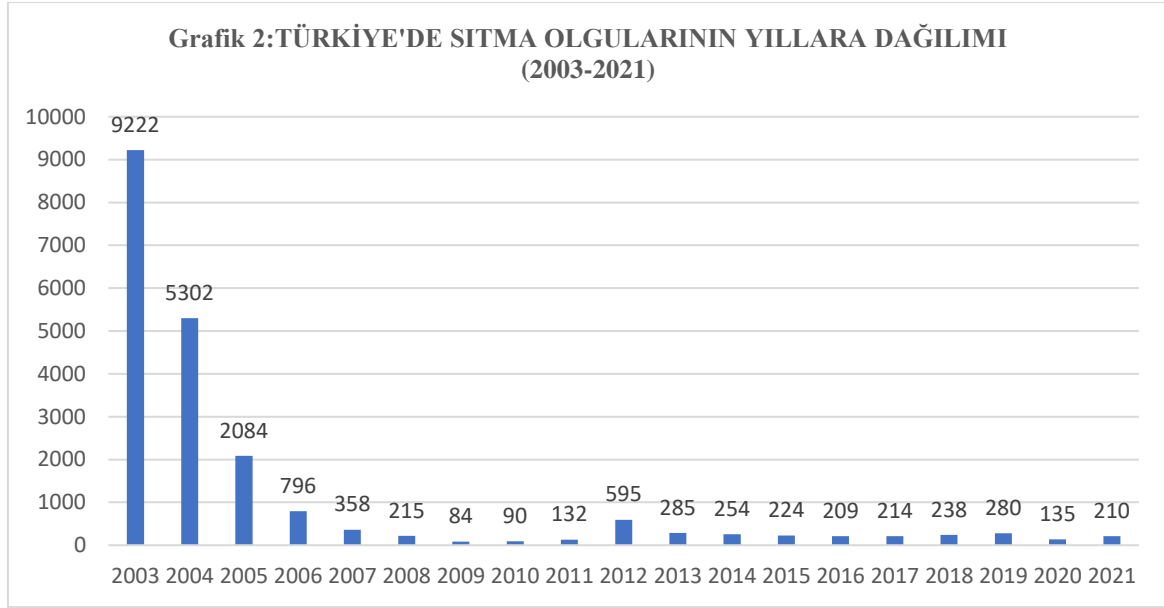
Şekil 2: TÜRKİYE’DE SİTMA’NIN EPİDEMİYOLOJİK BÖLGELERİ (1977)



Türkiye, son elli yılda yaşadığı iki salgından sonra 2000 yılında kaydedilen ve 20. Yüzyılın son yarısının en düşük sayısı olan 11432 sıtma olgusuyla 21. Yüzyıla girmiştir. Bu tarihten sonra olgu sayıları düzenli bir şekilde azalmaktadır (Özbilgin et al., 2011).

Aşağıda verilen çizelge ve grafiklerden de görüleceği üzere son 20 yılda görülen sıklıklar yüz binde 0,70 ile 0,30 arasında değişmekte olup, yüzlerle ifade edilen sayılara denk gelmektedir. Bu sıklık ve sayılar 1940'lı yıllardaki yüz binde 80,50 sıklık ve 146.077 olgu sayısı ile kıyaslandığında kat edilen mesafe açık olarak görülmektedir (bakınız Grafik 2).

Son yıllarda yerli bulaş görülmemiş olup, Türkiye'nin sıtmayı elimine etmiş ülkeler listesinde yerine alması çok sevindiricidir.



Kaynak: Sağlık Bakanlığı verilerine dayanarak Dr. Akdur tarafından hazırlanmıştır.

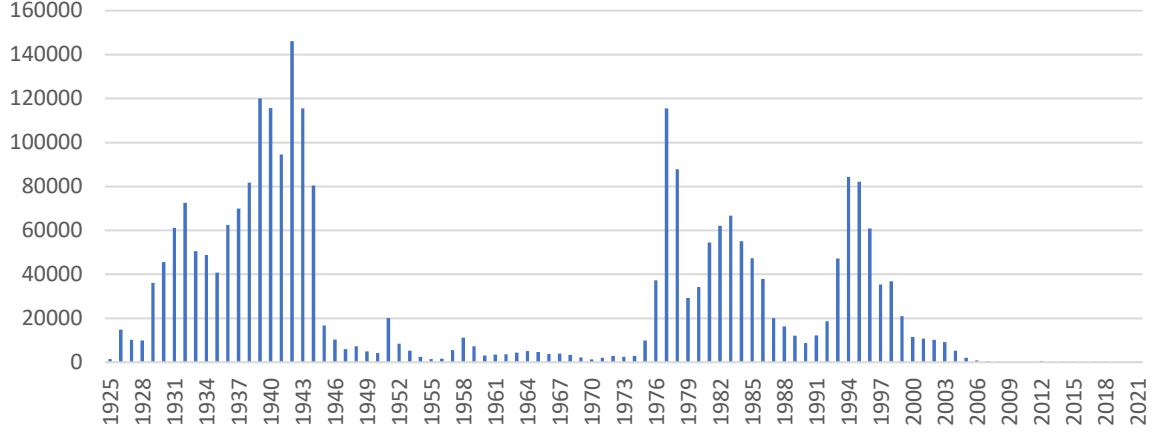
6. SONUÇ VE ÖNERİLER

On dokuzuncu Yüzyılın ilk yarısına gelindiğinde, sıtma enfeksiyonu zincirinin bütün ayrıntıları biliniyordu. Tedavide çok etkili olan kinin ve klorokin bulunmuştu (Achan et al, 2011; Camila et al, 2022). Sivrisineği yok edecek etkililikte olan DDT keşfedilmiş ve bolca üretilebiliyordu (WHO 1979). Özetle çok yalın/basit bir hastalık olarak algılanan sıtmanın bilinmeyen bir yönü/yanı kalmamıştı. Bunun yanında insanlık parazit savaşı ve sivrisinek savaşı için tüm olanaklara da sahipti. Olaya bir enfeksiyon ve enfeksiyon zinciri diye bakıldığında hastalık, ciddi önlemler ile 3-5 yılda kontrol altına alınabilir, hatta eradike bile edilebilirdi. Ancak bilim çevreleri hastalığın iki aktörünün; birisi dünyanın en küçük çok hücreli olan sivrisinek ve diğeri de dünyanın en basit tek hücreli olan plazmodiumun aynı zamanda dünyanın evrim yeteneği en güçlü iki canlısı olduğunu gözden kaçırmışlar ve hala da kaçırıyorlar. Her ikisi de nesillerini sürdürmek konusunda hem çok kararlı hem de çok yetenekliler. Sivrisinek ve malaraya paraziti ile günümüzdeki anlayışlarla mücadeleye devam edilir ise yakın bir zamanda asla eradike edilemeyecektir. Başka bir anlatımla sıtma, bugünkü bilgilerimiz dahilinde daha uzun yıllar insanlığı tehdit etmeye devam edecektir. Sıtmanın eradike edilebilmesi için; aşı ve çok etkili koruyucu ve tedavi edici ilaçların bulunması gerekiyor. Bunun için ise uluslararası ilişkiler ve dayanışmaya, aklın ve bilimin egemen olması, ya da sıtmanın varsıl ülke ve toplum kesimlerini de tehdit etmesi gerekiyor.

Yukarıdaki özetlemeler ışığında, Türkiye'de sıtma savaşının 100 yılı değerlendirildiğinde gelişmiş ülkelere göre 50 yıllık bir gecikme ile erişilmiş olsa da, halkın %70-80'ninin sıtmalı olduğu bir durumdan, sıtmanın elimine edildiği bir duruma ulaşılmıştır ve genel bilanço olarak başarılıdır (Bakınız Grafik 3., Grafik 4., Grafik 5., Çizelge 1)

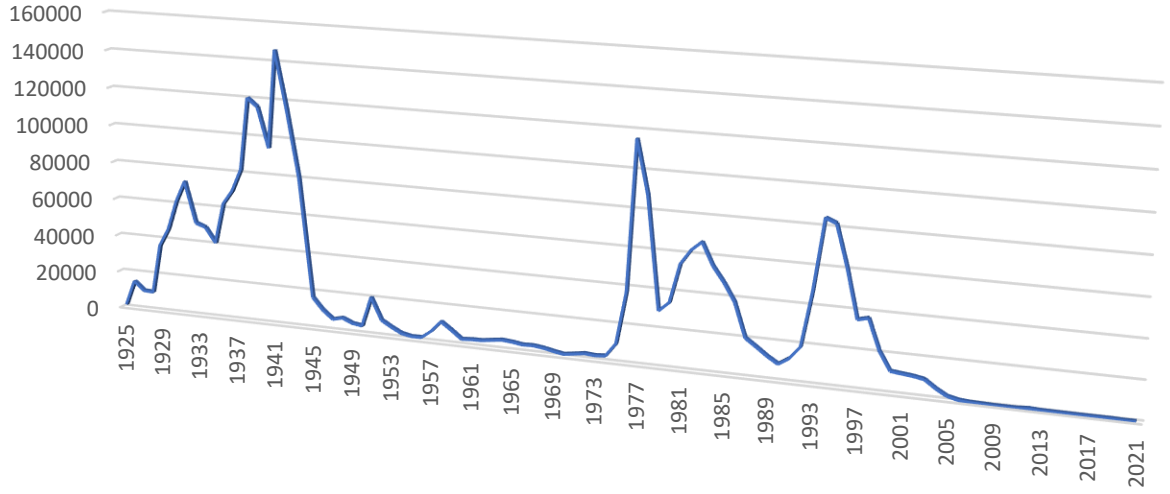
Bu başarıda; bilimsel bir düşünce yapısına dayalı; 1. Siyasal farkındalık, kararlılık ve istikrarlı tutum, 2. Yasal zemin hazırlama ve tüm çalışmaları bu zeminde yürütme, 3. Dikey örgütlenme ve yönetim, 2. Eğitilmiş ve özel kadrolu insan gücü yetiştirme ve çalıştırma, 4. Başta finansman olmak üzere gerekli kaynaklara sahip olma/ayırma; gibi faktörler sayılabilir.

**Grafik 3:TÜRKİYE'DE SİTMA OLGULARININ YILLARA DAĞILIMI
(1925-2021)**



Kaynak: Sağlık Bakanlığı verilerine dayanarak Dr. Akdur tarafından hazırlanmıştır.

**Grafik 4:TÜRKİYE'DE SİTMA OLGULARININ YILLARA DAĞILIMI
(1925-2021)**

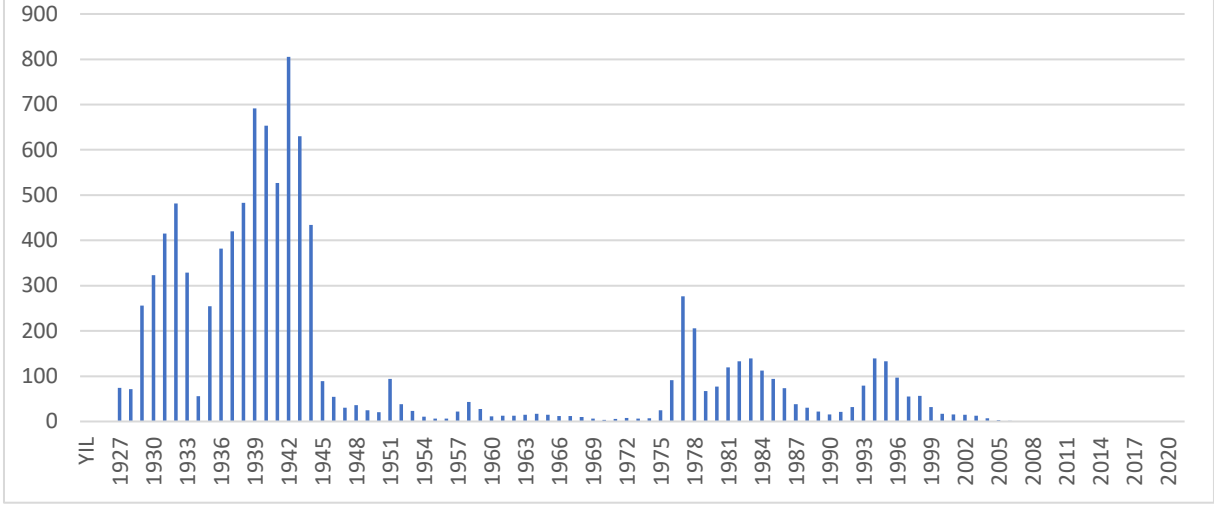


Kaynak: Sağlık Bakanlığı verilerine dayanarak Dr. Akdur tarafından hazırlanmıştır.

Çizelge 1: TÜRKİYE'DE SITMA OLGULARININ YILLARA DAĞILIMI
(1925-2021)

YIL	OLGU **	SIK- LIK* **	YIL	OLGU	SIK- LIK	YIL	OLGU	SIK- LIK	YIL	OL- GU	SIK- LIK
1925	1434	--	1951	20132	94,29	1977	115512	276,55	2003	9222	13,01
1926	14791	--	1952	8400	38,27	1978	87867	206,06	2004	5302	7,36
1927	10190	74,44	1953	5227	23,16	1979	29324	67,36	2005	2084	2,85
1928	9928	71,72	1954	2489	10,73	1980	34154	76,86	2006	796	1,07
1929	36186	255,95	1955	1494	6,26	1981	54415	119,49	2007	358	0,51
1930	45653	323,08	1956	1573	6,44	1982	62038	132,88	2008	215	0,3
1931	61241	414,69	1957	5536	21,92	1983	66681	139,31	2009	84	0,12
1932	72500	481,34	1958	11213	43,16	1984	55020	112,13	2010	90	0,12
1933	50609	329	1959	7305	27,33	1985	47311	94,05	2011	132	0,18
1934	48744	55,66	1960	3092	11,24	1986	37899	73,69	2012	595	0,79
1935	40842	254,53	1961	3498	12,39	1987	20134	38,31	2013	285	0,37
1936	62466	382,01	1962	3594	12,42	1988	16245	30,24	2014	254	0,33
1937	69850	419,85	1963	4365	14,72	1989	12112	22,07	2015	224	0,28
1938	81702	482,7	1964	5081	16,72	1990	8680	15,44	2016	209	0,26
1939	120060	691,19	1965	4587	14,73	1991	12218	21,33	2017	214	0,27
1940	115683	653,06	1966	3793	11,88	1992	18676	31,99	2018	238	0,29
1941	94534	526,59	1967	3975	12,14	1993	47210	79,37	2019	280	0,34
1942	146077	805,14	1968	3318	9,88	1994	84345	139,21	2020	135	0,16
1943	115546	630,13	1969	2173	6,31	1995	82096	133,04	2021	210	0,25
1944	80387	433,77	1970	1263	3,55	1996	60884	96,89			
1945	16739	89,38	1971	2046	5,65	1997	35456	55,41			
1946	10373	54,38	1972	2892	7,79	1998	36842	56,55			
1947	5979	30,67	1973	2438	6,41	1999	20963	31,62			
1948	7298	36,18	1974	2877	7,37	2000	11432	16,94			
1949	4973	24,43	1975	9828	24,55	2001	10812	15,76			
1950	4211	20,24	1976	37320	91,21	2002	10224	14,66			
*Kaynak Dr Akdur tarafından Sağlık Bakanlığı verilerinden yararlanılarak hazırlanmıştır(Kasım 2023)											
** Adet *** Yüz binde (1/100.000)											

**Grafik 5: TÜRKİYE'DE SITMA OLGULARININ SIKLIKLARI
(1/ 100.000) - (1927-2021)**



Kaynak: Sağlık Bakanlığı verilerine dayanarak Dr. Akdur tarafından hazırlanmıştır.

Yüz yıllık bir uğraş ve binlerce can kaybı sonunda ulaşılan bu başarı nedeniyle, son yıllara egemen olan büyük iyimserlik ve bunun getirdiği farkındasızlık ile Türkiye’de yerli vaka kaydı bildirilmemekte ve sıtma elimine edilmiş gözükmemektedir. Ancak, 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen ve 11 ilde 14 milyon kadar nüfusunu etkileyen, 4 milyona yakın nüfusun yer değiştirdiği, iki milyonu aşkın nüfusun ise çadır ve konteynerlerde yaşamasına neden olan(SBB, 2023), Kahraman Maraş Depremi ile birlikte; Türkiye’nin etrafını adeta bir halka gibi saran komşu ülkelerdeki savaşlar; bu ülkelere kaçak olarak gelmiş ve sayıları on milyonu aşmış olan sığınmacılar; hızla ilerleyen iklim değişikliği; ağır ekonomik kriz gibi etmenlerin yanında; dikey örgüt ve eğitilmiş personel yokluğu ve sağlık çalışanlarının konu hakkında bilgisizliği gibi üzerine daha başkalarının da eklenebilecek olan diğer etmenler toplu olarak düşünüldüğünde özelde Türkiye’de genelde de orta doğuda sıtmanın tekrar canlanması ve yeni salgınlar yapması hiç de göz ardı edilebilecek bir olasılık değildir. Dünya tarihi ve Türkiye Cumhuriyetinden günümüze kalan deneyim ve bilgilerin ışığında:

- 1) Aktif ve pasif sürveyans etkinlikleri daha büyük bir özenle yürütmelidir. Özellikle hariçten gelen olgular iyi yakalanarak, hariçten gelenden türeyen olgulara fırsat verilmemelidir.
- 2) Sivrisinek mücadelesi bir bütün olarak ele alınmalı, bu bağlamda halk sağlığı ya da genel konfor anlamındaki insektisit kullanımını disipline edilerek, bilimsel esaslara oturtulmalıdır.
- 3) Tüm bu etkinlikleri koordine edecek, vektörle bulaşan diğer hastalıkların kontrol programlarını da yürütecek güçlü bir merkez/çekirdek kadro oluşturmalıdır. Tekrar salgınlar yaşanması halinde, Halk Sağlığı GM altındaki bürokratik bir ofisin yeterli olamayacağı açıktır.
- 4) Bu bağlamda Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Adana Sıtma Enstitüsü’nün aktif ve yeterli hale getirilmesi ve bunların liyakatli personel ile donatılması hazırlıklı olmanın olmaz ise olmazlarından. Diyarbakır ve Samsun ve İzmir’de en azından bölge merkezi bağlamında üç enstitü daha kurulmalıdır.
- 5) Türkiye’de acilen dikey bir örgütlenmeye gerek yoktur. Mevcut durum yatay örgütler aracılığı ile de sürdürülebilir. Ancak bunun başarılı olması için, başta Aile hekimlikleri ile hastane ilgili birimlerinde çalışanlarında güçlü bir farkındalık ve bilinç yaratılması gerekir. Başta duyarlı bölgelerdekiler olmak üzere sağlık personeli ve halka yaygın farkındalık eğitim programları yürütülmelidir.
- 6) Tekrar salgın ile karşı karşıya gelinmesi halinde, salgın kararı verilen illerde özellikle de deprem bölgesinde hızla geçmiştekine benzer dikey örgütlenmenin ve etkinlik bütünü aynen kurulması gerekir.
- 7) Sıtma nedeni biyolojik afet açısından sessiz evre yaşanmaktadır. Bu fırsat iyi değerlendirilmelidir. Malaryolog, sıtma epidemiyoloğu, entomolog, esnektisit uzmanı/ kimyagerleri yetiştirilmek üzere ciddi bir program yapılmalıdır. Covid 19’da yaşadığımız sorunlar/deneyimler kılavuzluğunda sıtma afetine/salgınına karşı senaryo ve planlar yapılarak hazırlıklı olunmalı, birikimi yapılmalıdır.
- 8) Adana, Diyarbakır, Samsun ve İzmir’de, tropikal hastalıklar eğitim ve araştırma merkezleri kurulmalıdır. Bu kentlerdeki tıp fakültelerinde sıtma parazitolojisi ve tıbbi entomoloji bilim dalları kurulmalı ve bunlarla sıtma enstitülerinin koordinasyonları sağlanmalıdır. Bu amaçla The London School of Hygiene & Tropical Medicine ile yakın iş birliği kurularak gerekli personelin yetiştirilmesi ve hizmetlerin bilimsel bir tabana oturtulması sağlanmalıdır.

- 9) Yüzeysel suların sivrisinek tarlası (jit) özelliği taşımaması için gerekli düzeltme ve düzenlemeler yapılmalıdır.
- 10) Toplumun, yoksulluk ve yoksunluğunu giderme özellikle sağlıklı konut ve yerleşimlere sahip olması bağlamında kentsel dönüşüm için ciddi bir program uygulaması gerekir. Kahraman Maraş depremi buna daha da büyük bir aciliyet ve önem kazandırmıştır. Deprem bölgesinde sıtma ve sivrisinek kontrol programlarına daha büyük bir özen gösterilmelidir.
- 11) DSÖ'nün tarafından hazırlanan ve bu konuda önemli bir kılavuz olan "Global technical strategy for malaria 2016–2030'un (WHO, 2021) önerilerine titizlikle uyulmalıdır.

7. KAYNAKLAR

- 1- Achan J. et al, (2011): Quinine, an old anti-malarial drug in a modern world: role in the treatment of malaria, *Malaria Journal*, 10:144
- 2- ADD, (2022): Yüzyıl Öncésinden Bir Bilge: Dr. İbrahim Refik Saydam, <https://www.add.org.tr/wp-content/uploads/2022/03/Yuzyl-Öncesinden-Bir-Bilge-Dr-Ibrahim-Refik-Saydam.pdf> (erişim 15.10.2023)
- 3- Ağırbaş İ., Akbulut Y., Önder Ö.R. (2011): Atatürk Dönemi Sağlık Politikası, Ankara Üniversitesi Türk İnkılap Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu Dergisi S: 48, Güz 2011, s. 733-748
- 4- Akdur R. (2004): Sıtma Temel Bilgiler, Palme Yayıncılık, Ankara.
- 5- Akdur R. (2006): Sıtma ve Sıtma Salgınları Tarihi Bilim Tarihi Araştırmaları, Sayı:2, Kış
- 6- Akdur R. (2008): Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (21-25 Ekim 2008 Ankara) Kitabı, sayfa 45-71
- 7- Akyay N. (1982): Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Örgütleri ve Sosyal kuruluşlar, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü yayını no:20, Ankara.
- 8- Aydın E. (1998): Türkiye'de Sıma Savaşı, Türk Tabipler Birliği Yayını.
- 9- Aydın E. (2021): Dünya ve Türk Tıp Tarihi (2.Baskı), Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara
- 10- Babacan H., Temurçin, K.(2013): Türkiye'nin Sıhhi ve İçtimai Coğrafyası Hamidabat (Isparta) Sancağı, Altınpost Yayıncılık, 178, Ankara.
- 11- Başer K.H.C., Tekiner H. (2014): Ne Doktor Ne Kinin Ne De İlaç Vardı. "Alkaloitlerin Türk Edebiyatındaki Yansımaları (içinde, Bildiriler X. Türk Eczacılık Tarihi Toplantısı -İstanbul, 6-8 Haziran 2012) İstanbul Üniversitesi Yayınları, s: 217-223. (Erişim 9.10.2023)
- 12- Başustaoğlu A. (2016): Bir Nefes Sıhhat: Tefrik Sağlamlın Yaşamı, Türkiye İş Bankası Kültür yayınları no,29619, Ayhan Matbaası, İstanbul
- 13- Başustaoğlu A. (2023): Osmanlıdan Cumhuriyet'e Mikrobiyoloji Tarihimize Bakış, Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği Yayınları no:1, Sim Matbaacılık Ankara
- 14- Bruce-Chwatt L.J. (1985): Essential Malariology (Second Edition), William Heinemann Medical Books London
- 15- Camille T., Klimpt A.D., Gosselet F and Sonnet P. (2022) : Antimalarial Drug Discovery: From Quinine to the Most Recent Promising Clinical Drug Candidates *Current Medicinal Chemistry*, Vol. 29, No. 19 (erişim10.11.2023)
- 16- CDC, (2018): The History of Malaria, an Ancient Disease <https://www.cdc.gov/malaria/about/history/index.html> (erişim 11.10.2028 (8)
- 17- Dirican M.R. (1970): Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni cilt:2 sayı:7 (ayrı baskı) , Erzurum.
- 18- Eren N. ve Tanrıtanır N. (1998): Cumhuriyet ve Sağlık. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara
- 19- Fişek N.H.(1983): Halk sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi yayını no:2 Ankara.
- 20- Gachelin G., Garner P., Ferroni E., Verhave J.P., and Opinel A. (2018): Evidence and strategies for malaria prevention and control: a historical analysis, *Malaria Journal*, 17:96, p:2-18
- 21- Gavi (2023): Gavi Annual Progress Report 2022
- 22- Gökberk C. (1948): Sıtma ve Benzeri Hastalıklar, Türközü Basımevi, Adana
- 23- Gwatkin D., Guillot M., Heuveline P. (1999): The burden of disease among the global poor: *Lancet*, Aug 14;354(9178)586-9
- 24- Işık Z. (2021): Osmanlı'nın Son Zamanları Cumhuriyet'in İlk Çeyrek Asrında Sıtma Salgımına Karşı Verilen Mücadelenin Mahiyeti, *Selçuk Türkiyat* s: 51-82
- 25- Martin H. (2014): How Successful Were Programs To Control And Eradicate Malaria During The Twentieth Century
- 26- Medicines for Malaia Venture (2004): An Overview Of Malaria *Medical News* Volume 11 Number 8 Oct 2004 p: 53-59

- 27- Mendis K., Rietveld A., Warsame M, Bosman A, Brian Greenwood B and Wernsdorfer W H. (2009) From malaria control to eradication: The WHO Perspective, *Tropical Medicine and International Health*, 14(7) p:802-809
- 28- Metindaş, M.Y., Elçioğlu Ö. (2007): Cumhuriyetin İlk On beş Yılında Sağlık Hizmetleri, (1923-1938) *Osmangazi Tıp Dergisi*; 29(3): 162-170
- 29- Meydan S. (2022): Yakın Tarih İçin Anahtar, *İnkılap Kitabevi, İstanbul* s: 199-206
- 30- Özata M. (2015): Atatürk ve Hekimler, *Demkar Yayınevi, Umut Matbaası İstanbul*
- 31- Özbilgin A ve ark. (2011): Malaria in Turkey: Successful control and strategies for achieving elimination *Acta Tropica* 120(1-2) p:15– 23
- 32- Piyal B., Akdur R., Ocaktan E, Yozgatlıgil C. (2013): An analysis of the prevalence of malaria in Turkey over the last 85 years, *Pathogens and Global Health* 107(1) p:30-34
- 33- Renslo A.R. (2013): Antimalarial Drug Discovery: From Quinine to the Dream of Eradication *ACS Medicinal Chemistry Letters*, 4, p:1126–1128
- 34- Ricci F. (2012): Social Implications of Malaria and Their Relationships with Poverty *Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases*, 4(1)
- 35- Söhrab M. (2019); Cumhuriyet Döneminde Sıtma ile Mücadele ve Yasal Düzenlemeler (1923-1946) *Akademik Tarih ve Düşünce Dergisi Cilt:6 / Sayı:2 Haziran*
- 36- Strateji ve Bütçe Bakanlığı (2023): Kahramanmaraş ve Hatay Depremleri Raporu, www.sbb.gov.tr
- 37- Talapko J, Škrlec I., Alebić T, Jukić M and Včev A. (2019): Malaria: The Past and the Present, *Microorganisms*, 7(6): 179 (20)
- 38- Tekeli İ. (2020): Salgınlar ve Kentler Sarmalında Dünyanın Geldiği Nokta: Covid-19 Salgınlar [academia.edu,https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/64670139/.Salg%C4%B1n_ekonomisi_kitab%C4%B1_yaz%C4%B1s%C4%B1-libre.pdf](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/64670139/.Salg%C4%B1n_ekonomisi_kitab%C4%B1_yaz%C4%B1s%C4%B1-libre.pdf) (erişim 14.10.2023)
- 39- Tekir S. (2017): Cumhuriyet'in İlk Yıllarında Türkiye'de Sıtma ile Mücadele Faaliyetleri (1923-1930) https://www.researchgate.net/publication/318959710_s;397-420 (erişim Ekim 2023)
- 40- Teklehaimanot A, Mejia P. (2008): Malaria and Poverty *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1136: 32–37
- 41- Tuğluoğlu F. (2008): Türkiye'de Sıtma Mücadelesi (1924-1950) *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 32 (4): 351-359
- 42- Ünal A. (1945): Sıtma (Üçünü Basım) Yeni Cezaevi Matbaası.
- 43- Ünsal. U., Eren N., Benli D. (1982): Sıtma Epidemiyolojisi, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayın No:25, Ankara
- 44- Vincent W.F. (2004): An overview of Malaria, *Quest Diagnostics* 11(8):53-59, <http://www.cdc.gov.travel>
- 45- WHO (1979): DDT And Its Derivatives
- 46- WHO (2013): The Long road to malaria elimination in Turkey, Geneva
- 47- WHO (2021): Global technical strategy for malaria 2016–2030, (2021 updated)
- 48- WHO (2022): World Malaria Report 2022
- 49- Winegard T.C. (2021): Sivrisinek: Ölümcül Bir Yırtıcının İnsanlık Tarihi (Türkçesi: Erkılıç N.), *Terapi Kitap, İstanbul*
- 50- Yıldız F. (2014):19. Yüzyılda Anadolu'da Bulaşıcı Hastalıklar (veba, kolera, çiçek, sıtma) ve Salgın Hastalıklarla Mücadele Yöntemleri (Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek lisans tezi), Denizli